REVISTA PARAGUAYA DE PSIQUIATRÍA

Órgano de difusión científica de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría
Volumen 2 | Número 2 | Noviembre 2014
ISSN 2308-1562

- Es tiempo de una Ley Contra Toda Forma de Discriminación.
- Sesgos cognitivos en estudiantes de ciencias básicas y clínicas.
- Trastornos de la personalidad en estudiantes de medicina.
- Tratamiento de la Tricotilomanía pediátrica.
- Acerca de un caso de síndrome neuroléptico maligno.
- Autonomía versus beneficencia en Psiquiatría.

La PAZ que da la Opción Referente

Deprax®

SERTRALINA/SAVAL

La adhesividad a la terapia es un compromiso de Deprax

- Sin acción estimulante /sedativa/anti colinérgica.
- Seguro cardiovascularmente.
- Mayor cobertura de tratamiento.
- Ofrece amplitud posológica (50 y 100mg).

GMP CALIDAD CERTIFICADA

CERTIFICACIÓN INVIMA

La PAZ de recetar el PRECIO más CONVENIENTE

Prefiera Deprax

Mismo precio que el nacional con calidad importada

Precios revista Polimed Abril 2014

Unidad Neurociencias SAVAL

SAVAL

Somno®

ZOLPIDEM TARTRATO / SAVAL

Para cada paciente con insomnio hay un SOMNO

HIPNÓTICO IDEAL

- RÁPIDA inducción y efectiva mantención del sueño [1]
- SUEÑO similar al fisiológico [2]
- EFICAZ, mejora la calidad del sueño [3]
- NO AFECTA, consolidación de la memoria [4]
- SEGURO, con escasos efectos resicuales [5]

1. Br J Pharmacol. 2006 Nov;62(5):538–45.
2. Micromedex. Drugdex Evaluation: Zolpidem. Thomson Healthcare, 2010 (online)
3. J Psychopharmacol. 1999;13(1):81-93.
4. Psychopharmacology (Berl). 2005 Aug;181(1):21-6.Epub 2005 Oct 15
5. Pharmacopsychiatry. 2008 May;41(3):106-14

CALIDAD GMP SAVAL

GARANTÍA INVIMA

SOMNO® XR

Comprimidos Bicapa de Liberación Prolongada

Calidad y tecnología farmacéutica de vanguardia

Más horas de sueño reparador al alcance de sus pacientes

Unidad Neurociencias SAVAL

SAVAL

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.º 2 Noviembre 2014 | ISSN 2308-1562
Diseño editorial: Quadrivium | Tapa: Diego Ricardo Álvarez | Tiraje: 300 ejemplares
Secretaría: Cerro Corá esquina Tacuary, primer entre piso, edificio del Círculo Paraguayo de Médicos, Asunción – Paraguay
Correo electrónico: **revista@psiquiatriaparaguaya.org** | Distribución gratuita

Sociedad Paraguaya de Psiquiatría

Personería Jurídica por Decreto PE Nº 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:

apal

Asociación Psiquiátrica
de América Latina (APAL)

World Psychiatric
Association (WPA)

CONTENIDO *[Contents]*

Página *[Page]* **9** — **EDITORIAL** *[Editorial]*
Es tiempo de una Ley contra toda forma de Discriminación.
[It is time for a Law against all forms of Discrimination].

Página *[Page]* **11** — **ARTÍCULO ORIGINAL** *[Original article]*
Patrones de sesgos cognitivos entre los estudiantes de ciencias básicas y clínicas de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, año 2014.
[Patterns of cognitive biases among medicine students in basic and clinical cycles of the School of Medical Sciences, National University of Asunción, 2014].

Página *[Page]* **26** — **ARTÍCULO ORIGINAL** *[Original article]*
Trastornos de la personalidad en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.
[Personality disorders in students of the National University of Asunción School of Medicine].

Página *[Page]* **33** — **ARTÍCULO DE REVISIÓN** *[Review article]*
Opciones actuales de tratamiento en tricotilomanía pediátrica.
[Current treatment options for pediatric trichotillomania].

Página *[Page]* **40** — **REPORTE DE CASO** *[Case report]*
Síndrome neuroléptico maligno. Reporte de un caso.
[Neuroleptic malignant syndrome. A case report].

Página *[Page]* **43** — **ARTÍCULO DE INTERÉS** *[Article of interest]*
Beneficencia versus autonomía en Psiquiatría
[Beneficence vs. Autonomy in Psychiatry].

Página *[Page]* **46** — **NORMAS DE PUBLICACIÓN** *[Instructions for authors]*

El contenido de los artículos y las opiniones vertidas en ellos son de exclusiva responsabilidad de los autores y no representan, necesariamente, la postura de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría o de esta revista.

ES TIEMPO DE UNA LEY CONTRA TODA FORMA DE DISCRIMINACIÓN.

[IT IS TIME FOR A LAW AGAINST ALL FORMS OF DISCRIMINATION].

El pasado 13 de noviembre de 2014, la Cámara de Senadores del Paraguay envío al archivo el Proyecto de "Ley Contra Toda Forma de Discriminación". Los senadores y las senadoras de la República defraudaron su calidad de líderes de la Nación y, esgrimiendo principios doctrinarios y confesionales (en abierta afrenta a la laicidad del Estado), rechazaron un proyecto de ley que lo único que intentaba era establecer mecanismos de protección frente a los múltiples tipos de discriminación que se suscitan a diario en Paraguay.

Este Proyecto de Ley, que buscaba reglamentar el artículo 46° de la Constitución Nacional, venía a llenar un vacío urgente en materia de protección de los derechos humanos de todas las personas que habitan el país, sin distinciones. Es destacable recordar que la República del Paraguay es el único país del MERCOSUR que todavía hoy adolece de una Ley con toda forma de discriminación, a pesar de las recomendaciones (y reiteraciones) de innumerables organismos de monitoreo de las Naciones Unidas y de otros organismos, nacionales e internacionales, de protección de los derechos humanos.

Si hubiera sido aprobada, la Ley "Contra Toda Forma de Discriminación" garantizaría que todas las personas que habitan la República gocen del derecho a no ser discriminadas. Asimismo, hubiera dado respuesta a situaciones de discriminación que, diariamente, se suceden en el país: estas situaciones, acompañadas a su vez de violencia y exclusión, no han recibido atención idónea hasta la fecha por parte del Estado paraguayo, y las personas que las han sufrido no han tenido, tampoco, ningún tipo de reparación, en la mayoría de los casos.

A pesar de campañas de desinformación que se suscitaron en los últimos tiempos, este Proyecto de Ley no tenía la intención de legislar sobre cuestiones civiles como matrimonio o unión de hecho igualitario, adopción de parejas del mismo sexo, o cuestiones penales como la despenalización del aborto; lo que sí intentaba era asegurar la existencia de un sistema que garantice que todas las personas gocemos del derecho a no sufrir discriminación.

En lo que respecta a la relación existente entre el derecho a no sufrir discriminación y el derecho a la salud mental en particular, se debe hacer hincapié en destacar que el goce pleno del derecho a la salud mental sólo podrá ser una realidad si el derecho a no sufrir discriminación es respetado.

La salud mental, como derecho humano, se expande como asunto de carácter social, económico, y político. La discriminación, desigualdad, pobreza, explotación, violencia e injusticia están en la raíz misma de su mala calidad y de las consecuentes falencias que de ella se desprenden.

La ausencia de reglamentación del artículo 46° de la Constitución Nacional genera situaciones de salud discriminatorias, que imponen restricciones a algunos de los grupos sociales más vulnerados que habitan la República (personas con trastornos mentales, personas pertenecientes a pueblos originarios, personas que viven con vih/sida, mujeres solteras y con hijos, por ejemplo). Sobre estos grupos vulnerados y marginados de la sociedad recae una proporción desmedida de problemas de salud. La discriminación explícita o implícita infringe uno de los principios fundamentales de los derechos humanos y a menudo es la causa de la mala salud. La discriminación contra la mujer, las personas mayores de edad, las personas con trastornos mentales, las personas con discapacidad física, las poblaciones indígenas y otros grupos vulnerados en la sociedad provoca y agrava la mala salud.

El respeto de los derechos humanos se distingue y caracteriza por el principio de no sufrir discriminación de ningún tipo. La responsabilidad gubernamental en cuanto a la no discriminación incluye el asegurar la igualdad de protección y de oportunidades, y el goce efectivo de derechos como el de la salud pública y la atención médica. Por todo esto, una Ley contra Toda Forma de Discriminación hubiera podido ayudar a garantizar el efectivo cumplimiento del derecho a la salud, general y mental, de todas las personas.

Por todo lo anterior, la Revista Paraguaya de Psiquiatría lamenta profundamente el rechazo suscitado al Proyecto de Ley "Contra Toda Forma de Discriminación".

La salud mental involucra tanto a las experiencias cognitivas, es decir, los procesos mentales y las percepciones, como a las afectivas y relacionales, es decir, la manera en que las personas interactúan con las otras. Esto ocurre en un contexto social, económico, cultural y de relaciones de género, donde la desigualdad y la ausencia de derechos prevalecen y ameritan una respuesta integral y diferenciada desde el Estado, en tanto que una sociedad discriminadora e intolerante incrementa las tasas de depresión, suicidio e infelicidad en las personas.

Esperamos que en el nuevo periodo legislativo que se iniciará en 2015, los Senadores, senadores, diputadas y diputados de la Nación puedan subsanar, al menos en parte, la problemática histórica de la discriminación en el país: actuando desde una lógica de derechos humanos, lejos de interpretaciones simplistas, reduccionistas y doctrinarias.

Prof. Dr. **JULIO TORALES BENÍTEZ**
Editor en Jefe
Revista Paraguaya de Psiquiatría

PATRONES DE SESGOS COGNITIVOS ENTRE LOS ESTUDIANTES DE CIENCIAS BÁSICAS Y CLÍNICAS DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN, AÑO 2014.

[PATTERNS OF COGNITIVE BIASES AMONG MEDICINE STUDENTS IN BASIC AND CLINICAL CYCLES OF THE SCHOOL OF MEDICAL SCIENCES, NATIONAL UNIVERSITY OF ASUNCIÓN, 2014].

Marcelo O'Higgins, Larissa Páez, Ramón Melo, Christian Sala, Raúl Tornaco, Hernán Vián, Susana Torres, Jorge Torres, Julio Torales.

Correspondencia: Univ. Marcelo O'Higgins, estudiante universitario de la carrera de Medicina y Cirugía, FCM-UNA | lonko_ohiggins@hotmail.com | Avda. Dr. Montero esquina Dr. Mazzei, Edificio de Ciencias Básicas, Asunción-Paraguay.

Manuscrito recibido: 31 de julio de 2014.
Manuscrito aceptado: 21 de septiembre de 2014.

RESUMEN

Introducción: En medicina, a veces se llega al diagnóstico correcto en forma muy rápida y casi sin esfuerzo. Desgraciadamente los médicos puede cometer errores diagnósticos y ningún médico está libre de ellos. Un sesgo cognitivo es un efecto psicológico que produce una desviación en el procesamiento de lo percibido, lo que lleva a una distorsión, juicio inexacto, interpretación ilógica. **Metodología:** Estudio observacional analítico de prevalencia, entre junio y julio de 2014. Los sujetos fueron estudiantes de medicina paraguayos de edades entre 17 y 30 años, separados en dos grupos de 91 sujetos. El instrumento fue una encuesta modificada de la utilizada por Hershberger en 1994. **Resultados:** En cuanto a las edades, la media fue de 23,44±2,68 años, con un mínimo de 18 y un máximo de 32 años. El 60,8% fueron mujeres y el 39,2% varones. El ingreso familiar mensual promedio fue de 7.790.329,84±5.829.302 Gs. El 89,5% tenía como lengua natal el español, siendo la siguiente principal el Español tanto como el Guaraní con un 6,6%. También manifestaron tener como lengua natal el guaraní un 2,2%, el coreano un 1,1% y el portugués un 0,6%. La prevalencia de la presencia de los sesgos cognitivos encontrados en los estudiantes de Medicina de la FCM-UNA ha resultado mayor al 50% en 6 de los 11 sesgos estudiados. **Conclusión:** La mayor parte de los sesgos no presento diferencias significativas entre los grupos. El sesgo con mayor prevalencia fue el de sobreconfianza con un 96,70% en estudiantes de materias clínicas y un 80% en estudiantes de materias básicas. A partir de un OR de 7, los estudiantes de materias clínicas caerían en ese error en 7 oportunidades en comparación a 1 en la que no.

Palabras claves: Sesgo cognitivo, estudiantes de medicina.

ABSTRACT

Introduction: In medicine, sometimes the correct diagnosis is reached very quickly and almost effortlessly. Unfortunately doctors can make mistakes and no medical diagnosis is free of them. A cognitive bias is a psychological effect of a deviation in the processing of the perceived, leading to distortion, inaccurate judgment, and illogical interpretation. **Methodology:** Observational analytical prevalence study. The research was taken during June and July 2014. The subjects were Paraguayans students of medicine aged 17 to 30 years, divided into two groups of 91 subject. The instrument was a modified version of the survey used by Hershberger in 1994. **Results:** the average age was 23.44 ± 2.68 years, with a minimum of 18 and maximum of 32 years. 60.8 % were female and 39.2 % male. The average monthly household income was 7.790.329,84 ± 89.5 % 5,829,302 Gs. The native tongue was Spanish with 89,5%, with the following Spanish-Guaraní with 6.6%, Guarani 2.2%, Korean 1.1% and Portuguese 0.6%. The prevalence of cognitive biases found in medical students was more than 50% in 6 of the 11 biases studied. **Conclusion:** Most of bias showed no significant difference between groups. The most prevalent bias was overconfidence with 96.70 % in clinical cycle students and 80% in basics cycle students. From an OR 7, the clinical cycle students will fall in an error due to the bias 7 times compared to 1 that won't.

Keywords: cognitive bias, medical students.

INTRODUCCIÓN

En medicina, a veces se llega al diagnóstico correcto en forma muy rápida y casi sin esfuerzo. En otras ocasiones no se encuentra una solución en forma inmediata y debemos detenernos a pensar en el problema clínico, volver a interrogar al paciente, examinarlo otra vez con más detención, sopesarlas probables causas de su problema, solicitar algunos exámenes complementarios y luego de un análisis consciente y detenido, a veces llegamos a un diagnóstico. Desgraciadamente los médicos puede cometer errores diagnósticos y ningún médico está libre de ellos (1, 2).

Los problemas clínicos que se enfrentan pueden ser muy complejos, con numerosas variables en juego, además se nos presentan mal estructura dos: la información clínica inicial puede ser incompleta, conflictiva o ambigua. Para hacerlo más complicado, el problema clínico puede ir cambiando en el tiempo, al aparecer nuevos síntomas signos (3).

Para hacer un diagnóstico, el médico cuenta con sus conocimientos y habilidades clínicas, pero estas no son suficientes, porque existen muchas formas de llegar al diagnóstico y muchas de pasarlo por alto. Se necesita un método para aplicar el conocimiento y orientar la anamnesis y el examen físico. El médico debe pensar.

Los médicos tienen una gran dificultad para afrontar el error cuando este ocurre. Por ejemplo, en unas entrevistas realizadas por el Grupo de estudio del error humano de la Universidad de Texas encontraron que más del 50% de los médicos entrevistados manifestaron su dificultad para hablar del error cuando eran conscientes del mismo. El 76% adujo temor a afectar su reputación personal, el 71% temor a las demandas y el 68% a las altas expectativas que tenían de ellos la familia o la sociedad (4, 5).

