

Revista Peruana de Psiquiatría

2021

Enero / Diciembre

Volumen 11. Números 1 y 2

Lima, Perú

ISSN 2079-0058



ASOCIACIÓN
PSIQUIÁTRICA PERUANA

REVISTA PERUANA DE PSIQUIATRÍA

Volumen 11 Nros. 1 y 2

Enero - Diciembre 2021

ISSN 2079-0058

COMITÉ EDITORIAL

Directora

Elizabeth Rivera Chávez
Hospital Víctor Larco Herrera

Editor

Ricardo Bustamante Quiroz
Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Miembros

Jeff Huarcaya Victoria
Universidad de San Martín de Porres
Liesel Ludowieg Cassinelli
Hospital Víctor Larco Herrera
Santiago Stucchi Portocarrero
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Horacio Vargas Murga
Universidad Peruana Cayetano Heredia

REVISTA PERUANA DE PSIQUIATRÍA

Rev Per Psiquiat

La Revista Peruana de Psiquiatría es una publicación oficial de la Asociación Psiquiátrica Peruana (APP) destinada a difundir la información científica médica relacionada con la Psiquiatría y sus subespecialidades. Recibe todos los aportes de los médicos de la especialidad generados dentro y fuera del país, los que serán publicados previa evaluación sistema de arbitraje. Tiene periodicidad semestral

© Asociación Psiquiátrica Peruana 2021

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú Nro. 2010-03251
Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida ni en todo ni en parte, ni registrada en o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, por fotocopia o cualquier otro, si en permiso previo, por escrito, de la editorial.

El contenido de esta revista es responsabilidad de los autores y no refleja necesariamente la opinión de la APP.

Para los asuntos relacionados a la Revista Peruana de Psiquiatría dirigirse al Director, Av. Angamos Oeste 387 Oficina 203, Miraflores, Lima Perú. Teléfono 511- 4473739, email: secretaria@app.org.pe

Diseño y diagramación

D.I. Pilar Diez - estudio de diseño

mdpdiez@gmail.com / www.mdpdiez.wixsite.com/pdestudio.com

Imagen de tapa: Fondo creado por Harryarts - www.freepik.es

Imagen interior: Fachada curva. Imagen original de dominio público

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA PERUANA

CONSEJO DIRECTIVO 2019 – 2021

Presidenta

Dra. Elizabeth Rivera Chávez

Vicepresidente

Dr. Ever Mitta Curay

Secretaria General

Dra. Gisella Vargas Cajahuanca

Tesorera

Dra. Milagritos Toledo Castillo

Secretario de Actas

Dr. Óscar Ramos Godoy

Secretaria de Acción Científica

Dra. Silvana Sarabia Arce

Secretario de Filiales

Dr. Santiago Stucchi Portocarrero

Vocal de Ética y Calificación Profesional

Dr. José Li Ning Anticona

Vocal de Relaciones Interinstitucionales

Dra. Alina Mendoza Carrión

Vocal de Acción Gremial

Dra. Beatrice Macciotta Felices

Vocal de Prensa y Biblioteca

Dr. José Carlos San Martín Medina

Past Presidente

Dr. Enrique Bojórquez Giraldo

CONTENIDO

EDITORIAL

4

ARTÍCULOS ORIGINALES

Validación de la escala numérica para evaluar síntomas espirituales modificada para su aplicación a los profesionales de la salud en el Perú. *William Aguilar-Rivera, Rafael Delgado-Arroyo, Wilmer L. Fuentes-Neira, Rafael Alarco-Herrera*

5

REPORTE DE CASO

Depresión y psicosis en una paciente con tuberculosis pleural usuaria de cicloserina. *Jeff Huarcaya-Victoria, Rosa Guija, Anghela Luna*

12

PUBLICACIONES

Manual de psiquiatría "Humberto Rotondo". *Juan Francisco Rivera*

16

IN MEMORIAM

Carlos Alberto Saavedra Castillo (1952 – 2021)

18

Víctor Eduardo Guzmán Negrón (1950 – 2021)

20

Eliana García Pacheco Barriga (1944 – 2021)

22

PARA LOS AUTORES

Reglamento de publicación

24

Instrucciones para los autores

26



EDITORIAL

Con el presente volumen se cierra la actividad del Comité Editorial designado por el Consejo Directivo 2019 – 2021 de la APP para la publicación de la Revista Peruana de Psiquiatría en este período de gestión. El volumen incluye los dos números correspondientes al año 2021, año de mucha responsabilidad para nuestra institución, pues a pesar del contexto de la pandemia del COVID 19 la Asociación Psiquiátrica Peruana y el Consejo Directivo de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), presidido por nuestro Expresidente Dr. Enrique Bojórquez Giraldo, asumieron el reto de organizar el XXXI Congreso Latinoamericano de Psiquiatría y XXVI Congreso Peruano de Psiquiatría. Nuestro país fue sede del congreso de APAL después de 21. Esta vez se llevó a cabo en la modalidad virtual, del 26 al 28 de agosto y se estructuró en cinco ejes temáticos: 1) Violencia, corrupción y salud mental, 2) Covid-19 y salud mental, 3) Evaluación de los procesos de reforma de la salud mental, 4) Formación de psiquiatras, sus nuevas competencias y necesidades, y 5) Qué ofrecen las neurociencias al diagnóstico y tratamiento en psiquiatría?. Los tres días de congreso incluyeron 6 plenarios, 29 simposios y 8 conferencias contándose con 104 expositores de América y Europa. El éxito del Congreso se reflejó en la calidad de las exposiciones y en la masiva concurrencia. Esperamos poder contar con la producción científica desarrollada en el congreso para su publicación en futuros números de la revista.

En el contenido de este volumen se incluye como artículo original un interesante estudio en el que los autores realizan la validación de una escala numérica para evaluar síntomas espirituales para su aplicación a los profesionales de la salud en el Perú, llegando a conclusiones favorables para la aplicación de esta. En la sección de reporte de casos se encuentra la descripción clínica sobre la aparición de depresión y psicosis asociado al uso de cicloserina por tuberculosis pleural. En la sección de comentarios de libros y publicaciones se presenta y comenta sobre la publicación de la Universidad de San Marcos de la 3ra Edición del Manual de Psiquiatría “Humberto Rotondo”, manual concebido dirigido a los estudiantes de medicina de pregrado y de las profesiones que abordan la atención de los trastornos mentales en el ámbito clínico y comunitario. Finalmente, el volumen incluye las notas elaboradas por miembros de nuestra asociación en recuerdo de los colegas fallecidos en este período.

Esperamos que en año 2022 la actividad editorial de nuestra institución pueda reforzarse con las colaboraciones originales de nuestros asociados y así mejorar día a día el alcance académico de nuestra revista.

Ricardo Bustamante Quiroz
Editor

Validación de la escala numérica para evaluar síntomas espirituales modificada para su aplicación a los profesionales de la salud en el Perú

Validation of the numerical scale to assess spiritual symptoms modified for its application to health professionals in Peru

William Aguilar-Rivera^{1,2,4,a}, Rafael Delgado-Arroyo^{1,3,4,b}, Wilmer L. Fuentes-Neira^{1,c}, Rafael Alarco-Herrera

¹ Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

² Docente de la Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

³ Docente de la Facultad de Medicina "Hipólito Unanue" Universidad Nacional Federico Villarreal

⁴ Hospital Nacional Hipólito Unanue, Perú

^a Médico - Psiquiatría, Doctorado en Neurociencias

^b Médico - Internista, Magister en Nutrición

^c Magister en Filosofía e Investigación

^d Estudiante de medicina de la Universidad de Piura

Correspondencia:

William Aguilar Rivera

e-Mail: waraguilar66@gmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la validación de la escala numérica para evaluar síntomas espirituales modificada para su aplicación a los profesionales de la salud en el Perú **Material y Métodos:** es tipo de estudio es descriptivo y de corte transversal, la muestra es de 134 profesionales de la salud en el Perú. **Resultado:** Del total de los profesionales de la salud, el 46,3% (n=62) varones y 53,7% (n=72) mujeres, tuvieron edades comprendidas entre los 23 a 68 años, con un promedio de edad de 42,1 años y una desviación estándar de 10,4 años. Respecto a la consistencia interna la prueba Alfa de Cronbach tuvo un valor de 0,96; para el análisis factorial, la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin, obtuvo un valor de 0,934; el valor P de la prueba de Bartlett fue inferior a 0,001, lo cual indica que el análisis factorial fue adecuado y solo se obtuvo un factor con autovalor mayor que 1 **Conclusiones:** la escala tiene un buen desempeño con una validez factorial adecuada y consistencia interna muy confiable.

Palabras clave: espiritualidad, validación de escala, trabajadores de salud, bienestar personal, salud.

ABSTRACT

Objective: To determine the validation of the numerical scale to evaluate spiritual symptoms modified for its application to health professionals in Peru **Material and Methods:** the type of study is descriptive and cross-sectional, population, sample, and sampling, will be 134 professionals of health in Peru. **Result:** Of the total number of health professionals, 46.3% (n=62) men and 53.7% (n=72) women were between the ages of 23 and 68, with an average age of 42.1 years and a standard deviation of 10.4 years. Regarding internal consistency, the Cronbach's Alpha test had a value of 0.96; for factorial analysis, the Kaiser-Meyer-Olkin test obtained a value of 0.934; the P value of the Bartlett test was less than 0.001, which indicates that the factorial analysis was adequate and only one factor with an eigenvalue

greater than 1 was obtained. Conclusions: the scale performs well with adequate factorial validity and very good internal consistency. trustworthy.

