

Vol. 10 No. 1
Enero - Junio 2023

PSI MONART

REVISTA CIENTÍFICA

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO



INSTITUTO COLOMBIANO
DEL SISTEMA NERVIOSO

ATENCIÓN Y SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

ISSN: 2011- 8333



INSTITUTO COLOMBIANO
DEL SISTEMA NERVIOSO

• Clínica Montserrat •

71 AÑOS

Primera institución de salud mental acreditada en Bogotá

Atención y servicio con calidad humana

**Cruz Cívica del Mérito Asistencial y Sanitario
"Jorge Bejarano"**

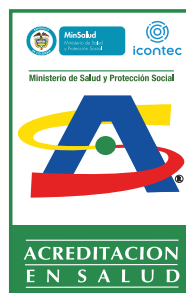
Afiliado a



ACADEMIA NACIONAL DE
MEDICINA DE COLOMBIA

Miembro de

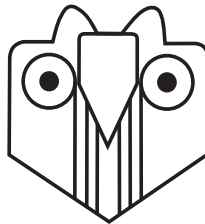
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE
PSIQUIATRÍA





PSI REVISTA CIENTÍFICA
MONART

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO



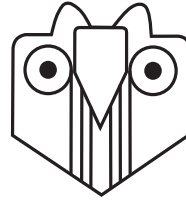
INSTITUTO COLOMBIANO
DEL SISTEMA NERVIOSO

ATENCIÓN Y SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO
Clínica Montserrat

Volumen 10, número 1, enero - junio de 2023
Publicación semestral

Los conceptos y opiniones expresadas en los artículos
son responsabilidad de los autores y no comprometen
al Instituto Colombiano del Sistema Nervioso



INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

ATENCIÓN Y SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

Junta Directiva

Presidente

Álvaro Franco Zuluaga

Vicepresidente

Pedro Vargas Navarro

Secretario

Rodrigo Muñoz Tamayo

Vocales

Iván Alberto Jiménez Rojas

Amparo Jiménez de Suarez

Representante Secretaría de Salud

Doris Marcela Díaz Ramírez

Suplentes

Edgard Yamhure Kattah

Juliana García Castro

José Posada Villa

Adriana Márquez Cepeda

Director General

Omar Antonio Cuellar Alvarado



REVISTA CIENTÍFICA

PSI MONART

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

Editor

Eugenio Ferro Rodríguez

Comité editorial

Omaira Tovar Ruiz

Diego Francisco Vargas Chávez

Juan Pablo Ortiz Londoño

María Lucía Salamanca Ternera

Guillermo José Dager Pérez

María Teresa López Camargo

Comité científico

Omar Antonio Cuellar Alvarado

Carlos Montaña Olmos

Juliana García Castro

Adriana Márquez Cepeda

Diana Isabel Robles Pacheco

Fabio Eslava Cerón

Yesenia Lindeman Vergara

Germán Ramírez Suárez

Laura Saavedra Ramírez

Juan Pablo Rosas Varela

Olga Lucía Camacho Gómez

Pedro Oróstegui Hernández

Lilian Rocío Morales Puerto

Psimonart

revista@clinicamontserrat.com.co

Teléfono (57) 601 259 6000 ext 6010/6009

Calle 134 # 17-71, Bogotá D.C., Colombia

Instituto Colombiano del Sistema Nervioso

Contenido

Editorial

Eugenio Ferro Rodríguez	7
-------------------------------	---

Artículos originales

Quetiapina como terapia de aumento en pacientes refractarios a los inhibidores de la recaptación de serotonina en el trastorno obsesivo compulsivo

Guillermo Dager Perez, Paola Acevedo Corzo	9
--	---

Percepción de los diferentes actores sociales en la atención del paciente con intento suicida

María Paola Caycedo Castro, Mónica Yamile Merchán Valderrama	25
--	----

Artículos de revisión

La formulación psicodinámica: un abordaje práctico

Juan Pablo Ortiz Londoño	41
--------------------------------	----

Avances neurocientíficos en depresión, un paso inicial para el entendimiento del trastorno depresivo y su adecuado enfoque terapéutico

Sebastián Ghiso Jiménez	54
-------------------------------	----

El chiste de la terapia y la terapia del chiste

Manuel Alejandro Pinzón Olmos, Sofía Graciela Sicard Gómez	59
--	----

Reportes de caso

Síndrome neuroléptico maligno secundario a dosis bajas de quetiapina: a propósito de un caso

Guillermo Dager Pérez, Diana Durán Luna, Luis Tirado Ortega, María Nordmann Ricardo	66
---	----

Asociación de triptorelina Depot e ideación suicida en paciente con endometriosis uterina: reporte de caso

Javier Caicedo Blanco, Alexandra Castellanos Gómez	73
--	----

Escritos y reflexiones

La psiquiatría se encuentra con la mente artificial

Julián Pardo García	78
---------------------------	----

Sociedad actual y nuevos valores morales

Helena Jaramillo, Laura Olaya, Karina Pedraza, Camila Pinzón, Carolina Ramírez, Juan Felipe Torres	85
--	----

Editorial

Nos complace presentarles una nueva edición de nuestra revista científica de psiquiatría y salud mental del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso, en la que exploramos diversos temas relacionados con situaciones clínicas complejas, formas de abordar y formular casos desde una perspectiva individual, como lo es la formulación psicodinámica, y actualizaciones sobre la comprensión y el tratamiento de algunos trastornos mentales. A lo largo de este número, encontrará una selección de artículos originales, revisiones, reportes de caso y escritos reflexivos que abordan distintos aspectos de la psiquiatría contemporánea.

La producción de artículos de investigación original en el campo de la psiquiatría es un desafío complejo y fascinante. Los investigadores se enfrentan a numerosos obstáculos, desde la obtención de financiamiento hasta el diseño riguroso de estudios y la recopilación de datos. La rigurosidad científica y la validez de los resultados son aspectos cruciales para garantizar la calidad de la investigación.

A pesar de las dificultades, es esencial seguir fomentando la producción científica en psiquiatría. Los avances en nuestra comprensión de los trastornos psiquiátricos y el desarrollo de enfoques terapéuticos efectivos dependen en gran medida de la investigación original. Es a

través de la investigación que podemos descubrir nuevas perspectivas, identificar factores de riesgo, comprender los mecanismos subyacentes y evaluar la eficacia de las intervenciones.

En esta edición, nos complace presentarles una selección de artículos originales que representan el arduo trabajo y la dedicación de los investigadores en el campo de la psiquiatría. Estos estudios nos brindan nuevos conocimientos sobre la percepción de los actores sociales en la atención del paciente con intento suicida, exploran el uso de la quetiapina como terapia de aumento en el Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Reconocemos los desafíos que enfrentan los investigadores en su labor. Las dificultades en los recursos económicos, de tiempo, la dificultad para reclutar participantes, la interpretación de los resultados y la escritura de un manuscrito científico para la publicación en revistas científicas son solo algunos de los obstáculos que deben superarse. Es fundamental brindar apoyo y recursos a los investigadores, así como fomentar una cultura de colaboración y difusión del conocimiento científico.

En última instancia, nuestra revista científica de psiquiatría se esfuerza por ser un órgano para la difusión de la investigación original y la promoción del

conocimiento científico en el ámbito de la psiquiatría y la salud mental. Valoramos el trabajo de los investigadores y nos comprometemos a ofrecer un espacio para compartir sus hallazgos y contribuciones.

Agradecemos a todos los autores, revisores y colaboradores por su invaluable contribución a esta edición. Les invita-

mos a sumergirse en los diversos contenidos y a compartir sus reflexiones con la comunidad académica y científica.

Eugenio Ferro Rodríguez, MD

Médico psiquiatra epidemiólogo
Miembro Instituto Colombiano del Sistema Nervioso
Docente Posgrado de Psiquiatría, ICSN – Universidad EL Bosque

Artículo original

Quetiapina como terapia de aumento en pacientes refractarios a los inhibidores de la recaptación de serotonina en el trastorno obsesivo compulsivo

Guillermo Dager Perez¹, Paola Acevedo Corzo²

1. Médico Psiquiatra - Egresado del posgrado de psiquiatría - Universidad El Bosque, ICSN - Clínica Montserrat. Magister en Adicciones y Drogodependencia de la Universidad CES. Experto en trastorno obsesivo compulsivo. Coordinador del departamento de salud mental y Docente de la Corporación Universitaria Rafael Núñez de Cartagena en el programa de Medicina.

2. Médica Psiquiatra - Egresada del posgrado de psiquiatría - Universidad El Bosque, ICSN - Clínica Montserrat.

Correspondencia: guillo.dagerp@gmail.com

Resumen

Introducción: El tratamiento de primera línea del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) está basado en la terapia farmacológica con inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS) y psicoterapia cognitivo-conductual. A pesar de la existencia de estos tratamientos en la práctica se evidencian altas tasas de resistencia y de recaída. Existe evidencia que la adición de antipsicóticos de segunda generación al tratamiento con IRS puede ser una estrategia de tratamiento eficaz y bien tolerada a corto plazo para pacientes que no responden al tratamiento farmacológico de primera línea.

Objetivo: Evaluar la eficacia de la quetiapina como terapia de aumento en pacientes con TOC, refractarios a los IRS.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura de tipo cualitativo y cuantitativo de ensayos clínicos aleatorizados que incluyan el uso de quetiapina como terapia de aumento en pacientes con TOC refractarios a los IRS. Para medir los desenlaces primarios se empleó la escala *Yale Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS). Se realizó una búsqueda de artículos en las bases de datos MEDLINE/PubMed, EMBASE y Cochrane Library para localizar estudios primarios.

Resultados: Se encontraron 37 publicaciones a través de la estrategia de búsqueda, de los cuales se seleccionaron 3 ensayos aleatorizados doble ciego disponibles 3 que cumplieron los criterios de inclusión y no de exclusión. En el primer estudio, la adición de quetiapina a los IRS no fue más efectiva que el placebo; en el segundo, la diferencia entre quetiapina y placebo no fue estadísticamente significativa; y en el tercer estudio, a pesar de que encontraron resultados positivos, la diferencia entre el grupo tratado con quetiapina no fue estadísticamente significativa sobre el placebo.

Conclusiones: No se encontró evidencia que soporte el uso de quetiapina como terapia de aumento a los IRS en los pacientes con TOC sin respuesta a un ciclo de IRS. Sin embargo, los beneficios que la quetiapina pueda ofrecer a los pacientes deben ser individualizada.

Palabras clave: trastorno obsesivo compulsivo, quetiapina, resistencia al tratamiento.

Summary

Introduction: The first-line treatment for obsessive-compulsive disorder (OCD) is based on pharmacological therapy with serotonin reuptake inhibitors (SRIs) and cognitive-behavioral therapy. Despite the existence of these treatments, high rates of treatment resistance and relapse are observed in practice. There is evidence that adding second-generation antipsychotics to SRIs may be an effective and well-tolerated short-term treatment strategy for patients who do not respond to first-line pharmacological treatment.

Objective: To evaluate the efficacy of quetiapine as an augmentation therapy in patients with obsessive-compulsive disorder, refractory to SRIs.

Methods: A qualitative and quantitative systematic literature review of randomized clinical trials including the use of quetiapine as augmentation therapy in patients with OCD, refractory to SRIs. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) was used to measure primary outcomes. A search for articles was conducted in MEDLINE/PubMed, EMBASE, and Cochrane Library databases to locate primary studies.

Results: Thirty-seven publications were found through the search strategy, of which three double-blind, randomized trials met the inclusion criteria and not the exclusion criteria. In the first study, the addition of quetiapine to SSRIs was not more effective than placebo; in the second study, the difference between quetiapine and placebo was not statistically significant; and in the third study, although positive results were found, the difference between the quetiapine-treated group and placebo was not statistically significant.

Conclusions: No evidence was found to support the use of Quetiapine as an augmentation therapy to SRIs in patients with treatment-resistant OCD following a cycle of SRIs. However, the potential benefits of quetiapine for patients should be individualized.

Keywords: obsessive-compulsive disorder, quetiapine, treatment-resistant.

Introducción

El trastorno obsesivo compulsivo estaba enmarcado por el DSM-IV entre los trastornos de ansiedad y en el DSM-5 se creó un grupo nuevo de trastornos (un espectro obsesivo), agrupados todos ellos bajo el epígrafe de trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados. La prevalencia para la población general

2-3% y el 10% de la población de pacientes ambulatorios en la consulta psiquiátrica, la relación hombre mujer es 1:1, pero la edad de inicio es más temprana en los hombres. Este trastorno causa una gran incapacidad en el individuo que la padece afectando varias áreas de su funcionamiento como son el ámbito familiar, social y laboral entre otros (1).

A pesar de la existencia de un grupo de psicofármacos de elección como lo son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para el manejo de esta patología, sigue siendo una entidad de difícil manejo puesto que solo 40- 60% de los pacientes obtienen una respuesta significativa con estos fármacos, de este porcentaje, sólo mejora el 50-70% de los síntomas, además está demostrado que se necesitan dosis mayores que las utilizadas con éxito en la depresión y que se necesita esperar hasta 12 semanas o más para ver mejoría y así determinar que el tratamiento no es efectivo, mucho más que lo que se espera en la depresión; presentando una prevalencia de recaída mucho mayor que la vista en la depresión al suspender el tratamiento (2,3,4,5).

El objetivo del tratamiento es la remisión completa de los síntomas. Si bien el número de pacientes que alcanzan esta fase del tratamiento es muy reducido, la mayoría obtiene una respuesta adecuada al medir los síntomas con la escala Y-BOCS (3). Se considera remisión de los síntomas cuando el paciente puntúa menos de 16 en la escala Y-BOCS, respuesta parcial cuando hay mejoría del 25-35% de la sintomatología de inicio y respuesta cuando se da una mejoría del 35%. Cuando el paciente no responde a un tratamiento farmacológico por 12 semanas continuas con un ISRS a unas dosis adecuadas o una psicoterapia de exposición y prevención de respuesta durante un periodo no menor de 20 sesiones y realizad de forma adecuada se considera resistencia y cuando no responde con la

instauración de dos tratamientos farmacológicos en dosis y tiempo adecuados se considera refractariedad. Cuando se presenta esta condición se hace necesario que el clínico reevalúe el diagnóstico, reconsidere la existencia de trastornos comórbidos no tratados y la instauración de tratamientos de forma no adecuada (5-9).

El tratamiento de primera línea para el trastorno obsesivo compulsivo aprobado en los protocolos de manejo de la *American Psychiatric Association* (APA) del año 2007, recomiendan la terapia de exposición y prevención de respuesta (Terapia conductual) y la Terapia farmacológica especialmente, los inhibidores potentes de la recaptación de serotonina como el grupo de los SIRS y la Clomipramina, un Tricíclico con acción serotoninérgica importante y que fue el primero en ser usado para el manejo de este trastorno (5,10-14).

La terapia conductual de exposición y prevención de respuesta es más eficaz para el manejo de las compulsiones mientras que el tratamiento con psicofármacos es el de elección en el manejo de las ideas obsesivas (6,9,13-16).

Los inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina son el grupo de psicofármacos de elección de primera línea para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo (1-3). Los ISRS aprobados por la FDA y sus respectivas dosis son: Fluoxetina 20 -80 mg, Sertralina 50-200 mg, Paroxetina 20-60 mg, Fluvoxamina, Citalopram 20-60mg día,

Escitalopram 10-30 mg día. (2,10-13). Sin embargo, en la práctica clínica lo que se observa es que este trastorno presenta altas tasas de resistencia y de recaídas por lo cual se considera un trastorno de difícil manejo (4).

Si bien la Clomipramina era considerada un fármaco de elección para esta patología hoy en día la APA no recomienda su uso como fármaco de primera línea, debido a su alta producción de efectos indeseables que pueden incurrir en el abandono del tratamiento (5,14,16).

Las alternativas terapéuticas de segunda línea en el TOC se dividen en dos grandes grupos, las alternativas por falta de respuesta y las intervenciones de aumento para potenciar la respuesta parcial de la primera intervención. Los medicamentos utilizados en la potenciación del efecto anti obsesivo abarcan grupos reducidos y solo han mostrado eficacia como potenciadores los antipsicóticos atípicos (24), (ya que los típicos no han mostrado evidencia en los estudios realizados). La monoterapia con antipsicóticos aún no tiene suficiente evidencia que respalde su eficacia por lo que no se recomienda como primera línea de tratamiento. El Clonazepam sobre todo si el paciente presenta mucha ansiedad (27), la Memantina que se ha encontrado eficaz en TOC grave y de difícil manejo (26) y la Clomipramina, los demás no mostraron eficacia como potenciadores anti obsesivo. Existen algunos fármacos que por sus características especiales no deberían ser descartados y podrían ser utilizados a juicio clínico del terapeuta

como son: El Litio en caso de ideas suicidas o alteraciones afectivas importantes sobre todo en las inestabilidades afectivas (28), la Buspirona en los pacientes con mucha ansiedad y que este contraindicado el Clonazepam o que no se recomienda su uso (22), la Trazodona en paciente con insomnio y el Topiramato cuando predominan las compulsiones y no se ha podido mejorar al paciente con otra intervención (5,6,17-24).

En cuanto a las terapias alternativas para los no respondedores, han mostrado una clara eficacia, la Venlafaxina (17), la Clomipramina, la terapia cognitivo conductual y la combinación de ISRS y terapia conductual (16), el resto de las intervenciones como la Mirtazapina no tienen una clara evidencia, aunque no deberían ser desestimadas y están recomendadas a juicio del terapeuta o cuando el paciente no ha respondido a ninguna otra alternativa terapéutica (18).