Un sesgo o prejuicio cognitivo es un efecto psicológico que produce una desviación en el procesamiento de lo percibido, lo que lleva a una distorsión, juicio inexacto, interpretación ilógica, o lo que se llama en términos generales irracionalidad, que se da sobre la base de la interpretación de la información disponible, aunque los datos no sean lógicos o no estén relacionados entre sí. Los sesgos sociales se denominan generalmente sesgos atribucionales y afectan a nuestras interacciones sociales de cada día, también están presentes en la probabilidad y toma de decisiones (6, 7).

La existencia de sesgos cognitivos surge como necesidad evolutiva para la emisión inmediata de juicios que utiliza nuestro cerebro para asumir una posición rápida ante ciertos estímulos, problemas o situaciones, que debido a la incapacidad de procesar toda la información disponible se filtra de forma selectiva o subjetiva. Si bien nos pueden conducir a errores que pueden ser graves, en determinados contextos conducen a acciones más eficaces o permiten adoptar decisiones más rápidas cuando la inmediatez es el mayor valor (heurística) (8, 9).

El error resulta de las limitaciones fisiológicas y sicológicas de los seres humanos. Ambos tipos de memoria se ven afectados por factores internos del individuo y externos o ambientales. Por ejemplo, ambientes no adecuados de trabajo o circunstancias personales adversas pueden incrementar mucho la probabilidad del error. Se reconocen como causa de error: la fatiga, la carga laboral, el temor, la sobrecarga cognitiva, las deficiencias en la comunicación interpersonal y el procesamiento imperfecto de la información (10).

El acto médico es y continuará siendo fundamentalmente un encuentro entre seres humanos y son los valores que están en juego allí los que determinan su curso. Su éxito depende de algo más que del conocimiento. Depende también de la relación que se tenga con ese conocimiento. No siempre los médicos que mejores calificaciones obtienen son los mejores en el ejercicio práctico de la profesión: en Florida los médicos de familia que se habían certificado tenían dos veces más riesgo de ser demandados que los que no y los puntajes en las pruebas sicométricas se correlacionaron de una forma inversa con la empatía, la responsabilidad y la tolerancia. Por ello siempre será necesaria la reflexión de cada uno de nosotros acerca de nuestro ejercicio profesional, de cómo nos estamos acercando al otro y qué tanto escuchamos a nuestros pacientes y colegas. Para Suros, maestro de la semiología, la mayoría de los errores médicos no se cometen por falta de conocimiento sino todo lo contrario, porque se confía demasiado en lo que supuestamente se sabe. El permitirnos

dudar y equivocarnos abre nuevos interrogantes y es esa pregunta permanente la que permite avanzar en el conocimiento (11).

Este trabajo es importante dada la información que se puede obtener de él, puesto que como institución formadora de profesionales médicos resulta de interés saber la forma en la que los estudiantes piensan y la forma en la que guían sus decisiones, para poder desarrollar las estrategias necesarias para mejorar el enfoque de los problemas y fortalecer las aptitudes naturales y adquiridas de los estudiantes.

El objetivo general de esta investigación fue el de determinar la prevalencia de patrones de sesgos cognitivos entre los estudiantes de ciencias básicas y clínicas de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, año 2014; así como también, determinar el riesgo relativo y el odds ratio de presentar un determinado sesgo cognitivo en los grupos observados, y la existencia de factores de confusión en que puedan ser malinterpretados como sesgo.

SUJETOS Y MÉTODOS

El diseño fue observacional analítico de prevalencia. Para el muestreo de los casos se utilizará un muestreo probabilístico aleatorio simple en los dos grupos necesarios.

La población enfocada fue la conformada por estudiantes de la carrera de medicina paraguayos de edades entre 17 y 30 años; mientras que la accesible estuvo comprendió a estudiantes de la carrera de medicina y cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción entre el 1ro y 6to año. El marco temporal fue junio y julio de 2014.

Se incluyeron en el estudio a hombres y mujeres de entre 17 y 30 años. Se excluyeron a aquellos estudiantes que se hayan negado a participar del estudio, o que hayan devuelto sus fichas incompletas.

El reclutamiento de datos se realizó mediante la realización de una encuesta (ver anexo A) en la sede de Asunción de la Facultad y en la sede de la ciudad de San Lorenzo. El muestreo, como fue señalado, fue probabilístico aleatorio simple.

Variables (ver definiciones en anexo B):

- Sesgo de comprobación/confirmación.
- Generalización apresurada
- Sesgo de disponibilidad
- Efecto de marco
- Falacia del apostador
- Error de la probabilidad posterior
- Diagnostico con cierre temprano
- Diagnóstico prematuro con búsqueda satisfecha
- Sesgo de sobreconfianza
- Sesgo de generalización de experiencias personales
- Sesgo lisgüístico: Efecto bouba/kiki

Instrumento de trabajo: Encuesta modificada de la utilizada por Hershberger et al (10) (ver anexo A).

Mediciones: Se realizaron dos mediciones, una en la ciudad de Asunción y una en la ciudad de San Lorenzo para el muestreo de los grupos.

Tamaño de la muestra: Se calculó el tamaño muestral para poder realizar la prueba de chi cuadrado entre los grupos medidos a partir de la tabla del apéndice 6B del libro "Diseño de investigaciones clínicas" de Hulley et al, con una α de 0,05 y una β de 0,20; siendo la diferencia entre las proporciones esperadas en los grupos de 0,15 y siendo la menor proporción esperada de 0,10. Esto dio como resultado que cada grupo deba tener un tamaño muestral mínimo de 91 personas.

Hipótesis estadística:

- Hipótesis nula: La prevalencia de los sesgos cognitivos es igual en los dos grupos
- Hipótesis alterna: La prevalencia de los sesgos cognitivos es diferente en los dos grupos.

Análisis y gestión de datos: los datos recolectados fueron asignados a una planilla de Microsoft Office Excel 2010. Los datos posteriormente fueron analizados con el programa Epi Info 7 y con el software IBM SPSS 20. La prueba principal utilizada para probar la hipótesis estadística fue la de chi cuadrado.

Asuntos Éticos: Se observaron los principios éticos de:

- Beneficencia: Los datos que se consiguieron con este estudio servirán para formar futuros médicos y para indicar los principales problemas en la toma de decisiones que pueden presentar.
- No maleficencia: Los datos utilizados no serán utilizados en contra de las personas involucradas, garantizando el anonimato de los participantes en todo momento.
- Justicia: Todas las personas tendrán igual probabilidad de formar parte del estudio.
- Autonomía: Todas las personas tendrán la libertad de dejar el estudio en cualquier momento de su desarrollo.

RESULTADOS

Sobre las 182 encuestas realizadas en los dos grupos de 91 personas se obtuvieron los siguientes resultados:

En cuanto a las edades, la media fue de 23,44±2,68 años, con un mínimo de 18 y un máximo de 32 años. El 60,8% fueron mujeres y el 39,2% varones.

El ingreso familiar mensual promedio fue de 7. 790. 329, 84±5.829.302 Gs. La mediana fue de 5.750.000 Gs. Con un mínimo de 900.000 Gs y un máximo de 36.000.000 Gs.

El 89,5% tenía como lengua natal el español, siendo la siguiente principal el español tanto como el guaraní con un 6,6%. También manifestaron tener como lengua natal el guaraní un 2,2%, el coreano un 1,1% y el portugués un 0,6%.

El promedio general de notas fue de 3,53±0,62. El máximo fue de 4,8 y el mínimo fue de 2.

Los estudiantes de clínicas nombran a la imagen 2 como "baluba" en un 95,6% mientras que los de Básicas la nombran como tal en un 92,3%. El hecho de ser estudiante de materias clínicas o de básicas no altera el hecho de dar ese nombre ($p>0,05$, $\chi^2 = 0,38$). De igual manera no resulto significativa la relación entre el hecho de ser estudiante de materias clínicas y denominar a la imagen 1 como "takete". El hecho de tener al Español como idioma natal tampoco ha resultado significativo ($p>0,05$, $\chi^2 = 0,315$).

En cuanto a la pregunta 2, que mide el "sesgo de confirmación", el 48,35% de los estudiantes de materias clínicas marco la respuesta "a" que indicaba el sesgo, mientas que el 57,78% de los estudiantes de materias básicas marcaban la respuesta "a". En este caso la relación entre el hecho de estudiar materias clínicas y tener el sesgo de confirmación es no significativa ($p>0,05$; $\chi^2 = 1,25$; RR=0,83; OR=0,68).

En cuanto a la pregunta 3, que mide el "sesgo de disponibilidad", el 12,09% de los estudiantes de materias clínicas marco la respuesta "a" que indicaba el sesgo, mientras que el 17,78% de los de básicas marcaron esa respuesta. En este caso, no hubo diferencias significativas entre los grupos ($p>0,05$; $\chi^2 = 0,75$; RR=0,68; OR=0,64).

En cuanto a la pregunta 4, que mide el "sesgo de sobreconfianza", el 96,70% de los estudiantes de materias clínicas marco la respuesta "a" que indicaba el sesgo, mientras que el 80% de los de básicas marcaron esa respuesta. En este caso, el ser estudiante de materias clínicas está relacionado significativamente con esta respuesta ($p<0,05$; $\chi^2 = 10,73$; RR=1,2; OR=7,33).

En cuanto a la pregunta 5, que mide el sesgo de confirmación, el 9,89% de los estudiantes de materias clínicas marco la respuesta "a" que indicaba el sesgo, mientras que el 6,67% de los de básicas marcaron esa respuesta. En este caso, no hubo diferencias significativas entre los grupos ($p>0,05$; $\chi^2 = 0,27$; RR=1,48; OR=1,54).

En cuanto a la pregunta 6, que mide la "falacia del apostador", el 20,88% de los estudiantes de materias clínicas marco la respuesta "a" que indicaba el sesgo, mientras que el 34,44% de los de básicas marcaron esa respuesta. En este caso, no hubo diferencias significativas entre los grupos ($p>0,05$; $\chi^2 = 3,51$; RR=0,6; OR=0,5).

En cuanto a la pregunta 7, que mide el "sesgo cognitivo estadístico", el 3,30% de los estudiantes de materias clínicas marco la respuesta "a" que indicaba el sesgo, mientras que el 44,44% de los de básicas marcaron esa respuesta. En este caso, el ser estudiante de materias básicas está relacionado significativamente con esta respuesta ($p<0,05$; $\chi^2 = 40,05$; RR=13,48; OR=23,46).

En cuanto a la pregunta 8, que mide el "error de probabilidad posterior", el 50,5% de los estudiantes de materias clínicas marco la respuesta "a" que indicaba el sesgo, mientras que el 55,56% de los de básicas marcaron esa respuesta. En este caso, no hubo diferencias significativas entre los grupos ($p>0,05$; $\chi^2 = 0,27$; RR=0,9; OR=0,82).

En cuanto a la pregunta 9, que mide el "error de cierre prematuro", el 57,78% de los estudiantes de materias clínicas marco la respuesta "a" que indicaba el sesgo, mientras que el 52,75% de los de básicas marcaron esa respuesta. En este caso, no hubo diferencias significativas entre los grupos ($p>0,05$; $\chi^2 = 0,28$; RR=1,09; OR=1,22).

En cuanto a la pregunta 10, que mide el "diagnostico prematuro con búsqueda satisfecha", el 10,99% de los estudiantes de materias clínicas marco la respuesta "b" que indicaba el sesgo, mientras que el 15,56% de los de básicas marcaron esa respuesta. En este caso, no hubo diferencias significativas entre los grupos ($p>0,05$; $\chi^2 = 0,47$; RR=0,7; OR=0,67).

En cuanto a la pregunta 11, que mide el "sesgo de confirmación", el 76,92% de los estudiantes de materias clínicas marco la respuesta "a" que indicaba el sesgo, mientras que el 65,56% de los de básicas marcaron esa respuesta. En este caso, no hubo diferencias significativas entre los grupos ($p>0,05$; $\chi^2 = 2,33$; RR=1,17; OR=1,75).

En cuanto a la pregunta 12, que mide el "efecto de marco", el 72,53% de los estudiantes de materias clínicas marco la respuesta "a" que indicaba el sesgo, mientras que el 78,89% de los de básicas marcaron esa respuesta. En este caso, no hubo diferencias significativas entre los grupos ($p>0,05$; $\chi^2 = 0,68$; RR=0,9; OR=0,70).

En cuanto a la pregunta 13, que mide el "sesgo de generalización de experiencias personales", el 61,54% de los estudiantes de materias clínicas marco la respuesta "b" que indicaba el sesgo, mientras que el 77,78% de los de básicas marcaron esa respuesta. En este caso, el ser estudiante de materias clínicas está relacionado significativamente con esta respuesta ($p<0,05$; $\chi^2 = 4,89$; RR=0,79; OR=0,45).

En cuanto a la pregunta 14, que mide la "falacia del apostador", el 6,59% de los estudiantes de materias clínicas marco la respuesta "a" que indicaba el sesgo. El 92,31% marco la respuesta "c". Mientras que el 7,78% de los de básicas marcaron la respuesta "a" y 86,67% la "c". En este caso, no hubo diferencias significativas entre los grupos ($p>0,05$; $\chi^2 = 3,09$; RR=1,02; OR=4,18).

En cuanto a la pregunta 15, que mide el "sesgo lingüístico", el 36,26% de los estudiantes de materias clínicas marco la respuesta "a" que indicaba el sesgo, mientras que el 47,19% de los de básicas marcaron esa respuesta. En este caso, no hubo diferencias significativas entre los grupos ($p>0,05$; $\chi^2 = 1,78$; RR=0,76; OR=0,63).

La pregunta 16 mide el sesgo de confirmación. Las respuestas "a" y "d", que miden el sesgo, tuvieron 1,10% y 89,01% en los estudiantes de materias clínicas, respectivamente. A su vez, tuvieron el 10% y 74,44% en los estudiantes de materias básicas. En este caso, no hubo diferencias significativas entre los grupos ($p>0,05$; $\chi^2 = 0,84$; RR=1,06; OR=1,67).

DISCUSIÓN

En cuanto a los sesgos lingüísticos, medidos por las preguntas 1 y 15, se observó que el ser estudiante de materias clínicas o básicas no alteraba el hecho de ser sujeto al sesgo. Llama la atención que el grupo de personas que manifestó tener como lengua natal el español no tuvo diferencias significativas con los demás grupos.

Esto puede deberse quizás a que el tamaño de muestra no fue lo suficientemente grande. Esto no coincide con la prueba realizada por Köhler y Mauer (11), junto con otros investigadores en poblaciones similares. Sin embargo, si se observan a los individuos de los dos grupos, materias clínicas y básicas, se observan porcentajes similares a los encontrados en otras poblaciones (6, 11). Al parecer ni las materias que estudian, ni el idioma natal afecto en la asignación de nombres.

El gran porcentaje de personas no contesto de acuerdo al sesgo en la pregunta 15. La respuesta "a" intentaba valerse de una asociación que realiza el cerebro humano con las palabras que inician con una determinada letra. El cerebro humano tiende a analizar palabras y a asociar las letras con que inician y terminan las palabras al analizar oraciones con el fin de ahorrar el tiempo de procesar toda una línea8. Este modo de análisis también se utiliza al momento de analizar si existen más o menos palabras en el español que inicien o posean la "r".

En cuanto al sesgo de comprobación, medido por las preguntas 2, 5, 11 y 16, en las que no se observaron diferencias significativas entre los grupos, particularmente en lo observado en las respuestas de 2, 11 y 16, se observa que los prejuicios al momento de tomas una decisión por parte de los estudiantes pudieron haber causado los altos porcentajes en las respuestas que poseían este sesgo. El hecho de que no sean significativas las diferencias lleva a indicar que afectan a todos los estudiantes por igual. Se observan altos porcentajes particularmente en el grupo de materias clínicas. A partir de estos resultados se pueden hacer dos observaciones: O que los estudiantes se basan en patrones estereotipados indicados como factores de riesgo para determinados diagnósticos, como ocurrió en otras poblaciones (12, 13), y por lo tanto orientan sus decisiones hacia lo que podrían interpretar como factores de riesgo. O estereotipos socioculturales guían a los estudiantes hacia la toma de decisiones, como fue observado por otros estudios (14).