Keywords: spirituality, scale validation, health workers, personal well-being, health.

Introducción

La espiritualidad en la salud mental ha sido abordada por múltiples investigaciones, se ha demostrado la asociación positiva que hay entre la espiritualidad, y una mejor salud con un mayor bienestar personal (1) (2). Asimismo, se ha identificado a la espiritualidad como factor protector en el abuso de sustancias (3), intento de suicidio (4)(5), burnout (6)(7) y problemas de salud mental, así como una evolución favorable de estos últimos (8)(9).

En el campo de la salud, diversos estudios realizados en personal de salud (especialmente en médicos) evidencian una relación inversa entre la espiritualidad y el burnout, conductas desadaptativas, negligencia médica y depresión (2), lo cual incide significativamente en la atención y el éxito terapéutico en los pacientes. De igual forma, se ha reportado un interés por parte de los pacientes de conversar de aspectos espirituales con sus cuidadores, así como una mejor capacidad para empatizar con las dolencias del paciente por parte de médicos con prácticas de espiritualidad (10). Existe un creciente intento de reforzar el conocimiento de dicha dimensión desde la enseñanza universitaria, sin embargo, se encuentra una actitud ambigua por parte del personal de salud respecto a cómo abordar la espiritualidad en la práctica diaria a pesar de los potenciales beneficios a nivel personal y colectivo (8).

La evaluación de la “dimensión espiritualidad” en la práctica clínica ha sido un tema abordado por diversos autores empleando distintos instrumentos (7), los que están orientados hacia la espiritualidad/religión fundamentalmente, compuestos por preguntas abiertas que deben de ser evaluadas por un especialista. De la búsqueda realizada, la única escala válida a la realidad hispanoamericana y que ha podido ser adaptada a un cuestionario objetivo, conciso y aplicable al personal de salud, ha sido la Escala Numérica para Evaluar Síntomas Espirituales (ENESE), la cual en un inicio fue desarrollada para pacientes en cuidados paliativos. En nuestra revisión no hemos encontrado ningún estudio en el Perú que aborde el tema de la espiritualidad en el personal de salud. El presente es-

tudio, tiene como objetivo la validación de la Escala Numérica para Evaluar Síntomas Espirituales (ENESE) adaptada, al personal de salud de un establecimiento de salud en Lima, Perú.

Materiales y metodos

Diseño

Este es un estudio metodológico con diseño transversal. Según LoBiondo 2001 y Sidan 2010 Los estudios metodológicos se desarrollaron para la formulación de los instrumentos de recolección de datos y para medir constructos subjetivos. Los criterios de uso y valoración estadística, comprendieron las etapas de definir el constructo, la formulación de ítems, desarrollo de las instrucciones a los participantes en el estudio, evaluación de la confiabilidad y validez de la herramienta utilizada.(11) (12)

Proceso de adaptación cultural y validación

El proceso metodológico para adaptar cultural y semánticamente el instrumento ha seguido la siguiente secuencia, la versión original se adaptó a dos versiones y el comité de jueces evaluó la validez de contenido llegando a la primera versión de consenso, se realizó un análisis de corrección semántica llegando a una segunda versión de consenso, esta se empleó para la realización de una prueba piloto (pretest-post test y la versión final se muestra a continuación. En la evaluación semántica participaron 14 profesionales de la salud que realizaron pruebas psicométricas y de validación previa de la escala. En la etapa de pre-test se solicitó su colaboración a otros 24 profesionales de la salud. Para la fase de validación psicométrica participaron 134 profesionales de la salud, cumpliendo con la recomendación de por lo menos diez encuestados por cada ítem (13).

Plan de procesamiento y análisis de datos

Los datos recogidos se ingresaron en una hoja de cálculo (Microsoft Office Excel para Windows) y luego fueron transportados al paquete de IBM estadístico para Ciencias Sociales (SPSS)®, versión 23.0 para Windows. Para todos los análisis, el índice de significación fue de 0,05.

Escala numérica para evaluar síntomas espirituales (ENESE) adaptada

Síntomas	Preguntas formuladas	Intensidad (registro de nivel según respuesta)			
		0	1	2	3
Dolor espiritual	¿Usted siente dolor interior, como desagrado infelicidad?	No, yo siento bienestar.	Sí, siento infelicidad o desagrado interno	Sí, siento infelicidad o desagrado interno, con angustia	Sí, siento infelicidad o desagrado interno, con desesperación
Auto-castigo	¿Usted siente que se daña o castiga y/o se siente en falta?	Acepto la imperfección humana y creo poder ser perdonado por mis errores.	Me daño o me castigo por sentirme en falta, por mis errores, pero busco apoyo y/o perdón.	Me daño o me castigo por sentirme en falta, por mis errores, y dudo que pueda recibir apoyo y/o perdón.	Me daño aislándome y puedo no darme cuenta de mis errores.
Búsqueda espiritual proyectada	¿Espera cambios para sentir alivio interno?	No espero cambios, en mi interrelación con otras personas las acepto como son.	Espero cambios en otras personas para sentir alivio interno.	Espero cambios en otras personas y sus actitudes para sentir un alivio interno.	Exijo cambios en otras personas y sus actitudes de manera demandante para sentir alivio interno.
Angustia espiritual	¿Encuentro un significado positivo a mi vida ofreciendo mi labor asistencial hacia los pacientes, incluso en la muerte de estos?	Estoy tranquilo y encuentro un significado positivo a mi vida.	Estoy afectado y no encuentro un significado positivo a una de estas: -La vida -La enfermedad -La muerte.	Estoy afectado y no encuentro un significado positivo a dos de estas: -La vida -La enfermedad -La muerte.	Estoy afectado y no encuentro un significado positivo a tres de estas: -La vida -La enfermedad -La muerte.
Incredulidad	¿Confía en si mismo, su familia, y en los demás?	Confío en mi mismo y en los demás.	Dudo o rechazo confiar en uno de estos:-En mi mismo -En mi familia -En los demás.	Dudo o rechazo confiar en dos de estos:-En mi mismo -En mi familia -En los demás.	Dudo o rechazo confiar en tres de estos:-En mi mismo -En mi familia -En los demás.
Desesperanza	¿Admite o espera algo bueno para más adelante, para usted, su familia y las otras personas?	Espero confiado un bien futuro deseado para mi, mi familia y las otras personas.	Me siento afectado por no admitir un bien futuro para las otras personas.	Me siento afectado por no admitir un bien futuro para mi familia y las otras personas.	Me siento afectado por no admitir un bien futuro para mi, mi familia y las otras personas.
Desamor	¿Siente molestia, indiferencia o rabia hacia usted, su familia y a las otras personas?	Siento amor hacia mi mismo, a mi familia y a las otras personas.	Siento molestia, indiferencia o rabia hacia uno de estos:-A mi mismo -A mi familia -A las otras personas.	Siento molestia, indiferencia o rabia hacia dos de estos:-A mi mismo -A mi familia -A las otras personas.	Siento molestia, indiferencia o rabia hacia tres de estos:-A mi mismo -A mi familia -A las otras personas.

El análisis descriptivo de una sola frecuencia para las variables categóricas fue realizado (sexo, nivel educativo, estado civil, etc.) y se procesaron medidas de tendencia central y de variabilidad.

La fiabilidad de elementos de la Escala Numérica para Evaluar Síntomas Espirituales adaptada se evaluó mediante la consistencia interna de los ítems, según lo medido por el coeficiente α de Cronbach, este es el método más utilizado en la investigación para evaluar cada elemento de una escala de medición de manera equivalente bajo el mismo concepto, es decir, comprobará si los ítems están directamente re-

lacionados el uno al otro, lo que se demuestra con los valores α de Cronbach entre 0,70 a 0,90 que se consideran aceptable(14)(15).

Propiedades métricas evaluadas

Seguendo los criterios de evaluación de instrumentos de CVRS del Medical Outcome Trust¹⁶, se evaluaron los datos sobre la fiabilidad (consistencia interna y reproducibilidad), el modelo de medida, la validez de constructo y la sensibilidad al cambio. Se evaluó con el coeficiente α de Cronbach y de correlación intraclase (CCI), para evaluar la consistencia interna

y la reproducibilidad test-retest, respectivamente. Para el α de Cronbach, se ha establecido el valor 0,7 como punto de corte mínimo para comparaciones de grupos, y el de 0,9 para comparaciones individuales. Para estudiar el modelo se utilizaron los resultados de análisis factoriales.

Plan de recolección de datos

Este proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Se garantizó al participante, la privacidad durante todo el proceso de investigación y el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento. A todos los profesionales de la salud se les abordó en sus respectivos centros académicos o durante la práctica clínica, donde fueron informados e invitados a participar. Se les informó oralmente y por escrito de los objetivos de la investigación. La participación de los profesionales de la salud fue de manera voluntaria.

Resultados

Un total de 134 encuestas fueron completadas, 46,3% (n=62) varones y 53,7% (n=72) mujeres, tuvieron edades comprendidas entre los 23 a 68 años, con un promedio de edad de 42,1 años y una desviación estándar de 10,4 años; el 32.1% no tiene hijos, 48.5% tiene de 1 a 2 hijos y 19.4% tiene de 3 a más hijos. El 44.8% fueron casados, 32.8% solteros, 15.7 separados o divorciados. 3% convivientes y 3.7% viudos. En relación con el tiempo de servicio en su hospital estuvo comprendida entre 1 mes a los 38 años con un promedio de 8.4 años y con una desviación estándar de 8,9 años, entre otras características presentadas en la *tabla 1*.