En pacientes sin respuesta importante o que se consideren resistentes a las intervenciones utilizadas se podría pensar en otras intervenciones tales como la terapia electroconvulsiva (sobre todo para el control agudo y rápido de los síntomas) (19), con posterior terapia de mantenimiento convencional con psicofármacos o TCC (15), la terapia magnética tras craneal (TMTC) con menos efectos adversos que la TEC y resultado al parecer equiparables en el TOC, la terapia dinámica (corriente psicoanalítica) y en última instancia la psicocirugía. De estas cuatro intervenciones solo dos tienen una fuerte evidencia la terapia magnética

ca tras craneal (TMTC) (20) y la psicocirugía, esta última en caso graves y que no han respondido a ninguna alternativa terapéutica utilizada y el trastorno compromete severamente la calidad de vida del paciente (21), la terapia con orientación dinámica está indicada en los casos en que se sospeche una resistencia a los modelos de tratamiento que estén en el plano inconsciente para poder volver esta resistencia consciente y así poder trabajarla (5,6).

La quetiapina es medicamento tipo antipsicótico atípico por ejercer su efecto sobre los receptores D2 de dopamina y 5TH 2 también ha demostrado su efecto sobre otros receptores como adrenoreceptor alfa-1 y alfa-2 Exploraciones PET en serie, evaluado la ocupación los receptores D2 por la quetiapina mostraron que se disocian rápidamente de estos. Teóricamente, esto permite a las fuentes fisiológicas normales de dopamina ejecutar normalmente sus efectos en áreas como el nigroestriado y las vías tuberoinfundibulares, minimizando de este modo el riesgo de efectos secundarios como pseudopárkinson y elevaciones de la prolactina. La quetiapina también ha mostrado un efecto antagonista sobre el receptor H1 de la histamina. Se piensa que esto es el responsable de los efectos sedantes del fármaco. En los últimos tiempos se ha demostrado su fuerte acción sobre la serotonina a diferencia de otros fármacos de su clase profiriéndole efectos antidepressivos y de ansiedad superiores a los demás antipsicóticos atípicos por tal motivo está creciendo su interés en el trastorno obsesivo compulsivo.

A pesar de que se han desarrollado muchas alternativas para tratar a los pacientes con mala respuesta a los ISRS, muchas de estas han fracasado. En el año 2006 se publicó en Cochrane Library una revisión sistemática incluyendo 28 ensayos clínicos aleatorizados, en la que se evidencio que la adición de antipsicóticos de segunda generación (atípicos) al tratamiento con ISRS puede ser una estrategia de tratamiento eficaz y bien tolerada a corto plazo para pacientes que no responden al tratamiento farmacológico de primera línea (14-23).

Debido a que la Quetiapina, dentro del grupo de los antipsicóticos atípicos, es el fármaco que ha demostrado tener mayor evidencia clínica como terapia de aumento de trastornos psiquiátricos como la depresión mayor. Se han realizado algunos estudios que demuestran su eficacia en el manejo del trastorno obsesivo compulsivo resistente a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (24-32).

Por lo expuesto previamente, es importante saber con claridad si la quetiapina es eficaz como terapia de aumento en el trastorno obsesivo compulsivo con respuesta parcial a los inhibidores de recaptación de serotonina. En el presente estudio se realizó una revisión sistemática de la literatura en la que se contempló la siguiente pregunta de investigación: ¿Es eficaz la quetiapina para potenciar los inhibidores de la recaptación de serotonina en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo refractario, en pacientes con edades de 18 años en adelante?

Métodos

Tipo de estudio

Se realizó un estudio secundario, del tipo revisión sistemática cualitativa de la literatura.

Población

Todo sujeto mayor de 18 años, sin discriminación de sexo, con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y que hubiera sido tratado con quetiapina como terapia de aumento en el manejo con inhibidores de la recaptación de Serotonina.

Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión fueron: estudios clínicos controlados aleatorizados (ECA), con participantes mayores de 18 años, sin discriminación de sexo y con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo, publicados en inglés y español. El tipo de intervención considerada fue la eficacia de la quetiapina como terapia de aumento en pacientes con TOC que respondieron parcialmente al manejo con inhibidores de la recaptación de serotonina.

Criterios de Exclusión

Se excluyeron aquellos estudios que contemplaran pacientes con consumo activo de sustancias psicoactivas durante el estudio o que hubieran sido tratados con otros medicamentos potenciadores de los inhibidores de la recaptación de serotonina para el manejo del TOC con respuesta parcial.

Criterios PICO

Según la metodología PICO para el planteamiento del problema de inves-

tigación se establecieron los siguientes criterios (25):

- P:** participantes (todo sujeto mayor de 18 años, sin discriminación de sexo, con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo).
- I:** intervención (administración de quetiapina como terapia de aumento en pacientes con respuesta parcial al tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina).
- C:** comparación (quetiapina vs placebo como terapia de aumento en pacientes con respuesta parcial al tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina).
- O:** desenlaces (eficacia de la quetiapina como potenciador de los inhibidores de la recaptación de serotonina en el TOC medida con la escala Y-BOCS).

Tipo de intervención

Se incluyeron los ensayos donde se administró quetiapina como terapia de aumento a los inhibidores de la recaptación de serotonina para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo comparado con un grupo que recibió placebo.

Medidas de desenlace

Para medir los desenlaces primarios se empleó la escala Y-BOCS (*Yale Brown Obsessive Compulsive Scale*).

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda de artículos en las bases de datos MEDLINE/PubMed, EMBASE y Cochrane Library para localizar estudios primarios. Se llevaron a cabo búsquedas en las bases de datos electrónicas señaladas con la estrategia

desarrollada con términos MESH. Las palabras claves usadas en la búsqueda fueron ("obsessive-compulsive disorder"[MeSH Terms] OR ("obsessive-compulsive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "obsessive-compulsive disorder"[All Fields] OR ("obsessive"[All Fields] AND "compulsive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "obsessive compulsive disorder"[All Fields]) AND ("therapy"[Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "treatment"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields]) AND reuptake[All Fields] AND ("serotonin"[MeSH Terms] OR "serotonin"[All Fields]) AND ("antagonists and inhibitors"[Subheading] OR ("antagonists"[All Fields] AND "inhibitors"[All Fields]) OR "antagonists and inhibitors"[All Fields] OR "inhibitors"[All Fields]) AND ("quetiapine"[Supplementary Concept] OR "quetiapine"[All Fields])

La búsqueda se llevó a cabo entre septiembre y diciembre de 2011. Se limitaron los estudios publicados desde el año 2000 hasta el 2011 y aquellos publicados en inglés y español.

Evaluación de la Calidad Metodológica

La calidad metodológica de los estudios se evaluó usando como instrumento la escala de CONSORT validada en español y que consta de 25 ítems. Cada uno de los investigadores puntuó cada uno de los artículos de 0 a 25 de manera individual. Posteriormente se discutieron los resultados de la evaluación logrando un acuerdo unánime de los estudios que debían ser incluidos, teniendo en

cuenta los artículos que puntuaron más de 18 puntos considerándose como de excelente calidad metodológica. A continuación, se anexa tabla de puntuaciones realizada para cada artículo y flujograma del progreso a través de las fases de cada uno de los ensayos.

Resultados

Descripción de los estudios

Los resultados obtenidos en la búsqueda por cada base de datos se presentan en el Flujograma de búsqueda de la literatura (Figura 1) En la primera fase se encontraron 37 artículos después de ingresar los criterios de búsqueda que se programaron para el estudio. La búsqueda se realizó en tres bases de datos Medline, Cochrane y Embase. La relación fue la siguiente Medline 26 artículos, Cochrane 1 y Embase 10. Una vez determinados los 37 artículos se excluyeron los que estaban repetidos en las bases de datos; se encontraron 10 artículos que estaban repetidos en Medline y Embase, en Cochrane no se encontraron artículos repetidos.

En la segunda fase quedaron 27 artículos de los cuales se excluyeron 11 por no cumplir con la primera característica del estudio que fuera la quetiapina el fármaco aumentador en pacientes en tratamiento con ISRS que no respondieron al tratamiento, en uno de los estudios se encontró una revisión que incluía todos los antipsicóticos atípicos por lo que fue excluido, otro artículo incluía ISRS y Clomipramina por lo que también fue excluido, otro artículo solo incluía Fluoxetina por lo que se excluyó ya que la revisión englobaba todos los IRSR, tres

artículos más fueron excluidos porque empleaban otros antipsicóticos atípicos diferentes a la quetiapina como terapia de aumento. Por último, cuatro de los once restantes fueron excluidos porque empleaban otros medicamentos como aumentadores diferentes a la Quetiapina.

En la tercera fase se incluyeron 16 artículos de los cuales se leyeron los resúmenes para establecer sus características, 13 de los 16 fueron excluidos por no cumplir las características de un ensayo clínico controlado con placebo, había otros estudios observacionales y ensayos clínicos abiertos y no controlados que no cumplían con los criterios de selección.

En la cuarta fase quedaron 3 artículos los cuales fueron leídos en su totalidad y a los cuales se les aplicaron los criterios de calidad metodológica mediante la escala de JADAD la cual evalúa la calidad de la aleatorización, cegamiento y reporte de las pérdidas o retiradas, con un puntaje máximo de 5 puntos lo cual indica un ensayo de excelente calidad. No se excluyó ningún estudio por déficit en la calidad metodológica.

Estudios Clínicos incluidos

Se incluyeron 3 ensayos aleatorizados doble ciego disponibles como publicaciones a texto completo: Naomi A. Fineberg y cols (2005), Paul D Carey y cols (2005) y Andreas Kordon y cols (2008).

El estudio de Naomi A. Fineberg y cols (2005) es un ensayo clínico donde se compara la terapia de aumento con quetiapina VS placebo en pacientes con

TOC no respondedores al tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina.

Es un ensayo clínico aleatorizado doble ciego en el que se tomaron 21 pacientes con TOC resistente al tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina que eran asignados aleatoriamente a dos grupos, uno a terapia de aumento con quetiapina (11 pacientes) y otro a terapia de aumento con placebo (10 pacientes). El estudio se realizó por un tiempo de 16 semanas. La eficacia fue evaluada con la disminución en el puntaje de la escala Y-BOCS. Durante el estudio un paciente de cada grupo abandonó el estudio por efectos secundarios. La dosis de quetiapina se tituló de 25 a 400 mg cada día. La eficacia del grupo de quetiapina mostró una disminución del 14 % en la escala Y-BOCS vs una disminución del 6% con el placebo. Si bien la quetiapina mostró más eficacia que el placebo, ésta no fue estadísticamente significativa.

El estudio de Paul D Carey y cols (2005) es un ensayo clínico donde se compara la terapia de aumento con quetiapina vs placebo en pacientes con TOC no respondedores al tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina. Es un ensayo clínico aleatorizado doble ciego en el que se tomaron 42 pacientes con TOC los cuales se asignaron aleatoriamente a dos grupos, uno a terapia de aumento con quetiapina (21 pacientes) y otro a terapia de aumento con placebo (21 pacientes). El estudio se realizó

por un tiempo total de 12 semanas. La eficacia fue evaluada con la disminución en el puntaje de la escala Y-BOCS. Durante el estudio 3 no completaron la evaluación de las medidas de resultados previstas a 4 semanas con aumento de Quetiapina, debido a la interrupción del protocolo, 2 sujetos se retiraron por efectos adversos de sedación a la semana 1 y 4. El otro sujeto culminó el protocolo de 6 semanas, pero se descubrió que no era candidato por no cumplir los criterios para refractariedad. La dosis de quetiapina se tituló de 25 a 300 mg cada día. La eficacia del grupo de quetiapina mostró una disminución del 26.9 % en la escala Y-BOCS vs una disminución del 26% con el placebo. Si bien la quetiapina mostró más eficacia que el placebo, ésta no fue estadísticamente significativa.

El estudio de Andreas Kordon y cols (2008) es un ensayo clínico donde se compara la terapia de aumento con

quetiapina vs placebo en pacientes con TOC no respondedores al tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina. Es un ensayo clínico aleatorizado doble ciego en el que se tomaron 40 pacientes con TOC los cuales se asignaron aleatoriamente a dos grupos, uno a terapia de aumento con quetiapina (20 pacientes) y otro a terapia de aumento con placebo (20 pacientes). El estudio se realizó por un tiempo total de 12 semanas. La eficacia fue evaluada con la disminución en el puntaje de la escala Y-BOCS. Durante el estudio 9 de los 40 pacientes no completaron el estudio. La dosis de quetiapina se tituló de 100 a 600 mg cada día. La eficacia del grupo de quetiapina mostró una disminución del 22 % en la escala Y-BOCS vs una disminución del 15 % con el placebo. Si bien la quetiapina mostró más eficacia que el placebo, ésta no fue estadísticamente significativa.

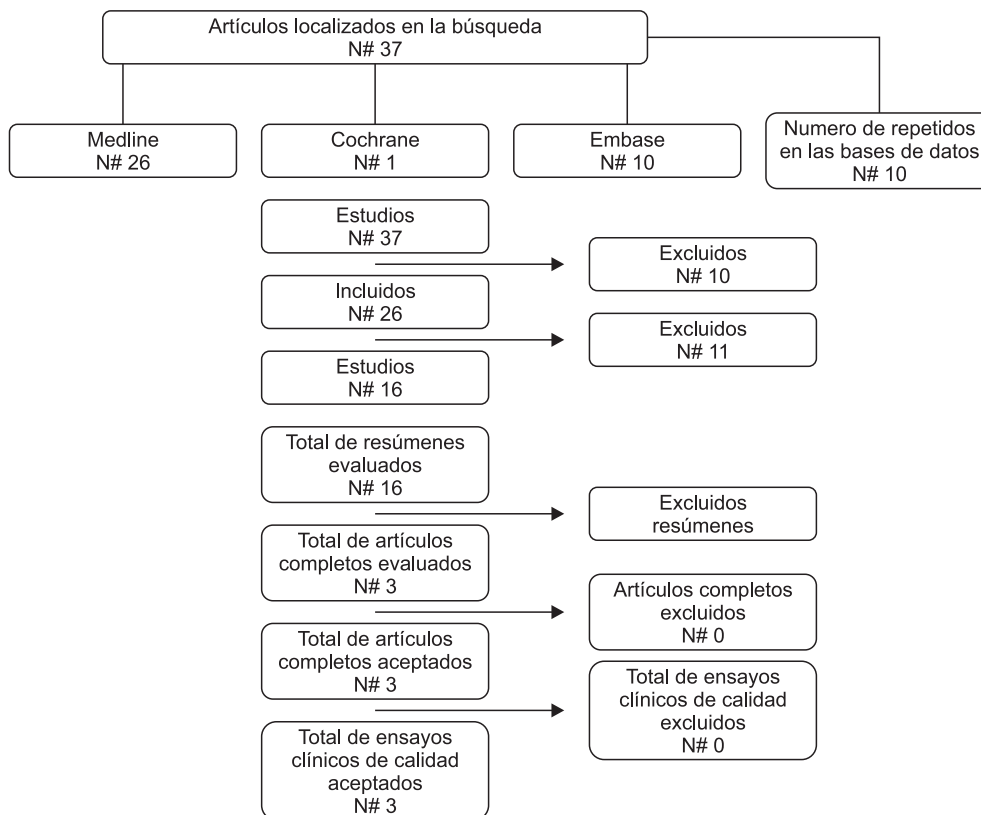
Tabla 1. Resumen de resultados

Autora/año	Naomi A. Fineberg y cols (2005) (30)	Paul D. Carey y cols (2005) (31)	Andreas Kordon y cols (2008) (32)
Criterios			
Número total de pacientes	21 11 con Quetiapina 10 con Placebo	42 21 con Quetiapina 21 con Placebo	40 20 con Quetiapina 20 con Placebo
Edad	18-65 años	18-65 años	18-65 años
Comparación	Placebo	Placebo	Placebo
Dosis	25-400 mg	25-300 mg	100-600 mg
Efectividad (disminución escala Y-BOCS)	Quetiapina 14% Placebo 6%	Quetiapina 26.9% Placebo 26%	Quetiapina 22% Placebo 15%
Efectos adversos	Mareo, boca seca, cefalea, rigidez	Sedación, boca seca, cefalea, fatiga	Fatiga, cefalea, hiperhidrosis, vértigo y boca seca

Tabla 2. Resultados de ODDS RATIO

Ensayo Clínico Aleatorizado	Nombre	OR (I.C.95%)	Interpretación de los resultados
Paul D. Carey y cols (2005) (30)	Quetiapine augmentation of SSRIs in treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: a double-blind, randomized, placebo-controlled study	0,732 (0,18 – 3,01)	Mal resultado. No Existe una ventaja a favor de la quetiapina ya que no supera en valor. Eso quiere decir que ni siquiera hay un paciente con mejoría con uno al azar.
Naomi A. Fineberg y cols (2005) (31)	Adding Quetiapine to SSRI in treatment-resistant Obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled treatment study	3,38 (0,22 – 104,3)	Existe una leve ventaja a favor de la quetiapina (por cada 1 al azar de mejoría por placebo hay 3 pacientes con mejoría con Quetiapina).
Andreas Kordon y cols. (2008) (32)	Quetiapine Addition to Serotonin Reuptake Inhibitors in Patients with Severe Obsessive-Compulsive Disorder	0,67 (0,12 – 3,56)	Pésimo resultado en contra de la quetiapina como terapia de adjunto por haber un número muy inferior al uno dándole ventaja al placebo.

Figura 1. Flujograma de búsqueda



Discusión de los artículos

Se obtuvieron tres ensayos clínicos aleatorizados doble ciego controlados con placebo para analizar, los cuales enrolaron 92 pacientes en total. En estos ensayos se evalúa la eficacia de la quetiapina en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo con mala respuesta al tratamiento de primera línea con IRS a dosis y tiempos adecuados.