Si la primera opción antes mencionada es la causa para que los estudiantes hayan tomado esas decisiones puede ser bueno si el objetivo de la formación es indicarles patrones predeterminados o algoritmos que los lleven a decisiones rápidas basadas en patrones de riesgo (12). Esto puede traer diagnósticos más veloces lo que puede contribuir a mejorar las condiciones o incluso salvar la vida del paciente. Sin embargo, estudios anteriores también indican que esto puede causar que se acepten diagnósticos apresurados basados en preconceptos (13). Se debe recordar también que aunque sea cierto que estos factores de riesgo llevan a los diagnósticos de la enfermedad, muchos son compartidos por varias patologías, por lo que los estudiantes deben ser capaces de buscar la información adecuada para realizar un diagnóstico diferencial.

Si es que estas decisiones fueron hechas por estereotipos socioculturales, esto puede indicar que incluso con los años de formación en análisis científico de datos puede no estar cumpliendo en la formación de criterios críticos al momento de la toma de decisiones (14). Incluso cuando los datos no indicaban características del paciente, los sujetos prefirieron elegir a individuos con ciertas características que cumplieran las expectativas que pudieron haber sido inculcadas por la cultura en la que viven. En el caso particular de la pregunta 11, el hecho de haber considerado al paciente "afeminado" hizo que un gran porcentaje de sujetos indique la opción de HIV (14). La categorización incluso no fue hecha por ellos, el ítem les indicaba que en el escenario planteado ellos ya habían calificado de afeminado al paciente. Los sujetos pudieron haber marcado la opción de hipertensión, pero decidieron marcar la de HIV, pudiendo ser una manera de continuar el encasillamiento planteado por la situación descrita en el ítem. Esto coincide con lo que encontró Hershberger y con otros estudios similares (10, 14).

Si observamos el sesgo de disponibilidad, medido por la pregunta 3, se pudo observar que los estudiantes en un bajo porcentaje indicaron la respuesta que llevaba a este sesgo como la suya. Es interesante observar que la información que fue brindada adrede, con el fin de guiar la respuesta hacia este sesgo no fue utilizada como criterio a la hora de responder. Hubo un menor número de estudiantes de materias clínicas que marco esta repuesta, lo que puede indicar que los años de formación pudieron haber ayudado a evitar caer en este sesgo, pero al ser no significativa la diferencia entre los grupos, esto pudo deberse al azar.

En cuanto al sesgo de sobreconfianza, se observó una diferencia significativa entre los grupos. Se observó que los estudiantes de materias clínicas tuvieron mucha más facilidad en decidir la respuesta, aun sin estar seguros completamente en lo que marcaban. Esto se puede explicar en que se forman estudiantes para ser futuros médicos que confíen en su formación y que puedan tomar una decisión basados en la evidencia, lo que es similar a otros estudios (15). Sin embargo, en el caso planteado no se les dio toda la información. Esto puede ser tanto beneficioso como perjudicial en la práctica médica (16). Es necesario tener profesionales preparados para hacerse cargo de las situaciones, pero no es conveniente tener profesionales que subestimen los problemas y confíen en exceso en ellos mismos (17). El profesional de la salud debe entender que es un ser humano

y por lo tanto expuesto a cometer errores, por lo que se debe actuar de acuerdo a la información más confiable que posea para tomar sus decisiones (18).

Las preguntas 6 y 14 correspondían a la falacia del apostador, los resultados observados en esos casos son interesantes en el sentido que indican que los estudiantes tienden a decidir que en una serie de casos que les llegan para ser resueltos y tengan el mismo diagnóstico, uno nuevo tendría que ser diferente incluso cuando el ítem les indicaba que los síntomas del paciente confirmaban el diagnóstico. Estudios anteriores indican que esta es una práctica observable entre los profesionales (19), pero no debería tener que ser de esa manera. Los estudiantes deberían poder juzgar de acuerdo a los signos y síntomas del paciente, la patología que adolece, incluso si tuvo cien casos de la misma patología en el día.

La pregunta 7 que mide el sesgo cognitivo estadístico resulto salir significativa la diferencia entre los grupos, existiendo una mayor prevalencia de este sesgo en los estudiantes de básicas. Si bien la pregunta indicaba patologías que tal vez los estudiantes de básicas no comprenderían, el mayor porcentaje de ellos era del tercer curso que ya posee conocimientos en cuanto a la sintomatología de las enfermedades. La pregunta en sí, fue planteada para guiar la respuesta "a" que era respaldada por una premisa sustentada en una mayor prevalencia. Finalmente fue esta la más marcada, incluso obviando los síntomas que se citaban en la formulación del ítem. Esto puede indicar que estos estudiantes se basaron de sobremanera en los argumentos estadísticos obviando síntomas que podrían indicar lo contrario (20). Si bien es cierto que la estadística permite tener en cuenta las enfermedades de mayor prevalencia, no debería ser el único parámetro para tomar decisiones por parte de los estudiantes. El hecho que las diferencias sean significativas y haya una menor prevalencia en las materias clínicas hace indicar que el mayor tiempo de formación contribuye a tomar decisiones observando mejor los síntomas y no basándose únicamente en la información estadística. Esto coincide con los estudios realizados por Hershberger y sus colegas (10, 14, 21).

En cuanto a la pregunta 8, el sesgo de probabilidad posterior las diferencias no fueron significativas entre los grupos y el porcentaje observado en las preguntas podría indicar que los estudiantes estaban divididos entre si buscar más información o no. Los estudiantes se basarían en la conducta previa del paciente para tomar decisiones. Esto es bueno en la práctica médica, pero su generalización en el uso puede traer complicaciones (22). Suponiendo que en el caso planteado en el ítem, la cefalea del paciente no sea por sus migrañas y no se encuentre únicamente buscando drogas, pudiendo existir otra causa para su malestar, como por ejemplo una hemorragia epidural por un golpe que había recibido, existía la opción de buscar más información, opción elegida por casi la mitad de los estudiantes en ambos grupos. Cabe resaltar que los mismos estudiantes que cayeron en la falacia del apostador también utilizaron este sesgo, si bien ambos están contrapuestos. Esto podría indicar que los estudiantes tienen una forma determinada de toma de decisiones de acuerdo a la situación que se les plantea, lo cual es bueno para que puedan tener dinamismo en la práctica. Sin embargo, el dato diferente en este ítem fue el hecho de que el paciente sufriera episodios de abuso de drogas en el pasado. Esto llevaría a intuir que los estudiantes introdujeron este prejuicio al momento de decidir la acción, lo que pudo traer esta diferencia en la manera de responder entre los ítems.

La pregunta 9 medía el sesgo de cierre prematuro, la cual no tuvo diferencias significativas entre los grupos, teniendo una prevalencia mayor en las materias clínicas la respuesta que llevaba consigo el sesgo. Los estudiantes tienden a responder la opción con el sesgo por el hecho de que otro profesional les indicaba un determinado diagnóstico y no buscaron otra explicación para la situación planteada. Esto es útil en el sentido que los estudiantes, al parecer, valoran las decisiones del equipo médico en un mundo en el que cada vez menos un solo profesional puede realizar todo el trabajo en la tarea de "curar" al paciente (23, 24), pero no deberían tomar las decisiones a partir de tan solo la opinión de otro profesional. Si la opción se plantea, no deberían obviar la posibilidad de buscar más información para confirmar el diagnóstico.

La pregunta 10 medía algo similar a la pregunta anterior. Los resultados planteados en ambos ítems dieron resultados distintos. En la pregunta 10 indicaba una situación en la que el error ya existía y se lo indicaba como tal. La mayor parte de los estudiantes manifestaron que no cometerían ese error, sin diferencias significativas entre los grupos. Se puede suponer que ya que se indicó esa conducta como error, los estudiantes no querrían cometer algo que ya está cargado con un contenido negativo. Esto pudo introducir un efecto de marco que llevo a los estudiantes a no afirmar que cometerían un error similar (25), cuando en una situación anterior habían de hecho cometido el error.

La pregunta 12 mide el efecto de marco. Observando que las diferencias entre los grupos no fueron significativas y que las prevalencias de hecho superaban el 70% en ambos grupos, ser observo un resultado sumamente parecido al encontrado por Tversky y Kahneman (22). Los estudiantes basados en la información positiva brindada, "vivirán 200 personas", no tomaron riesgos y estuvieron de acuerdo con esa respuesta. Al ser preguntados, posteriormente a la realización del test, sobre si entendían que eso podría haber significado la muerte de 400 personas, empezaron a tener dudas. La población de estudiantes de medicina del Paraguay tendría similares patrones en cuanto a este sesgo a las poblaciones de estudiantes universitarios estudiadas en los EEUU y Europa (22, 25).

El sesgo de generalización de experiencias personales, contenido en el ítem 13, tuvo diferencias significativas entre los grupos, teniendo los estudiantes de materias básicas mayor prevalencia. Cabe señalar que en ambos grupos se pasó el 50% de las respuestas indicando que la experiencia con un solo paciente podía pasar por encima de la evidencia científica anterior. Eso podría indicar que los estudiantes toman más importancia del conocimiento empírico que el científico (26). Si bien el porcentaje disminuyó en el grupo de materias clínicas, el porcentaje encontrado lleva a preguntar si es que los estudiantes tomarían más decisiones basados únicamente en su experiencia o si son capaces de desechar evidencia estadística avalada por la comunidad científica. Este punto requeriría estudios posteriores.

A partir de los resultados del conjunto de datos observados se observó en general la existencia de los mismos sesgos que se encuentran en la población en general en los dos grupos de estudiantes estudiados. Los resultados, en general, coinciden con estudios realizados en EEUU y el Reino Unido (27, 28).

Convendría la realización de más estudios sobre el tema, pues entrenar a los estudiantes para reconocer estos sesgos y tratar de evitarlos puede resultar en mejores resultados en la práctica médica, como también en ayudar a tener un sentido crítico de nuestra manera de tomar decisiones y la capacidad de observar los problemas en dimensiones más amplias.

CONCLUSIONES

La prevalencia de la presencia de los sesgos cognitivos encontrados en los estudiantes de Medicina de la FCM-UNA ha resultado mayor al 50% en 6 de los 11 sesgos estudiados. La mayor parte de los sesgos no presento diferencias significativas entre los grupos. El sesgo con mayor prevalencia fue el de sobreconfianza con un 96,70% en estudiantes de materias clínicas y un 80% en estudiantes de materias básicas. A partir de un OR de 7, 3 Los estudiantes de materias clínicas caerían en ese error en 7 oportunidades en comparación a 1 en la que no.

ACERCA DE LOS AUTORES

Marcelo O'Higgins, Larissa Páez, Ramón Melo, Christian Sala, Raúl Tornaco, Hernán Vián, Susana Torres y Jorge Torres son estudiantes universitarios de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El Prof. Dr. Julio Torales es médico psiquiatra general de adultos y paidopsiquiatra, Profesor Asistente y Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Psicología Médica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Graber M, Gordon R, Franklin N. Reducing diagnostic errors in medicine: what's the goal? Acad Med. 2002; 77: 981–92.
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study 1. N Eng J Med. 1991; 324: 370–6.
3. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, et al. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Australia 1995; 163: 458–71.
4. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care. 2000; 38: 261–2.
5. Reason, J. Human Error. New York: Cambridge University Press, 1990.
6. Simon HA. Alternate visions of rationality. In: Arkes HR, Hammond KR (eds.). Judgment and Decision Making: An Interdisciplinary Reader. New York: Cambridge University Press, 1986: 97–113.
7. Serious reportable events in patient safety: A National Quality Forum consensus report. Washington, D.C.: National Quality Forum, 2002.
8. Cosmides L, Tooby J. Consider the source: the evolution of adaptations for decoupling and metarepresentation. In: Sperber D (ed.). Metarepresentation. Vancouver Studies in Cognitive Science. New York: Oxford University Press, 2001.
9. Croskerry P. Achieving quality in clinical decision making: cognitive strategies and detection of bias. Acad Emerg Med 2002; 9: 1184–1204.
10. Hershberger PJ, Part HM, Markert RJ, Cohen SM, Finger WW. Development of a test of cognitive bias in medical decision making. Academic Medicine 1994; 69(10): 839-42.
11. Maurer D, Pathman T, Mondloch CJ. The shape of boubas: Sound–shape correspondences in toddlers and adults. Developmental science 2006; 9(3): 316-322.
12. Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994; 272: 1.851-1.857.
13. Kohn LT, Corrigan JM, Donalson MS, editors. To err is Human. Building a safer health system. Washington, D.C. National Academy Press; 2000.
14. Mcintyre N, Popper KB. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. BMJ 1989; 287:1.919-1.923.
15. Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. BMJ 2000; 320: 745-749.
16. Spath PI, ed. Error reduction in health care: a systems approach to improving patient safety. New York: Health forum, Inc. An American Association Company. 2000. p. 278.
17. Helmreich RL, Musson DM. The University of Texas Threat and error management model: components and examples. Visitado 2005 Nov 14. Disponible en URL: http//www.bmj.com/misc/bmj.320.7237.781/
18. Biggs JB, Collis KF. Multimodal learning and the quality of intelligence behavior. En H. A. Rowe (Ed.), Intelligence: Reconceptualization and measurement, pp. 57-76. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1991.
19. Berwick DM, Fineberg HV, Weinstein MC. When doctors meet numbers. Am J Med 1981; 71: 991-8.
20. Detmer DE, Fryback DG, Gassner K. Heuristics and biases in medical decision-making. J Med Educ 1978; 53: 682-3.
21. Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. Acad Med 2003; 78: 775-80.
22. Tversky A, Kahneman D. Judgment under uncertainty: heuristics and biases. Science 1974; 185: 1122-31.
23. Hertwig R, Gigerenzer G. The "conjunction fallacy" revisited: how intelligent inferences look like reasoning errors. J Behav Decis Making 1999; 12: 270-305.
24. Bordage G. Elaborated knowledge: a key to successful diagnostic thinking. Acad Med 1994; 69: 883-5.
25. Bordage G. Why did I miss the diagnosis? Some cognitive explanations and educational implications. Acad Med 1999; 74: S138-43.
26. Elstein A. Heuristics and biases: selected errors in clinical reasoning. Acad Med 1999; 74: 791-4.
27. Croskerry P. The cognitive imperative: Thinking about how we think. Acad Emerg Med 2000; 7: 1223-31.
28. Kern L, Doherty ME. "Pseudodiagnosticity" in an idealized medical problem-solving environment. J Med Educ. 1982; 57: 100-4.

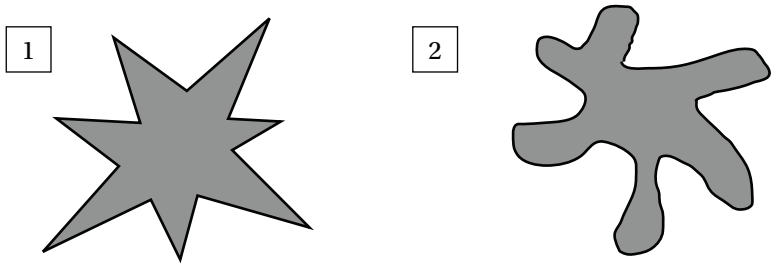
Anexo A - Cuestionario

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MEDICINA Y CIRUGÍA
TEST DE EVALUACIÓN DE DECISIONES

Edad:	
Sexo:	
Curso:	
Ingreso medio familiar:	
Idioma natal:	
Promedio de notas:	

POR FAVOR, en el siguiente test, complete con la mayor honestidad posible. Trate de contestar la primera respuesta que le venga a la mente al momento de responder los ítems. Desde ya, muchas gracias.