En la versión adaptada las preguntas buscaron ser más directas y poseer la sencillez de un instrumento de screening, de allí que se simplifiquen muchas expresiones.

Prueba de confiabilidad y consistencia interna del instrumento

El análisis de la confiabilidad y consistencia interna del instrumento aplicado a los 134 profesionales se hizo mediante la prueba Alfa de Cronbach, se obtuvo un valor de 0,96. Esto significa que la escala estudiada es muy confiable. En la *Tabla 4* se observa una descripción del comportamiento que tendría la escala si se eliminara cualquiera de los síntomas en estudio. Se observa que la desesperanza es el síntoma de mayor influencia en la fiabilidad del ENESE, ya que, si se eliminara este síntoma, la confiabilidad disminuiría a 0,94. Si se eliminara cualquiera de los otros síntomas la escala no sufriría grandes modificaciones.

Tabla 1. Características generales de los participantes del estudio

	n	%
Institución		
EsSalud	51	38.1
MINSA	74	55.2
Privado	7	5.2
Sanidad FFAA	1	0.7
Postura religiosa		
Creyente	96	71.6
No creyente	38	28.4
Duración de turno laboral		
< 12 h	48	35.8
12h	79	59.0
24h	7	5.2
Contacto directo con pacientes positivos COVID – 19		
Si	120	89.6
Comorbilidades		
Ninguna	79	59.0
Presión alta	40	29.9
Diabetes	15	11.2
Enfermedades del pulmón	13	9.7
Enfermedades del corazón	4	3.0
Enfermedad crónica del riñón	2	1.5
Enfermedades de Inmunosupresión	2	1.5
Obesidad severa	2	1.5

Análisis Factorial exploratorio

Tras calcular los coeficientes de correlación de Pearson entre las variables (*Tabla 4*), se evaluaron los patrones de relaciones y se realizó un análisis factorial exploratorio se obtuvo un factor con autovalor mayor que 1, de allí que la matriz no puede ser rotada con el método varimax. La adecuación general del muestreo de la escala de 8 ítems se evaluó mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin, y se obtuvo un valor elevado de 0,934. El valor P de la prueba de Bartlett fue inferior a 0,001, lo que indica que el análisis factorial fue adecuado. Todos los elementos tienen una carga factorial superior a 0,5 (*Tabla 2*).

Discusion

Los síntomas espirituales o la espiritualidad son dimensiones que nos ayudan a entender como nos conectamos transcendentemente con nosotros mismos y con nuestro entorno social y material, si bien no

Tabla 2. Adaptación de Escala numérica para evaluar síntomas espirituales (ENESE)

ENESE Original	ENESE Adaptada
¿Usted siente dolor de adentro...del alma... como desagrado o infelicidad? Si la respuesta es positiva: ¿eso lo angustia... lo desespera?	Usted siente dolor interior, como desagrado infelicidad
¿En ocasiones se aísla...o no cumple su tratamiento...? Si la respuesta es positiva: ¿Usted siente que se daña... o castiga... y/o se siente en falta? ¿Un apoyo espiritual le ayudaría...o lo ha buscado?	¿Usted siente que se daña o castiga y/o se siente en falta?
¿Espera cambios para sentir alivio interno... los exige... en quien? ¿Tiene algún síntoma persistente... disminuye con su tratamiento...?	¿Espera cambios para sentir alivio interno?
¿Percibe algo positivo en su historia de vida...en su enfermedad... y en la muerte? ¿Esto lo percibe con angustia... o tranquilo?	¿Encuentro un significado positivo a mi vida ofreciendo mi labor asistencial hacia los pacientes, incluso en la muerte de estos?
¿Cree en usted...en otras personas (como sus familiares, su médico...) y en su creencia...?	¿Confía en si mismo, su familia, y en los demás?
¿Admite o espera algo bueno para más adelante... para usted...para otros...?¿Está confiado o afligido?	¿Admite o espera algo bueno para más adelante, para usted, su familia y las otras personas?
¿Siente molestia, indiferencia o rabia hacia usted... hacia otros... hacia su creencia? ¿Como un vacío interno?	¿Siente molestia, indiferencia o rabia hacia usted, su familia y a las otras personas?

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de síntomas espirituales

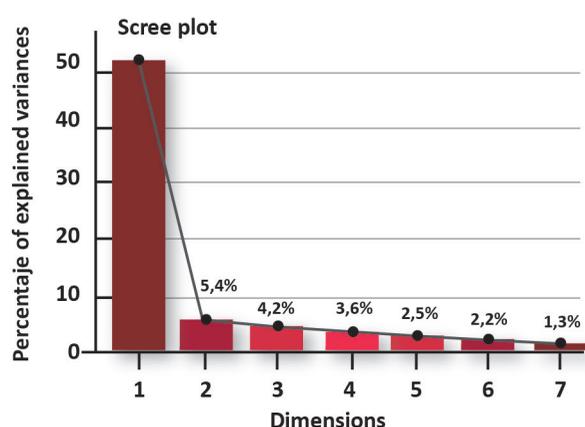
	Ausente		Presente	
	n	%	n	%
Dolor espiritual	72	53.7	62	46.3
Auto-castigo	75	56.0	59	44.0
Proyección búsqueda espiritual	72	53.7	62	46.3
Angustia espiritual	88	65.7	46	34.3
Incredulidad	75	56.0	59	44.0
Desesperanza	81	60.4	53	39.6
Desamor	76	56.7	58	43.3

Tabla 4. Resultados análisis estadísticos de fiabilidad por elemento o variable

	Media de la escala si se elimina el elemento	varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Dolor espiritual	4.72	33.50	0.85	0.954
Auto-castigo	4.75	33.51	0.84	0.955
Proyección búsqueda espiritual	4.68	33.39	0.83	0.956
Angustia espiritual	4.87	32.97	0.89	0.951
Incredulidad	4.78	33.89	0.87	0.953
Desesperanza	4.72	31.39	0.94	0.947
Desamor	4.66	32.78	0.81	0.958

Tabla 5. Matriz de componentes principales

	Componente
Matrix de componentes	1
Dolor espiritual	0.888
Auto-castigo	0.885
Proyección búsqueda espiritual	0.878
Angustia espiritual	0.922
Incredulidad	0.903
Desesperanza	0.955
Desamor	0.860



existe un consenso sobre lo que significa o implica la espiritualidad, se demostró que las escalas se correlacionan con el estado de la salud mental de la persona (4). En la escala para evaluar síntomas espirituales de Reyes et al(7) se ofrece un adecuado abordaje de la espiritualidad, sin embargo, su lenguaje no está acorde cuando uno desea evaluar a los profesionales de la salud. Según los resultados de nuestro estudio, la escala adaptada para evaluar los síntomas espirituales en los profesionales de la salud es válida y confiable según la evidencia metodológica y estadística comparable con la escala de Margarita Reyes que obtuvo un alfa de Cronbach de 0.74 similar a nuestro estudio. Por otra parte las dimensiones de dolor espiritual, autocastigo, proyección búsqueda espiritual, angustia espiritual, incredulidad y desesperanza muestran una alta correlación entre ellas, por lo tanto el modelo de análisis factorial no permite discriminar éstas como dimensiones independientes, lo cual implica que la espiritualidad es un todo; las consecuencias de afectar la dimensión de dolor espiritual también alterarían la incredulidad o angustia espiritual, sin embargo existe la alternativa de replantear el constructo en dimensiones distintas a nivel teórico.

En algunos estudios se realiza la distinción entre religión y espiritualidad (16). Se ha cuestionado la “polarización” de estos conceptos, dado que algunos estudios muestran que están entrelazados y no son independientes(17). Rasic(18) encuentra que existe una relación lineal entre la religiosidad y espiritualidad.

La OMS enfatiza que las creencias existenciales y espirituales tienen un impacto decisivo en los seres humanos en crisis como en la actual pandemia, asimismo la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) Europa ha presentado un árbol de competencias básicas y características de la medicina familiar que destaca el modelo holístico que se centra en los aspectos físicos, psicológicos, sociales, culturales y existenciales de la atención (19). Los documentos destacan el grado de importancia del concepto de espiritualidad como parte de atención centrada en el paciente (20). Al igual que la OMS y WONCA, el modelo de calidad danés resalta que la atención y el tratamiento de los pacientes incluyen la incorporación de cuidados existenciales y el concepto de espiritualidad, logrando un mejor enfoque en las necesidades existenciales y espirituales (21) (22).

La adaptación realizada en este estudio permitirá que posteriores estudios exploren aspectos que se pueden vincular con la calidad de vida durante la pandemia o menor incidencia de enfermedades de la salud mental de los profesionales de salud.

Finalmente concluimos que nuestra escala para evaluar síntomas espirituales modificados tiene un buen desempeño con una validez factorial adecuada y según su consistencia interna confiable para la evaluación de profesionales de ciencias de la salud.

Recomendamos aplicar la escala para evaluar síntomas espirituales modificados, en los profesionales de salud de primera línea, frente a la pandemia del COVID-19, en conjunto con otras escalas como desesperanza, burnout, depresión o ansiedad de tal modo que posibiliten tener un abanico para abordar la salud mental de los profesionales.