Discusión general

Los resultados arrojados por los estudios en cuanto la significancia estadística “valores de p”, fueron las siguientes (Artículo 1: $p=0,62$; Artículo 2 $p=0,3$; Artículo 3: $p=0,58$), lo que los hace a los tres no tener resultados estadísticamente significativos al comparar el grupo tratado con quetiapina vs placebo. Esto también lo corroboran los *Odds Ratios* (OR) y el intervalo de confianza en cuanto al OR (Artículo 1: $OR=0,73$; Artículo 2: $OR=3,38$; Artículo 3: $OR=0,67$). Solo un estudio mostro una superioridad de la quetiapina sobre el placebo ($OR=3.38$), pero que no fue significativa para mostrar la superioridad de la quetiapina como terapia de aumento en el trastorno obsesivo compulsivo sobre el placebo. En los dos otros resultados la quetiapina fue inferior al placebo. En cuanto a los intervalos de confianza (I.C Artículo 1: 0,18 a 3,01; Artículo 2: IC: 0,22 a 104,3; Artículo 3: IC: 0,12 a 3,56), en los tres estudios el valor pasa por el 1 (medida de no efecto), lo que indica que no hay una diferencia consistente en la intervención en comparación con el placebo.

Con base a los resultados arrojados por los estudios y los análisis estadísticos po-

demostarnos cuenta de que la quetiapina no es eficaz como terapia de aumento en el trastorno obsesivo compulsivo.

Teniendo en cuenta el otro de los objetivos propuesto para esta revisión, el cual ese refería a llevar la revisión a un metaanálisis, este tampoco se pudo lograr, ya que los tres estudios son muy heterogéneos, dado esto por varios factores, como el número de paciente y la muestra, el número de dosis que se le dio a cada paciente, los criterios para seleccionar de los pacientes y el grado de severidad de la enfermedad y por ultimo por la semana de corte que se utilizó para aplicar la terapia de aumento con quetiapina.

Discusión discriminada por artículos

En el estudio de Paul D Carey y cols (2005), se encontró una mejoría de los síntomas obsesivos y compulsivos tanto en el grupo de quetiapina como del placebo (40% y 47,6% respectivamente) y en ambos grupos fue estadísticamente significativa la respuesta (grupo de quetiapina: $p<0,0001$) y (grupo placebo: $p<0,001$) respectivamente. La media de mejoría en la Y-BOCS para ambos fue 7,15 puntos (Quetiapina: 7,10; placebo: 7,19). Estos autores concluyeron que la adición de quetiapina a los IRS no fue más efectiva que el placebo ($p=0,636$) (30).

Sin embargo, los autores expusieron varios errores metodológicos que pudieron sentenciar la falla del estudio, el primero está dado por la interpretación de la respuesta alta del placebo como adyuvante incluso considerada impor-

tante, los investigadores hacen referencia al hecho de que la respuesta a los IRS en el TOC es más prolongada que en la depresión (12 semanas a dosis máxima), en este ensayo a la sexta semana cuando no había respuesta fue que se ajustó a dosis máxima del IRS lo que quería decir que en teoría se debería esperar 12 semanas más, pero por la forma de diseño del estudio se realizó la aleatorización a las siguientes 6 semanas por lo que una vez terminado el estudio con adyuvancia los efectos arrojados por el placebo pudieron corresponder a la respuesta tardía de los IRS a las dosis topes. El segundo error encontrado consiste en que se tituló la quetiapina de forma muy lenta llegando a una media de 175 mg día siendo una dosis infra terapéutica. En contraste con el estudio positivo de quetiapina realizado por Denys y colaboradores publicados en 2004 donde se empleó una titulación más rápida y un diseño de dosis superior (30).

En el estudio de Naomi A. Fineberg y cols (2005), a diferencia del anterior además de la eficacia de la quetiapina como terapia de aumento de los IRS, también se enfocó en evaluar la tolerabilidad de la quetiapina en estos pacientes. Los resultados se midieron basándose en la escala de Y-BOCS. La eficacia del grupo de quetiapina mostró una disminución del 14 % en la escala vs una disminución del 6% con el placebo (sin diferencia estadísticamente significativa). La mayoría de los pacientes no presentaron una respuesta superior del 25% considerado como punto de referencia para la res-

puesta adecuada (3 pacientes obtuvieron una respuesta superior del 25% con una media de 35%). La mayoría estuvo por debajo del 20% lo que es considerado como no respuesta. En el estudio no se señala claramente cuantos pacientes respondieron a la terapia de aumento si no la media del valor de respuesta de la puntuación, por lo que el estudio hace énfasis en la respuesta de cada paciente y no en el número de pacientes que respondieron a la terapia de aumento para obtener un NNT. Además, la diferencia entre quetiapina y placebo no fue estadísticamente significativa. También es importante recalcar que la muestra fue pequeña, lo que podría representar un error estadístico tipo 2. Adicionalmente los grupos eran heterogéneos, porque tenían muchas comorbilidades del eje I (31).

El estudio de Andreas Kordon y cols (2008) se enfocó según la descripción general en la eficacia de los pacientes con TOC graves en los cuales se adicionó la quetiapina a los IRS. El instrumento para evaluar la gravedad que usaron fue la escala de Y-BOCS. Algunos autores como Amir, Foa y cols, en 1997 utilizaron como punto de corte de gravedad 32 puntos en la escala. Para ellos 18 puntos era leve a moderado, mientras que en el estudio 18 fue el punto de corte para señalar gravedad. En cuanto a la eficacia de la intervención de aumentación de la quetiapina vs placebo, las puntuaciones Y-BOCS tuvieron una media 5,2 (22%) y de 3,9 (15%) respectivamente. Individualmente, seis pacientes (33,3%) en el grupo de quetiapina y tres pacientes (15%) en el

grupo placebo tuvieron un 35% o más disminución en la escala de Y-BOCS ($p=0,26$). A pesar de que se encontraron resultados positivos entre ambos grupos esta no fue estadísticamente significativa y la media de respuesta no alcanzó a superar el 25% de la puntuación esperada para decir que un paciente respondió. Como inconveniente del estudio se encontró que existía mucha comorbilidad de trastornos del eje I y más aún del eje II lo que podría influir en la dificultad de la respuesta de estos pacientes (32).

Comparando los tres estudios, la diferencia de mejoría como terapia de aumento entre quetiapina y placebo no fue estadísticamente significativa, con lo que podemos concluir que la quetiapina como terapia de aumento no es eficaz como terapia de aumento en los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo refractario al tratamiento con IRS.

Es importante hacer énfasis en los resultados del primer estudio de Paul D Carey y cols (2005), donde hubo una respuesta significativa en ambos grupos que puede atribuirse a uno de los errores mencionados. El ajuste tardío de dosis de ISR pudo influir en mejorías tardías cuando ya se habían aleatorizado los grupos para aumentación con quetiapina y placebo. En los otros dos estudios la quetiapina fue superior que el placebo, pero no es estadísticamente significativo por lo que habría que evaluar con otros estudios cual puede ser el papel de la quetiapina, la cual podría mejorar la ansiedad global, el patrón de sueño y otros síntomas

que generan experiencias de mejoría en algunos pacientes.

Es importante señalar que en el estudio Andreas Kordon y cols (2008), se tuvo en cuenta la severidad de los síntomas, ítem incluido en los criterios de inclusión de los pacientes seleccionados. La inclusión de este criterio hace pensar en cómo sería la respuesta de los pacientes con menor severidad de síntomas a la terapia de aumento con quetiapina.

Conclusiones

Basándonos en los tres estudios analizados concluimos que no se encontró evidencia que soporte el uso de quetiapina como terapia de aumento a los ISRS en los pacientes con TOC sin respuesta a un ciclo de ISRS a dosis máxima y por 12 semanas.

Implicaciones en la práctica clínica:

Aunque el estudio nos lleva a concluir la no eficacia, no damos una recomendación que tenga implicaciones clínicas ya que los resultados no son concluyentes y los beneficios que la quetiapina puede ofrecer a los pacientes pueden ser individualizados.

Implicaciones para la investigación:

Se requieren más estudios aleatorizados doble ciego para evaluar la eficacia de la quetiapina sobre el placebo en los pacientes con TOC que no respondieron a la terapia de primera línea con ISR.

Se deben utilizar muestras de pacientes más grandes con criterios de inclusión y exclusión más rígidos enfocados a la eficacia.

Se considera importante que la aleatorización a un subgrupo de terapia de aumento debe realizarse una vez se completan las 12 semanas a dosis máxima del ISR, ya que este es el tiempo necesario para poder definir si existe respuesta al tratamiento en el TOC.

Potencial Conflicto de Interés

Ninguno.

Referencias

1. Kaplan H, Sadock B. Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría. 10 Ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
2. Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. Tratado de psiquiatría de Julio Vallejo. Madrid: Ars Médica; 2012.
3. Chappa HJ. Tratamiento integrativo del trastorno obsesivo compulsivo. Manual práctico. Barcelona: Akadia; 2011.
4. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5^o. Editorial médica panamericana, editor. Editorial Médica Panamericana; 2014.
5. Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB; American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2007;164(7 Suppl):5-53.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Guidance. NICE; 2005.
7. Simpson HB, Huppert JD, Petkova E, Foa EB, Liebowitz MR. Response versus remission in obsessive-compulsive disorder. New York State Psychiatric Institute, New York, NY 10032, USA. *J Clin Psychiatry*. 2006 Feb;67(2):269-76.
8. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, Pittenger C, Leckman JF. Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. Yale Child Study Center, 230 South Frontage Rd., New Haven, CT 06520, USA. Michael. *Am J Psychiatry*. 2008 Dec;165(12):1532-42. Epub 2008 Oct 15.
9. Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, Davies S, Campeas R, Franklin ME, Huppert JD, Kjernisted K, Rowan V, Schmidt AB, Simpson HB, Tu X. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. Department of Psychiatry, University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia, USA. *Am J Psychiatry*. 2005 Jan;162(1):151-61.
10. Soomro GM, Altman D, Rajagopal S, Oakley-Browne M. Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive compulsive disorder (OCD). St. George's Hospital Medical School, Department of Psychiatry, University of London, Cranmer Terrace, London. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jan 23;(1):CD001765.
11. Hollander E, Koran LM, Goodman WK, Greist JH, Ninan PT, Yang H, Li D, Barbato LM. A double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of controlled-release fluvoxamine in patients with obsessive-compulsive disorder. Department of Psychiatry, Mount Sinai School of Medicine, New York, NY 10029, USA. *Clin Psychiatry*. 2003 Jun;64(6):640-7.
12. Piccinelli M, Pini S, Bellantuono C, Wilkinson G. Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder. A meta-analytic review. Servizio di Psicologia Medica, Università di Verona, Italy-Br *J Psychiatry*. 1995 Apr;166(4):424-43.
13. Ackerman DL, Greenland S. Multivariate meta-analysis of controlled drug studies for obsessive-compulsive disorder. Department of Epidemiology, School of Public Health, University of California, Los Angeles 90095-1772, USA. *J Clin Psychopharmacol*. 2002 Jun;22(3):309-17.
14. Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, Davies S, Campeas R, Franklin ME, Huppert JD, Kjernis-

- ted K, Rowan V, Schmidt AB, Simpson HB, Tu X. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder Department of Psychiatry, University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia, USA. *Am J Psychiatry*. 2005 Jan;162(1):151-61.
15. Volpato Cordioli A, Heldt E, Braga Bochi D, Margis R, Basso de Sousa M, Fonseca Tonello J, GusManfro G, Kapczinski F. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. Department of Psychiatry, Hospital de Clínicas Porto Alegre, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil. *Psych other Psychosom*. 2003 Jul-Aug;72(4):211-6.
16. Tolin DF, Maltby N, Diefenbach GJ, Hannan SE, Worhunsky P. Cognitive-behavioral therapy for medication nonresponders with obsessive-compulsive disorder: a wait-list-controlled open trial. Anxiety Disorders Center, The Institute of Living/Hartford Hospital, Hartford, CT 06106, USA. *J Clin Psychiatry*. 2004 Jul;65(7):922-31.
17. Albert U, Aguglia E, Maina G, Bogetto F. Venlafaxine versus clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a preliminary single-blind, 12-week, controlled study. Anxiety and Mood Disorders Unit, Department of Neurosciences, University of Turin, Italy. *J Clin Psychiatry*. 2002 Nov;63(11):1004-9
18. Koran LM, Gamel NN, Choung HW, Smith EH, Aboujaoude EN. Mirtazapine for obsessive-compulsive disorder: an open trial followed by double-blind discontinuation. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA 94305, USA. *J Clin Psychiatry*. 2005 Apr;66(4):515-20.
19. Casey DA, Davis MH. Obsessive-compulsive disorder responsive to electroconvulsive therapy in an elderly woman. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Louisville School of Medicine, KY. *South Med J*. 1994 Aug;87(8):862-4.
20. Kang JI, Kim CH, Namkoong K, Lee CI, Kim SJ. A randomized controlled study of sequentially applied repetitive transcranial magnetic stimulation in obsessive-compulsive disorder. Department of Psychiatry, Ilsan Hospital, National Health Insurance Corporation, Gyeonggi-do, South Korea. *J Clin Psychiatry*. 2009 Dec;70(12):1645-51. Epub 2009 Aug 25.
21. Richter EO, Davis KD, Hamani C, Hutchison WD, Dostrovsky JO, Lozano AM. Cingulotomy for psychiatric disease: microelectrode guidance, a callosal reference system for documenting lesion location, and clinical results. Department of Neurosurgery, University of Florida, Gainesville, Florida, USA. USA. *Am J Psychiatry*. 2002 Feb;159(2):269-75.
22. Markovitz PJ, Stagno SJ, Calabrese JR. Buspirone augmentation of fluoxetine in obsessive-compulsive disorder. Department of Psychiatry, Case Western Reserve University School of Medicine, Cleveland, OH. *Am J Psychiatry*. 1990 Jun;147(6):798-800.
23. Bystritsky A, Ackerman DL, Rosen RM, Vapnik T, Gorbis E, Maidment KM, Saxena S. Augmentation of serotonin reuptake inhibitors in refractory obsessive-compulsive disorder using adjunctive olanzapine: a placebo-controlled trial. Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, Anxiety Disorders Program, University of California-Los Angeles School of Medicine USA. *J Clin Psychiatry*. 2004 Apr;65(4):565-8.
24. Mahendran R, Liew E, Subramaniam M. De novo emergence of obsessive-compulsive symptoms with atypical antipsychotics in Asian patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: a retrospective, cross-sectional study. Institute of Mental Health and Woodbridge Hospital, Singapore. *J Clin Psychiatry*. 2007 Apr;68(4):542-5.
25. Stamouli S, Lykouras L. Quetiapine-induced obsessive-compulsive symptoms: a series of five cases. Department of Psychiatry, University of Athens, Eginition Hospital, Athens, Greece. *J Clin Psychopharmacol*. 2006 Aug;26(4):396-400.
26. Aboujaoude E, Barry JJ, Gamel N. Memantine augmentation in treatment-resistant obses-

- ve-compulsive disorder: an open-label trial. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA 94305, USA. *J Clin Psychopharmacol.* 2009 Feb;29(1):51-5.
27. Hewlett WA, Vinogradov S, Agras WS. Clonazepam treatment of obsessions and compulsions. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine, CA 94305. *J Clin Psychiatry.* 1990 Apr;51(4):158-61.
28. Pigott TA, Pato MT, L'Heureux F, Hill JL, Grover GN, Bernstein SE, Murphy DL. A controlled comparison of adjuvant lithium carbonate or thyroid hormone in clomipramine-treated patients with obsessive-compulsive disorder. Laboratory of Clinical Science, National Institute of Mental Health, Bethesda, Maryland 20892. *J Clin Psychopharmacol.* 1991 Aug;11(4):242-8.
29. Carey PD, Lochner C, Kidd M, Van Ameringen M, Stein DJ, Denys D. Quetiapine augmentation of serotonin reuptake inhibitors in treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: is response to treatment predictable. *Int Clin Psychopharmacol.* 2012 Nov;27(6):321-5.
30. Carey PD, Vythilingum B, Seedat S, Muller JE, van Ameringen M, Stein DJ. Quetiapine augmentation of SRIs in treatment refractory obsessive-compulsive disorder: a double-blind, randomized, placebo-controlled study MRC Research Unit on Anxiety Disorders, University of Stellenbosch, Cape Town, South Africa. *BMC Psychiatry.* 2005 Jan 24;5:5.
31. Fineberg NA, Sivakumaran T, Roberts A, Gale T. Adding quetiapine to SRI in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled treatment study. *Int Clin Psychopharmacol.* 2005 Jul [cited 2023 Jul 12];20(4):223-6.
32. Kordon A, Wahl K, Koch N, Zurovski B, Anlauf M, Vielhaber K, Kahl KG, Broocks A, Vorderholzer U, Hohagen F. Quetiapine addition to serotonin reuptake inhibitors in patients with severe obsessive-compulsive disorder: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Luebeck, Luebeck, Germany. *J Clin Psychopharmacol.* 2008 Oct;28(5):550-4.

Artículo original

Percepción de los diferentes actores sociales en la atención del paciente con intento suicida

María Paola Caycedo Castro¹, Mónica Yamile Merchán Valderrama²

1. Médica Psiquiatra de la Universidad El Bosque, ICSN Clínica Montserrat. Especialista y Magíster en Bioética de la Universidad El Bosque.

2. Médica de la Universidad del Rosario. Psiquiatra de la Universidad El Bosque, ICSN Clínica Montserrat.

Correspondencia: mcaycedo@unbosque.edu.co

Resumen

Introducción: El incremento en las tasas de suicidio ha provocado un creciente interés en identificar factores de riesgo asociados a comportamientos suicidas, con propósitos preventivos. A pesar de plantear múltiples estrategias de prevención y tratamiento, el problema ha permanecido como un asunto de salud pública de suma relevancia. Se considera que una de las razones de la persistencia de este problema es que solo se ha dado importancia a los factores de riesgo aportados por diferentes estudios cuantitativos. Esto puede conducir al riesgo de reducir el problema del intento suicida a un nivel más descriptivo, sin abordar un entendimiento más complejo. De ahí que se plantea la necesidad de estudios que se centren en el individuo como un actor social activo, buscando una mejor comprensión desde la perspectiva de la subjetividad de los individuos implicados.