1. A partir de la siguiente figura (figura 1):



¿Cuál es la el mejor nombre para cada una? (asigna 1 o 2 dependiendo de la opción que escojas)

Baluba .....
Takete .....

2. Un paciente que estaba internado en el hospital, yace en el piso desvanecido. Se sabe que es un adicto reconocido. Como personal de salud, ¿qué dirías que causó el desvanecimiento?

   a. Una sobredosis de drogas.
   b. Un estado hipoglucémico.

3. El lupus eritematoso sistémico es un trastorno autoinmunitario crónico que puede afectar la piel, las articulaciones, los riñones, el cerebro y otros órganos. Los síntomas varían de una persona a otra y pueden aparecer y desaparecer. Casi todas las personas con LES padecen hinchazón y dolor articular. Un paciente de edad avanzada llega con dolor articular. Como personal de salud ¿Qué podrías decir que es la causa del dolor del paciente?

   a. Lupus Eritematoso Sistémico, por lo que pedís una batería de pruebas para esta enfermedad.
   b. Osteoartritis, que es una de las formas más comunes de artritis a nivel mundial.

4. Si tuvieras pocos datos sobre el paciente que estas tratando (paciente que esta grave y requiere tratamiento inmediato) y tienes que decidir un diagnóstico para empezar un tratamiento.

   a. Empiezas el tratamiento de la enfermedad de acuerdo a tu suposición sobre la posible enfermedad del paciente.
   b. Esperas a tener más información para iniciar el tratamiento, aunque corra la vida del paciente.

5. Un paciente esquizofrénico, deshidratado, cree que se le esta envenenando y se rehúsa a consumir líquidos.

   a. Tratas de que beba agua, dado que el paciente solo está desafiando tu autoridad al no querer beber y dado que él se está haciendo daño a sí mismo.
   b. Le realizas una vía intravenosa para la administración de líquidos.

6. Estas en la guardia, llega un paciente con dolor en el pecho. Esa mañana habían llegado diez pacientes con dolor en el pecho y se les diagnostico síndrome coronario agudo. Usted:

   a. Busca otra patología dado que es poco probable que vuelva a ser lo mismo.
   b. Le diagnostica síndrome coronario agudo dado que los otros síntomas coinciden con este diagnóstico.

7. Llega un paciente, fumador crónico, con tos y con esputo sanguinolento. No posee fiebre y posee pérdida de peso. Usted diagnostica:

   a. Neumonía, dado que el diagnóstico es muy común.
   b. Cáncer de pulmón, por lo observado en el paciente.

8. El señor "S" es un hombre de 33 años, vagabundo, con una historia de frecuentes migrañas y abuso de opioides. Se presenta a la guardia con cefalea de 2 horas. Llego con signos estables, lucido y colaborador. Demanda que se le entregue oxicodona.

   a. El paciente llega buscando drogas de nuevo por lo que se inicia un tratamiento con medicación no opioide y se le deja en la sala de espera de la guardia mientras se le busca un albergue.
   b. Se le realiza una tomografía al paciente para buscar una alteración.

9. Llega a la guardia un paciente traumatizado por un accidente vehicular. El paciente refiere dolor de pecho. Se le realiza una tomografía de tórax y el radiólogo indica una "posible fractura de costilla".

   a. Confías en el informe del radiólogo, dado que es probable que la fractura de costilla este causando el dolor de pecho.
   b. Desconfías que ese sea el diagnostico final y solicitas más análisis para evaluar otras posibilidades.

10. Una niña de 7 años llega al servicio, traída por su madre, para la evaluación de una herida en el ojo. La madre indica que el día anterior la niña se había tropezado con el perro de la familia y al caer, se había golpeado por una mesa. Al momento del examen físico, la niña no deja que la toquen en parte alguna de su cuerpo, mucho menos el área de la lesión. El parpado derecho esta edematizado y es sumamente sensible al tacto. La orbita derecha está hundida con un equimosis alrededor. Se le realiza una tomografía y se observa una fractura del hueso frontal. Se le dan analgésicos y se le cita para que vuelva en tres días. Al día siguiente la paciente llega a urgencias, directamente desde su escuela. La enfermera de la escuela había encontrado múltiples cicatrices en su espalda y en sus piernas, en diferentes estados de evolución, cuando la niña fue a consultarle por dolor de espalda. Se le realizan radiografías en los miembros donde se encuentran fracturas en varios estados de reparación. Usted hubiera:

    a. Sospechado del maltrato cuando la niña consulto por primera vez y hubiera mandado hacer las radiografías de los miembros y completado un buen examen físico.
    b. Hubiera cometido el mismo error descrito.

11. Llega a tu clínica un paciente joven de sexo masculino. El paciente es a tu parecer "afeminado". Crees que es más probable que te consulte por:

a. Un análisis de hipertensión.
b. Un análisis de HIV.

12. 600 personas van a morir por una epidemia de gripe. Que preferís?

a. Un tratamiento que salvara a 200 personas en forma eficiente.
b. Un tratamiento que tiene 1/3 de probabilidad de salvar a los 600, pero un 2/3 de probabilidad de no salvar a ninguno.

13. La droga "a" es un tratamiento seguro y efectivo para la hipertensión en pacientes diabéticos. Uno de los efectos adversos más raros es la hipotensión en pacientes con severo daño renal. Uno de tus pacientes, con daño renal, sufrió un infarto con el uso de la droga "a". Tienes ahora otro paciente diabético con hipertensión y daño renal. ¿Qué harás?

a. Le prescribís la droga "a".
b. Prescribís un tratamiento diferente.

14. Sos un pediatra. Los últimos cuatro pacientes que viste fueron niñas. El próximo paciente será:

a. Niño.
b. Niña.
c. Hay igual probabilidad de que sea niño o niña.

15. ¿Hay más palabras en el castellano que comienzan con "r" o que tienen "r" como tercera letra?

a. Comienzan con r.
b. R como tercera letra.

16. Paciente que hace un año atrás fue diagnosticada de tuberculosis que recibió tratamiento durante 9 meses en forma discontinua. Luego de 30 días sin recibir tratamiento comienza con episodios febriles vespertinos intermitente, durante un mes de evolución. Actualmente consulta por tos y expectoración hemoptoica. Paciente lucida, con fiebre intermitente a predominio vespertino, taquicardica, hipotensa, disneica. La imagen que a su parecer, correspondería al paciente sería:

A

B

C

D

a. A
b. B
c. C
d. D

Muchas gracias por su participación.

Anexo B: Manual de operaciones

Definición de variables:

- *Sesgo de comprobación/confirmación:* se produce cuando el pensamiento de un médico está conformado por la expectativa previa como estereotipos o prejuicios de género.

- *Generalización apresurada:* Una generalización apresurada o falacia de estadística insuficiente o falacia de muestras insuficientes, ley de los pequeños números, inducción apresurada, falacia del hecho aislado, o secundum quid es una falacia lógica en la que se llega a una generalización inducida basada en muy pocas evidencias.

  Ejemplo: «Me encanta esta canción, por lo tanto me gustará también todo el álbum en el que está». Es una falacia porque el álbum puede no ser tan bueno como la canción escuchada.

- *Sesgo de disponibilidad:* a disposición a juzgar las cosas como más probable, o que ocurre con frecuencia, si es que fácilmente vienen a la mente. Por lo tanto, la experiencia reciente con una enfermedad puede inflar la posibilidad de que sea diagnosticado. Por el contrario, si una enfermedad no se ha visto desde hace mucho tiempo (es menos disponible), puede ser subdiagnosticada.

- *Sesgo de negación de la base:* la tendencia a ignorar la verdadera prevalencia de una enfermedad, ya sea inflar o reducir su tasa de base, y que distorsionan el razonamiento bayesiano. Sin embargo, en algunos casos, los médicos pueden (consciente o inconscientemente) inflar deliberadamente las posibilidades de enfermedades, como por ejemplo en la estrategia de "descartar peor de los casos" para evitar perder un diagnóstico poco frecuente pero importante.

- *Error de la atribución fundamental:* que tiende a ser crítico y culpar a los pacientes para su enfermedad (causas disposicionales) en lugar de examinar las circunstancias (factores situacionales) que podrían haber sido responsables. En particular, los pacientes psiquiátricos, las minorías y otros grupos marginados tienden a sufrir de este sesgo. Existen diferencias culturales en cuanto a los respectivos pesos atribuidos a causas disposicionales y situacionales.

- *Falacia del apostador:* la creencia de que si una moneda se lanza diez veces y sale cara cada vez, el 11 de lanzamiento tiene una mayor probabilidad de ser colas (a pesar de que una moneda no tiene memoria). Es decir, el médico permite que la probabilidad previa de que un paciente tendrá un diagnóstico en particular a ser influenciados por precedente pero eventos independientes.

- *Error de la probabilidad posterior:* cuando la estimación de un médico para la probabilidad de que la enfermedad está exageradamente influida por lo que ha pasado antes para un paciente en particular. Es lo contrario de la falacia del jugador en que el médico es el juego de la secuencia continua.

- *Diagnóstico con cierre temprano:* se tiende a aplicar el cierre prematuro al proceso de toma de decisiones, aceptar un diagnóstico antes de que esté completamente verificado. Las consecuencias de la polarización se reflejan en la máxima: "Cuando se hace el diagnóstico, el pensamiento se detiene."

- *Diagnóstico con el límite de la representatividad:* la tendencia a buscar manifestaciones prototípicas de la enfermedad: "Si parece un pato, camina como un pato y grazna como un pato, entonces es un pato". Sin embargo, restringir la toma de decisiones a lo largo de estas líneas de reconocimiento de patrones da lugar a variantes atípicas está perdido.

- *Diagnóstico prematuro con búsqueda satisfecha:* refleja la tendencia universal a cancelar una búsqueda una vez que se encontró algo. Co-morbilidad, segundo cuerpos extraños, otras fracturas y compañeros de ingestantes de intoxicación pueden todo se puede perder. Además, si la búsqueda produce nada, diagnosticadores deberían convencerse de que ellos han estado buscando en el lugar correcto.

- *Sesgo de sobreconfianza:* una tendencia universal a creer que sabemos más de lo que hacemos. El exceso de confianza refleja una tendencia a actuar en información incompleta, intuiciones o corazonadas. Demasiada fe se coloca en la opinión en lugar de pruebas cuidadosamente recopilada. El sesgo puede ser aumentado por tanto de referencia como la disponibilidad, y los resultados catastróficos puede dar cuando hay un sesgo prevaleciente comisión

- *Sesgo de generalización de experiencias personales:* Cuando un médico hace valer la experiencia desarrollada con un determinado paciente sobre la evidencia estadística fundamentada en la literatura.

- *Sesgo lisguistico:* Efecto bouba/kiki. El efecto bouba/kiki fue descubierto por el psicólogo Wolfgang Köhler en 1929. En sus experimentos llevados a cabo en la isla de Tenerife, donde el español es la lengua primaria, Köhler mostró formas similares a las de la imagen de la derecha a una serie de sujetos, y encontró una fuerte preferencia a asociar la forma puntiaguda con el nombre «takete» y redondeada con el nombre «baluba» («maluma» en la versión de 1947). En el año 2001, Vilayanur S. Ramachandran y Edward Hubbard repitieron el experimento usando las palabras «kiki» y «bouba» y preguntaron a una gran cantidad de sujetos «¿cuál de estas formas es bouba y cuál es kiki?» En estos experimentos conducidos tanto con hablantes de inglés como de tamil, 95% a 98% eligieron la forma redondeada como bouba y la puntiaguda como kiki, sugiriendo que el cerebro humano de alguna manera extrae propiedades abstractas de las formas y sonidos. Un trabajo reciente por Daphne Maurer y colegas ha mostrado que incluso niños de 2 años y medio (demasiado pequeños para leer) muestran este efecto.

  Ramachandran y Hubbard sugieren que el efecto kiki/bouba tiene implicaciones para la evolución del lenguaje, porque sugiere que el nombramiento de los objetos no es completamente arbitrario. Quizás se llame «bouba» a la forma redondeada porque la boca hace un movimiento más redondeado para producir el sonido, mientras que necesita un movimiento más tenso y angular para producir el sonido de «kiki». Además, los sonidos de la K son más duros y fuertes que los de la B. La presencia de estos «mapeos sinestésicos» sugiere que este efecto puede ser la base neurológica para el simbolismo auditivo, en el que los sonidos son mapeados a objetos y eventos de una manera no arbitraria. Individuos con autismo no muestran una preferencia tan fuerte. Donde las personas promedio acuerdan con el resultado típico el 90% de las veces, los individuos con autismo sólo acuerdan el 60% de las veces.

- *Efecto Marco:* Consiste en situaciones en las que una determinada opción esta encasillada por un contexto positivo o negativo, que lleva a las personas a obviar o elegir esa opción sin considerar completamente las consecuencias. Muy utilizado en política y en publicidad para guiar al público hacia una determinada opción.

Anexo C: Consentimiento informado

Universidad Nacional de Asunción

Facultad de Ciencias Médicas

"PREVALENCIA DE SESGOS COGNITIVOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA FCM-UNA, JUNIO 2014"

Consentimiento Informado

Los objetivos de este estudio son determinar los resultados de la prevalencia de los distintos sesgos cognitivos en los estudiantes de medicina.

Deseamos que usted participe de este estudio que involucra a estudiantes de medicina de esta facultad.

Los resultados obtenidos en este estudio pueden beneficiar a los estudiantes de medicina de esta facultad indicando la magnitud de los sesgos cognitivos en nuestra toma de decisiones. Serán publicados en revistas científicas con el objeto de dar a conocer a otros investigadores y profesionales nuestros hallazgos. La identidad de los participantes será mantenida en absoluta confidencialidad.

Doy mi consentimiento la información proveída en esta autorización y firmo voluntariamente:

Firma o huella digital:

Cédula de identidad policial número:

Fecha:

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN.

[PERSONALITY DISORDERS IN STUDENTS OF THE NATIONAL UNIVERSITY OF ASUNCIÓN SCHOOL OF MEDICINE].

Charles Alderete, Yessica Barreto, Florencia Barrios, Rodrigo Cardozo, Aramí Centurión, Anahí Escobar, Abel Figueredo, Yessica Ferreira, Gladys Florenciano, Paola Florentín, Adriana Franco, Belén Franco, Alejandra García, Lorena García, Lucas González, Matías Ortiz, Paola Orué, Teresita Penayo, Claudia Parodi, Viviana Riego.

Correspondencia: Univ. Aramí Centurión, estudiante universitaria de la carrera de Medicina y Cirugía, FCM-UNA | aramicv_192@hotmail.com | Avda. Dr. Montero esquina Dr. Mazzei, Edificio de Ciencias Básicas, Asunción-Paraguay.

Manuscrito recibido: 5 de agosto de 2014.
Manuscrito aceptado: 30 de octubre de 2014.