Agradecimiento: agradecemos a Jaime Millas-Mur, Santiago Paredes-Ruiz, y Enrique Delgado-Arroyo por su participación en el juicio de expertos en la adaptación de la validación de la Escala Numérica para Evaluar Síntomas Espirituales (ENESE) adaptada, al personal de salud de un establecimiento de salud en Lima, Perú, y a la Srta. Mirtha Villanueva en el apoyo de secretaria.

Referencias Bibliográficas

1. Rosmarin DH, Pargament KI, Koenig HG. Spirituality and mental health: challenges and opportunities. *The Lancet Psychiatry*. 2021;8(2):92-3.
2. Salmoirago-Blotcher E, Fitchett G, Leung K, Volturo G, Boudreaux E, Crawford S, et al. An exploration of the role of religion/spirituality in the promotion of physicians' wellbeing in Emergency Medicine. *Preventive Medicine Reports*. 2016;3:189-95.
3. Whooley MA, Boyd AL, Gardin JM, Williams DR. Religious Involvement and Cigarette Smoking in Young Adults. *Arch Intern Med*. 2016;162:1604-10.
4. Rasic DT, Belik SL, Elias B, Katz LY, Enns M, Sareen J. Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders*. 2009;114(1-3):32-40.
5. Lawrence RE, Oquendo MA, Stanley B. Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*. 2016;20(1):1-21.
6. Holland JM, Neimeyer RA. Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: the role of daily spiritual experiences and training. *Palliative & supportive care*. 2005;3(3):173-81.
7. Reyes MM, de Lima L, Taboada P, Villarroel L, Vial J de D, Blanco O, et al. Escala numérica para evaluar síntomas espirituales en cuidados paliativos. *Revista médica de Chile*. 2017;145(6):747-54.
8. Rosmarin DH, Forester BP, Shassian DM, Webb CA, Björgvinsson T. Interest in spiritually integrated psychotherapy among acute psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015;83(6):1149-53.
9. Galanter M. Spirituality in psychiatry: A biopsychosocial perspective. *Psychiatry*. 2010;73(2):145-57.
10. Esperandio MRG, Machado GAS. Brazilian Physicians' Beliefs and Attitudes Toward Patients' Spirituality: Implications for Clinical Practice. *Journal of Religion and Health*. 2019;58(4):1172-87.
11. LoBiondo-Wood G. Pesquisa em enfermagem: metodos, avaliação crítica e utilização. Guanabara Koogan; 2001. 330 p.
12. al SS et. Cultural adaptation and translation of measures: an integrated method. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 17 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20069612>
13. Pasquali L. Análise fatorial para pesquisadores. LabPAM; 2012. 301 p.
14. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. enero de 2007;60(1):34-42.
15. Fayers M. P, Machin D. Scores and Measurements: Validity, Reliability, Sensitivity. En: *Quality of Life* [Internet]. Wiley-Blackwell; 2011 [citado 19 de junio de 2018]. p. 77-108. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9780470024522.ch4>
16. Colucci E, Martin G. Religion and spirituality along the suicidal path. *Suicide Life Threat Behav*. abril de 2008;38(2):229-44.
17. Salander P. Who needs the concept of «spirituality»? *Psychooncology*. julio de 2006;15(7):647-9.
18. Rasic DT, Belik S-L, Elias B, Katz LY, Enns M, Sareen J. Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders*. 1 de abril de 2009;114(1):32-40.
19. Hvidt NC, Nielsen KT, Kørup AK, Prinds C, Hansen DG, Viftrup DT, et al. What is spiritual care? Professional perspectives on the concept of spiritual care identified through group concept mapping. *BMJ Open*. 28 de diciembre de 2020;10(12):e042142.
20. Vincenzi BB. Interconnections: Spirituality, Spiritual Care, and Patient-Centered Care. *Asia Pac J Oncol Nurs*. junio de 2019;6(2):104-10.
21. Puchalski CM. Integrating spirituality into patient care: an essential element of person-centered care. *Pol Arch Med Wewn*. 2013;123(9):491-7.
22. Anbefalinger for den palliative indsats [Internet]. [citado 11 de abril de 2022]. Disponible en: <https://viden.sl.dk/artikler/socialpaedagoger/uddannelse-og-kompetenceudvikling/anbefalinger-for-den-palliative-indsats/>

Depresión y psicosis en una paciente con tuberculosis pleural usuaria de cicloserina

Depression and psychosis in a patient with pleural tuberculosis using cycloserine

Jeff Huarcaya-Victoria^{1, 2, a}, Rosa Guija^{2, a}, Anghela Luna^{2, a}

¹Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina, Centro de Investigación en Salud Pública. Lima, Perú.

²Departamento de Psiquiatría, Unidad de Psiquiatría de Enlace, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, Perú.

^aMédico psiquiatra

Correspondencia:

Jeff David Huarcaya Victoria

Universidad de San Martín de Porres – Instituto de Investigación

Av. Alameda del Corregidor, 1531, La Molina, Lima

Teléfono: 511-3653640. e-mail: jhuarcayav@usmp.pe

Jeff Huarcaya-Victoria <https://orcid.org/0000-0003-4525-9545>

Rosa Guija <https://orcid.org/0000-0001-7171-704X>

Anghela Luna <https://orcid.org/0000-0001-5013-1584>

Consideraciones éticas: La paciente descrita brindó su consentimiento para la publicación de su historial clínico.

Contribuciones de autorías: JHV, RG, participaron en la concepción del artículo; JHV realizó el diseño y redacción del artículo; RG, AL facilitaron el resumen de la historia clínica. JHV, RG, AL realizaron la revisión crítica del artículo y aprobación de la versión final.

Fuentes de financiamiento: Autofinanciado.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

RESUMEN

En el contexto de países como el Perú, donde hay una alta incidencia de tuberculosis (TB) que requiere tratamientos de fármacos antituberculosos de segunda línea, se hace necesario que el personal de salud se encuentre alerta frente a posibles reacciones adversas. Dentro de estos medicamentos de segunda línea encontramos a la cicloserina, la cual ha sido asociada a algunas reacciones adversas psiquiátricas, desde cambios conductuales, ansiedad, manía, depresión y psicosis. Presentamos el caso de una mujer de 32 años con antecedente de TB pleural, la cual presentó alucinaciones auditivas y síntomas depresivos luego del uso de cicloserina. A través del algoritmo de Naranjo para reacciones adversas se concluyó que la cicloserina sería una causa probable para la psicosis y posible para la depresión. La aparición de síntomas psicóticos en estos pacientes aún permanece poco comprendida, mientras que los síntomas depresivos pueden deberse tanto a factores psicosociales como a una reacción adversa.

Palabras clave: Psicosis; depresión; tuberculosis; cicloserina (Fuente: DeCS BIREME)

ABSTRACT

In the context of countries such as Peru, where there is a high incidence of tuberculosis (TB) that requires second line treatments, it is necessary for health professionals to be alert to possible adverse reactions. Within these second-line drugs we find cycloserine, which has been associated with some psychiatric adverse reactions, from behavioral changes, anxiety, mania, depression and psychosis. We present the case of a 32-year-old woman with a history of pleural TB, who presented with auditory hallucinations and depressive symptoms after the use of cycloserine. Through the Naranjo algorithm for adverse reactions it was concluded that cycloserine would be a probable cause for psychosis and possi-

ble for depression. The appearance of psychotic symptoms in these patients still remains poorly understood, while depressive symptoms may be due to both psychosocial factors and an adverse reaction.

Keywords: psychosis; depression; tuberculosis; cycloserine (Source: MeSH NLM)

Introducción

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tuberculosis (TB) es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. En el 2017, 10 millones de personas adquirieron la TB (1). Durante el año 2015, la seguridad social del Perú (EsSalud) notificó 5559 casos de TB, los cuales correspondieron al 18,5% del total de casos de dicho año. En el último lustro, la tasa de incidencia de TB en EsSalud se mantiene alrededor de 48 casos por 100 mil asegurados (2).

Dentro de los casos de TB, la forma multidrogoresistente (TB-MDR) aún constituye una crisis de salud pública. Según los datos de la OMS hubo 558000 nuevos casos de resistencia a la rifampicina, siendo el 82% de estos casos de TB-MDR (1). En estos casos, y en aquellos en los cuales se reporten importantes reacciones adversas a los fármacos antituberculosos (RAFA), se requiere el uso de medicamentos de segunda línea, los cuales tienden a ser menos efectivos y peor tolerados (3). Dentro de estos medicamentos encontramos a la cicloserina (D-4-amino-3-isoxazolidina), un antibiótico de amplio espectro producido por el *Streptomyces orchidaceus* descubierto en 1954 por Harned y Kropp (4).

Existen reportes de casos de RAFA psiquiátricas por el uso de la cicloserina, desde cambios conductuales, ansiedad, episodios maníacos, depresión y psicosis (5-10). En comparación con otras RAFA, como los problemas hepáticos o el síndrome de Stevens-Johnson, las psiquiátricas pueden pasar desapercibidas debido a que no se muestran de forma tan dramática como otras RAFA graves. Los pacientes pueden permanecer meses con síntomas depresivos o alucinatorios y no informar de estos a su médico tratante. Además, como bien señalan Cruzado et al. (11), estas RAFA psiquiátricas ponen en riesgo la continuidad y la adherencia al tratamiento anti-TB.