Objetivo: Determinar la percepción de los diferentes actores sociales frente a la atención del paciente con intento de suicidio, durante el 2018 en la Clínica Montserrat en Bogotá.

Métodos: Estudio cualitativo desarrollado mediante la Clasificación Múltiple de Ítems (CMI), con el fin de entender el sistema conceptual de las personas entrevistadas, cuando interactúan con algunos ítems (imágenes y/o palabras) acerca del intento de suicidio. Para lograr lo anterior, se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas. Para su análisis de datos se utilizó el programa Nvivo 12 Plus.

Resultados: Se recolectó una muestra de 15 individuos entre personal de servicios generales, personal de seguridad, enfermería, médicos residentes y psiquiatras. **Conclusión:** Las percepciones de la mayoría de los participantes fueron diversas lo cual dificulta la partición de las ilustraciones y su posterior análisis. A pesar de lo anterior, se observó para todos los participantes el papel preponderante de la familia en el proceso de atención, así como aparición de diversas voces frente a vivencias propias con relación al tema en mención.

Palabras clave: intento suicida, actores sociales, percepción.

Summary

Introduction: The increase in suicide rates has led to an increasing interest in identifying risk factors associated with suicidal behavior, with preventive purposes. Des-

pite posing multiple prevention and treatment strategies, the problem has remained a very important public health issue. It is considered that one of the reasons for the persistence of this problem is that only the risk factors contributed by different quantitative studies have been given importance. This can lead to the risk of reducing the problem of suicide attempt to a more descriptive level, without addressing a more complex understanding. Hence the need for studies that focus on the individual as an active social actor, seeking a better understanding from the perspective of the subjectivity of the individuals involved.

Objective: To determine the perception of the different social actors in front of the patient's attention with suicide attempt, during 2018 at the Montserrat Clinic in Bogotá.

Methods: Qualitative study developed through the Multiple Item Classification (CMI), in order to understand the conceptual system of the people interviewed, when they interact with some items (images and / or words) about the suicide attempt. To achieve the above, semi-structured individual interviews were conducted. For its data analysis, the Nvivo 12 Plus software was used.

Results: A sample of 15 individuals was collected: general service personnel, security personnel, nursing, resident doctors and psychiatrists.

Conclusion: The perceptions of the majority of the participants were diverse, which hinders the division of the illustrations and their subsequent analysis. In spite of the above, the predominant role of the family in the care process was observed for all the participants, as well as the appearance of diverse voices in front of their own experiences in relation to the subject in question.

Keywords: suicide attempt, social actors, perception.

Introducción

Según los datos aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) “en el 2015 el suicidio fue la segunda causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo, y actualmente cerca de 800.000 personas se quitan la vida (anualmente) y muchas más intentan hacerlo (1).

En Colombia, un estudio reportado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses menciona que durante el 2015 “se registraron 2.068 suicidios, 10% más que el año inmediatamente anterior. La tasa de lesiones fatales auto in-

fligidas en 2015 fue de 5,22 eventos por cada 100 mil habitantes... La mayoría de los suicidios durante 2015 (48,74%) sucedieron en edades comprendidas entre los 15 y 34 años, con mayor participación de jóvenes entre 20 y 24 años (14,60%), no obstante, la tasa de víctimas de 80 años o más es aproximadamente 61% superior que la tasa de la población en general” (2).

En la literatura cualitativa se ha establecido que la percepción y por ende la conducta de los diferentes actores sociales, va a ser determinante para el paciente con intento suicida que es intervenido

inicialmente. En algunos países, se está investigando respecto a la percepción de familiares y pacientes, sin embargo, hay pocos estudios sobre la percepción del personal de salud. La importancia de lo anterior se comprueba en un estudio sueco del año 2000, donde se indica “que estos pacientes pueden provocar ansiedad e inquietud considerables entre el personal... enfatizando los dilemas inherentes al cuidado del paciente suicida” (3).

En este sentido, es relevante la investigación cualitativa ya que se busca abordar un entendimiento más complejo de esta problemática. Partiendo de allí, se plantea la necesidad de estudios con el propósito de analizar las diferentes percepciones de los actores sociales que intervienen en la atención de paciente con intento suicida, buscando una mejor comprensión desde la perspectiva de la subjetividad de los individuos implicados, en relación con el contexto en que se da dicha conducta.

Corroborando lo anterior, se encontró que muchas veces el personal que atiende a estos individuos que se autolesionan muestra sentimientos de negatividad, lo cual es relevante ya que puede ser el primer contacto que tenga dicho sujeto y la falta de comprensión en este encuentro puede no contribuir en el cuidado (4).

No obstante, es importante señalar que, dentro de la investigación cualitativa, existen limitaciones inherentes. La investigación es específica al contexto en que se realiza, por lo que no deben hacerse generalizaciones. Sin embargo, es posi-

ble evidenciar tendencias que podrían aplicarse a situaciones similares. Así mismo, la subjetividad de los investigadores está implícita dentro del estudio, pero a la vez es enriquecedora en la formación y evaluación de diferentes categorías.

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en el 2015, el 7,4% de los adultos han pensado en suicidarse, siendo mayor la proporción en mujeres. Además, se plantea que el 10% de los individuos que han realizado un intento suicida, lo logran en los siguientes 10 años. Además, se ha asegurado que la mayoría de los niños y adolescentes con intento de suicidio no han recibido tratamiento ni seguimiento adecuado por parte del sistema de salud (5).

Por la importancia mundial frente al tema de la prevención y atención del paciente con intento suicida, han surgido múltiples estudios desde lo cuantitativo buscando determinar algunos factores de riesgo asociados, en especial en la población adolescente, para detectar tempranamente el riesgo e intervenir. A lo largo de la literatura “se describen como factores de riesgo la depresión, sentimientos de soledad, desespero e incapacidad, deterioro de las relaciones familiares, rendimiento escolar deficiente, dificultad de aprendizaje, autoimagen disminuida, consumo de sustancias psicoactivas, sucesos de tensión en su vida, historia de abuso físico o sexual. Las tentativas previas de suicidio y la pérdida reciente de una persona amada también aumentan en forma manifiesta las probabilidades de suicidio” (6).

Cabe anotar que no solo conocer los factores de riesgo ya establecidos es relevante, sino también entender que “la estigmatización, en particular en torno de los trastornos mentales y el suicidio, lleva a que muchas personas se abstengan de pedir ayuda. La concientización de la comunidad y la ruptura de los tabúes son importantes para los países que procuran prevenir el suicidio” (7).

Partiendo de lo anterior, se hace muy difícil equiparar las diferentes percepciones a lo largo del mundo frente al intento suicida, sin embargo, se considera útil reconocer que en la literatura mundial se ha intentado conocer la percepción de los profesionales sanitarios frente a estos individuos, y además en Colombia existen pocos estudios referentes a ello. No obstante, se evidencia cómo ha aumentado el interés por conocer desde un punto cualitativo las experiencias y percepciones de individuos con intento suicida, sus familiares, pero muy especialmente el personal médico.

Así, en el año 2016 en Noruega, se realizaron unos cuestionarios con respuestas anónimas a profesionales que trabajan en clínicas ambulatorias de salud mental en Stavropol y Oslo. Los estudios informaron: “que los profesionales de la salud se han sentido incompetentes y han evitado la comunicación con pacientes suicidas. Esto puede contribuir al aumento del riesgo de suicidio. En otras palabras, las actitudes del profesional de salud pueden ser un obstáculo serio para la prevención de un problema tan amplio como el suicidio” (8). Lo anterior,

resalta la importancia frente a la actitud y creencias que tenga el trabajador en el área de salud, ya que será determinante en la atención que se brinde al individuo con intento suicida.

Otro estudio relacionado con lo anterior fue realizado por Lappann Botti y colaboradores en el año 2015 en Brasil, buscando entender la percepción de estudiantes de enfermería. Se quería evaluar la actitud de éstos frente al comportamiento suicida, con un estudio cuantitativo. Allí se concluyó que existen prejuicios en relación con los pacientes que se autolesionan, describiéndolos como manipuladores y demandantes de atención. Así mismo, la mayoría de los profesionales cuestionaron el porqué de su intento y decidieron tomar distanciamiento emocional para no involucrarse con el suceso o las dificultades del paciente (9).

En el Reino Unido, por su parte, Nigel Rees y colaboradores hicieron una revisión sistemática de la literatura en el 2014 mediante búsquedas en bases de datos, como CINAHL, MEDLINE, OVID y Psych info, frente a la percepción de los paramédicos y trabajadores de atención de emergencia de quienes se autolesionan. Se plantea que “El personal creía que carecían de las habilidades necesarias para cuidar a las personas que se lastimaban a sí mismas, y percibían la necesidad de capacitación adicional en comunicación y comprensión de las personas con autolesiones, lo que creían que les daría más confianza... El personal degradaba las dimensiones psicoló-

gicas de la atención cuando estaba bajo presión, priorizando la atención física, que requiere menos tiempo y recursos” (4). Esto a la luz de la investigación que se pretende realizar es relevante, ya que surge el interrogante frente a la necesidad de generar mayor capacitación en el personal sanitario que interviene en la atención inicial del paciente con intento suicida.

Adicionalmente, se realizó un estudio en Haití, en donde se hicieron entrevistas semiestructuradas y en profundidad entre mayo y junio de 2011 a ocho trabajadores de la salud y 16 miembros de la comunidad. Se evidenció, como “los trabajadores de la salud afirmaron que el suicidio no era un problema real, y algunos negaron la ocurrencia de suicidio en Haití, insistiendo en que nunca ocurre. Dos de cada ocho Trabajadores de la Salud (25%) afirmaron que el suicidio es un problema, en comparación con 14 miembros de la comunidad (88%)” (10). Se identificó, además, que la naturaleza fuertemente jerárquica de la formación médica probablemente perpetúe el rechazo frente a paciente con intento suicida en entornos clínicos. Aunque hay que tener en cuenta que el contexto en donde se realiza probablemente no es extrapolable a nuestra comunidad, la información es relevante para entender la diversidad de percepciones que se tienen en torno al intento suicida.

Por otro lado, en el año 2007, en la India se realizó un estudio cualitativo, en el cual se reclutaron trabajadores de la salud durante 3 meses, en un hospi-

tal base y en la comunidad. Además, se realizaron entrevistas a profundidad a 5 personas del área que habían intentado suicidarse y sobrevivieron. Se determinó que, en dicho país, la sociedad considera que el suicidio es estigmatizante. Se percibió que la pobreza, la falta de empoderamiento, una sociedad materialista y el pobre apoyo social y económico son los principales factores que llevan a una persona a quitarse la vida (11). El estudio concluye que se requieren más estudios relacionados con la percepción del intento suicida en dicha región (11).

Definitivamente, es relevante darle voz también a los individuos que han tenido un intento suicida en algún momento de su vida, ya que enriquecerán la investigación cualitativa y se tendrán en cuenta a la hora de plantear políticas públicas frente a la prevención del suicidio en el mundo. En un estudio realizado en el año 2000 en Suecia, se realizaron entrevistas a 18 pacientes con intento suicida y a cada encuestado se le pidió que narrara sus experiencias.

sobre la atención recibida, se estableció que la percepción de vergüenza fue importante entre los individuos que habían realizado intentos de suicidio previos y que habían recibido atención médica y pensaron que el personal podría estar decepcionado de ellos. Además, al indagar sobre la atención hospitalaria, percibieron que existía preocupación no solo por parte del personal, sino también el temor a las represalias en caso de que el paciente se suicidara posteriormente. Por último, la apreciación del paciente

fue que el énfasis por parte del personal la gravedad de la situación que estaba viviendo y su necesidad inmediata de atención, fue percibida como útil (3).

Así mismo, Dushad Ram y colaboradores, realizaron un estudio transversal entre septiembre de 2010 y marzo de 2011 en el Departamento de Psiquiatría JSS Hospital Mysore, Karnataka, en la India. En el que los sujetos fueron evaluados utilizando un formulario sociodemográfico y clínico, la escala de intención de suicidio de Pierce y un cuestionario estructurado para evaluar su percepción con respecto al suicidio. Este estudio trataba de averiguar si los que intentan suicidarse perciben si algo se hubiera podido hacer para evitar su intento y cómo percibieron el papel de los miembros de la familia y la sociedad en la prevención del intento de suicidio. Se concluyó que el 80% de los sujetos tuvieron la sensación de que su intento de suicidio pudo haberse evitado. El 64% percibió que los miembros de la familia y personas cercanas podrían haber ayudado a prevenir su intento, mientras que el 16% pensó que la sociedad podría haber ayudado (12). Cabe anotar que en la India la familia es un pilar fundamental y en gran medida determina la salud mental de los individuos (12).

Igualmente, en Canadá se realizó un estudio retrospectivo en el año 2004, con psiquiatras y residentes de psiquiatría en la Universidad de Toronto desde 1980 a 1995. Se concluyó que “el suicidio de un paciente típicamente evoca una gama de emociones incluyendo negación, incre-

dulidad, culpa, sentimientos de haber fallado y pérdida de la confianza en sí mismo... el suicidio de uno o más pacientes es un evento angustiante para los psiquiatras en formación, así como en su práctica profesional posterior” (13). Lo anterior es relevante para esta investigación, ya que a pesar de ser miembros del equipo de salud mental se pueden evidenciar sentimientos que interfieren en la atención de ciertos pacientes.

Otro estudio realizado en Canadá en el año 2012, en el que se utilizó un diseño de investigación transversal concluyó que la creencia de los profesionales de la salud de que las personas que intentan suicidarse manipulan a otros pueden generar reacciones negativas hacia dichos individuos. Así mismo, las emociones que se generan son otro factor que puede interferir en la relación médico-paciente. Los autores fueron enfáticos en decir que un motivo de preocupación es el hecho de que las conductas suicidas pueden precipitarse en los pacientes que perciben el rechazo por parte de los terapeutas. Además, se encontró que los sujetos con múltiples intentos de suicidio generaban mayor impotencia e insatisfacción en los profesionales. Cabe anotar que algunos pacientes advirtieron percepciones positivas frente a la preocupación del personal sobre el estado psicológico de los sujetos durante la atención (14).

Así mismo, se realizó en el año 2002 en el Reino Unido un estudio cualitativo de entrevistas semiestructuradas a enfermeras y médicos que trabajaban en emergencias, pediatría y servicios de

salud mental para niños y adolescentes. Donde se detectaron algunas barreras que afectan la relación médico-paciente. Algunas de las categorías que surgen están relacionadas con la naturaleza y razonamiento moral, así como frustración en la práctica.

cotidiana de estos profesionales, entendiendo este último como la impotencia de no poder tratar el comportamiento suicida como una enfermedad física, en la cual se tiene mayor certeza de lo que se debe hacer (15). Este es un estudio valioso realizado en el año 2002, ya que se reportó que la percepción de muchas enfermeras y médicos es que hay poco tiempo para darle a alguien que puede necesitar una oportunidad para hablar, como lo es el individuo con intento suicida. Y cuando se ofrece ayuda, hay más frustración porque estas intervenciones parecen tener poco impacto.

En Colombia, por otra parte, se realizó un estudio descriptivo en el que se determinó la percepción social de los familiares frente al fenómeno del suicidio de alguno de sus integrantes. Para la recolección de la información fue necesaria la realización de un cuestionario de percepción social y la utilización como apoyo del APGAR familiar. Este estudio se realizó en Santa Marta entre el 2002 y 2005, se concluyó que un 60% señala como causal de este a factores externos como son los factores económicos y los problemas interpersonales. Así mismo, un 53% lo atribuye a la decepción amorosa, un 27% a problemas familiares y los problemas económicos con un 23%. Por

último, el 56% de los familiares sintieron que el suicidio los dejó con sentimientos de culpa por no haber hecho nada para evitarlo (16). A pesar de la información tan enriquecedora de este estudio, no se habla sobre la percepción que se tiene frente a el sistema de salud, lo cual es posible que tenga mayor impacto a futuro en la atención de individuos con intento suicida.

Por otro lado, el posgrado de psiquiatría de la Clínica Montserrat asociado a la Universidad el Bosque en Bogotá ha producido tres tesis para obtención de grado a la especialización en psiquiatría, relacionadas con el tema. En el año 1988, Luz Stella Núñez y Alfonso Rodríguez, presentaron una investigación para conocer las características demográficas y socio ambientales de los pacientes con intento de suicidio que fueron hospitalizados en el Hospital Regional Simón Bolívar, llamado “Estudio descriptivo de pacientes con intento de suicidio”. Allí se concluyó que el grupo de pacientes que se analizó tienen características muy similares a las encontradas en la literatura a nivel nacional e internacional. Definieron que el intento suicida ocurrió principalmente entre la población femenina, con características como bajo estrato socioeconómico, desempleados o individuos con inestabilidad laboral. Además, se encontró algún grado de depresión en todos los casos, predominando los grados moderado y grave (17).

Por otro lado, en el año 1995, Harold Muñoz y Juliana García, presentaron un tra-

bajo de investigación en donde se aplicó un instrumento diseñado por ellos mismos, basado en el Harkavy-Asnis Suicide Survey y el Risk Estimator for Suicide, con el fin de evaluar la prevalencia y las características de la conducta suicida previas y/o actuales durante un período de dos meses en pacientes que ingresaron a la Clínica Montserrat. Este trabajo se llamó “Conductas suicidas en pacientes psiquiátricos hospitalizados”. Los autores concluyeron que “las conductas suicidas son altamente prevalentes en los pacientes psiquiátricos hospitalizados en la Clínica Montserrat, donde un porcentaje importante de los pacientes evaluados presentó ideación suicida en algún momento de su vida... Quedó claro que el factor desencadenante más importante, tanto de ideación anterior, ideación actual, intento anterior e intento actual, eran los conflictos con personas afectivamente significativas” (18).