RESUMEN

Introducción: Los trastornos de la personalidad (TP) son patrones del pensamiento y del comportamiento a largo plazo que provocan problemas serios con las relaciones y el trabajo. Las personas con trastornos de la personalidad tienen dificultades para lidiar con el estrés y los problemas cotidianos. Suelen tener relaciones tormentosas con otras personas. Los estudiantes de medicina están permanentemente expuestos al estrés y presiones sociales, por lo que el estudio de la frecuencia de los trastornos de la personalidad presentes en esta población es de suma importancia. **Objetivo General:** Determinar la frecuencia de trastornos de la personalidad en estudiantes de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. **Sujetos y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, muestreo no probabilístico de casos consecutivos dirigido a estudiantes del primero al sexto curso de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, Mayo-Junio 2014. **Resultados:** Se estudiaron 159 sujetos entre 19 y 28 años. El 37,1% (59) presentó uno o más trastornos de la personalidad. El trastorno más frecuente fue el Obsesivo-compulsivo (18%), seguido por el de Evitación (9%). Las mujeres fueron las mayoritariamente afectadas. Las alteraciones se vieron con mayor frecuencia en edades de 22 a 23 años. La mayor cantidad de trastornos se observó en estudiantes del quinto curso, en tanto que la menor frecuencia se vio en alumnos del sexto curso. Se pudo observar una mayor frecuencia de trastornos en aquellos estudiantes procedentes del interior del país y del extranjero. La mayor parte de los estudiantes con trastornos de la personalidad no fuman, no consumen drogas de prescripción médica, ni drogas ilegales, pero sí consumen alcohol. La mayor cantidad de alumnos con trastornos de personalidad tienen notas superiores a 3.0, o sea, buen rendimiento académico. La minoría se encontraba bajo tratamiento psicológico. **Conclusión:** 37,1% de estudiantes presentó uno o más trastornos de la personalidad.

Palabras clave: Trastornos de la personalidad, Estudiantes de Medicina

ABSTRACT

Introduction: Personality disorders are abnormal traits of thinking and acting that in the long run cause severe relationship and work problems. People with personality disorders have difficulties leading with stress and everyday problems, and they use to have stormy relationships. Considering medical students are permanently exposed to stress and social pressure, studying the frequency of personality disorders present in this population is important. **General Objective:** Determine the frequency of personality disorders in students of the Medicine and Surgery career of the National University of Asunción. **Subjects and Methods:** Observational, transverse-cut descriptive study. Consecutive-cases type (non-probabilistic) sampling of students in courses first to sixth of the Medicine and Surgery career of the National University of Asunción, May-June 2014. **Results:** 159 subjects between 19 and 28 years of age were studied. 37.1% (59) presented one or more personality disorders. The most frequent was obsessive-compulsive disorder (18%), followed by avoidant personality disorder (9%). Disorders were more frequent in women, in men and women ages 22-23, in fifth course, and in students coming from the country and international students. The lowest frequency was observed in sixth

course. Most of the students that presented personality disorders had a grade point average of 3.0 or more, and were neither smokers nor legal or illegal drug consumers, but they were alcohol consumers. A minority was under psychological or psychiatric treatment. **Conclusion:** 37.1% presented one or more personality disorders.

Key words: Personality disorders, Medical students

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la personalidad (TP) son patrones del pensamiento y del comportamiento a largo plazo que provocan problemas serios con las relaciones y el trabajo. Las personas con trastornos de la personalidad tienen dificultades para lidiar con el estrés y los problemas cotidianos. Suelen tener relaciones tormentosas con otras personas. No se conoce la causa exacta de los trastornos de la personalidad. Sin embargo, los genes y las experiencias de la niñez pueden representar un papel importante.

Los síntomas pueden variar ampliamente, dependiendo del tipo específico del trastorno de la personalidad. El tratamiento suele incluir psicoterapia y, algunas veces, psicofármacos.

Realizar una evaluación de la personalidad mediante un análisis integrado de la patología, teniendo en cuenta la unidad temporal, donde se realice tanto un análisis contemporáneo como uno del desarrollo no es una tarea menor, y dado que hasta hace relativamente poco no existían instrumentos diagnósticos validados, es habitual que en la práctica clínica se realice el diagnóstico de Trastornos de la personalidad basándose únicamente en la intuición del clínico. El peligro de esta estrategia diagnóstica reside en su falta de fiabilidad, ya que en las pocas veces que ha sido puesta a prueba empíricamente, se ha demostrado una escasísima coincidencia diagnóstica entre observadores. Es por esto que se debe contar con información precisa y detallada sobre los diversos métodos y técnicas idóneos para tal fin (1).

Hoy día contamos con muy variados instrumentos de evaluación que a grandes rasgos de dividen en cuatro amplias categorías: cuestionarios autoinformados, entrevistas estructurados, lista de síntomas y técnicas proyectivas (2).

El Personality Diagnostic Questionnaire 4+ (PDQ-4+) es un cuestionario de autoinforme complementado con una breve entrevista de significación clínica que permite realizar diagnóstico de los Trastornos de la Personalidad siguiendo los criterios del DSM-IV. El diagnóstico se basa fundamentalmente en las respuestas al cuestionario, sirviendo la breve entrevista posterior para corroborar que se cumplen las exigencias de TP. Este hecho ofrece la ventaja de permitir un destacable ahorro de tiempo en la administración respecto las entrevistas diagnósticas como la SCID-II o la IPDE, y el control sobre el posible efecto de la sintomatología de estado en la autovaloración del paciente que no poseen los cuestionarios. Por ello, se trata de un instrumento muy útil tanto a nivel clínico como de investigación. El PDQ-4+ consta de 12 escalas de TP: 10 referidas a las categorías diagnósticas que el DSM-IV contempla en su capítulo de TP, y dos dirigidas a evaluar las categorías de TP que aparecen en el apéndice de diagnósticos en estudio. Al mismo tiempo, contempla dos escalas de control de la respuesta: una de conformidad social y otra de respuestas infrecuentes (3).

Existen pocos estudios publicados hasta la fecha sobre el PDQ-4+, aunque sí los hay sobre sus antecesores: el Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ) y el Personality Diagnostic Questionniare-Revised (PDQ-R), los cuales han sido ampliamente utilizados en la investigación de los trastornos de personalidad y los evaluaban según los criterios diagnósticos del DSM-III y DSM-III-R respectivamente. Ambos cuestionarios han mostrado, en diversos estudios con muestras clínicas, una adecuada estabilidad temporal (fiabilidad test-retest), una consistencia interna general aceptable (alfa de Cronbach) y una buena capacidad predictiva de la presencia de TP, con una buena sensibilidad y moderada especificidad. Aun así, con ellos se siguen obteniendo unas mayores prevalencias de TP (probablemente falsos positivos) que mediante el uso de entrevistas clínicas como la SCID-II (4, 5).

El PDQ-4+ evalúa los 10 TP específicos incluidos en el DSM-IV, más las dos categorías en estudio incluidas en el apéndice B de dicho manual. Consta de un cuestionario de autoinforme y de una breve entrevista de significación clínica que se aplica en caso necesario para cada categoría de TP en que el paciente cumpla el número mínimo de criterios exigibles para su diagnóstico. El cuestionario está constituido por 99 ítems de respuesta Verdadero frente a Falso (con excepción de los dos últimos ítems que siguen un formato de inventario, en que se debe señalar la presencia de comportamientos impulsivos y antinormativos anteriores a los 15 años y se co-

rresponden con los TP límite y antisocial respectivamente). Cada ítem puntúa en un único criterio diagnóstico del DSM-IV (con la excepción de uno compartido entre los TP esquizoide y esquizotípico) y en todos los casos lo hace la respuesta Verdadero (excepto en tres ítems de la escala de conformidad social) (3).

El objetivo general de este trabajo de investigación fue el de determinar la frecuencia de trastornos de la personalidad en estudiantes de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción; mientras que sus objetivos específicos fueron a. determinar la cantidad de estudiantes de la Carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción con y sin trastornos de la personalidad; b. identificar el trastorno de la personalidad más frecuente presente en los estudiantes de la Carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción; y, c. observar la distribución existente entre los trastornos de la personalidad presentes en los estudiantes de la carrera de Medicina y Cirugía, y variables como: sexo, lugar de residencia, promedio, hábito de fumar, consumo de alcohol, consumo de drogas de prescripción médica, consumo de drogas ilegales, tratamiento psicológico o psiquiátrico.

SUJETOS Y MÉTODOS

El presente estudio fue de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal, realizado en el mes de mayo-junio del 2014.

La población enfocada correspondió a los estudiantes del primero al sexto curso de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. La población accesible correspondió a estudiantes del primero al sexto curso de la carrera que han accedido a completar el cuestionario realizado durante el mes de junio del año 2014.

Se tomó como criterio de inclusión el haber accedido a completar el cuestionario realizado durante el mes de junio del año 2014. Y como criterio de exclusión la presencia de algún trastorno mental observable a simple vista.

La muestra se obtuvo según la tabla del Apéndice 13.E del Hulley, con una proporción esperada (P)= 0,40; una amplitud total del intervalo de confianza (w)= 0,20 y un IC= 99%; dando una n= 160 sujetos. En nuestro trabajo, pudimos analizar los datos de 159 estudiantes. El muestreo fue no probabilístico de casos consecutivos.

Las variables cuantitativas medidas fueron: Edad, Número de Intentos de ingreso, Promedio, Número de hijos, Horas de trabajo, Cigarrillos/día, Litros de alcohol consumidos por ocasión y Frecuencia de consumo de drogas ilegales. Las variables cualitativas medidas fueron: Sexo, Procedencia, Personas con quienes comparte residencia, Estado civil, Año de ingreso, Curso, Actividades extracurriculares, Pago de estudios, Trabajo, Drogas de prescripción médica, Tratamiento psicológico o psiquiátrico y el Trastorno de la personalidad

Se utilizó el Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+). Consiste en un autoinforme desarrollado para la valoración de los rasgos de la personalidad en función de los criterios del DSM-IV. El PDQ-4+ consta de un total de noventa y nueve ítems distribuido a lo largo de doce subescalas, diez referidas a las categorías diagnosticas que contemplan el DSM-IV en el eje II y otras dos dirigidas a evaluar las categorías de los trastornos de la personalidad. El PDQ-4+ se ha utilizado en una amplia variedad de estudios epidemiológicos y sus propiedades se encuentran ampliamente respaldadas. En el estudio se utilizó la versión adaptada al español Calvo, N. y Torrubia, R. 1999.

Los pasos seguidos para obtener el número suficiente de individuos para el estudio consistieron en acercarse a los individuos, tanto en el edificio de ciencias básicas como en el Hospital de Clínicas, administrándoles el cuestionario de forma individual, explicándoles los objetivos y las condiciones del estudio, asegurándole la confidencialidad de sus respuestas y el carácter voluntario de su participación y haciéndoles firmar el consentimiento informado. Los integrantes del equipo de trabajo se dividieron en subequipos de tres personas por cada curso de la carrera de Medicina y Cirugía, y cada subequipo tenía una persona que procesaba la información recogida por los otros dos integrantes. En todo momento se mantuvo el anonimato de las personas por medio de códigos asignados a cada individuo encuestado. Luego se procedió al análisis de las preguntas patológicas, para la realización de la comprobación del trastorno. En caso de presencia de trastorno, se le volvía a formular las preguntas marcadas como patológicas por los estudiantes. En otra ocasión, se hizo la validación

clínica, comprobándose o descartándose la presencia de trastornos. Los participantes recibieron sus respuestas, una vez analizadas correctamente.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó una planilla electrónica de Microsoft Excel 2007.

En cuanto a las consideraciones éticas, se firmó un consentimiento informado y se respetó el anonimato de los voluntarios a la hora de la recolección, análisis y presentación de los datos, así como también a los que no aceptaron formar parte del estudio.

RESULTADOS

En el presente estudio fueron entrevistadas 159 personas, correspondientes a estudiantes del primero al sexto curso de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, de los cuales el 53,45% (85) fueron del sexo femenino y, el 43,55% (74), del sexo masculino. La media de edad fue de 22,5 años, siendo sus límites inferior y superior, 19 y 28 años, respectivamente.

Del total de sujetos estudiados, 37,1% (59) presentó uno o más trastornos de la personalidad. El trastorno más frecuente fue el Obsesivo-compulsivo (18%), seguidos por los de Evitación (9%), Paranoide, Esquizotípico y Narcisista (6%), Depresivo (5%), Esquizoide y Escala de conformidad social (4%), Antisocial y Por dependencia (3%), Histriónico y Escala de infrecuencia (2%) y Límite y Agresivo-pasivo (1%).

La prevalencia bruta de trastornos de la personalidad en mujeres fue del 39%, mientras que en los varones fue del 35%.

De entre todos los estudiantes con algún trastorno de la personalidad, el 34% no suele consumir alcohol, el 29% lo hace, pero menos de 1 litro en cada ocasión, el 20% bebe de 1 a 2 litros, y el 17%, más de 2 litros por ocasión. En cuanto al consumo de tabaco, el 98% no fuma cigarrillos; el 2% restante lo hace fumando 2 a 5 cigarrillos por día.

Considerando el número de intentos de ingreso a la facultad, el 53% de las personas con algún trastorno logró ingresar en su segundo intento, el 20% lo hizo en el tercer intento, el otro 20% en su primer intento, el 5% en su cuarto intento, y el 2% en 5 o más intentos.

Del total de entrevistados, el 87% tiene como lugar de origen Asunción u otras ciudades del Departamento Central; el 13% procede de ciudades del interior del país o del extranjero, de los cuales, el 50% presentó uno o más trastornos de la personalidad, en comparación con el 35% de los originarios de la capital y regiones adyacentes que tuvieron alguno de los trastornos.

De las 59 personas con trastornos de la personalidad validados, el 12% consume algún tipo de droga de prescripción médica. El 88% restante no lo hace. En cuanto al consumo de drogas ilegales, el 22% admitió consumir regularmente en eventos sociales, no así el 78% sobrante.

Teniendo en cuenta el promedio académico de los estudiantes y sus diferentes tipos de trastornos de personalidad, se encontró que, a diferencia de la mayoría de los trastornos en los cuales los estudiantes con promedio dentro del rango 3-3,9 son más frecuentes, en los trastornos de tipo Narcisista y Esquizotípico prevalecían aquellos con promedios más altos (4-4,9) con valores de 8% y 8%, en contraste con los promedios inferiores a 4, cuya frecuencia fueron de 5% y 5%.

La frecuencia de trastornos de la personalidad por curso fue de la siguiente forma: primer curso (41%), segundo curso (24%), tercer curso (41%), cuarto curso (37%), quinto curso (63%) y sexto curso (5%).

DISCUSIÓN

La frecuencia de trastornos de la personalidad, de 37,1%, es similar a la encontrada en el trabajo de Descalzi, Linares y Murga (2006), realizado en estudiantes de tercer curso de una universidad de Perú con otro tipo de encuesta, en el cual fue de 41,8%. En ambos trabajos el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se ha destacado como el más frecuente. En un estudio, Ballus (1971) encontró que una alta proporción de las personas con

TOC tenían un alto cociente intelectual (CI), por lo cual creemos que, debido a que los postulantes a la carrera de Medicina deben pasar por un examen de admisión, como consecuencia del proceso, son seleccionados los que poseen mayor CI. Sugerimos la realización de un estudio de CI en estudios posteriores para comprobar esta posible correlación (6, 7).

En cuanto al sexo de los encuestados, nuestros resultados difieren de aquellos obtenidos por Perales, Sogi y Morales (2003), quienes reportaron un mayor número de trastornos en los hombres, pero es similar al obtenido por Heinzé, Vargas y Cortés (2008), quienes reportaron en su estudio que las mujeres quienes sobresalen con mayor número de trastornos de personalidad (8).