En el contexto de TB-MDR, especialmente en países en vías de desarrollo como el Perú, es necesario que el personal de salud se encuentre alerta a las posibles complicaciones neuropsiquiátricas de los medicamentos antituberculostáticos de segunda línea. Con la finalidad de revisar brevemente la literatura

científica respecto a las RAFA neuropsiquiátricas, presentamos el caso de una mujer de 32 años que presentó alucinaciones y síntomas depresivos durante su tratamiento anti-TB.

Reporte de caso

Se trata de una paciente mujer de 32 años, procedente de Cercado de Lima, grado de instrucción técnico superior incompleta. Actualmente es ama de casa, casada, vive con su esposo e hijos. No presenta antecedentes psiquiátricos personales ni familiares.

Fue diagnosticada de tuberculosis pleural en febrero del 2016. Durante el tratamiento inicial tuvo RAFA dérmica y hepática severa.

En mayo del 2018 se encontró una lesión pulmonar cavitada. Se decidió utilizar un esquema individualizado: kanamicina 900 mg/día, levofloxacino 750 mg/día, cicloserina 750 mg/día y etionamida 375 mg/día. Concurrentemente se le administró cetirizina 10 mg/día, ranitidina 300 mg/día, dimenhidrinato 50 mg condicional a náuseas y vómitos. La paciente tolera este esquema por tres meses, por lo cual se decidió agregar etambutol 1200 mg/día, luego de lo cual presentó una nueva RAFA dérmica. En setiembre del 2018 comenzó a “escuchar voces”, a los cuales la paciente identifico como de sus hijos, causándole una moderada ansiedad, no obstante, la paciente refirió que sabía que estas alucinaciones eran por los medicamentos. Por estos motivos se decidió hospitalizarla. Luego de una semana de haber suspendido el tratamiento desaparecieron los fenómenos alucinatorios.

En el mes de noviembre del 2018 se decidió reiniciar el esquema anterior sin etambutol. Luego de dos meses reaparecieron las alucinaciones auditivas. En esta oportunidad se hicieron manifiestos claros síntomas depresivos, los cuales fueron incrementándose conforme transcurrían los meses. Refirió no tener energía para realizar sus actividades, insomnio de conciliación, pensamiento pesimista, y llanto espontáneo diario. En mayo del 2019 se suspendió nuevamente el tratamiento por los fenómenos alucinatorios y síntomas depresivos. Luego de dos semanas desaparecieron las alucinaciones, sin embargo, persistieron

los síntomas depresivos. A inicios de junio del 2019 se decidió hospitalizarla en el Servicio de Neumología. En la analítica de sangre (hemograma, perfil hepático, perfil trombotico, función renal) no se encontraron alteraciones.

Se solicitó la evaluación de la Unidad de Psiquiatría de Enlace. Al examen mental encontramos a una paciente colaboradora, despierta, orientada en tiempo, espacio y persona, con una adecuada conciencia de sus síntomas mentales, ánimo depresivo, sentimientos de infravaloración, desesperanza, frustración, anhedonia, insomnio de conciliación, hiporexia. No encontramos síntomas psicóticos al momento de la evaluación. El algoritmo de Naranjo para reacciones adversas se puntuó en 8 para la psicosis, y 2 para la depresión. Se le dieron los siguientes diagnósticos:

1. Trastorno psicótico agudo resuelto secundario al uso de cicloserina,
2. Episodio depresivo moderado (F32.1).

En una junta médica del Servicio de Neumología se decidió utilizar un nuevo esquema: levofloxacino 750 mg/día, etionamida 375 mg/día, kanamicina 900 mg 1 ampolla intramuscular 3 veces/semana. A mediados de junio del 2019 fue dada de alta. Actualmente continúa sus atenciones de forma ambulatoria en el Programa de Control de Tuberculosis.

Discusión

La asociación temporal, el hecho de que los síntomas alucinatorios mejorasen luego de la suspensión del tratamiento y la reaparición de estos luego de reintroducir la cicloserina, sugieren que este fue el fármaco causante de la RAFA psiquiátrica.

La evidencia sugiere que la cicloserina se encuentra asociada a una mayor frecuencia de RAFA neuropsiquiátricas en comparación con otros fármacos de segunda línea. En un metanálisis se encontró que la estimación combinada de las frecuencias de cualquiera RAFA por cicloserina fue del 9,1% (95% IC: 6,4-11,7); siendo un 5,7% (95% IC: 3,7-7,6) RAFA psiquiátricas, y un 1,1% (95% IC: 0,2-2,1) para RAFA del sistema nervioso central (12). Respecto a la psicosis, en otro metanálisis más reciente se identificaron 12 estudios que reportaron episodios psicóticos en 2639 pacientes con TB-MDR, encontrándose una prevalencia del 10% (95% IC: 7-14). Estos casos de psicosis fueron identificados como una RAFA reversible, siendo la cicloserina la causa más reportada, seguido por la tezidona (13). Un análisis estratificado evidenció que

la prevalencia de la psicosis fue del 4% (95% IC: 0-22) y 9% (95% IC: 5-13) antes del inicio y luego del tratamiento de la TB-MDR respectivamente (13). Dentro de los estudios que reportaron el uso de cicloserina, la prevalencia de psicosis fue del 11% (95% IC: 6-18) en tratamientos estandarizados, y del 11% (95% IC: 7-17) en tratamientos individualizados (13). Estos resultados son similares a lo reportado en una cohorte de 75 pacientes con TB-MDR peruanos, donde el 12% presentaron síntomas psicóticos durante el tratamiento (14). En ninguno de estos casos fue necesaria la suspensión indefinida de la cicloserina (14).

El mecanismo por el cual se producen estos síntomas psicóticos no es claro. Una hipótesis menciona que la cicloserina tiene un mecanismo agonista parcial de los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA). Se ha postulado, si bien preliminarmente, que la cicloserina a dosis bajas (5 a 100 mg/día) puede ayudar en el tratamiento de diferentes trastornos psiquiátricos: esquizofrenia, trastornos de ansiedad, depresión, autismo, adicciones; así como en enfermedades neurológicas (15). No obstante, a dosis mayores de 250 mg/día podrían producir la aparición de síntomas psicóticos, lo cual haría sospechar de un rol bifásico de la cicloserina (11).

Debemos llamar la atención que la paciente presentó síntomas depresivos por cinco meses, luego de los cuales, y recién cuando estuvo hospitalizada, recibió por primera vez una atención por profesionales de salud mental. Esto debe hacernos recordar lo complejo de la aparición de los síntomas depresivos. En un reciente metanálisis se encontró que la salud mental y el funcionamiento social se encuentran comprometidos en una proporción significativa de pacientes con TB-MDR, un hallazgo confirmado por la mala calidad de vida de estos pacientes, estigma, discriminación, aislamiento y falta de soporte social, todo lo cual podría desencadenar episodios depresivos de forma independientemente o complicar una RAFA psiquiátrica (13). Es probable que el episodio depresivo de nuestra paciente responda a factores psicosociales que fueron identificados durante la entrevista psiquiátrica (tratamiento prolongado con varios fracasos terapéuticos, problemas económicos, pobre soporte familiar, estigma), por lo que cobra importancia el realizarle un seguimiento constante y brindarle psicoterapia de apoyo.

En conclusión, en el contexto de países como el Perú, donde hay una alta incidencia de TB que requiere tratamientos de segunda línea, se hace necesario que

el personal de salud se encuentre alerta frente a posibles RAFA. El caso presentado nos señala la importancia de realizar un enfoque multidisciplinario en el tratamiento de la TB y sus posibles complicaciones. La aparición de síntomas psicóticos en estos pacientes aún permanece poco comprendida, mientras que los síntomas depresivos pueden deberse tanto a factores psicosociales como a una RAFA. Los médicos neumólogos y de enfermedades infecciosas deben ser conscientes de la necesidad de una evaluación por servicios de salud mental durante todo el proceso del tratamiento de estos pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis 2018 [cited 2019 23 jun]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.
2. Alarcón V, Alarcón E, Figueroa C, Mendoza-Ticona A. Tuberculosis en el Perú: Situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017(2):299-310.
3. Alghamdi WA, Alsultan A, Al-Shaer MH, An G, Ahmed S, Alkabab Y, et al. Cycloserine Population Pharmacokinetics and Pharmacodynamics in Patients with Tuberculosis. *Antimicrob Agents Chemother*. 2019;63(5).
4. Bankier RG. Psychosis Associated with Cycloserine. *Can Med Assoc J*. 1965;93:35-7.
5. Bakhla AK, Gore PS, Srivastava SL. Cycloserine induced mania. *Ind Psychiatry J*. 2013;22(1):69-70.
6. Behera C, Krishna K, Singh HR. Antitubercular drug-induced violent suicide of a hospitalised patient. *BMJ Case Rep*. 2014;2014.
7. Holla S, Amberkar MB, Bhandarypanambur R, Kamalkishore M, Janardhanan M. Cycloserine Induced Late Onset Psychosis and Ethambutol Induced Peripheral Neuropathy Associated with MDR-TB Treatment in an Indian Patient- A Rare Case Report. *J Clin Diagn Res*. 2015;9(2):Fd01-3.
8. Sawant NS, Kate NS, Bhatankar SS, Kulkarni PS. Neuroleptic malignant syndrome in cycloserine-induced psychosis. *Indian J Pharmacol*. 2015;47(3):328-9.
9. Sharma B, Handa R, Nagpal K, Prakash S, Gupta PK, Agrawal R. Cycloserine-induced psychosis in a young female with drug-resistant tuberculosis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(4):451.e3-4.
10. Tandon VR, Rani N, Roshi, Gupta R, Arora M, Khajuria V, et al. Cycloserine induced psychosis with hepatic dysfunction. *Indian J Pharmacol*. 2015;47(2):230-1.
11. Cruzado L, Arias-Gutiérrez M, Núñez-MoscOSO P, Cabrejos C, Valera-Guerrero V. Psicosis inducida por fármacos antituberculosos: un caso asociado a cicloserina. *Rev Neuropsiquiatr*. 2014;77(3):179-83.
12. Hwang TJ, Wares DF, Jafarov A, Jakubowiak W, Nunn P, Keshavjee S. Safety of cycloserine and terizidone for the treatment of drug-resistant tuberculosis: a meta-analysis. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013;17(10):1257-66.
13. Alene KA, Clements ACA, McBryde ES, Jaramillo E, Lonroth K, Shaweno D, et al. Mental health disorders, social stressors, and health-related quality of life in patients with multidrug-resistant tuberculosis: A systematic review and meta-analysis. *J Infect*. 2018;77(5):357-67.
14. Vega P, Sweetland A, Acha J, Castillo H, Guerra D, Smith Fawzi MC, et al. Psychiatric issues in the management of patients with multidrug-resistant tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2004;8(6):749-59.
15. Schade S, Paulus W. D-Cycloserine in Neuropsychiatric Diseases: A Systematic Review. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2016;19(4).