Por último, en el año 2006 se realizó un estudio observacional descriptivo de corte trasversal, que contaba con 35 pacientes llamado “Determinación de la intensidad del acto autolesivo en pacientes con intento de suicidio hospitalizados en la Clínica Montserrat” se determinó que las conductas suicidas son prevalentes, con un 37.1%, en los pacientes con trastorno de tipo afectivo hospitalizados en dicha institución. Así mismo, se determinó que el intento suicida ocurrió principalmente entre la población femenina. Y sorprendentemente aproximadamente un 40% de los casos no recibieron atención médica o psiquiátrica al presentar el primer intento de suicidio (19).

Estos tres estudios permitieron caracterizar la población, corroborando lo reportado en la literatura mundial, frente a los factores de riesgo asociados a dicha conducta.

En el año 2015, se publicó en la revista institucional de la Clínica Montserrat Psimonart, el perfil epidemiológico de los trastornos mentales en el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso. Allí los autores exponen que en el año 2013 se atendieron un total de 2950 pacientes. De allí los diagnósticos más frecuentes fueron: Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos en un 20.7%, Trastorno depresivo recurrente, episodio grave, sin síntomas psicóticos en un 12.5% y el trastorno depresivo moderado en un 12.4 %, entre otros. Así mismo, el 56.6% eran de sexo masculino, el 52% de los pacientes hospitalizados se encontraban en una edad promedio de 32 años y el 60.2% eran solteros, entre otras características demográficas (20). Si bien en el estudio no se tienen datos concretos frente a la prevalencia de intento suicida en esta población, se presume estar asociada dicha conducta con trastornos del afecto, los cuales son los más frecuentes dentro de la institución (20).

Así mismo, es relevante para esta investigación definir algunos términos. La expresión “actor social”, para las ciencias políticas, se concibe, “como sujetos representativos de sectores (grupos) que convergen y dan forma a la sociedad” (21). Por otro lado, desde la filosofía se puede definir como “todos aquellos grupos, sectores, clases, organizaciones o movimientos que intervienen en la vida

social en aras de conseguir determinados objetivos particulares, sectoriales, propios sin que ello suponga necesariamente una continuidad de su actividad como actor social, ya sea respecto a sus propios intereses como a apoyar las intervenciones de otros actores sociales” (22).

Para fines de esta investigación el término actor social, se entiende como aquel individuo con un rol específico dentro de la sociedad, que logra objetivos dentro de determinados grupos sectoriales, como sería en este caso el personal de salud en general, el personal de seguridad y el personal de servicios generales, que determinarán en mayor o menor medida mejorar la atención de pacientes que acuden a la institución por un intento suicida. Por lo tanto, es importante evaluar las percepciones de los actores sociales para que se den cambios dentro del interior del sistema.

Existen varias definiciones de percepción. Para esta investigación, acogemos el concepto de la mexicana Luz Marina Vargas, en donde lo conceptualiza como un término biocultural ya que depende de los estímulos físicos y sensaciones y, además de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones. Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren un significado propio gracias a las pautas culturales e ideológicas específicas de cada sociedad. La selección y la organización de dichas sensaciones, se hace mediante la búsqueda de estímulos útiles y la exclusión de estímulos indeseables en función de la supervivencia y la adaptación social. Todo ello, a través de la

capacidad de adquirir un pensamiento simbólico, que se conforma a partir de estructuras culturales, ideológicas, sociales entre otros aspectos (23).

En cuanto a “intento suicida” se toma la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación auto infligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal” (7).

Finalmente, se ratifica que, dentro de la atención inicial del paciente con intento suicida, el principal énfasis es determinar y tratar lo referente al compromiso orgánico que resulta de dicha conducta, buscando salvaguardar la vida de dicho individuo. Sin embargo, estudios descritos anteriormente (10-15), muestran que la nula o poca capacitación del personal respecto al manejo emocional de dichos individuos es relevante, ya que impactará directamente sobre la atención del paciente con intento suicida.

Partiendo de todo lo anterior, la investigación pretende llegar a comprender e interpretar las particularidades de los diferentes actores sociales, frente a este fenómeno que es cada vez más relevante en la práctica en general, en el ámbito de la salud mental, y particularmente desde la psiquiatría. Teniendo en cuenta lo planteado, es la investigación cualitativa la que proporciona el alcance a profundidad de los conceptos, sin buscar una exactitud objetiva de los mismos. Se trata entonces, de obtener un conocimiento lo más profundo posible.

Métodos

Diseño

Se realizó un estudio cualitativo desarrollado mediante la Clasificación Múltiple de Ítems (CMI), con el fin de entender el sistema conceptual de las personas entrevistadas, cuando interactúan con algunos ítems (imágenes y/o palabras) acerca de un tema específico, en este caso actores sociales en la Clínica Montserrat, frente a la atención de sujetos que presentaron un intento suicida.

La CMI es un tipo de entrevista semiestructurada individual que se fundamenta en la manifestación libre y espontáneo de criterios por parte del sujeto entrevistado para realizar clasificaciones cualitativas sobre un tema particular (27). La CMI no maneja una muestra representativa, por lo cual no es importante el número de entrevistados si no las condiciones por lo que serán escogidos.

Adicionalmente, esta metodología resulta ser efectiva al permitir que los participantes expresen sus propios puntos de vista sobre el asunto investigado, permitiéndoles generar una variedad de conceptos expresados en sus propios términos, formando los cimientos mediante los cuales se conceptúa acerca de un tema de interés, en este caso “intento de suicidio”.

Participantes

Para la selección de los participantes se tuvo en cuenta al grupo de profesionales del área de la salud y demás empleados distribuidos en: psiquiatras, médicos residentes, enfermeras jefes, auxiliares de enfermería, personal de aseo general y

personal de seguridad, los cuales tienen contacto verbal con los pacientes. Además, se tuvo en cuenta los trabajadores que laboran en el turno de la mañana, de la tarde y de la noche.

Procedimiento

Este estudio buscó profundizar en la percepción de los diferentes actores sociales, en la atención del paciente con intento suicida, en el contexto particular de la Clínica Montserrat en Bogotá.

Para lograr comprender dichas percepciones se realizará un estudio de investigación cualitativa, reconociendo una visión desde lo subjetivo, la cual busca resaltar que la comprensión de esta situación depende de la realidad humana que es vivida desde lo social y cultural, siempre dirigida por un interés teórico, así como la relación en las diferentes comprensiones de una misma conducta.

Pablo Paramo plantea que, para llevar a cabo las entrevistas semiestructuradas, primero se debe determinar el tema principal de la investigación, luego los elementos que harán parte de ese dominio (tarjetas), posteriormente se da una explicación al entrevistado sobre cuál es el objetivo y propósito de la investigación y, a su vez, sobre la técnica que se va a usar para recoger los datos (27).

Es importante tener en cuenta que se deben elegir muy bien los participantes del estudio, ya que esto determinará si los datos son significativos o si no lo son. Los participantes tienen la libertad de usar su propio sistema mental para hacer las clasificaciones, así como también son libres de hacer el número de clasi-

ficaciones que deseen; frente a esto Páramo y col. establecen que “las razones para esta aproximación poco restrictiva del proceso de clasificación es la suposición de que los significados y las explicaciones asociadas al uso individual de las categorías son tan importantes como la distribución de elementos en las categorías” (27).

En la investigación se siguió la siguiente secuencia como la plantea el autor (27). Se le pidió al participante que agrupe un conjunto de tarjetas que contienen palabras alusivas al tema principal, en este caso “intento de suicidio”. Allí libremente, el participante determinó categorías creadas por el mismo participante sobre la base de alguna similitud que estableció el sujeto para cada agrupación. La recolección de la información y el orden de los mismos, fue utilizado un formato sugerido por el autor.

Se ubicó cada ítem en una subcategoría, de acuerdo con el número que lleva la tarjeta al respaldo, y también se anotan los comentarios que el participante va haciendo durante la clasificación (27).

Para comprender dichas percepciones, en el presente estudio se escogieron veinticuatro (24) ítems o tarjetas, los cuales se determinaron a través de los objetivos de la investigación, el marco teórico de la misma y el comportamiento frente a la atención del paciente con intento suicida en la institución.

Inicialmente los investigadores realizaron un listado de 31 palabras, posterior a ello elaboraron el mismo número de tarjetas y

aplicaron la CMI para la validación de las mismas, entre los mismos investigadores, la asesora de metodología y la asesora temática. De este ejercicio se seleccionaron 24 tarjetas, las cuales se validaron nuevamente con un profesional de la salud (médico residente) que hace parte del servicio de consulta externa.

Se elaboraron las tarjetas, las cuales contienen una palabra, que se presentó al entrevistado, quien clasificó de acuerdo a su concepción o preferencia y posteriormente relató a los entrevistadores la interpretación de las agrupaciones. Después de tener definido el listado de palabras, se seleccionaron imágenes que se relacionaron con cada una de ellas, con la colaboración de una diseñadora gráfica.

Análisis de datos

Luego de realizar la CMI con los participantes se llevó a cabo el análisis con el programa NVivo 12 Plus, en el que se construyeron las gráficas que facilitan la interpretación de los datos.

Para el procesamiento de los datos en el programa NVivo 12 Plus produjo una matriz con los datos obtenidos, la cual fue introducida al software; éste generó una gráfica en donde cada punto hace referencia a los ítems (tarjetas) trabajados en las entrevistas. El NVivo 12 Plus agrupa los ítems en una gráfica por la frecuencia con que éstos aparecieron dentro de una misma clasificación. La función de las investigadoras fue el análisis de la gráfica arrojada por el programa a través de las diferentes categorías y criterios establecidos en la investigación.

Resultados

Se recolectó una muestra de 15 individuos, entre los que se encontraban personal de servicios generales (n=2), personal de seguridad (n=2), enfermería (n=4), médicos residentes (n=5) y psiquiatras (n=2). Con quienes se logró establecer diferentes sub-categorías, lo cual nos permitió identificar sus percepciones.

Posterior a la realización de las entrevistas semiestructuradas, la información fue codificada en matrices de resultados

e introducidas al programa Nvivo 12 Plus. De allí, surgieron 7 ilustraciones en donde los investigadores realizaron una partición de la información dada en cada ilustración.

Se presentaron 7 ilustraciones; ya que cada una representa la percepción de los diferentes actores sociales que intervienen en la atención del intento de suicidio. La última es la consolidación de las diferentes percepciones de los actores sociales, la cual se presenta a continuación.

Ilustración 1:
Percepciones de psiquiatras.

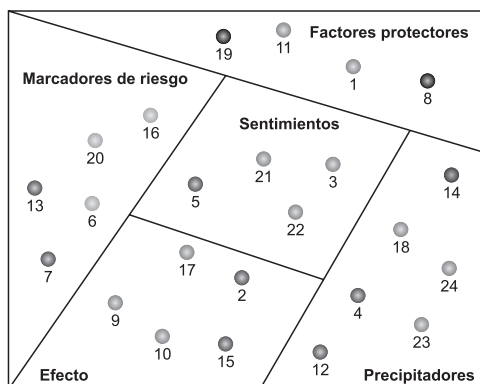


Ilustración 2:
Percepciones de médicos residentes.

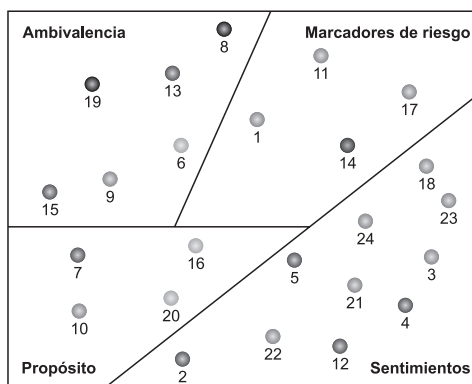


Ilustración 3:
Percepciones de auxiliares de enfermería.

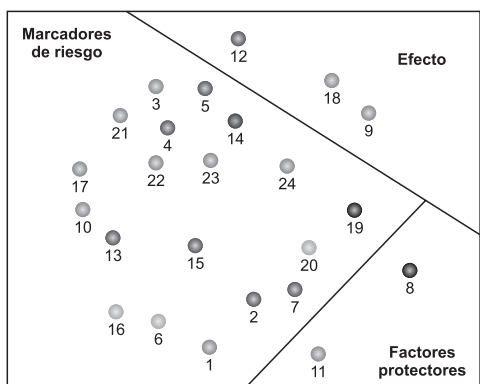


Ilustración 4:
Percepciones de jefes de enfermería.

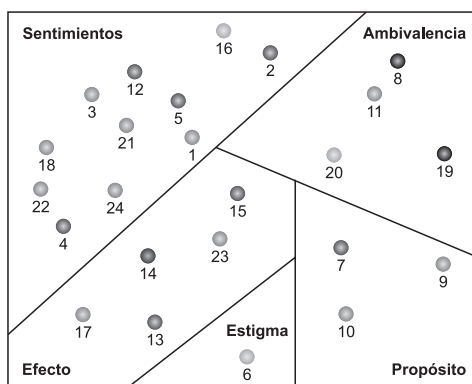


Ilustración 5:
Percepciones personal de servicios generales.

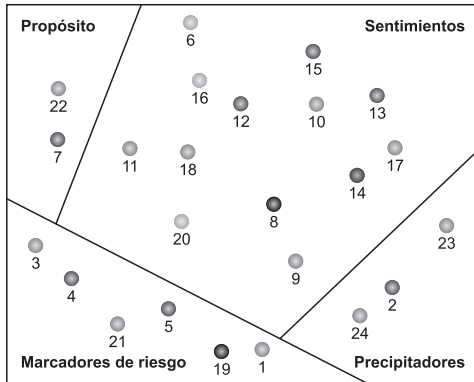


Ilustración 6:
Percepciones del personal de seguridad.

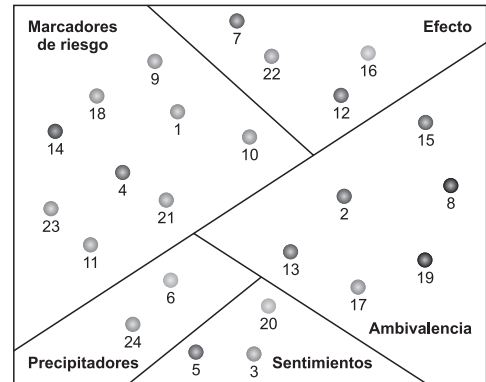
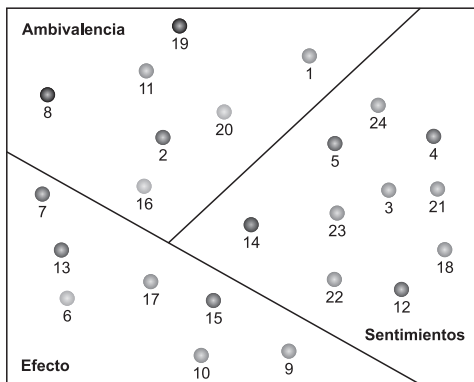


Ilustración 7:
Consolidación de percepciones de todos los actores sociales.



1. Autoestima, 2. Problemas, 3. Tristeza, 4. Impotencia, 5. Sufrimiento, 6. Secreto, 7. Manipulación, 8. Valentía, 9. Muerte, 10. Riesgo, 11. Decisión, 12. Frustración, 13. Pecado, 14. Incomodidad, 15. Fracaso, 16. Rechazo, 17. Cobardía, 17. Rabia, 19. Familia, 20. Abandono, 21. Desesperanza, 22. Incapaz, 23 Miedo, 24. Angustia.

Conclusiones

Este estudio examinó las percepciones de los diferentes actores involucrados en el proceso de atención del paciente con intento suicida que es atendido en la Clínica Montserrat, y se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Se considera importante resaltar que se percibió en todos los grupos de actores sociales que fueron parte de este estudio, el temor a realizar este ejercicio, ya que manifestaron abiertamente que de alguna manera se sentían evaluados, lo

cual consideramos pudo limitar la libre expresión de su visión acerca de este tema.

Fue generalizado por los diferentes actores sociales, la preocupación y necesidad imperiosa de brindar la mejor atención posible, no solo al paciente sino también a su grupo familiar. De tal manera que se pueda evitar un acto suicida en el futuro.

Es evidente el importante rol de la familia en todo el proceso de atención de un individuo que intenta suicidarse, ya que

los diferentes actores sociales consideran que es un objetivo primordial durante su estancia en la clínica, realizar no solo jornadas psicoeducativas sino espacios en donde se los familiares puedan manifestar lo que implica este acto en su vida.

Adicionalmente, se evidencia una división en la manera en que expresaron sus percepciones frente al intento suicida los diferentes actores. Ya que tanto el personal médico y de enfermería dieron una visión más racional enfocada en lo científico a la hora de definir las categorías; mientras que el personal de seguridad y servicios generales mostró una percepción desde lo emocional a través de su experiencia personal.

Todos los actores sociales de la Clínica Montserrat coincidieron en la necesidad de categorizar un grupo en los que se incluyeran los factores protectores, los cuales consideraron elementos definitivos a la hora de prevenir o evitar nuevamente un intento de suicidio. Las palabras que más relación tenían según los participantes fueron valentía, autoestima, decisión y familia.

Además, se constató que para los participantes del estudio fue complicado lograr dar su propia perspectiva, ya que se enfocaron en los sentimientos, emociones o cogniciones que puede presentar la familia o el individuo que presenta un intento de suicidio.

Es relevante expresar en esta investigación que hubo un cambio de apreciación por parte de los investigadores ya

que inicialmente se tenía el precepto que los actores sociales con mayor nivel educativo iban a poder expresar con mayor facilidad su visión acerca del intento de suicidio. Sin embargo, durante el transcurrir de las entrevistas fue grato evidenciar que tanto el personal de servicios generales como el de seguridad no se limitaron en mostrar su percepción desde su rol asistencial, sino que, por el contrario, aportaron datos enriquecedores frente a sus propias vivencias. Lo que invita a reflexionar en la necesidad de proporcionar espacios en donde se promueva la catarsis y favorezca el procesamiento de las emociones que indistintamente se despiertan frente a la atención de esta población.

Se destaca que las percepciones de la mayoría de los participantes, incluso al clasificarlas en categorías, fueron diversas, lo cual dificultó la participación en las ilustraciones y por tanto en su posterior análisis.