En cuanto a los años de estudio, de primero a cuarto curso se observó una frecuencia de trastornos similar; en el quinto curso se presentó la mayor frecuencia de trastornos, mientras que en el sexto curso se presentó la menor frecuencia de padecimientos (creemos que el bajo número de trastornos observados en sexto curso podría deberse a las dificultades de realizar la encuesta por la premura que tenían de finalizar de responder). Esto se diferencia del trabajo de Heinzé, Vargas y Cortés (2008, en el cual los alumnos de segundo curso son los que muestran mayor número de trastornos. En estudios realizados en Brasil, se vio un incremento de la frecuencia de depresión en los cursos de clínica y en contacto con pacientes, en contraste con un estudio realizado en la Universidad de Valle y en nuestro estudio, en los que los estudiantes del área de Ciencias Básicas presentaron mayor prevalencia de depresión que aquellos que cursan los años de clínica, correspondiendo la máxima frecuencia al tercer curso, con 12% (8, 9). En varios estudios, se ha mencionado que los trastornos de personalidad de los alumnos empeora luego de iniciar su preparación médica y se mantiene a lo largo de su entrenamiento, como consecuencia de un mal manejo del estrés y a diversos factores sociales y académicos, y que presentan una mayor proporción de trastornos emocionales entre los 20 y 25 años, y que se contempla en el trabajo con mayor frecuencia de trastornos de la personalidad a la edad de 21 a 24 años. Esto puede conducir a consecuencias adversas incluyendo el suicidio. Las relaciones familiares cumplen un rol protector importante23; observamos que la mayoría vive con sus familiares.

Por otra parte, se observó que 12% de los encuestados que presentaban trastornos se encontraban bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico, en comparación con 6,32% encontrado en el estudio de Descalzi et al. Esto podría deberse al desconocimiento del padecimiento de la enfermedad, un prejuicio hacia el tratamiento psiquiátrico o el estigma del diagnóstico o incluso a la falta de adherencia a algún tratamiento iniciado por la persistencia de síntomas. De los que refirieron consumir drogas de prescripción, sólo un sujeto refirió estar llevando un tratamiento psicológico o psiquiátrico. Esta discrepancia podría deberse a la automedicación, a una interpretación incorrecta de la palabra "tratamiento psicológico o psiquiátrico" por ignorancia o a que deliberadamente mintieron debido al estigma que supone en nuestra sociedad (6).

Las características no académicas son los más controversiales de los factores asociados al rendimiento académico de estudiantes de Medicina, pues así como existen reportes que no apoyan la validez de los rasgos de personalidad como predictores de rendimiento académico, en otros casos hay rasgos específicos que parecen relacionarse con mejores calificaciones. Según el estudio de Heinzé, Vargas y Cortés (2008), en los alumnos repetidores se observó mayor número de trastornos de la personalidad en comparación con los alumnos de los grupos de alto rendimiento. En el trabajo realizado se observó un mayor número de alumnos con trastornos de personalidad con notas superiores a 3.0, o sea, buen rendimiento académico.

En cuanto a las adicciones, se observó que 22% de los encuestados consume drogas ilegales, siendo esta una cifra alarmante por la gran cantidad y la gran proporción (casi un cuarto de nuestra muestra) y por ser un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de la personalidad. Debería ser un tema de estudios siguientes, dada la gravedad de los problemas que podría esto conllevar.

Un 66% de los encuestados consumen bebidas alcohólicas, mientras que casi 60% no fuma. Este hecho podría deberse a la influencia del ambiente académico y social en general sobre el comportamiento aversivo de los estudiantes hacia el tabaco.

Por último, deseamos remarcar que nos encontramos con algunas dificultades en la realización del trabajo: por una parte, datos personales incompletos por parte de algunos encuestados, lo cual hizo que en el análisis de algunas preguntas se contara con un número menor a 159 sujetos; por otra parte, la poca disponibilidad de tiempo con la que contamos nosotros y los estudiantes de sexto curso, hizo difícil su localización, por lo que el número de sujetos contados para este curso es menor respecto a los demás.

CONCLUSIONES

La menor parte de los estudiantes encuestados presentó uno o más tipos de trastornos de la personalidad (37,1%). Las mujeres fueron las mayoritariamente afectadas.

Entre los trastornos, se vio mayoritariamente el obsesivo-compulsivo, en tanto que una minoría presentó el trastorno agresivo-pasivo y el límite. Las mujeres presentaron predominantemente el trastorno por dependencia, mientras que en hombres se vio mayormente el trastorno límite.

Las alteraciones se vieron con mayor frecuencia en edades de 22 a 23 años.

La mayor cantidad de trastornos se observó en estudiantes del quinto curso, en tanto que la menor frecuencia se vio en alumnos del sexto curso.

Se pudo observar una mayor frecuencia de trastornos en aquellos estudiantes procedentes del interior del país y del extranjero.

La mayor parte de los estudiantes con trastornos de la personalidad no fuman, no consumen drogas de prescripción médica, ni drogas ilegales, pero sí consumen alcohol.

La mayor cantidad de alumnos con trastornos de personalidad tienen notas superiores a 3.0, o sea, buen rendimiento académico.

La minoría se encontraba bajo tratamiento psicológico.

Teniendo en cuenta los diferentes cursos, el trastorno obsesivo compulsivo fue predominante en primero, segundo, tercero y quinto cursos, mientras que en cuarto curso se presentó mayoritariamente el trastorno narcisista y en los de sexto curso primó el trastorno antisocial.

ACERCA DE LOS AUTORES

Charles Alderete, Yessica Barreto, Florencia Barrios, Rodrigo Cardozo, Aramí Centurión, Anahí Escobar, Abel Figueredo, Yessica Ferreira, Gladys Florenciano, Paola Florentín, Adriana Franco, Belén Franco, Alejandra García, Lorena García, Lucas González, Matías Ortiz, Paola Orué y Teresita Penayo son estudiantes universitarios de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La Dra. Claudia Parodi es Auxiliar de la Enseñanza de la Cátedra de Psicología Médica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La Dra. Viviana Riego es Auxiliar de la Enseñanza de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

BIBLIOGRAFÍA

29. Winberg Nodal M, Vilalta Suárez RJ. Evaluación de trastornos de personalidad mediante el Inventario Clínico Multiaxial (MCMI-II) en una muestra forense. Psicothema 2009; 21 (4): 610- 614.
30. Wilberg T, Dammen T, Friis S. Comparing Personality Diagnostic Questionnaire-4+ with Longitudinal, Expert, All Data (LEAD) Standard Diagnoses in a sample with a high prevalence of Axis I and Axis II disorders. Compr Psychiatry 2000; 41: 295-302.
31. Pdq4.com. Personality Diagnostic Questionnaire for the DSM IV. 15-07-2014 Disponible en: http://www.pdq4.com/
32. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. APA Press. Barcelona: Masson, 2002.
33. Ampudia R A, Jiménez Gómez F, Sánchez Crespo G, Santaella GB. Indicadores empíricos de la conducta agresiva y violenta derivados de las respuestas al MMPI-II de hombres y mujeres delincuentes. RIDEP 2006, 21(1):21-31.

34. Rodas P, Santa Cruz L, Vargas H. Frecuencia de trastornos mentales en alumnos del tercer año de la Facultad de Medicina de una universidad privada de Lima. Lima-Perú 2006 [ver en línea] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v20n2/v20n2ao3.pdf
35. Yaryura-Tobias J, Neziroglu F. Obsessive-compulsive disorder spectrum: pathogenesis, diagnosis, and treatment. American Psychiatric Publishing. pp. 19–20. Disponible en: http://books.google.com.py/books?id=-vzFN_gd7aoC&pg=PA19&lpg=PA19&dq=ocd+high+intelligence&hl=en#v=onepage&q=ocd%20high%20intelligence&f=false
36. Vargas I, Ramírez C, Cortés J, Farfán A, Heinze F. Factores asociados al rendimiento académico en alumnos de la Facultad de Medicina: estudio de seguimiento a un año. Salud Ment [revista en la Internet]. 2011 Ago [citado 2014 Jul 15];34(4):301-308. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01853325201100040002&lng=es.
37. Miranda CA; Gutierrez JC, Bernal F, Escobar CA. Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. Rev. Colomb. Psiquiatr 2000; 29(3):251-260.

OPCIONES ACTUALES DE TRATAMIENTO EN TRICOTILOMANÍA PEDIÁTRICA.

[CURRENT TREATMENT OPTIONS FOR PEDIATRIC TRICHOTILLOMANIA].

César Ruiz Díaz, Jorge Villalba Arias, Emilia Chávez, Andrés Arce.

Correspondencia: Dr. César Ruiz Díaz, médico residente la Cátedra y Servicio de Psiquiatría, FCM-UNA | cesardaniel852@hotmail.com | Avda. Mcal. López esquina Cruzada de la Amistad, Campus Universitario de la UNA, San Lorenzo-Paraguay.

Manuscrito recibido: 20 de septiembre de 2014.
Manuscrito aceptado: 10 de octubre de 2014.

INTRODUCCIÓN

Durante el transcurso de la historia de la humanidad el pelo ha tenido diversos significados, por lo que ha sido objeto de tradiciones y creencias. Tiene un papel fundamental para definir la individualidad, la identidad y la apariencia de cada persona. El término tricotilomanía (TTM) define las características del padecimiento y corresponde a una palabra compuesta por: trico (pelo), tilo (jalar) y manía (afecto anormal por un objeto, lugar o acción específica) (1).

La TTM se caracteriza por el hecho de arrancar el propio cabello, lo que resulta en la pérdida notable del mismo (2) y está clasificada en el apartado correspondiente al Trastorno Obsesivo Compulsivo y otros trastornos relacionados de la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V) (3).

Reconocida por primera vez por el médico griego Hipócrates. En 1889 el dermatólogo francés Francois Henri Hallopeau fue el primero en describir las características y dar nombre a esta afección. Si bien la TTM parece ser un trastorno pediátrico de aparición relativamente común, asociada con una morbilidad significativa, comorbilidad y deterioro funcional en adultos (4), sorprendentemente pocos estudios de investigación de la psicopatología de la TTM han incluido en realidad a adolescentes o niños y, además, hasta el momento, existe una escasez de ensayos controlados aleatorizados de las intervenciones psicofarmacológicas para niños y adolescentes con TTM.

OPCIONES DE TRATAMIENTO

Una amplia variedad de tratamientos se han indicado para aliviar los síntomas de la TTM en adolescentes y niños, incluyendo la terapia cognitivo conductual, consejería de apoyo, grupos de apoyo, hipnosis, psicofármacos y enfoques combinados (5). Sin embargo, la literatura científica que apoya la eficacia de estos métodos no está bien desarrollada, con menos de 20 ensayos aleatorizados controlados disponibles para guiar la elección del tratamiento y su implementación.

La mayoría de los resultados de estudios de tratamiento disponibles han examinado las terapias conductuales o psicofármacos, y sus hallazgos colectivos han sido un tanto mixtos, especialmente con respecto a la eficacia de la medicación. Además, hasta ahora, sólo uno de estos ensayos aleatorizados se realizó con una muestra pediátrica (6), a pesar de la evidencia clara de que el inicio de la TTM en la infancia o en la adolescencia es la norma.

Una revisión completa de toda la literatura existente sobre el tratamiento va más allá del alcance de la presente guía, pero las revisiones recientes han puesto de manifiesto varios puntos clave:

1. La terapia cognitivo conductual es muy beneficiosa;
2. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) generalmente no parecen ser muy eficaces en la reducción de los síntomas de la conducta de arrancamiento per se;
3. Varios compuestos que parecen afectar a otros sistemas de neurotransmisores constituyen alguna promesa para el tratamiento de la TTM;

4. Los tratamientos combinados de terapia cognitivo conductual más medicación pueden eventualmente resultar útiles; y,
5. La ausencia de pruebas de ensayos controlados aleatorizados en muestras pediátricas obstaculiza el desarrollo de tratamientos y planes terapéuticos para esta población tan vulnerable.

- **Terapia cognitivo conductual**

Las intervenciones conductuales para la TTM (7), por lo general han incluido tres elementos fundamentales: en primer lugar, la formación de la conciencia, en el que las técnicas (por ejemplo, el auto-control) se implementan para mejorar el conocimiento del paciente acerca de su conducta de arrancamiento y, mejor aún, la conciencia de la sensación de urgencia que precede a la conducta (recordar aquí que en los niños esta sensación de urgencia puede faltar); en segundo lugar, el control de estímulos, que incluye una variedad de métodos/acciones que sirven como "reductores de velocidad" para disminuir la probabilidad de que las conductas de arrancamiento se inicien; y tercero, la capacitación en reacción de competencia, donde a los pacientes se les enseña que a la primera señal de tirar el pelo, o de la urgencia de tirar, realicen una conducta que es físicamente incompatible con el arrancamiento por un breve período de tiempo hasta que la urgencia desaparezca.

En nuestra experiencia, la técnica del control de estímulos se basa en enseñar a los pacientes a utilizar alternativas ante situaciones que de otra forma desencadenarían conductas de arrancamiento (8).

Antes de enseñar la técnica, el psiquiatra/psicoterapeuta debe evaluar los antecedentes y consecuencias de la conducta de arrancamiento en el paciente. El psiquiatra debe solicitar al paciente, y a sus padres, que se monitoreen las conductas de arrancamiento diariamente. Cuando se produzca una de estas conductas, el paciente (si es necesario con ayuda de sus padres) deberá tomar nota de algunos elementos presentes al momento de la realización de la conducta, dónde (contexto) y cuándo (hora; actividades que el paciente estaba realizando) se presentó la misma, qué estaba pensando y sintiendo antes y después del arrancamiento y cómo las emociones y pensamientos cambian esa conducta. La tabla 1 muestra ejemplos de lo citado precedentemente (9).

Tabla 1. REPORTE DE AUTOMONITOREO

Día/Fecha	Hora	¿Qué estaba haciendo y dónde?	¿Qué estaba pensando/sintiendo antes del arrancamiento?	¿Jugando con el cabello antes del arrancamiento? (Sí/No)	Cantidad de pelos arrancados	Consecuencias
Lunes 5 de mayo	05:10 PM	Haciendo la tarea en la mesa de la cocina	"¡Odio matemáticas!" "Me siento aburrido"	Sí	9	"Más calmado" "Me enojé al final por lo que hice"
Martes 6 de mayo	07:30 PM	Hablando por teléfono con un compañero sobre un trabajo del colegio	"No puedo enfocarme en lo que me dice mi amigo… ¡mis hermanos son muy ruidosos!" "Molesto; irritado"	Sí	10	"Sentí como que me pude enfocar mejor" "Me sentí menos irritado"

Luego de analizar el reporte de automonitoreo de los pacientes, el psiquiatra/psicoterapeuta puede diseñar intervenciones destinadas a disminuir la conducta repetitiva. El objetivo general de la técnica de control de estímulos es hacer más difícil el arrancamiento y proveer formas alternativas al refuerzo positivo que típicamente produce la conducta repetitiva. La tabla 2 muestra intervenciones de control de estímulos comunes para varias situaciones que podrían generar conductas de rascado (8).

Tabla 2. INTERVENCIONES PARA EL CONTROL DE ESTÍMULOS	
Ejemplo de situación	**Intervención posible**
Ver televisión	Tener las manos ocupadas, abriendo y cerrando los puños, o sosteniendo objetos como lápices o pelotas de goma.
Leer un libro	Sostener otro objeto (como un lápiz) en la mano libre o sostener el libro con las dos manos.
Hora de dormir	Ir a la cama solo cuando se está cansado; si el niño o adolescente no queda dormido a los 10 minutos, ayudar a levantarlo, para que vuelva luego.

Por su parte, la capacitación en la reacción de competencia, que forma parte del entrenamiento en la reversión del hábito (ERH), fue desarrollada por los psicólogos Nathan Azrin y Gregory Nunn como componente clave en la terapia cognitivo conductual de personas con TTM (10, 11).