Manual de psiquiatría “Humberto Rotondo”

Editores: **Perales A., Mendoza A., Vásquez-Caicedo G., Rivera J.F., Bojórquez E.**

Tercera edición, 2021.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Fondo Editorial. Lima – Perú

Juan Francisco Rivera

Profesor Principal. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos

El Manual de Psiquiatría Humberto Rotondo está dirigido a proporcionar los conocimientos psiquiátricos y de salud mental indispensables para una práctica útil, cualquiera sea el escenario en el que el futuro médico despliegue su labor profesional, facilitándole una toma de decisiones, rápida y oportuna, pero sustentada en una sólida base científica, así como para ser una ayuda importante para los estudiantes de pregrado de las profesiones de la atención a personas con enfermedades psiquiátricas y a miembros de los equipos multidisciplinarios en la atención en familias y comunidades que afrontan problemas de enfermedad mental. Ha sido actualizado en la tercera edición publicada en 2021 por el Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Lleva el nombre de Humberto Rotondo en reconocimiento a la trayectoria de quien fuera, al lado de Hermilio Valdizán, Honorio Delgado y Carlos Alberto Seguin, una de las figuras cumbre de la psiquiatría peruana y latinoamericana; que por años condujo al Departamento Académico de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UNMSM.

Los contenidos

1. El *Homo sapiens* existe en el Planeta desde hace 200 mil años y comparte aspectos importantes de su biología con el antecesor común al chimpancé, hace unos siete millones de años. Como en toda forma de vida en la Tierra, *H. s.* tiene en su estructura íntima, una experiencia de supervivencia acumulada que constituye la sabiduría evolutiva para actuar como un todo integrado, una memoria biológica ancestral codificada con los cuatro nucleótidos del ADN. Así mismo, a nivel celular los desempeños moleculares están conservados o diversificados al punto que sus rasgos como la memoria o el desarrollo del córtex cerebral pueden investigarse en cultivos celulares y organismos de otras especies.

Para nuestro tema, en este artículo, eso está planteado en tres de sus capítulos: Neurociencias, Genética y Psiquiatría y Tratamientos con Fármacos en Psiquiatría. El primero de este grupo presenta casos pedagógicos cuidadosamente elegidos. Son ejemplos paradigmáticos para la psiquiatría biológica en la que se evidencia que constituimos un ejemplo, somos parte, de la evolución filogenética que nos vincula a la evolución de las especies por la selección natural. Por el cariz del libro dedicado a médicos generales y a estudiantes de pregrado no se han tomado en cuenta sea el caso de las investigaciones neuro inmunológicas en otras especies que apuntan a una intervención con vacunas para la demencia de Alzheimer y ni muchas otras más que el lector con intereses más profundos podrá hallar en las publicaciones periódicas sobre dichos temas.

El capítulo de Genética y Psiquiatría presenta de manera ágil un enfoque que supone un conocimiento básico de biología. Los autores aplican un lenguaje bien actualizado y que es el más sencillo para seguir los nuevos desarrollos de este tema. Los trastornos pueden ser monogénicos -dominantes o recesivos- o poligénicos. Éstos son los más frecuentes en la anatomía y la conducta humana, así como los más susceptibles a las influencias ambientales.

El capítulo sobre psicofármacos orienta al lector para comprender los mecanismos de acción. Las neuronas productoras de neurotransmisores como GABA o Glutamato, Serotonina, Dopamina, son blancos para su estimulación su inhibición. Los psicofármacos bloquean o estimulan su producción. A pesar de ello los trastornos psiquiátricos persistentes sólo se alivian parcialmente, así que los cambios en el estilo de vida o las intervenciones a nivel individual o medioambiental siguen siendo válidos en el enfoque interdisciplinario.

2. Los síndromes y trastornos psiquiátricos tienen el mayor espacio en este libro. Los trastornos están actualizados para ser compatibles con la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS y con la DSM 5. Cada uno de ellos conlleva la experiencia y el conocimiento que a nivel mundial se ha adquirido. Ocupan un espacio especial los trastornos de ansiedad, la depresión, el alcoholismo, las adicciones de sustancias ilegales, los trastornos del desarrollo, las psicosis. En esta perspectiva se tiene en cuenta la carga de enfermedad mental a nivel mundial, los años de vida perdidos y también se pone a disposición una bibliografía recomendada.
3. El factor social tiene un desarrollo meritorio. Las intervenciones comunitarias son altamente efectivas y de resultados favorables en la evaluación de costo/beneficio de las intervenciones. Por ello se transmite la experiencia del trabajo interdisciplinario y de alianzas con organizaciones de las poblaciones. Las leyes que apoyan a los tratamientos con enfoque comunitario son parte de los buenos resultados. En esto se ha avanzado bastante. Este enfoque de psiquiatría comunitaria es la novedad en esta tercera edición. Aquí se hace patente que la exclusión, la inequidad, la estigmatización son parte del problema; así como los programas de inclusión, el fomento del sentimiento de pertenencia, el aprender a ver más la paja en el ojo propio que en el del semejante, son parte de la solución. Aún queda más por hacer, porque así como se elaboran mejores formas de intervención vemos que la violencia y otros problemas que la capacidad destructiva del ser humano no cesan de presentarse y siguen siendo el mayor reto para nuestra especie.
4. Desde las primeras páginas se distingue que el trato inhumano o negligente tiene que afrontarse con humanismo, que la relación se construye desde el primer encuentro, que las habilidades en la comunicación son indispensables. La ética en psiquiatría siempre reconoce el cultivo de la vida privada, es una herencia hipocrática y al mismo tiempo una muestra de la reserva moral en la tradición hipocrática. La lucidez en los enfoques éticos y psicoterapéuticos también son un modelo de cómo hilvanar las mejores ideas. Algunos autores no nos acompañan desde antes de la pandemia, otros siendo víctimas de la pandemia. Hacemos un honor en tenerlos en nuestra memoria, en nuestro homenaje, en el recurso a seguir su ejemplo trabajando hasta lo incansable por la atención de salud y por la psiquiatría.



Carlos Alberto Saavedra Castillo (1952 – 2021)

Francisco Bravo Alva

Escribir sobre el Dr. Carlos Alberto Saavedra Castillo, no solo es un honor sino una responsabilidad, pues en vida fue un dilecto amigo, colega y compañero de trabajo. El Dr. Carlos Saavedra nació en Lima un 24 de abril de 1952. Cursó la secundaria en el Colegio Santo Tomas de Aquino. Luego, realizó toda su vida universitaria en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), en la Facultad de Educación, especialidad de Físico y Química, de 1969 a 1973, para después estudiar Medicina Humana en la Facultad de Medicina “San Fernando” de 1974 a 1985.

Sus estudios de postgrado los realizó en la especialidad de Psiquiatría de 1987 – 1989 en la Facultad de Medicina de la UNMSM, en la Sede Docente Hospital Hermilio Valdizán, donde se fue perfilando como buen clínico y excelente docente. Continuó sus estudios en el área de adicciones, estudiando Maestría de Farmacodependencia entre 1997-1998 en la Universidad Peruana Cayetano Heredia y la subespecialidad de Psiquiatría en Adicciones en el 2016 en la Facultad de Medicina de la UNMSM. Hizo también los estudios de Maestría en Neurociencias entre los años 2005 y 2006 en la Escuela de Postgrado de Facultad de Medicina de la UNMSM.

En su deseo de estudiar psicoterapia, participó del Programa de Especialización en Terapia Cognitivo Conductual (PROMOTEC) con un periodo de formación de dos años. Concluyó sus estudios de Doctorado en Salud Pública en la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional Federico Villareal. También realizó estudios de administración en la Escuela Superior de Administración de Negocios ESAN, Máster en Gerencia Pública por la Eucim Business School en convenio con la Universidad San Martín de Porres.

Durante los años como médico psiquiatra en el Hospital Hermilio Valdizán se desempeñó en diversos cargos, como jefe del Centro de Rehabilitación de Ñaña, jefe del Departamento de Análisis y del Comportamiento (DAMOC), Director Administrativo y Director General del hospital.