De igual forma, es importante reconocer la utilidad de una técnica de recolección de datos diferente, como fue la Clasificación Múltiple de Ítems, que permitió el conocimiento real de las percepciones de los participantes, recalando la forma libre y espontánea de expresar su saber. Fue un acierto para la investigación el haber escogido la técnica. Así como también el darle el mismo grado de importancia y relevancia a los diferentes actores, sin importar su rol asistencial; teniendo como punto de encuentro el mejorar la atención en el paciente que presenta un intento de suicidio; ello lleva

a pensar que podría realizarse una futura investigación que tuviese en cuenta también la voz de la familia y personal asistencial como terapia ocupacional y trabajo social, como parte fundamental de ese proceso.

Así mismo, aunque su contexto estuvo centrado a las dinámicas de la Clínica Montserrat, como investigadores esperamos que los resultados puedan aportar bases para abordar la construcción de estrategias y ampliar el conocimiento a partir del reconocimiento de las voces de los actores y puedan ser utilizadas en otras instituciones que abordan el mismo tipo de población objeto.

Nota: una primera versión de este documento hizo parte del trabajo de grado de la especialización en psiquiatría de María Paola Caycedo-Castro y Mónica Yamile Merchán y se encuentra en el repositorio de la Universidad El Bosque en la siguiente dirección: <https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/1843>

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. SUICIDIO. 2018; Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>. Accessed Apr 1, 2018.
2. Biomédica Instituto Nacional de Salud. Suicidio en niños y adolescentes. Instituto Nacional de Salud, 2016; Volumen 36, No. 3.
3. Samuelsson M, Wiklander M, Åsberg M, Save-man B. Psychiatric care as seen by the attempted suicide patient. *Journal of Advanced Nursing* 2000 Sep;32(3):635-643.
4. Rees N, Rapport F, Thomas G, John A, Snooks H. Perceptions of paramedic and emergency care workers of those who self harm: A systematic review of the quantitative literature. *Journal of Psychosomatic Research* 2014;77(6):449-456.
5. Gómez Carlos, de Santacruz Cecilia, Rodríguez María Nelcy, Rodríguez Viviana, Tamayo Martínez Nathalie, Matallana Diana, et al. Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2016 2 de julio de:9-18.
6. Diana C. Toro G, Ramón E. Paniagua S, Carlos M. González P, Brígida Montoya G. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2009;27(3):302-308.
7. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC OMS 2014:1-88.
8. Berge Norheim, Grimholt, Loskutova, Ekeberg. Attitudes toward suicidal behaviour among professionals at mental health. Norheim et al. *BMC Psychiatry* 2016 ";268(16):1-12.
9. Lappann Botti, Nadja Cristiane Martins Costa de Araújo, Leandro Costa, Elbert Eddy de Almeida Machado, Jacqueline Simone. Nursing students attitudes across the suicidal behavior. *Invest Educ Enferm* 2015;33(2):334-342.
10. Ashley K Hagaman, Bradley H Wagenaar, Kristen E McLean, Bonnie N Kaiser, Kate Winkell, Brandon A Kohrt. Suicide in rural Haiti: Clinical and community perceptions of prevalence, etiology, and prevention. *Social Science & Medicine* 2013 Apr 1;83(0):61-69.
11. Manoranjitham S, Charles H, Saravanan B, Jayakaran R, Abraham S, Jacob KS. Perceptions about suicide: a qualitative study from southern India. *The National medical journal of India* 2007 Jul;20(4):176.
12. Ram D, Honagodu AR, Darshan MS, Rao TSS. Suicide prevention is possible a perfection after

suicide attempt. *Indian Journal of Psychiatry* 2012 Apr-Jun;54(2):172-176.

13. Ruskin R, Sakinofsky I, Bagby R, Dickens S, Sousa G. Impact of Patient Suicide on Psychiatrists and Psychiatric Trainees. *Acad Psychiatry* 2004 Jun;28(2):104-110.

14. Ouzouni C, Nakakis K. Doctor's attitudes towards attempted suicide. *HEALTH SCIENCE JOURNAL* 2012 Diciembre;4(6):663-680.

15. Anderson M, Standen P, Noon J. Nurses' and doctors' perceptions of young people who engage in suicidal behaviour: a contemporary grounded theory analysis. *International Journal of Nursing Studies* 2003;40(6):587-597.

16. Arroyave González J, Díaz Castilla SM, Del Toro Granados J, Ceballos Ospino GA. Percepción social de los familiares de las personas que consumaron suicidio durante los años 2002-2005 en la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Duazary* 2007 Jul 1;4(2):112-118.

17. Núñez Sánchez, Rodríguez González. Estudio descriptivo de pacientes con intento de suicidio; Bogotá: Universidad el Bosque; 1988.

18. Harold Muñoz Cortes, Juliana García Castro. Conductas suicidas en pacientes psiquiátricos hospitalizados"; Bogotá, Colombia: Universidad el Bosque - Clínica Montserrat; 1994.

19. Eliana Mayorga Fonseca. Determinación de la intensidad del acto auto lesivo en pacientes con intento de suicidio hospitalizados en la Clínica Montserrat. Bogotá, Colombia: Universidad el Bosque - Clínica Montserrat; 2006.

20. Martínez Villota SD, Ramírez Yabor AC, Mayorga Fonseca E, Olmedo Angulo JJ. Perfil epidemiológico de los trastornos mentales en el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso. *Revista Científica Psimonart, Instituto Colombiano del Sistema Nervioso* 2015 Dic;6(1-2):11-27.

21. Meneses Carvajal A, Garrido Vergara L. Actores sociales y Políticas Públicas: el discurso de la

Iglesia Católica chilena frente a las políticas públicas en salud sexual adolescente. *Revista Enfoques: Ciencia Política y Administración Pública* 2009; vol. II (11):399-414.

22. Rauber I. Luchas y organizaciones sociales y políticas: Desarticulaciones y articulaciones. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales 2006 "feb ":1-51.

23. Vargas Melgarejo LM. Sobre el concepto de percepción. *Alteridades* ISSN: 0188-7017 Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa México. *Alteridades* 1994; vol. 4, núm. 8:47-53.

24. Cardona Arango, Doris Medina-Pérez, Óscar Adolfo Cardona Duque, Deisy Viviana. Caracterización del suicidio en Colombia, 2000-2010. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2016;45(3):170-177.

25. Gómez-Restrepo C, De Santacruz C. La Encuesta Nacional de Salud Mental-ENSM 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2016 Dec;45(1):1.

26. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. 2016 Datos para la vida. *Forensis* 2017 "Junio"; Vol. 1 (18):1-649.

27. Paramo P. La investigación en ciencias sociales: Técnicas de Recolección de Información. Bogotá: U. Piloto de Colombia; 2008.

28. Ministerio de Salud. Resolución Número 8430 DE 1993; Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. www.minsalud.gov.co 1993 Oct:1-19.

29. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013; Available at: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>. Accessed June, 2018.

Artículo de revisión

La formulación psicodinámica: un abordaje práctico

Juan Pablo Ortiz Londoño*

* Médico Psiquiatra - ICSN - Clínica Montserrat. Docente del posgrado de psiquiatría - Universidad El Bosque. Candidato a psicoanalista Asociación Psicoanalítica Colombiana

Correspondencia: juanpablo306@gmail.com

Resumen

El siguiente artículo tiene como objetivo presentar una orientación práctica sobre cómo hacer una formulación psicodinámica. Está diseñada pensando sobre todo en residentes de psiquiatría que empiezan a navegar en el mundo de las ideas psicoanalíticas, de la terapia psicodinámica y cuyo bagaje teórico aun es incipiente. También es de interés para todo aquel que desee explorar el mundo de la psicodinámica. Como verán en las referencias bibliográficas, muchas de las ideas aquí sintetizadas vienen de conceptos de la terapia psicodinámica y de la experiencia del autor en dicha psicoterapia. El artículo también está dirigido a explorar en la historia clínica el tipo de preguntas que pueden orientarnos en la formulación, y a la vez busca integrar algunos conceptos psicodinámicos contemporáneos.

Palabras clave: formulación psicodinámica, psicoterapia psicodinámica, teoría psicodinámica.

Summary

The following article aims to provide practical guidance on how to conduct a psychodynamic formulation. It is primarily designed for psychiatry residents who are beginning to navigate the world of psychoanalytic ideas and psychodynamic therapy, and whose theoretical background is still in its early stages. However, it is also of interest to anyone wishing to explore the realm of psychodynamics. As seen in the references, many of the synthesized ideas presented here stem from concepts in psychodynamic therapy and the author's experience in that form of psychotherapy. The article also aims to explore the type of questions that can guide us in formulating the clinical history, while integrating some contemporary psychodynamic concepts.

Keywords: psychodynamic formulation, psychodynamic psychotherapy, psychodynamic theory.

Introducción

¿Qué es una formulación psicodinámica?

Una formulación psicodinámica es una hipótesis de trabajo que surge de las primeras entrevistas de evaluación que se

hace a un paciente. Como toda hipótesis, “tendrá” que pasar por la prueba de la confirmación o refutación a lo largo de todo el proceso terapéutico. Es por lo tanto una brújula, un mapa de inicio y no una estructura rígida.

Una formulación psicodinámica no es solo descriptiva; sino también incluye un por qué. De entrada, tenemos que hacernos preguntas como las siguientes: ¿Por qué esta persona se comporta de esta forma?, ¿Por qué se ve a sí mismo de dicha forma?, ¿por qué a los demás de esta otra?, ¿por qué está respondiendo a mí de esta forma? (transferencia), ¿Por qué está manejando el estrés de dicha manera? (1). Vemos entonces que no solo se limita a una fenomenología de síntomas como podría hacerse basándose en criterios diagnósticos del DSM 5, sino también indaga sobre factores dinámicos inconscientes.

Componentes de la formulación

Siguiendo a Perry, Arnold y colaboradores, la formulación psicodinámica consta de 4 segmentos(2). En el primero hay un breve resumen de la historia clínica del paciente; en el segundo la descripción de los factores no dinámicos; tercero una descripción dinámica dónde se exponen los conflictos centrales, y un cuarto componente dónde se analizan estos datos a la luz de cómo puede afectar el tratamiento y la relación terapéutica. Para profundizar sobre estos componentes recomiendo al lector remitirse al artículo original citado en la bibliografía. Sobre todo, es de sumo interés las diferencias entre etiología y significado en las formulaciones psicodinámicas. Esto quiere decir que hay patologías como los trastornos de la personalidad, donde las formulaciones pueden apuntar a dar explicaciones etiológicas, diferente a un episodio psicótico en dónde la etiología puede estar más en el orden de lo bioló-

gico; sin embargo, sus síntomas como las ideas delirantes en su contenido, pueden tener un significado dinámico.

Hay algunos aspectos prácticos que se deben tener en cuenta a la hora de recolectar información. Lo primero que deberíamos tener en cuenta es la descripción de síntomas y el diagnóstico fenomenológico. Para esta tarea los sistemas clasificatorios en psiquiatría como el DSM o CIE pueden ser útiles. Sin embargo, esto apenas es un paso inicial. Debemos indagar factores estresantes relacionados con el cuadro actual. Ejemplos de estos pueden ser los laborales como la pérdida de empleo o relacionados con la pareja como lo es la terminación de una relación sentimental. Es costumbre que se busquen factores estresantes que pueden tener que ver cronológicamente con el cuadro actual, sin embargo, es importante indagar también sobre aquellos longitudinales. La importancia de hacer dicha recolección es que nos permite ir viendo patrones, que son fundamentales para la formulación.

Luego de este paso, indagamos acerca de la personalidad previa. Una forma de averiguar esto por parte del entrevistador es de la siguiente forma: “Por favor haga una descripción de sí mismo de manera corta de forma que yo me pueda llevar una impresión de cómo es su personalidad o su forma de ser habitual”. Aquí hay que tener varias precauciones. Primero, es importante aclarar que se quiere indagar sobre algo longitudinal. No es inusual que un paciente responda esta pregunta según el afecto del mo-

mento y no haciendo una evaluación a lo largo de su vida. Si el paciente está muy sintomático (sobre todo maniaco o psicótico), es importante poder hacer esta pregunta nuevamente en un momento de menos sintomatología. Una segunda advertencia es que el hecho de que no pueda contestar esta pregunta en el primer intento no implica necesariamente psicopatología. A veces hay que aclarar con ejemplos lo que uno quiere dar a entender con descripción de la personalidad.

Ya superado estos primeros dos pasos, abordamos la historia familiar y personal. En la primera es relevante hacer dos preguntas en una: ¿Cómo describiría a su madre (o cualquier otro miembro de la familia) y como es su relación con ella? En la historia personal resulta útil indagar acerca de los eventos psicosociales del periodo perinatal, la lactancia materna, el cumplimiento de los hitos del neurodesarrollo, el control de esfínteres, la presencia o no de objeto transicional. Durante la infancia averiguar sobre eventos traumáticos, relaciones con pares, figuras de autoridad, rendimiento académico, problemas en la adaptación ansiedad de separación, ingreso al colegio. Durante el periodo de la adolescencia y adulto joven es útil indagar (además de lo que se puede preguntar sobre lo ya preguntado en la infancia) sobre la escogencia de actividades luego de terminación del bachillerato, la formación de relaciones de amistad, relaciones sentimentales, sexualidad. En los adultos las circunstancias relacionadas con la formación de pareja, historia laboral (ha-

ciendo énfasis en los motivos de cambio de trabajo). Ya veremos en la descripción de los distintos enfoques la importancia de varias de estas preguntas.

Enfoques de la formulación desde distintas escuelas psicoanalíticas

En psicoanálisis y psicoterapia psicodinámica es usual hablar de escuelas o enfoques psicodinámicos. No pretendo abarcar todos, sino los más frecuentes en nuestro medio. Sin embargo, es importante aclarar que hacer una división de estas puede ser en muchas ocasiones más teórica que práctica. Incluso autores contemporáneos tienden a tener enfoques integrativos, como por ejemplo Otto Kernberg quien hace una síntesis entre las relaciones objétales y la psicología del yo.

Relaciones objétales

La teoría de las relaciones objétales comprende un grupo de modelos relacionados que tienen en común la idea que la principal fuente de motivación y conflicto psicológico proviene de la internalización temprana de patrones de relacionamiento (3). Como autores representativos de esta escuela tenemos a Fairbairn, Melanie Klein y la escuela Kleiniana. Como mencionábamos antes, Kernberg en su fusión utiliza las relaciones objétales como elemento importante. Entonces vamos a ver que para esta teoría está en juego las relaciones entre uno mismo (*self*) y el objeto, que están teñidas por fantasías y moldes relacionales de la infancia. La formulación de la

posición esquizoparanoide y depresiva por parte de Klein es útil como idea guía para esta teoría. En términos generales y pragmáticos la posición esquizoparanoide implica que en el momento del desarrollo temprano el niño tiene fantasías acerca de lo que significa su entorno. El pecho que gratifica es un objeto bueno, el pecho que frustra (cuando por ejemplo el bebé tiene hambre y no recibe lactancia) es el pecho malo. Esta primera fase se denomina esquizoide porque precisamente el mundo está dividido en dos (bueno y malo). Es paranoide porque se despliegan ansiedades relacionadas (persecutorias, de aniquilación, de desintegración) y se despliegan mecanismos de defensa propios de esta fase (escisión, identificación proyectiva). Con el crecimiento y maduración del individuo estas experiencias se van integrando, llega un punto en que experimenta que esos dos objetos que percibía separados (uno como bueno y otro como malo) en realidad es son uno solo. Aparecen entonces la culpa y reparación, y se adentra en la posición depresiva. Dependiendo de factores constitucionales como ambientales estas fases se desarrollan con mayor o menor traumatismo dejando consecuencias en el estilo relacional. Por ejemplo, los pacientes con rasgos maladaptativos o trastorno de personalidad limítrofe suelen tener relaciones de objetos que recuerdan a la fase esquizo-paranoide en dónde hay interacción entre objetos buenos idealizados y objetos malos persecutorios. Un paciente obsesivo que tiende a ser neurótico puede tener objetos más integrados, pero problemas con el control y la culpa, lo que recuerda más a la

posición depresiva. Según esta teoría el mayor hito del desarrollo psicológico implica la integración de objetos, es decir experimentar la ambivalencia de los objetos, o en otras palabras tolerar que el mundo en general (de las personas, las situaciones, las instituciones, etc.) es de grises, que los seres humanos somos complejos, con nuestras cosas buenas y malas también. El paso desde la posición esquizoparanoide a la depresiva también implica logros en la capacidad de simbolización y mentalización.

Cuando indagamos la historia clínica de nuestros pacientes teniendo de guía esta teoría tenemos que poner especial atención en los vínculos primarios. La mayoría de residentes de psiquiatría cuando se enfrentan a una formulación han tenido poco contacto con el paciente, por lo que se hace necesario enfocarse en aspectos claves durante la entrevista.

Cuando le preguntamos al paciente por la descripción de una figura significativa, debemos tener en cuenta tres cosas (4). Lo primero, si describe esa persona más desde los afectos que desde una descripción externa. Por ejemplo, ¿Cómo describirías a tu mamá?: “la odio” responde un paciente con poca integración en sus objetos. Una persona con mayor integración podría decir algo como: “mi madre es arquitecta, es meticulosa en sus cosas, afectuosa, admiro su entrega al trabajo, pero también noto que es obstinada, en ocasiones peleamos por esto”. Si comparamos, notamos que la segunda descripción nos da una imagen más global y menos caricaturizada que la primera.

El segundo punto en bastante relación con el primero, tiene que ver con la capacidad para tolerar o no la ambivalencia. Las personas con objetos menos integrados tienden a dar descripciones polarizadas de las personas, “mi pareja es perfecta” o “este trabajo es una basura”, contrario a una persona con organización más madura, que puede observar los matices que normalmente tienen las personas, instituciones, etc.