En la capacitación en la reacción de competencia, el médico enseña al paciente a realizar una conducta que prevenga el arrancamiento. Esta conducta de prevención debe ser realizada por un minuto, tan pronto como el niño o adolescente se dé cuenta que se está arrancando el pelo o aparezca alguna señal de alarma. Una reacción de competencia usualmente usada es cruzarse de brazos y apretar suavemente los puños. En nuestra experiencia, cualquier conducta puede ser utilizada como reacción de competencia, siempre y cuando:

1. Mientras sea realizada, el arrancamiento de pelo es imposible;
2. Pueda ser utilizada en cualquier situación;
3. No sea notada por otras personas; y,
4. Cuente con la aceptación del paciente (8).

El paciente debe practicar la reacción de competencia durante la consulta con el médico. Éste debe enseñarle que la misma, como se mencionó en los párrafos precedentes, debe ser utilizada por un minuto; si tras el primer minuto, la necesidad de arrancarse el pelo vuelve, la reacción de competencia debe repetirse nuevamente.

El apoyo social se basa en la elección de una persona cercana al paciente (en el caso de un niño o adolescente, la madre o el padre), que será la encargada de señalar al paciente su conducta de arrancamiento, ayudándolo a tomar más conciencia de la misma y animándolo a practicar la reacción de competencia.

Los padres, u otros miembros de la familia, pueden servir para brindar información acerca de la conducta de arrancamiento, por lo que suelen ser incluidos en las sesiones terapéuticas. En la mayoría de las sesiones con los niños o adolescentes, la estructura de sesión preferida es trabajar primero sólo con el paciente por al menos 30 a 40 minutos, y luego invitar a los padres durante unos 15 minutos finales. Durante el tiempo compartido entre los padres, el niño o adolescente y el médico, se pide al niño que explique a sus padres acerca de lo que se trató en la entrevista, la elección de la reacción de competencia y qué tareas le han sido asignadas por el médico para la siguiente semana. El médico también pregunta a los padres si tienen alguna duda sobre lo expuesto por el niño (9). Esta estructura es la ideal, en nuestra experiencia, puesto que muestra el rol central del niño en el tratamiento y que éste pertenece al niño, siendo el rol de los padres el de apoyo al proceso terapéutico.

Opiniones de expertos coinciden con la literatura al señalar que la terapia cognitivo conductual que incluya entrenamiento en reversión del hábito es la opción de primera línea en la TTM pediátrica (12). No obstante, aunque eficaz la misma no está exenta de limitaciones, la más importante de las cuales es la observación de que la recaída después del tratamiento es común. Actualmente, existe la esperanza de que las herramientas de investigación desarrolladas para examinar más específicamente estilos de arrancamiento (automático o centrado), ayuden a los investigadores en la generación de intervenciones conductuales más específicas que se pueden adaptar a los perfiles de arrancamiento individuales.

- **Psicofarmacoterapia**

Es generalmente aceptado que, todavía, no existen fármacos específicos que se constituyan en tratamientos de primera línea para tratar a pacientes afectos de TTM (13), si bien algunos psicofármacos pueden ser utilizados para tratar los síntomas de ansiedad, de depresión u obsesivo compulsivos que suelen acompañar a la TTM (14). Aunque un estudio reciente apoyó la eficacia de la combinación entre un fármaco de tipo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina con terapia cognitivo conductual, con resultados positivos por encima de la terapia cognitivo conductual o la medicación solas, se necesita la replicación de estos hallazgos, a través de otros estudios, para poder validarlos.

En nuestra experiencia, la medicación estaría indicada, como elección de segunda línea, en los siguientes casos:

- Enfermedades psiquiátricas coexistentes o síntomas obsesivo compulsivos moderados o graves acompañantes;
- Falta de respuesta a la terapia cognitivo conductual (que incluya entrenamiento en la reversión del hábito) tras al menos 4 semanas;
- Respuesta parcial a la terapia cognitivo conductual (en 8 semanas);
- Pacientes con insight (conciencia de enfermedad) nulo, que interfiere con la terapia cognitivo conductual; y/o
- Cuando el deterioro social ó académico del niño o adolescente es lo suficientemente grave como para no dar tiempo al abordaje psicoterapéutico solo.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):

Los ISRS pueden ser utilizados para tratar los síntomas de ansiedad, de depresión u obsesivo compulsivos que suelen acompañar a la TTM, y son el grupo farmacológico con el mejor perfil de efectos adversos. Vale la pena destacar que la efectividad de los ISRS es mayor en niños con ansiedad, seguida en los que padecen de trastorno obsesivo compulsivo y, por último, en aquellos con depresión (15).

Entre los efectos adversos evidenciados por el uso de ISRS se encuentran las náuseas, vómitos, aumento del peristaltismo intestinal, dolor abdominal, cefalea, insomnio, acatisia, desinhibición conductual, hipomanía y disminución de libido. Se destaca que la desinhibición conductual es más frecuente en niños que en adultos (15, 16).

En caso de decidir la utilización de un ISRS, el mismo deberá iniciarse en dosis bajas, aumentándola gradualmente, hasta alcanzar la mínima dosis efectiva (a la cual los síntomas remiten). La tabla 3 presenta de manera esquemática las indicaciones, edades de uso y dosis terapéuticas de los ISRS más utilizados en niños y adolescentes (14, 15, 16):

Tabla 3. ISRS: DOSIS Y USOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

ISRS	SUGERIDO EN	DOSIS TERAPÉUTICAS
Sertralina	Trastorno obsesivo compulsivo (a partir de los 6 años) – uso aprobado por la Food and Drug Administration (FDA, Estados Unidos de América). Depresión mayor y trastornos de ansiedad (a partir de los 6 años).	6–12 años: 25–200 mg/día; subir 25–50 mg por semana (1,5–3mg/kg/día). 13–17 años: 50–200 mg/día; subir 25–50 mg por semana.
Fluoxetina	Trastorno obsesivo compulsivo (en mayores de 7 años) – uso aprobado por la FDA. Depresión mayor (en mayores de 8 años) – uso aprobado por la FDA. Trastornos de ansiedad (en mayores de 8 años).	5–20 mg/día (0,25–1 mg/kg/día). En el trastorno obsesivo compulsivo: hasta 80 mg/día.

Citalopram	Depresión mayor, trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo (en mayores de 12 años)	Niños: 5–10 mg/día. Adolescentes: 10–20 mg/día. En el trastorno obsesivo compulsivo: hasta 50 mg/día.
Escitalopram	Depresión mayor (en mayores de 12 años) – uso aprobado por la FDA Trastornos de ansiedad (a partir de los 12 años).	10–20 mg/día.
Venlafaxina	Trastornos de ansiedad (en adolescentes)	Adolescentes: 37,5–75 mg/día (inicio); 150–300mg/día (mantenimiento).
Fluvoxamina	Trastorno obsesivo compulsivo (en mayores de 8 años) – uso aprobado por la FDA. Trastornos de ansiedad (en mayores de 8 años)	25–300mg/día; subir 50 mg por semana.

Antidepresivos tricíclicos: clomipramina
La clomipramina, un antidepresivo tricíclico con propiedades serotoninérgicas (que la hace efectiva en el trastorno obsesivo compulsivo) y noradrenérgicas (que la hace efectiva en el trastorno por déficit de atención y los tics), ha demostrado ser más eficaz que el placebo en pacientes afectos de TTM (e incluso más efectiva que los ISRS en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo), pero su desfavorable perfil de efectos secundarios hace que sea un psicofármaco de segunda línea (15, 16).

Los efectos adversos se deben a su acción anticolinérgica (boca seca, visión borrosa, hipotensión ortostática, taquicardia, estreñimiento y temblores) y antihistaminérgica (somnolencia). Asimismo, otros efectos secundarios comprenden: alargamiento del intervalo Q-T del ECG y, por su efecto ⍺-adrenérgico, riesgo vital en caso de sobredosis.

En nuestra experiencia, siguiendo la línea de diversos investigadores, sólo se debería iniciar clomipramina, en adolescentes, en caso de resistencia a dos ISRS o en asociación a un ISRS en caso de respuesta parcial (15, 16).

La clomipramina debe iniciarse de a poco, desde 10-25 mg/día, con aumentos semanales similares, hasta 200 mg/día o 3 mg/kg/día.

Fármacos prometedores:
La evolución reciente de la investigación psicofarmacológica informa que sustancias que modulan los sistemas de neurotransmisores distintos a la serotonina podrían llegar a ser útiles para reducir las conductas de arrancamiento (17). En ese sentido, han surgido nuevos datos para apoyar, al menos preliminarmente, la eficacia de un antagonista opioide (naltrexona), un modulador del glutamato (N-acetilcisteína [NAC]) y un neuroléptico atípico (olanzapina) para el tratamiento de la TTM pediátrica.

- **Fármacos tópicos**

El hormigueo a nivel del cuero cabelludo y otras zonas de la piel es un factor desencadenante de conductas de arrancamiento del pelo, por lo que la utilización de astringentes, anestésicos tópicos o cremas conteniendo corticoides o capsaicina podría estar indicada para calmar esa sensación. La consulta con un especialista en Dermatología es necesaria para seleccionar el fármaco a utilizar (13).

CONCLUSIONES

Revisiones recientes han puesto de manifiesto la eficacia de la terapia cognitivo conductual para la TTM, pero también han señalado problemas con la recaída.

Los psicofármacos, en particular los ISRS, sólo deben ser indicados como tratamiento de segunda línea, en caso de comorbilidad psiquiátrica o cuando la terapia cognitivo conductual ha fallado.

La evolución reciente de la farmacoterapia ha sugerido que otros medicamentos (neurolépticos atípicos, bloqueadores opiáceos y moduladores del glutamato) son prometedores como tratamientos para el TTM.

Se necesita más investigación para desarrollar una mejor comprensión de la fenomenología TTM en todo el espectro del desarrollo, los mecanismos psicológicos y biológicos que subyacen a la enfermedad, y la mejor manera de hacer uso de los tratamientos ya desarrollados y que han mostrado eficacia para la TTM.

ACERCA DE LOS AUTORES

El Dr. César Ruiz Díaz, el Dr. Jorge Villalba Arias, y la Dra. Emilia Chávez son médicos residentes de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El Prof. Dr. Andrés Arce es médico psiquiatra general de adultos y paidopsiquiatra y Profesor Titular y Jefe de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno Vázquez K, Ponce Olivera RM, Cano AS, Narváez Rosales V, Sanabria Deseuza JA, Jurado Santa Cruz J, Ubbelohde Hennigsen T. Dermatología Rev Mex 2007; 51(5): 280-286.
2. Franklin ME, Edson AL, Ledley DA, Cahill SP. Behavior therapy for pediatric trichotillomania: a randomized controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2011; 43: 234-245.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA. American Psychiatric Association, 2013.
4. Rahman OM, Woods DW, Flessner CA, Franklin ME, et al. Trichotillomania Scientific Advisory Board. The Trichotillomania Impact Project (TIP): exploring phenomenology, functional impairment, and treatment utilization. J Clin Psychiatry 2006; 67: 1877-1888.
5. Woods DW, Flessner CA, Franklin ME, et al. Understanding and treating trichotillomania: what we know and what we don't know. Psychiatr Clin North Am 2006; 29: 487-501.
6. Franklin ME, Cahill SP, Roth Ledley DA, Cardona D, Anderson E. Behavior therapy for pediatric trichotillomania: a randomized controlled trial. Presented at: Proceedings of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; Boston, MA, USA. 23–28 October 2007.
7. Franklin ME, Tolin DF. Treating Trichotillomania: Cognitive Behavioral Therapy for Hair Pulling and Related Problems. Springer Science and Business Media; NY, USA, 2007.
8. Torales Benítez J, Arce Ramírez A. Terapia cognitivo-conductual en el Trastorno de Excoriación. En: Torales Benítez J, Arce Ramírez A. El Trastorno de Excoriación: de la emoción a la lesión. 1ª ed. Asunción: EFACIM; 2014, p. 91-99.
9. Okada Gianoli M, Tolin DF. Cognitive-behavioral therapy for pediatric trichotillomania. En: Grant J, Stein D, Woods D, Keuthen N. Trichotillomania, skin picking and other body-focused repetitive behaviors. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2012, p. 153-173.
10. Azrin NH, Nunn RG. Habit-reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. Behav Res Ther 1973; 11: 619-628.
11. Azrin NH, Nunn RG, Frantz SE. Treatment of hair pulling (trichotillomania): a comparative study of habit reversal and negative practice training. J Behav Ther Exp Psychiatry 1980; 11: 13-20.
12. Flessner CA, Penzel F. Trichotillomania Learning Center–Scientific Advisory Board; Keuthen NJ. Current treatment practices for children and adults with trichotillomania: consensus among experts. Cogn Behav Pract 2010; 17: 290-300.
13. Golomb R, Franklin M, Grant J, Keuthen N, Mansueto C, Mouton-Odum S, Novak C, Woods D. Expert consensus. Treatment guidelines for Trichotillomania, Skin-Picking and other Body-Focused Repetitive Behaviors, 2011. Available at: http://www.trich.org/treatment/Guiasparaeltratamiento.html. Accessed March 17, 2014.
14. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Facts for Families: Hair Pulling (Trichotillomania), 2013. Available at http://www.aacap.org/aacap/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Hair_Pulling_Trichotillomania_96.aspx. Accessed March 17, 2014.
15. Figueroa Quintana A, Díez Suárez A, Soutullo Esperón C. Tratamiento farmacológico del trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. En: Soutullo Esperón C. Guía Esencial de Psicofarmacología del Niño y del Adolescente. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011, p. 231-245.

16. Figueroa Quintana A, Soutullo Esperón C. Tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. En: Soutullo Esperón C. Guía Esencial de Psicofarmacología del Niño y del Adolescente. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011, p. 211-229.
17. Torales J, García Franco O, Leguizamón V. Tricotilomanía pediátrica: una puesta al día. Med Actual 2011; 12(1): 23-28.

SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO. REPORTE DE UN CASO.

[NEUROLEPTIC MALIGNANT SYNDROME. A CASE REPORT].

Yerutí Rolón, Belén Dávalos.

Correspondencia: Dra. Yerutí Rolón, médica residente la Cátedra y Servicio de Psiquiatría, FCM-UNA | yerurolon@hotmail.es | Avda. Mcal. López esquina Cruzada de la Amistad, Campus Universitario de la UNA, San Lorenzo-Paraguay.

Manuscrito recibido: 10 de septiembre de 2014.
Manuscrito aceptado: 20 de octubre de 2014.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM) es una urgencia médica potencialmente fatal hasta en 11,6% de los casos. Se relaciona con agentes que alteran la neurotransmisión del sistema dopaminérgico. Su incidencia oscila entre el 0.2-3.23 % de los pacientes internados en hospitales psiquiátricos. Ha sido reportado con todos los antipsicóticos (1).

CASO CLÍNICO

Mujer de 36 años con diagnóstico de esquizofrenia es ingresada en hospital del Quemado por quemaduras de 2º grado en 4-6% SCT en rostro y cuero cabelludo. En tratamiento regular medicada con Olanzapina 30mg/d, Haloperidol 2,5mg/d, Biperideno 2mg/d y Clonazepam 3mg/d. Al ingreso se modifica medicación por sospecha de embarazo y se realiza esquema de disminución hasta suspender de olanzapina y clonazepam. Se aumenta haloperidol hasta 10mg/d y biperideno permanece igual.

En la primera semana llama la atención en la paciente rigidez en miembros, mandíbula, cuello. Sialorrea, temblor en "cuenta monedas", globo vesical, dificultad para la deglución.

Se descarta embarazo. Paciente permanece vigil y orientada. Se realiza el diagnostico de SEP, se aumenta biperideno y disminuye haloperidol.