Con referencia a su labor docente y gestión universitaria ha sido profesor en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina donde alcanzó el grado de Profesor Principal, Integrante del Comité de la Especialidad de Psiquiatría, Coordinador Académico-Administrativo de Psiquiatría en Sede Docente Hospital Hermilio Valdizán desde 2003 hasta 2010, realizando su labor docente tanto a nivel de pregrado como postgrado, siendo responsable de la subespecialidad de Psiquiatría de las Adicciones y tutor de especialidad de Psiquiatría en esta sede docente en donde se le recuerda con mucho cariño y admiración por la labor realizada.

Fue docente en la Facultad de Psicología de la UNMSM, en la Maestría de Psicología Clínica y de la Salud. Así también lo fue en la Facultad de Psicología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, en la Facultad de Psicología de la Universidad Ricardo Palma en la Maestría de Psicología Clínica y de la Salud, y en la Universidad Federico Villareal en la Maestría de Adicciones.

Su producción científica incluye capítulos de libros y revistas, como el capítulo sobre Adicciones en el Manual de Psiquiatría Humberto Rotondo Grimaldi, publicado por la Facultad de Medicina de San Fernando en setiembre del 2021. Otras publicaciones incluyen: “Prospectiva del Consumo de tabaco”, publicado en

la Revista Peruana de Drogodependencias en diciembre de 2005 por DEVIDA (Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas): “ El Impacto Económico del Tabaquismo” publicado en la Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán, Volumen V Nº 2, 2004. De igual forma ha desarrollado varias investigaciones, de preferencia en el área de las adicciones y neurociencias, como “Prevalencia y factores asociados al riesgo de consumo de drogas en escolares de secundaria del Perú”, en diciembre 2007 para DEVIDA.

Con referencia a la proyección Social y extensión universitaria fue miembro titular de la Asociación Psiquiátrica Peruana (APP), en donde desempeñó varios cargos en diferentes consejos directivos, siendo el último el de Secretario General de 2015 a 2017. También fue miembro activo de la Sociedad Peruana de Psiquiatría Biológica, de la Academia Nacional de Neurociencias, de la Asociación Latinoamericana de Análisis y Modificación del Comportamiento (ALAMOC), de la International Society of Addiction Medicine, Mención aparte merece el ser Miembro Fundador de la Sociedad Peruana de Adicciones (APAD) en la cual se desempeñaba como presidente antes de su fallecimiento.

El Dr. Saavedra fue merecedor de premios y distinciones. Recibió el Premio Hipólito Unanue al Mejor Trabajo de Investigación en Ciencias de la Salud 2014, como Coautor de Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao, replicación 2012. Informe General. Recibió también hasta por seis oportunidades el premio al Docente San Fernando “Carlos Lanfranco La Hoz” realizado por el Centro de Estudiantes de Medicina (CEM) en los años 2012, 2013, 2014, 2015, 2018 y 2020.

Desde el 7 de febrero de 2021 ejercía el cargo de director del Departamento Académico de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UNMSM. Uno de sus últimos aportes en la universidad ha sido en el comité que ha elaborado el Programa de Mentoría Centrada en la Persona y el Desarrollo Humano de la Facultad de Medicina.

Al Dr. Carlos Saavedra Castillo se le recuerda cómo un profesional integro, constante, disciplinado, honesto, perseverante. Era una persona enteramente dedicada a la docencia a la que le tenía amor y pasión. Siempre expresó su enorme cariño a la que fue su Alma Mater, la cuatricentaria Universidad Nacional Mayor de San Marcos.



Víctor Eduardo Guzmán Negrón (1950 – 2021)

Susana Giesecke Sara-Lafosse

Conocí a Eduardo en 1990, en el Residentado de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos cuando ya venía un año trabajando para el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IML - CF). Contrastaba su notable presencia de cantante de guitarra jaranera, con su afán en pasar desapercibido en clases, donde dominaba el misterioso arte de captar el tema mientras dormía profundo. Una habilidad envidiable. Post Discusión de Casos Clínicos, nos reuníamos en el post mortem, reuniones informales, donde cafecito de por medio, repasábamos al mínimo detalle la visión del paciente, de los colegas y la nuestra. Esta tarea enorme, casi imposible, de cómo devolver al paciente a la sociedad como una mejor persona, fue siempre aligerada con su sentido de humor, su franqueza y sensatez vitalizando nuestra búsqueda por comprender. Egresados del residentado, nos encontrábamos eventualmente para compartir nuestras preocupaciones y reflexiones. Aportó con su aguda percepción en la evaluación de magistrados y compartió hasta los detalles más escabrosos de su trabajo, detalles que inspiraron a nuestra reconocida colega y escritora, Pilar Dughi.

Eduardo confiaba en su institución. De los 30 años que trabajó como psiquiatra forense para el IML-CF, dedicó veinte años a compartir y enriquecer su Modelo de Intervención en Sesiones Conjuntas, con pasantes diversos como los del Centro de Psicoterapia psicoanalítica de Lima (CPPL). Era tan modesto que al invitarlo a nombrar sus títulos para el coloquio: La Estupidez Humana, me respondió: “Me asustaste con eso de títulos y rangos. No tengo ningún título nobiliario, soy plebeyo y mi rango es soldado raso. Simplemente psiquiatra y si se trata de presumir, forense”.

Al recibir el encargo de escribir sobre Eduardo revisé su Facebook y me di con la notable presencia de la “Peña Promoción 76”, su vida de jarana, cantante y guitarrista, donde siguió recibiendo más allá de su partida: “jarana en el cielo... cuando un jaranero muere, nunca muere”. Compartía música desde Nicomedes Santa Cruz, a Bossa-nova de Tom Jobim interpretada por L. Bayona o el “Feliz cumpleaños” de Los Beatles. Publicaba poco y variado, artículos del COVID, de salud mental, del tratamiento de esquizofrenia, así como la exposición de H. Heil y P. Guzmán, y la lucha del Sindicato de Médicos Legistas, abogando por los derechos de los trabajadores de su gremio.

Agradecía los saludos: *“Un extenso e intenso agradecimiento a quienes se acordaron de mi o no mastico, aclaro que sigo masticando, muchas gracias a todos y todas. Eduardo.”* Así también, difundió su triunfo como número uno en *“Criminal Case-juego en redes ¿Crees que eres un buen detective?”*. Reconocía el juego como algo fundamental, como una emoción básica, como lo propone el neurofisiólogo Jaak Pansepp¹. Además, como a todo humano, le preocupaba el envejecer².

Al tiempo que dictaba cursos sobre la mente criminal³ difundía programas sencillos⁴ para explicar la personalidad de políticos y su relación con el poder, el inconsciente, los traumas, las carencias infantiles, etc. que originarían la omnipotencia, egocentrismo y sobrevaloración. Al estar involucrado en la evaluación de personas implicadas en casos emblemáticos de violencia, le preocupaba la distorsión de la prensa en la comprensión del mal manejo de sentimientos negativos, el descontrol de las pulsiones con desenlace fatal. Enfatizaba la

necesidad de canalizar la agresividad por el proceso de civilización, en el arte de hablar y la música que lo apasionaba. ¡Era un ser pacífico y pacifista!.

Empático y articulado en su filosofía de vida, era capaz de gozar desde una siesta, un café, una jarana, una conversación con mucho humor que le permitiera sobrellevar la desbordante carga (afectiva, política, administrativa, etc.) de la investigación y peritaje de criminales más peligrosos del Perú. Este impulso por el predominio de lo vital sobre lo tanático, creo que es el legado que hoy nos aligera la tristeza por su partida.

Ese espíritu libre lo llevó a viajar por todo Sudamérica en su moto, y parecía siempre acompañarlo en sus frescas e ingeniosas intervenciones. Aún en el cargo como Gerente de Investigaciones del IML - CF, apostó por el diálogo y a la formulación de un método perso-

nal de entrevista para supuestos delincuentes o agresores sexuales. Estaba dispuesto a todo por descubrir la motivación del trasgresor, la dinámica de su pensamiento. Así mismo, su preocupación por la víctima de la violencia lo llevó a dirigir el equipo de psiquiatras y psicólogos forenses nacionales y extranjeros para la elaboración de un gran producto: la "Guía de valoración del daño psíquico en personas adultas víctimas de violencia intencional", aprobada por la Fiscal de la Nación en el año 2011 y aún vigente.

Al inicio de la pandemia, fue devastado por el fallecimiento de su entrañable hermano Eliseo. Se reunió con él, luego de una vida intensa... creyente de un paraíso que al final todos alcanzaremos⁵.

1. *The science of emotions: Jaak Panksepp at TEDxRainier*

2. *Jane Fonda: El tercer acto de la vida | Video on TED.com - TED Talks*

3. *Sindeev, Andrey y Guzman-N., Eduardo. Perfil epidemiológico, clínico-psiquiátrico y legal del sentenciado por delitos sexuales, Establecimiento Penitenciario Lurigancho, Lima-2017. Acta méd. Peru [online] 2018 vol.35, n.3, pp168-173 ISSN 1728-5917*

4. *Contacto Vecinal. 27 de setiembre del 2009. <https://www.dailymotion.com/video/xan51p>*

5. *Kübler Ross*



Eliana García Pacheco Barriga (1944 – 2021)

Enrique Macher Ostolaza

Habíamos terminado de dar el examen de ingreso y esperábamos los listados que usualmente ponían en las vitrinas dispuestas en la entrada de la Facultad. Todos, los nuevos y los que daban el examen por segunda o más veces, estábamos muy atentos a los movimientos desde el interior de las oficinas que entonces quedaban en el primer piso. Las puertas de rejas estaban cerradas y sólo se abrían de vez en cuando para dejar entrar o salir a algún trabajador o ejecutivo de la Facultad. La gente se iba amontonando delante de las vitrinas y las conversaciones, inicialmente quietas, se iban haciendo cada vez más audibles, llegando al grito.