El tercer punto tiene que ver con la capacidad para tolerar que las personas o los objetos tienen su propia agenda, sus propias motivaciones. A un paciente con unos objetos menos integrados se le pregunta sobre su esposa y dice: “cuando salimos a reuniones, le gusta ser desaliñada al vestir, sé que lo hace porque sabe que eso no me gusta, lo hace a propósito”. Otro paciente con organización más madura podrá decir algo como, “cuando salimos a reuniones, le gusta ser desaliñada al vestir, pienso que fue la forma como la criaron, no le da mucha importancia a las apariencias, no me gusta, pero tampoco la voy a cambiar”. Como mencioné más arriba, acá lo importante es ver patrones de relacionamiento, la descripción de una sola relación no es suficiente. Hay que recordar que esta forma de relación no solo se da con personas. Entonces en la historia clínica van a ser útiles aspectos como la vida laboral. Por ejemplo, un paciente tiene historia de 6 trabajos diferentes de donde salía por desmotivación. Este puede decir al entrevistador: “al comienzo pensé que era el trabajo perfecto, pero rápidamente todos me decepcionaron”. En caso de

pacientes más jóvenes su relación con el entorno académico puede ser de utilidad. También tenemos que ver cómo esos moldes relacionales se activan en la transferencia. Cuando indagamos en el pasado de nuestro paciente muchas veces es fácil identificar el origen de estos moldes relacionales. Por ejemplo, un padre que abandona el hogar es frío y con poco contacto con su hijo, influye en que el paciente construya un molde donde hay un *self* inferior, abandonado frente a un objeto frío y distante; patrón que se puede activar en otras relaciones de la vida del paciente. En otras ocasiones estas historias no surgen de manera tan marcada en la memoria, y por lo tanto hay que inferirlas del patrón de relación actual.

También es importante evaluar la calidad de los vínculos. Unos vínculos maduros se van a caracterizar por: confianza, reciprocidad, intimidad (1). Las personas más ancladas en la posición esquizoparanoide van a tener más dificultad para establecer relaciones que cumplan los tres criterios. Por ejemplo, una persona narcisista que se mueva dentro de una organización limítrofe podrá decir algo como: “estoy en este matrimonio solo por dinero”. Una pregunta de utilidad práctica puede ser: “si hacemos la lista de sus mejores amigos hace 10 años, hace 5 años y ahora, ¿Crees que coincidirían estas listas?”. Las personas más ancladas en posiciones depresivas tienden a tener vínculos más estables, duraderos. Una persona con poca integración en sus vínculos podrá decir: “solo me hablo con los amigos del trabajo actual, los de la universidad son unos traicioneros”.

Dinámicamente, se pueden ver además a los psicofármacos, en términos de relaciones de objeto. Es decir, los medicamentos pueden tener significados específicos para los pacientes. (1). Puede ser que, para una paciente con pobre introspección, la formulación de un medicamento signifique que su problema solo se deba a “unos neurotransmisores desajustados”; para otra persona con rasgos narcisistas puede implicar una afrenta a su autoestima: “he tomado medicamentos, pero los dejo, yo creo que no necesito estos, no creo que necesite ayuda, pero vengo acá por insistencia de mi pareja”. En otro paciente el psicofármaco puede representar una forma de control por parte de su terapeuta, o alguien con rasgos paranoides podrá desconfiar de forma importante de la prescripción hecha por su médico. No sería inusual que alguna persona con conflictos acerca de la necesidad de dependencia idealice la medicación y le atribuya esperanzas poco realistas. En últimas, hay que pensar la relación con la medicación como una relación entre el *self* (del paciente) y un objeto (el medicamento), teñido de una fantasía y atado a un afecto específico.

Otro aspecto importante en el modelo de las relaciones objetales es el uso de mecanismos de defensa. Las personas más ancladas en la fase esquizoparanoide tienden a utilizar mecanismos de defensa más primitivos o basados en la escisión (idealización/devaluación, identificación proyectiva, negación primitiva, control omnipotente), las personas más neuróticas tienden a utilizar

mecanismos de defensa más maduros o basados en la represión (racionalización, intelectualización, formación reactiva, sublimación, proyección neurótica). Una forma útil para percibir los mecanismos de defensa consiste en examinar nuestra contratransferencia. Es usual que cuando interactuamos con personas con estructuras más integradas, contratransferencialmente no tendemos a sentirnos presionados, incómodos, devaluados o idealizados, cosa que sí pasa con estructuras menos integradas en donde nuestra contratransferencia da señales de alarma.

Teoría del self

En esta teoría el principal protagonista es Heinz Kohut. A diferencia del yo que es un concepto más mecánico (propio de la metapsicología freudiana del siglo XIX) el concepto del *self* (o sí mismo) es más propio de la concepción existencialista del siglo XX. Dicho autor comenta: “la psique del hombre moderno, aquella que describieron Kafka, Proust y Joyce, está debilitada, fragmentada en múltiples partes y carente de armonía. De ello se desprende que no podremos comprender de forma adecuada a nuestros pacientes, y explicarnos lo que a ellos les ocurre, si pretendemos hacerlo con la ayuda de un modelo de conflictos inconscientes, no apto para ello” (5). Kohut privilegió los aspectos deficitarios en la construcción de la autoestima sobre los aspectos conflictivos del psicoanálisis freudiano. Si bien, su teoría inicialmente abarcaba una casuística de pacientes con trastornos narcisistas, más adelante consideró que la constitución del *self* es

el mayor hito del desarrollo psicológico del individuo. Por lo tanto, sus conceptos son de uso extensivo para el resto de las psicopatologías. Este autor parte de la base que para un *self* sano, el niño necesita de unos objetos del *self* (*self-objects*) adecuados. Por objetos de *self* entendemos a una persona, o representación de una persona que son fundamentales en la constitución del narcisismo sano (6). Las funciones de estos objetos recaen en los cuidadores primarios. Son tres las funciones de estos objetos: el reflejo, la idealización y la gemelaridad. El primero hace referencia a esta función que tienen los padres para reflejar lo que hace el niño. Palabras como “lo estás haciendo bien” o “qué bien te ves” son importantes para ir construyendo un *self* sano con todas sus funciones (autoestima, identidad, regulación de los afectos). Aquí también es importante considerar conceptos como la frustración óptima, ya que niños sobregatificados, también van a poder tener problemas en la constitución de su *self* más adelante. La idealización también es muy importante; el infante en sus primeros momentos necesita contar con unas figuras que considera como fuertes, presentes y que puedan idealizar, para obtener de ellos la sensación de calma, infalibilidad y omnipotencia. Muchas veces por algunas dificultades como ausencias, o enfermedad de los padres, este proceso no logra su mejor curso. La tercera función tiene que ver con lo gemelar. El niño necesita saber que pertenece a un grupo, a una comunidad, a un mundo de iguales. Cuando hay dificultades con estas funciones, esto se puede representar en pro-

blemas afectivos, consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de personalidad en dónde se adoptan estrategias como inflar la autoestima o buscar incansablemente a quién idealizar, se convierten en formas de regular la autoestima. La carencia de una función gemelar se convierte en situaciones dónde esa persona puede sentir que no pertenece, a ningún grupo, a ninguna comunidad, a ningún proyecto especial.

Entonces dirigiéndonos a la historia clínica, hay unos aspectos de importante indagación. Un aspecto central es cómo la persona se describe a sí misma. Alguien que dice simplemente “no sé, ni idea, no me conozco”, nos habla de una difusión de identidad, contrario a una persona que se describe de forma compleja, explorando sus tonalidades de grises. Los hobbies también resultan de interés en este aspecto. Tener hobbies constantes y significativos hablan de fortalezas en la constitución de su *self*. En el caso contrario alguien puede decir “nunca he tenido hobbies” u otra persona puede decir “sí tengo, pero los abandono rápidamente”. Una persona con rasgos dependientes podrá decirnos: “pues siempre termino haciendo las cosas que hace mi pareja, pero no siento que tenga actividades de ocio propias”. Se puede indagar también la elección de sus estudios o labores luego del colegio. Alguien puede decir “yo la verdad no sabía qué estudiar, me metí a estudiar derecho porque creo que tiene salida, pero la verdad odio ser abogado”. Otra persona con una integración de su *self* puede decir: “de niño siempre me gustaron las matemáticas, me encantaba

jugar con armatodos, en el colegio sabía que quería ser ingeniero civil. Me gusta mucho mi carrera, me proyecto en el futuro en esta profesión. Es algo que hago no solo porque me da de vivir sino porque le da sentido a mi vida”.

Tener una cohesión del *self* también implica ver a los demás de forma más cohesiva, es decir con sus ambigüedades, con sus complejidades. Esto se va a materializar en la madurez o no que asuma los vínculos, los proyectos, las tareas en general. Otra área de igual importancia para la evaluación tiene que ver con la regulación de la autoestima. Algunas preguntas orientadoras pueden ser las siguientes: Háblame de alguna vez que querías algo que no conseguiste. ¿Cómo te sentiste en ese momento? Todas las personas tenemos cosas que no nos hacen sentir orgullosos acerca de nosotros mismos. ¿Qué tipo de cosas lo hacen sentir a usted así? ¿Tiende a sentir que las personas alrededor de usted son incompetentes?, ¿Tiende a sentirse como el menos competente del grupo? (1).

Como en los otros modelos es importante indagar el uso de mecanismos de defensa. Si bien en el psicoanálisis clásico se ve los mecanismos de defensa como respuesta a conflictivas donde las pulsiones agresivas y sexuales están en la base, en la psicología del *self* se entienden estos mecanismos como respuestas a la no cohesión o fragmentación del *self*.

Psicología del yo

La psicología del yo es una corriente psicoanalítica que parte de los desarrollos

tempranos de Freud en dónde hay un choque entre el funcionamiento mental consciente e inconsciente, en dónde las pulsiones del ello luchan contra las defensas que el yo construye para contenerlos. (Mitchell et al., 2004). Autores importantes en esta escuela son Ana Freud, Hartman, Margaret Mahler. Para esta escuela entonces, el choque entre pulsiones agresivas, libidinales y las defensas que se desarrollan juegan un rol central. Otra forma de ver esto es como un choque entre algo que se desea con algo que se teme. Freud consideraba que el desarrollo psíquico pasaba por diferentes fases o etapas del desarrollo, ancladas a diferentes zonas erógenas. Se fueron constituyendo entonces unas fases del desarrollo psicosexual: oral con sus subdivisiones entre succión y sádica, en dónde el conflicto central es con la dependencia y los mecanismos de defensa más frecuente son la identificación proyectiva, escisión; la anal con sus subdivisiones entre fase temprana y tardía, en dónde el conflicto central es con el control, y las defensas involucradas tienen que ver con la formación reactiva, la disociación ideó afectiva, racionalización e intelectualización; la fase fálica en dónde la conflictiva edípica cobra mayor importancia y se despliegan mecanismos de defensa como la represión, somatización, desplazamiento y por último la fase genital. Cada uno reflejaba un avance en la maduración psíquica y relación con el objeto.

Abraham ligó la tradicional clasificación psiquiátrica a estas fases. Así consideró que la esquizofrenia estaba vinculada

con la primera sub-fase oral de succión, el trastorno bipolar (o enfermedad maníaco-depresiva como la llamaba), estaba ligado con la fase oral sádica, la paranoia con la temprana fase anal, el trastorno obsesivo con el estadio anal tardío, la histeria con la fase fálica, y la personalidad normal con la fase genital. El esquizoide, depresivo y los trastornos del impulso eran variantes del carácter oral, los desórdenes paranoides y obsesivos eran variantes del carácter anal y los trastornos histéricos variantes del carácter genital (8).

Contemporáneamente se han complementado esta visión del psicodesarrollo, no solo viéndolo como un conjunto de regresiones y fijaciones a etapas pre-edípicas. Por ejemplo, la personalidad obsesiva no se vería simplemente como el producto de la regresión a la fase anal, si no que cobran interés, los elementos interpersonales, la autoestima, manejo de la ira, la dependencia, el estilo cognitivo (9). También se ha retado la idea de que conflictos específicos obedecen a zonas erógenas específicas. Por ejemplo, aunque conflictos con el control han sido vistos tradicionalmente como conflictos anales, en la fase oral un niño puede estar luchando con los padres sobre el succionar o escupir el biberón. Otro ejemplo puede ser en la fase oral dónde si bien el conflicto principal es sobre la dependencia, este problema también se puede presentar en fases posteriores (8).

Caso clínico

Alejandra (A) es una paciente en la tercera década de la vida (29 años) que

consulta por un cuadro clínico de tres semanas de evolución consistente en ánimo triste la mayor parte del día todos los días, anhedonia, ideas de minusvalía, desesperanza, ideas de muerte con ideas pobremente estructuradas de suicidio. Como factor estresante actual comenta ruptura de relación de pareja en la que llevaba 6 meses de relación, comenta al respecto: “no sé por qué todas mis relaciones se terminan dañando”. También desde hace tres años presenta conductas de *cutting* en antebrazo izquierdo. Este es su tercer episodio depresivo, ocurriendo el primero a los 16 años, el segundo a los 20. Los factores estresantes de esos episodios también estuvieron en el contexto de ruptura de relación de pareja. Ha tenido tratamientos farmacológicos en el pasado con Sertralina (un mes), escitalopram (tres semanas), bupropión (dos meses). Al respecto comenta: “al inicio funcionan muy bien, pero luego dejan de funcionar, no los sigo tomando”.

Alejandra es abogada, vive sola con dos mascotas, un perro y un gato. Trabaja como escribiente en un juzgado hace seis meses. Se gradúa a los 24 años, ha tenido varios empleos a lo largo de su historia laboral, alrededor de 4. De esto comenta: “o me aburro o me echan por algún problema, es que la gente no soporta que le digan la verdad en la cara. Al comienzo no es así, pienso que estoy en el mejor sitio para trabajar. En una ocasión renuncié sin pensarlo”. Ampliando su historia de relaciones sentimentales comenta 5 relaciones de importancia, de lo que comenta: “al comienzo todos se portan como unos príncipes, pero después pe-

lan el cobre”. Profundizando sobre esto vemos como la paciente se apega fuertemente a las parejas, se vuelve demandante progresivamente y luego se siente rechazada.

En relación con las actividades de tiempo libre comenta: “no sé, cuidar mis mascotas es lo único que hago además de trabajar...creo que me gustan pocas cosas. Cuando estaba con mi anterior novio me gustaba ir a escalar, ya ahora no me interesa”. En su personalidad previa se define como “normal, como cualquier persona, muchas veces hago cosas por impulso”. Cuando se indaga sobre vínculos de amistad dice que sale en ocasiones con los compañeros del juzgado, “salimos como a unas cervezas y ya”, no tiene vínculos de amistad significativos en el momento. Se indaga sobre anteriores amistades: “se han alejado, me di cuenta de que no se puede ser sincera porque eso no le gusta a la gente”. Profundizando sobre esto, Alejandra reconoce parcialmente que puede llegar a ser invasiva y demandante en sus vínculos de amistad.

Al explorar su historia familiar sus padres son casados, abogados, tiene una hermana arquitecta y un hermano médico. De la familia comenta: “mis papás se la pasaban trabajando, a veces pienso que no les importaba sus hijos, recuerdo que me daban las cosas materiales, mi mamá era más afectuosa que mi papá, pero tampoco estaba mucho en casa”. De los hermanos comenta: “con mi hermana nos hablamos, pero peleamos bastante, a veces resulta mejor estar a distancia”.

Del hermano comenta: “un sol, siempre pendiente y presente, no recuerdo nunca haber peleado con él o disgustarme”.

A continuación, me enfocaré en la formulación de sus aspectos dinámicos y en la predicción de respuestas a la situación terapéutica. Es decir, los puntos 3 y 4 de la formulación psicodinámica en modelo de Perry, Arnold y colaboradores.

Formulación desde las relaciones objetales

La descripción de la relación con sus padres desde la infancia supone la introyección de unos objetos considerados como poco disponibles, y una visión de sí misma empobrecida, de alguien abandonada. La escenificación de este molde relacional lo podemos ver en sus relaciones interpersonales de importancia, dónde vemos que, en A, hay cierta tendencia a ver estas personas de forma polarizada. Sus exparejas resultan siendo “malas”, decepcionantes al igual que las empresas dónde ha trabajado y que ha salido por dificultades. Esto contrasta con relaciones idealizadas como la que tiene con el hermano, o como las que tenía con sus parejas antes de las dificultades “se comportaban como unos príncipes”, comentaba. En respuesta a esto se defiende con mecanismos como la idealización/devolución, también es relevante el uso de la identificación proyectiva, dónde proyecta su agresión por ejemplo con personas que ha trabajado y luego racionaliza diciendo “es que la gente no le gusta que le digan las cosas en la cara”. Vemos que sus vínculos de amistad son pobres, carecen de las características de las relaciones

profundas. Sus amigos más cercanos son los del actual trabajo en dónde socializa ocasionalmente. Estos vínculos no son personales y carecen de reciprocidad y confianza.

Dado el tipo de vínculos que A establece, es esperable que tanto la alianza terapéutica, como la prescripción de los medicamentos si llega a necesitar, impliquen que el terapeuta deba estar atento a las relaciones de objeto que se establezcan tanto con el terapeuta, como con el fármaco. Es esperable que estos dos componentes estén fuertemente afectados y sean vistos como objetos parciales. El terapeuta a través de la interpretación de la transferencia, de las clarificaciones y confrontaciones de las relaciones *self*-objeto que establece la paciente, logrará que Alejandra vaya integrando una visión de sí misma y de los otros más ambivalente, es decir, que pueda ir integrando progresivamente los aspectos positivos y negativos del objeto en forma global.