Durante la segunda semana de internación persisten signos de SEP y se agrega fiebre de hasta 41°, disminución del sensorio, taquicardia y taquipnea. Acidosis metabólica, urocultivo y hemocultivos negativos. CKT: 1585u/l (VN 450). TP y TTPA disminuidos. GB 15700 N85%, Urea 61, Creatinina 1,59. Mioglobinuria. Se hace el diagnóstico de SNM, se indica suspender haloperidol y biperideno (Los medicamentos anticolinérgicos no son útiles en el manejo de los síntomas motores y la rigidez muscular; por el contrario, podrían alterar la disipación del calor, lo que agravaría la hipertermia). Buena hidratación. Control estricto de signos vitales. Según criterio clínico iniciar bromocriptina o amantadina. En caso de empeoramiento dantroleno. No se encuentran estos fármacos en nuestro medio por lo que se realizan medidas de soporte e ingreso a UCIA. Se inicia antibioticoterapia de forma empírica ceftazidima, amikacina, vancomicina. Intubación orotraqueal y sedación.

Paciente persiste febril a pesar de antibióticos. Hemodinámicamente inestable. Acidosis metabólica, con bajos parámetros respiratorios, cultivos negativos hasta el momento. Altas dosis de inotrópicos. Se realiza ecocardiografía y se descartan vegetaciones. Retiran toda la medicación psiquiátrica. Durante las primeras dos semanas la paciente no mejoraba parámetros respiratorios ni acidosis. Persistió la fiebre alta en la primera semana luego fue disminuyendo temperatura hasta normalizarse. Durante la tercera semana paciente mejora paulatinamente parámetros vitales. Se disminuye sedación, se procede a la extubación y se constatan nuevamente signos de SEP. Por mejoría del cuadro la paciente va a sala común, donde permanece una semana, se reinicia biperideno y va de alta con sugerencia de acudir a controles al hospital del quemado con cirujano y psiquiatra.

DISCUSIÓN

El diagnóstico del SNM es fundamentalmente cínico. Se caracteriza por la aparición en 24-72hs de: fiebre (37,5-41°C), signos extrapiramidales, alteración del nivel de conciencia, signos de inestabilidad vegetativa, aumento de las cifras de CPK, que constituye el mejor marcador analítico. Otros hallazgos inespecíficos frecuentes como leucocitosis y elevación transitoria de las transaminasas y de la aldolasa. El tratamiento incluye la retirada inmediata del fármaco responsable, y medidas de sostén y tratamiento de las complicaciones que puedan surgir. La alternativa propuesta por la mayoría de los autores es el empleo de dantroleno y bromocriptina solos o asociados. Otras alternativas son la amantadina, benzodiacepina y L-DOPA con/sin carbidopa. En el caso clínico primero se hizo un diagnóstico de SEP, para lo cual se sugirió el tratamiento de disminución de antipsicótico y aumento de biperideno. Continuó el cuadro y luego la paciente fue presentando todos los signos clínicos de un SNM. A pesar de esto la paciente presentó complicaciones e ingresó a UTI, un cuadro grave con gran riesgo de vida (1, 2).

CONCLUSIÓN

A pesar de que el SNM sea un cuadro muy infrecuente, ante la utilización de fármacos que puedan causarlo (antipsicóticos típicos y atípicos, metoclopramida, amoxapina) y presencia de signos clínicos siempre se lo debe tener en cuenta como una urgencia médica potencialmente fatal. Sobre todo en casos que se presenten factores de riesgo como deshidratación, episodios previos de SNM, alta dosis de antipsicóticos, SEP inducidos por neurolépticos mal controlados, etc., donde aumenta la posibilidad de aparición. Para así poder iniciar las medidas terapéuticas lo antes posible y evitar complicaciones mayores.

ACERCA DE LAS AUTORAS

La Dra. Yerutí Rolón y la Dra. Belén Dávalos son médicas residentes de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adriana Vargas, Carlos Gómez-Restrepo. Síndrome Neuroléptico Maligno. Rev. Colomb. Psiquiat 2007; XXXVI (1): 101-125.
2. Real Rodríguez B, Ruibal J, Grande Rodríguez S, Sueiro Pita B. Síndrome Neuroléptico Maligno en un adolescente. Tratamiento con dantrolene, bromocriptina y diazepam. An Esp Pediatr 1996; 44:60-62.

BENEFICENCIA VERSUS AUTONOMÍA EN PSIQUIATRÍA.

[BENEFICENCE VS. AUTONOMY IN PSYCHIATRY].

Zayda González Torres.

Correspondencia: Dra. Zayda González Torres, médica residente la Cátedra y Servicio de Psiquiatría, FCM-UNA | zaydagt@gmail.com | Avda. Mcal. López esquina Cruzada de la Amistad, Campus Universitario de la UNA, San Lorenzo-Paraguay.

Manuscrito recibido: 19 de agosto de 2014.
Manuscrito aceptado: 29 de octubre de 2014.

Según estudios, se describe que entre el 3% y el 25% de las interconsultas a psiquiatría se relacionan con la evaluación de la competencia mental de los pacientes (1).

CONCEPTO DE AUTONOMÍA

La palabra autonomía deriva de la raíz griega autos (por sí mismo) y nomos (regla, ley, gobierno). El uso actual de la palabra remite a un concepto, a una capacidad, a un derecho moral y legal.

La autonomía, entendida como la capacidad expresa para darse normas o reglas a uno mismo sin influencia de presiones externas o internas, es un principio básico de la bioética y constituye uno de los aspectos centrales que determinan una adecuada relación médico-paciente en el contexto médico. La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, que trata de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales, especifica en el Artículos 5 (Autonomía y responsabilidad individual): Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses (UNESCO, 2006). Para que un acto sea considerado autónomo se necesita que la persona tenga las siguientes capacidades: entendimiento, razonamiento, deliberación y escogencia independiente. Sin embargo, estas cualidades no evitan por completo fallas en dicha elección, ya sea por enfermedad o depresión o por ignorancia, coerción u otras condiciones que restringen sus opciones. Así, personas calificadas como autónomas pueden fallar en su elección por falta de entendimiento o conocimiento, y personas calificadas como carentes de autonomía pueden tomar decisiones autónomas (2).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es un acto que se realiza, donde media diálogo y comunicación que tiene por finalidad que el paciente le otorgue al médico el derecho de realizarle un tratamiento. Debe ser voluntario, libre y responsable; ocurre entre el paciente y el médico. No es sólo un documento con implicaciones legales ni la distancia que separa a médicos y pacientes, sino una oportunidad terapéutica y empática que hace parte de la compleja relación médico-paciente.

El consentimiento informado tiene como componentes fundamentales: la información, la voluntariedad y la capacidad del sujeto para la toma de decisiones, ya sea frente a una decisión clínica o a su involucración en la investigación biomédica. En los casos particulares como los pacientes con trastornos psiquiátricos severos, donde la capacidad del sujeto puede estar disminuida en forma temporal o permanente, hay un debate actual frente a cómo proceder, qué mecanismos utilizar para lograr el respeto de la autonomía del sujeto, y hasta qué punto los elementos psicopatológicos son los que más interfieren con la capacidad de decisión del paciente y su libre determinación. Se fundamenta en la información amplia y precisa acerca de los métodos diagnósticos y terapéuticos que el médico va a emplear con el paciente, las alternativas que existen, los efectos del tratamiento médico o quirúrgico, el propósito del acto que va a realizar y las consecuencias que se pueden derivar de la toma libre y voluntaria de una decisión, luego de aceptar o rechazar lo que el médico propone. La información que se le ofrece a un paciente para un consentimiento informado debe ser lo más amplia y detallada

posible; además, el lenguaje usado para comunicar esta información, adecuarse a las características sociales y culturales de cada paciente. El médico procurará propiciar un diálogo que permita la confianza y comodidad del paciente para preguntar y resolver las dudas y temores que se le presenten

La capacidad para decidir puede verse afectada por alteración cognitiva, por ciertos síntomas psiquiátricos y por factores situacionales. Por tal motivo, es fundamental tener en cuenta que esta capacidad decisoria varía en diferentes contextos y puede demandar diferentes clases o capacidades funcionales (3).

DERECHO DEL PACIENTE A RECHAZAR EL TRATAMIENTO

Rechazar un acto médico es un ejercicio válido dentro del ejercicio de derecho a la autonomía del paciente. Hoy en día, los pacientes en pleno uso de sus facultades mentales tienen el derecho moral y legal de tomar sus propias decisiones y éstas tienen prioridad sobre las decisiones del médico y la familia. Sin embargo, en el ambiente clínico, la evaluación de la capacidad para decidir ha sido reservada, de forma tradicional, sólo para los pacientes que rechazan las recomendaciones médicas. Existen algunas situaciones que eximen la obligatoriedad del consentimiento informado: 1) urgencia médica cuando el paciente está inconsciente; 2) menor de edad; 3) riesgo para la salud pública, por la no realización del procedimiento o tratamiento; 4) investigaciones sin riesgo y con la aprobación del Comité de Ética de la institución; 5) cuando una norma legal ordena el acto; 6) derecho a no saber, solicitado por el paciente, siempre y cuando no derive un perjuicio grave para el paciente o terceros (dejar constancia escrita en historia clínica con firma del paciente y comunicación a la familia).

Cualquier diagnóstico que afecte las capacidades mentales puede estar asociado con alteración de la capacidad para decidir. Sin embargo, la severidad de la condición clínica, más que el diagnóstico por sí mismo, predice mejor la presencia de incapacidad. Los pacientes con enfermedad de Alzheimer y otras demencias tienen gran posibilidad de cursar con incompetencia mental. Con el paciente psiquiátrico se corre el riesgo de considerarlo siempre incapaz de decidir; no obstante, se ha encontrado que cuando el diagnóstico es depresión, la capacidad para decidir está alterada entre el 20% y el 25% de los casos, y cuando se trata de esquizofrenia, la cifra se incrementa hasta el 50%. El delírium plantea un problema especial cuando se considera la capacidad para decidir y autodeterminación de un paciente hospitalizado: los síntomas son fluctuantes en el tiempo, de forma que un paciente es capaz de decidir en horas de la mañana y en la tarde encontrarse incoherente; su aparición hospitalaria es más frecuente en personas ancianas. Con el paciente que tiene trastorno mental de base, se plantea dificultad frente al consentimiento informado. No se debe presuponer que toda persona con trastorno psiquiátrico carece de autonomía y capacidad para autodeterminarse. Pueden aceptar o rechazar un tratamiento o procedimiento médico si tienen capacidad para consentir en el momento específico de la toma de decisión. El único caso en el que se puede violentar la voluntad de un enfermo psiquiátrico es cuando se determina que se está frente a una emergencia psiquiátrica. Es necesario analizar cada caso cuidadosamente, para no abusar de esta figura. La emergencia psiquiátrica es la reclusión o medicación temporal y forzada, por alta probabilidad de daño físico propio o a otros. La depresión mayor, por sí sola, no anula la capacidad para decidir. Cuando la depresión se acompaña de síntomas psicóticos, se considera que la capacidad para decidir se ve seriamente afectada y el paciente es incompetente. Los pacientes con comportamiento suicida, en quienes se observa un riesgo suicida alto. Lo que comúnmente se hace es buscar que la familia, cuidadores o amigos que respalden la decisión psiquiátrica y ayuden a que el paciente acepte las recomendaciones médicas (4).

EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA MENTAL EN PSIQUIATRÍA DE ENLACE

En general, la evaluación del estado mental es una de las primeras habilidades que adquiere el psiquiatra en formación, lo que sería el equivalente del examen físico hecho en el resto de la medicina. El hospital general es el lugar de trabajo del psiquiatra de enlace, y debido a la variedad de pacientes y cuadros, frecuentemente es necesario resolver un cuestión fundamental: ¿tiene el paciente capacidad para decidir y auto determinarse frente a su situación médica? Cuando el psiquiatra de enlace es llamado para evaluar la "competencia mental" de un paciente hospitalizado, es claro que se trata de una situación médica compleja que ha llamado la atención del médico, del equipo asistencial y que afecta seriamente la vida y pronóstico del paciente implicado (5).

PARA TERMINAR

Es frecuente para cualquier médico evaluar la competencia mental de los pacientes para decidir y autodeterminarse. El respeto y cuidado de esta facultad se deriva de uno de los principios fundamentales de la bioética

como es la autonomía. La capacidad de decidir depende del grado de entendimiento que tenga el paciente acerca de su estado o cuadro médico; tal comprensión puede verse afectada por la calidad de la información brindada por el médico y por las condiciones psicológicas, psiquiátricas médicas y socioculturales del paciente. El problema de la autodeterminación no se limita a los pacientes que rechazan un tratamiento, pues aquellos que consienten pueden ser igualmente incompetentes. La evaluación de la competencia mental reafirma el papel del psiquiatra como "enlace" entre los derechos de los pacientes, sus deseos y las orientaciones médicas. Las siguientes viñetas clínicas se presentan con el objetivo de generar la reflexión en torno a los dilemas éticos allí contemplados (6).

ACERCA DE LA AUTORA

La Dra. Zayda González Torres es médica residente de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Restrepo D Cardeños C, Duque M, Jaramillo S. Del principio de beneficencia al principio de autonomía: aproximación a la evaluación de la competencia mental de los pacientes en el hospital general. Rev. Colomb. Psiquiat. 2012; 41(2): 395 – 407.
2. Gómez AI, Suárez D. Consentimiento informado en pediatría. Aplicaciones en psiquiatría. Rev. Colomb. Psiquiat. 2010; 39(4): 758 - 770
3. Llanos R. Bioética en psiquiatría y psicología: importancia en proyección en medicina y ciencias de la conducta. Acta médica peruana. 2001; XVIII: 3-4.
4. Meynen G. Free will and psychiatric assessments of criminal responsibility:a parallel with informed consent. Med Health Care and Philos 2010; 13: 313–320.
5. American Psichiatric Association.Constitution and By-laws. Washington. 1973.
6. López CA. Autonomía del paciente psiquiátrico: capacidad, información y consentimiento informado. Tesis doctoral. Cátedra de Bioética. Universidad del Bosque.

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 siguen 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 la 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 pié. 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 subtitulados 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 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. Childood leukaemia en Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer 1996;73:1006-12.

(2) Autor corporativo

The Cardiac Society of Australia and New Zeeland. 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 psichological 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. Inmunologic 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 Bl. 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 sinptomatic 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 neurophisiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophisiology; 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, Rienholf 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 electrophisiology 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 Goverment 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, clínical 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

Hemodynámics III: the ups and downs of hemodynámics [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.

Unidad | Neurociencias SAVAL

La PAZ que da la Opción Referente

CLONEX®

CLONAZEPAM/SAVAL

Solo 40% al 70% cumplen el tratamiento con ansiolíticos/antidepresivos

(http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/)

¿Porque CLONEX® es sinonimo de PAZ?

La **PAZ** de poder cumplir con la toma sin importar donde uno este

ÚNICO Clonazepam con 3 formas de administración en sus 3 presentaciones

1. Sin agua, directo en la boca
2. Disuelto en un vaso con agua o jugo
3. Acompañando la toma con agua

SAVAL

La PAZ que da la Opción Referente

Celtium®

ESCITALOPRAM/SAVAL

Armonía en el control de la depresión

- Con menores dosis demuestra una eficacia superior a Citalopram
- Alivio sintomátivo desde la primera semana de tratamiento
- Terapia de primera línea en Transtorno de Ansiedad Generalizada (TAG)
- Mínima incidencia de efectos adversos
- Presentación de Celtium x 10 y 20 mg. para el mes completo de tratamiento

Gs. 2.700
precio día*
de tratamiento

*Celtium 10 mg.

SAVAL

Unidad Neurociencias SAVAL

CERTIFICACIÓN INVIMA

REVISTA PARAGUAYA DE PSIQUIATRÍA