Una vez más, las puertas se abren para dejar salir a alguien. Era un señor de mediana edad acompañado de lo que pensamos que era su secretaria, aunque su apariencia era la de una chica más bien quinceañera, muy elegantemente vestida. Nadie parecía conocerlos y salieron con sólo las miradas de admiración por la belleza de ella que las siguieron hasta que llegaron al auto que estaba estacionado hacia el lado de Farmacia sobre la Av. Grau. ¿Quiénes habrán sido?

Eliana nació un 3 de junio de 1944. Siempre fue una alumna destacada desde los primeros años escolares y terminó la secundaria con solo 15 años de edad, con calificaciones sobresalientes, en el Colegio Antonio Raimondi. Igualmente, haría una excelente carrera universitaria, ocupando uno de los lugares más destacados entre nosotros.

Al término de los años lectivos, hizo su año de internado rotativo en el Hospital Arzobispo Loayza, en el Hospital San Bartolomé y en el Hospital Del Niño. Luego, ya casada con Moisés Gaviria (ya fallecido), y en EEUU, hizo Internado de Medicina en el Saint Mary's Hospital, en Waterbury, Connecticut (1972 – 1973). Seguiría la Residencia en Psiquiatría en el Fairfield Hills Hospital de Newtown, Connecticut (1973 – 1974) y en el Illinois State Psychiatric Institute, de Chicago, Illinois (1974 – 1975). Y Residencia (Fellowship) de Psiquiatría Infantil en el Institute of Juvenile Research afiliado a la Universidad de Illinois, en Chicago, Illinois (1975 – 1977)

Posteriormente obtendría su Diplomado por la American Board of Psychiatry and Neurology. También el Diplomado por el Board de Child and Adolescent Psychiatry. Fue Directora Médico de la Unidad de Psiquiatría Infantil del Hospital Psiquiátrico Madden, de Maywood, Illinois (1977 – 1981). Estuvo afiliada al Hospital Good Samaritan de Downs Grove, Illinois, donde llegó a ser Directora del Programa de Adolescentes, así como también al Hospital Hinsdale, de Hinsdale, Illinois (1982 – 1992).

Eliana regresó al Perú en el año 1992, donde continuó en el ejercicio de la Psiquiatría Infantil, con mucho éxito profesional, destacándose por su participación con diferentes colegios del medio y siempre participando en las actividades científicas y académicas a las que frecuentemente fue invitada.

Eliana tuvo dos hijos con Moisés: Boris, abogado corporativo (Davies, Wright & Tremaine) quien reside en Seattle, Washington, e Iván, abogado corporativo (Gunderson & Dettmer), y reside en Redwood City, California.

Falleció el 5 de diciembre de 2021, luego de penosa enfermedad pulmonar crónica, pero muy consciente de ello y con enorme entereza.

Permítanme una anécdota personal. Cuando mis hijos tuvieron 9 años de edad, hice un viaje con cada uno (solos los dos), por los EEUU. Con Enrique fuimos de visita a la familia en Florida, con Ian pasamos hasta Texas, donde los tres nacieron, y con Andrés logramos llegar a Chicago, en temporada calurosa. Una noche, con Moisés y Eliana, nos pusimos a conversar luego de la cena, y mi hijo, cansado del ajetreado día, se fue a dormir al cuarto designado para nosotros, en el segundo piso. Luego de unas horas de conversa y licores finos (especialmente pisco), fue turno de los mayores para irnos a la cama. Pero Andrés estaba to-

talmente seco y no se despertaba ni con la aporreada que le dábamos a la puerta, que por alguna razón estaba con llave. Y no fue hasta que llegó uno de los hijos de la pareja amiga, quien tuvo que deslizarse por la ventana que daba al patio interior, felizmente sin cerrar, para poder abrir la puerta. Ni con esas se despertó, y no está muy seguro de la veracidad de mi cuento.

Eliana, descansa en paz, amiga. Estamos seguros que debes estar mejor que nosotros donde te encuentras y nos esperas para festejar los buenos momentos vividos en tu siempre grata compañía.

PARA LOS AUTORES

REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN

De la revista

La Revista Peruana de Psiquiatría es el órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica Peruana. Se publica un volumen al año conformado por dos números semestrales. Es el medio de difusión de la producción científica de los miembros de la asociación, así como de las investigaciones y ensayos de los miembros de la comunidad científica y académica nacional e internacional, que constituyan aportes significativos al desarrollo y conocimiento de la psiquiatría y de la salud mental.

De las secciones

La revista cuenta con secciones que son incluidas en cada volumen. En forma excepcional podrán incluirse otras secciones dependiendo de las características de los contenidos, previa aprobación del Consejo Editorial de la Revista.

Editorial

Su elaboración es responsabilidad del Comité Editorial de la Asociación Psiquiátrica Peruana y aborda temas referidos a la política y marcha institucionales, temas actuales en el ámbito de la medicina, la psiquiatría o la salud mental.

Artículos originales

Destinada a la publicación de trabajos originales e inéditos realizados por miembros de la APP o por autores que no pertenezcan a esta, pero que se ciñan a las normas de publicación. Deberán estar acompañados de un resumen en español y otro en inglés, no mayor de 200 palabras y de 6 palabras-claves como máximo. Los trabajos de investigación deberán constar de las siguientes partes: Título, Autor(es), Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión y Referencias Bibliográficas.

Artículos de revisión

Incluye revisiones o actualizaciones sobre un tema específico de la Psiquiatría o de la Salud Mental.

Reporte de casos

Descripción y discusión de casos clínicos que sean motivo de atención especial ya sea por diagnóstico, evolución o terapéutica.

Comunicaciones breves

Comunicaciones que correspondan a informes preliminares de investigaciones, resúmenes, ensayos o trabajos que hayan sido presentados a congresos o eventos similares.

Historia

Ensayos sobre aspectos históricos de la psiquiatría peruana o mundial que por su especial significación sean meritorios de ser evocados. Esta sección es asignada por el Consejo Ejecutivo de la Revista.

Actividad Académica

Se publicará los resúmenes de las actividades académicas de la Asociación Psiquiátrica Peruana en el período anterior a la publicación de cada volumen.

Publicaciones

Comentarios sobre libros y/o artículos de publicación reciente vinculados a la Psiquiatría o la Salud Mental. Los aspectos específicos para el envío de artículos, así como las características a utilizar en la redacción de los mismos son las especificadas en las Instrucciones para los Autores y se ajustan al consenso del Comité Internacional de Directores de Revistas en los requisitos de uniformidad para la redacción y edición de manuscritos presentados a revistas biomédicas.

Cartas al editor

Opiniones relacionadas a artículos publicados en la revista, o relacionadas con aspectos relevantes en la situación de la salud mental y la psiquiatría.

In memoriam

Esta sección está dedicada a recordar a los miembros de la asociación que fallecieron durante el período correspondiente al año de publicación de la revista.

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

- La Revista aceptará solicitudes para publicación en las secciones de trabajos originales, artículos de revisión, reporte de casos, comunicaciones breves, historia, cartas al editor, y comentarios de libros y publicaciones. En cada caso el manuscrito debe ser inédito.
 - Toda contribución para la publicación debe llevar en la primera página el título del artículo y luego de este el(los) nombre(s) del autor(es), la institución a la que pertenece(n), cargo(s) y dirección electrónica. Además se debe señalar fuente de financiamiento y declaración de intereses.
 - Las referencias bibliográficas deben ser presentadas en hoja aparte, en el orden de aparición en el texto y deben seguir las normas del estilo Vancouver.
 - Los trabajos deben ser enviados por medio digital al correo secretaria@app.org.pe, en formato del programa Word, páginas de tamaño A4, numeradas secuencialmente, escritas a doble espacio en formato Arial 12 puntos, con márgenes de 3 cm. La extensión para los trabajos originales, artículos de revisión y temas históricos no debe exceder de 30 páginas y de 5 páginas para las comunicaciones breves y comentarios de libros y revistas.
 - Los cuadros, tablas y gráficos serán adicionados en hojas separadas indicando el lugar del texto donde serán incluidos y deben estar elaboradas en Excel. En el caso de fotografías o ilustraciones deben ser originales o elaboradas en un programa grafico compatible con Windows, de buena calidad y en condiciones de ser reproducidas sin modificaciones.
 - El Comité Directivo de la Revista revisara las contribuciones y opinara sobre su aceptación para publicación, lo cual será comunicado por escrito al autor principal en un plazo no mayor de 30 días de la fecha de recibo.
 - Los trabajos que sean aceptados para su publicación pasaran a ser propiedad editorial de la Revista. Los trabajos no aceptados serán devueltos a sus autores.
 - La redacción de la Revista puede introducir cambios formales en el estilo de presentación de los trabajos sin alterar el contenido para asegurar la homogeneidad de la publicación.
 - La publicación de los artículos en la Revista no implica necesariamente que esta comparta las opiniones y puntos de vista vertidos por los autores, siendo estos los responsables de aquellos.
-