Formulación desde la psicología del yo

Vemos en A una conflictiva importante relacionada con miedo al abandono, a la separación, lo que sugiere conflictivas de características orales. Es decir, inconscientemente anhela vincularse, aferrarse, sin embargo, su temor al abandono hace que constantemente esté generando presión que lleva a lo opuesto, es decir, al rechazo. Es probable que estas dificultades tengan relación con las experiencias tempranas, ya que no pudo establecer unas figuras primarias que pudiera sentir seguras, confiables. Su modo de funciona-

miento lo vemos sobre todo en la forma como asume sus relaciones sentimentales. Primero hay un apego importante y ante la necesidad de hacer este vínculo “más seguro”, demanda más atención de sus parejas para luego ser rechazada. Vemos que esto es similar en sus relaciones de amistad, lo cual la ha llevado al aislamiento. Ante esa conflictiva despliega mecanismos de defensa como la idealización/devaluación, la identificación proyectiva, el control omnipotente, todos estos destinados a negar la separación del objeto y a tratar de mantener de una y otra manera la constancia objetal. Respecto a su funcionamiento yoico vemos algunas fortalezas y algunas deficiencias. Si bien es una mujer que ha logrado terminar una carrera universitaria sin mayor dificultad, en el momento se desempeña en un cargo por debajo de su formación académica. La forma en que ha terminado algunos vínculos laborales y sus conductas de *cutting* nos hablan de dificultades para regular los afectos y los impulsos. Su prueba de realidad está conservada.

Se trata de una paciente en quien ante todo hay que fortalecer la alianza terapéutica desde el inicio del tratamiento dado sus dificultades en sus funciones yoicas y el uso predominante de mecanismos de defensa primitivos. Es probable, que al inicio del tratamiento la paciente se vincule de forma dependiente, para luego pasar a ser demandante y sensible a lo que puede interpretar como rechazo por parte del terapeuta. El terapeuta, utilizando herramientas como la confrontación, clarificación, las inter-

pretaciones transferenciales, pero también haciendo uso de interpretaciones históricas, podrá ir construyendo con la paciente el insight que necesita para que su relacionamiento inconsciente se vaya haciendo cada vez más consciente, y esto incida favorablemente en su salud mental.

Formulación desde la psicología del *self*

La descripción que hace A de sus figuras primarias como ausentes y poco disponibles nos hace pensar que la paciente no pudo encontrar unos objetos del *self* significativos que supliera las funciones de espejamiento, idealización y generalidad requeridos para el desarrollo de un *self* sano y cohesivo.

Vemos que A tiene una pobre definición de sí misma, dificultándose integrar aspectos importantes de su identidad con las elecciones que toma en torno el trabajo, las relaciones de pareja. Esto unido a una dificultad para regular su autoestima que ha generado dificultad para mantener metas y proyectos a largo plazo, como lo vemos en su vida laboral donde no ha tenido trabajos estables y funciona por debajo de sus capacidades. Un elemento significativo es cuando se le pregunta sus actividades de ocio o tiempo libre, responde al entrevistador diciendo que no tiene o que tiene pocos significativos que le den un sentido vital a su existencia. Su *self*, en constante riesgo de fragmentación usa mecanismos defensivos para evitarlo. Uno de estos es la idealización, lo vemos como se relaciona inicialmente con parejas o lugares de trabajo, o incluso con los medicamentos,

siendo esto de suma importancia para la regulación de la autoestima. Este uso rígido de la idealización probablemente está relacionado la deficiencia de un objeto del *self* que supliera estas funciones en los primeros años.

Es probable que durante el tratamiento la paciente inicialmente despliegue transferencias narcisistas (especular, gemelar, idealizada) y el terapeuta deba estar sensible a estas necesidades, proporcionando las funciones de *self-object* con las que no contó en la infancia, para que su *self*, detenido en su desarrollo, pueda aspirar a la cohesión. El uso de la empatía será piedra angular para ofrecer al paciente primero comprensión y luego explicación de sus fenómenos psíquicos.

Consideraciones finales

Se describió la formulación a la luz de tres teorías psicoanalíticas. Sin embargo, es importante hacer algunas aclaraciones. Cada una de las teorías surge en un contexto y problemática particular. La teoría que más se acerca a lo que clásicamente se ha concebido como psicoanálisis freudiano es la psicología del yo, de mucha utilidad sobre todo con pacientes con estructuras más neuróticas, lo cual no quiere decir que no se pueda utilizar en otras problemáticas. También es conocido, que la teoría de las relaciones objétales en sus inicios emerge ante la problemática de poder analizar a pacientes no tan neuróticos “borderline, incluso psicóticos”. Pero como la teoría anterior, su uso puede ser extensivo al resto de la psicopatología. En el caso de la teoría del *self*, también es conoci-

do que surge ante el problema de poder tratar psicoanalíticamente a las personas narcisistas, pero como las otras dos teorías, son aplicables al resto de psicopatología. Esta situación puede hacernos pensar que existen ciertas patologías que encajan mejor con ciertas teorías. Hay razones históricas para pensar que eso es así; sin embargo, el estudiante debe privilegiar la observación de su paciente y no preocuparse por “encajar teorías”. Otra advertencia tiene que ver con la utilización de uno o múltiples enfoques a la hora de realizar la formulación. Por motivos académicos y pedagógicos es habitual que a los residentes se le pida trabajar con una teoría. No obstante, Gabbard señala que con algunos pacientes un solo modelo puede tener un mayor valor explicativo que otro, pero en otros casos obtener soporte de más de un modelo puede ser útil para entender la psicopatología (9).

Referencias

1. Cabaniss D, Cherry S, Douglas C, Graver R. Psychodynamic formulation. 2013 [citado el 3 de junio de 2023].
2. Perry Samuel. La formulación psicodinámica: su propósito, estructura y aplicación clínica. *The American Journal of Psychiatry*. 1987;543–50.
3. Clarkin J. Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook. 2010 [citado el 3 de junio de 2023].
4. Akhtar S. Broken structures: Severe personality disorders and their treatment. 2000 [citado el 3 de junio de 2023].
5. Nemirovsky C. Winnicott y Kohut-La intersubjetividad y los trastornos complejos: Nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría. 2020 [citado el 21 de junio de 2023].
6. Lessem P. *Self psychology: An introduction*. 2005 [citado el 3 de junio de 2023].
7. Mitchell S, del MBM allá de F una historia, 2004 undefined. Más allá de Freud: Una historia del pensamiento psicoanalítico moderno.
8. Josephs L. *Character and self-experience*. Jason Aronson; 1995.
9. Gabbard G, Horigian V. *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. 2002 [citado el 5 de junio de 2023].

Avances neurocientíficos en depresión, un paso inicial para el entendimiento del trastorno depresivo y su adecuado enfoque terapéutico

Sebastián Ghiso Jiménez*

* Médico Psiquiatra - Egresado del posgrado de psiquiatría - Universidad El Bosque, ICSN - Clínica Montserrat.

Correspondencia: sghisoj@hotmail.com

Resumen

Introducción: En contraste con los avances vertiginosos de la medicina en las últimas décadas, la psiquiatría apenas está experimentando un despertar en busca de integrar los últimos avances científicos en neurociencias con las bases psicológicas y psicoterapéuticas clásicas.

Objetivo: El objetivo de este artículo fue revisar los avances en la comprensión de la depresión, un trastorno psiquiátrico de alta carga económica y social, y explorar los enfoques diagnósticos y terapéuticos contemporáneos.

Método: Se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura científica para recopilar información relevante sobre la depresión, incluyendo avances en la comprensión neurobiológica, factores de riesgo genéticos, clasificación clínica, diagnóstico diferencial y abordajes terapéuticos.

Resultados: Los estudios han revelado que la depresión tiene una base neurobiológica, incluyendo la inflamación crónica, anomalías en circuitos neurales y disfunción de neurotransmisores. Se han identificado factores de riesgo genéticos y se han propuesto modelos de clasificación clínica para mejorar el diagnóstico y la elección del tratamiento. Además, se ha demostrado la comorbilidad entre la depresión y trastornos de ansiedad, lo cual tiene implicaciones en el pronóstico y el enfoque terapéutico.

Conclusiones: Los avances en la comprensión de la depresión han permitido un enfoque más personalizado y basado en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento. El reconocimiento de la base neurobiológica y los factores de riesgo genéticos pueden ofrecer nuevas perspectivas en la prevención y el manejo de la depresión. Sin embargo, se requiere más investigación para mejorar la comprensión de la enfermedad y desarrollar intervenciones más efectivas.

Palabras clave: depresión, neurobiología, tratamiento.

Summary

Introduction: In contrast to the rapid advances in medicine in recent decades, psychiatry is only now beginning to awaken in its quest to integrate the latest scientific advancements in neuroscience with classical psychological and psychotherapeutic foundations.

Objective: The objective of this article was to review the progress in understanding depression, a psychiatric disorder with significant economic and social burden, and explore contemporary diagnostic and therapeutic approaches.

Method: A narrative review of the scientific literature was conducted to gather relevant information on depression, including advances in neurobiological understanding, genetic risk factors, clinical classification, differential diagnosis, and therapeutic interventions.

Results: Studies have revealed that depression has a neurobiological basis, including chronic inflammation, abnormalities in neural circuits, and neurotransmitter dysfunction. Genetic risk factors have been identified, and clinical classification models have been proposed to improve diagnosis and treatment selection. Additionally, comorbidity between depression and anxiety disorders has been demonstrated, which has implications for prognosis and therapeutic approaches.

Conclusions: Advancements in the understanding of depression have allowed for a more personalized and evidence-based approach to diagnosis and treatment. The recognition of the neurobiological basis and genetic risk factors can provide new perspectives on the prevention and management of depression. However, further research is needed to enhance our understanding of the illness and develop more effective interventions.

Keywords: depression, neurobiology, treatment.

Introducción

Mientras la medicina avanzó a un ritmo vertiginoso en el último siglo, la psiquiatría durmió un profundo sueño del que empieza a despertar, intentando ponerse a la par de los avances científicos del momento. Se busca integrar las bases psicológicas y psicoterapéuticas clásicas a los más grandes adelantos de las neurociencias, desde la neuroimagen funcional hasta la neurofarmacología, pasando por la genética y epigenética; pudiendo establecerse de una manera más rigurosa la base anatómica de la psique y sus trastornos, encontrando a su vez nuevas estrategias terapéuticas a los mismos, basadas en el mayor entendimiento de su origen, curso y potencial tanto de prevención como de recuperación (1, 2).

Discusión

Dentro de los trastornos psiquiátricos, uno de los que más ha sido estudiado ha sido la depresión, en parte por su alta carga económica y social generada, la elevada prevalencia y su cada vez más clara tendencia a la cronicidad e incapacidad, en caso de no realizarse un abordaje temprano y adecuado. Sin embargo, su estudio no ha sido plenamente satisfactorio, la respuesta a los antidepresivos llega sólo al 42% y su clasificación descriptiva carece de valor predictivo a la hora de determinar tratamiento farmacológico o pronóstico, por lo que empezó a tener mayor valor el estudio neurocientífico enfocado a la etiología neurobiológica, determinando que la inflamación, la anormalidad en circui-

tos neurales y la disfunción de los neurotransmisores; que se adicionan a otras conocidas causas de pobre respuesta al tratamiento como las características melancólicas, el trauma temprano y la pertenencia al espectro bipolar.

Por un lado, se han realizado muchos estudios clínicos con el fin de poder clasificar la depresión según su potencial de respuesta al tratamiento, a modo de estadios clínicos y no sólo de forma descriptiva. Surgieron así los modelos de clasificación de Thase y Rush, el modelo europeo de estadificación, el modelo de estadificación del hospital general de Massachussets, el modelo de estadificación de Maudsley y el modelo de estadificación de McGorry. A su vez, se lograron determinar factores biológicos entrelazados a factores psicológicos que producen un mayor riesgo de mal desenlace clínico, como lo son la alteración del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, la disminución del volumen del hipocampo, la hiperactividad amigdalina y el estado proinflamatorio, secundario al estrés crónico, el estrés agudo de alto impacto o el estrés en edades tempranas de la vida.

Por otro lado, se identificaron algunos hallazgos genéticos como polimorfismos en la región precursora del gen del transportador de serotonina, interacción entre polimorfismos del 5HT2A, CREB1, BDNF y el NTRK2; los cuales se han podido evidenciar como factores de riesgo para presentar depresión, para que esta sea más severa o incluso para que su respuesta al tratamiento sea subóptima.

Siendo así, la depresión llegaría a tener un curso más predecible, que favorecería un enfoque terapéutico acertado, la prevención primaria de síntomas depresivos en personas de riesgo y la evitación de la recurrencia a modo de prevención terciaria en pacientes que ya presentaron un primer episodio depresivo (3-6).

En la investigación contemporánea ha tenido relevancia el desarrollo de nuevas hipótesis etiológicas del trastorno depresivo, puesto que la hipótesis monoamérgica y sus variaciones, a pesar de ser un gran paso en la historia del trastorno depresivo, no es suficiente para explicar sus múltiples manifestaciones y la variabilidad de su curso clínico. Una de estas es la inflamación crónica, que tiene la gran ventaja de poderse visualizar a través de la elevación de marcadores como reactantes de fase aguda y citoquinas proinflamatorias, con el desarrollo de depresión; demostrándose que los estímulos proinflamatorios se asocian con la aparición de sintomatología depresiva a través de múltiples vías como el metabolismo de las monoaminas, la función neuroendocrina, la neuroplasticidad, la estructura neuronal, los circuitos relacionados con la regulación del estado de ánimo, la disminución del soporte neurotrófico, la excitotoxicidad glutamatérgica con su consecuente pérdida de elementos gliales y la disminución de la capacidad de respuesta a estresores internos y externos causada por la marcada disminución del BDNF que genera la inflamación. Estos adelantos han favorecido el desarrollo de nuevas dianas terapéuticas dentro del arsenal farma-

cológico contra la depresión, dentro de estas destacan las cicloxigenasas, la proteína cinasa activada por mitógeno p38, el factor Kappa-Beta nuclear, la eindo-leamina 2-3 dioxigenasa y algunas cito-cinas proinflamatorias; evidenciándose como la inhibición de vías inflamatorias podría favorecer mejoría sintomática y potenciar el efecto antidepressivo, en determinados pacientes. Mientras tanto desde el punto preventivo se plantea como evitar el estrés psicosocial, la obesidad, el desequilibrio entre linfocitos T reguladores y proinflamatorios; dándose en conjunto la posibilidad de plantear tratamientos personalizados enfocados en la causalidad neuro inmunológica de la depresión (8–10).

Cobra importancia a su vez el adecuado abordaje diagnóstico, en el que se puedan identificar trastornos comórbidos, predisponentes o diferenciales del trastorno depresivo; para de este modo poder enfocar de una manera más efectiva el tratamiento a instaurar, predecir la respuesta del mismo y el curso clínico de la enfermedad. Entre los diagnósticos diferenciales del trastorno depresivo está el duelo prolongado, una entidad nosológica con duración mayor a 6 meses, en la que predomina un dolor psíquico de mayor intensidad o duración tras la pérdida definitiva de un ser querido; se asocia a disfunción y discapacidad duradera significativa. El dolor y angustia son devastadores y desestructurantes, siendo progresivos o estables a través del tiempo; dominando la mayor parte de pensamientos, sentimientos o comportamientos del paciente, asociado a esto

pueden darse los síntomas disociativos. Dicho diagnóstico no fue incluido en el DSM-5 y se plantea que requiere mayores estudios para ser incluido en el mismo. Es a su vez un factor de riesgo para desarrollar trastornos depresivos, abuso de alcohol y trastorno de estrés posttraumático, en especial si hay presencia de ideación suicida, deterioro funcional, disociación peri traumática y baja calidad de vida (6).

La ansiedad, por su parte, tiene un inicio temprano y puede ser predictor de depresión, al ser un factor desencadenante de la depresión en personas vulnerables; cursando con alteración en eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA) y dis-regulación serotoninérgica. Se encontró además, cómo la depresión y la ansiedad comparten vulnerabilidades genéticas, personalidades donde predomina el neuroticismo y la desesperanza; antecedentes psicosociales como situaciones de peligro, atrapamiento, humillación o pérdida. Dicha comorbilidad empeora el pronóstico de la depresión y adicionalmente se asocia a mayor ideación suicida. Se ha relacionado también con mayor presencia de afectividad negativa premórbida y la presencia de hipomanías sub sindrómicas. En este caso se sugiere en tratamiento de la comorbilidad trastorno de ansiedad y depresión, usar no sólo un antidepressivo, sino añadiendo también medicación ansiolítica, psicoterapia y vigilancia estrecha de la intencionalidad suicida. Tienen mayor evidencia la venlafaxina junto a ciclos cortos de benzodicepinas y en menor grado los ISRS, el alprazolam solo, la

mirtazapina, la moclobemida y la nor-triptilina (11–13).

Conclusión

Con estos avances nosológicos, neurobiológicos, etiológicos, diagnósticos y terapéuticos, el clínico puede abordar de manera más efectiva el trastorno depresivo, evitando así el sufrimiento del paciente y sus complicaciones como la recurrencia, resistencia al tratamiento o la ideación suicida. Se espera que a medida que se desarrollen nuevos elementos terapéuticos, se pueda beneficiar a un mayor número de individuos, para finalmente reducir el impacto de tan frecuente trastorno en el mundo contemporáneo y las futuras generaciones.

Referencias

1. Roffman J, et al. Neuroscience in Psychiatry Training: How Much Do Residents Need To Know? *Am J Psychiatry* 2006; 163:919-926.
2. Kandel ER. (1998) A New Intellectual Framework for Psychiatry. *Am J Psychiatry*, 155:457–469
3. Verduijn J, Milaneschi Y, van Hemert AM, Schoevers RA, Hickie IB, Penninx BW, Beekman AT. Clinical staging of major depressive disorder: an empirical exploration. *J Clin Psychiatry*. 2015 Sep;76(9):1200-8.
4. Guidi J, Tomba E, Cosci F, Park SK, Fava GA. The Role of Staging in Planning Psychotherapeutic Interventions in Depression. *J Clin Psychiatry*. 2017 Apr;78(4):456-463. doi: 10.4088/JCP.16r10736.
5. Murphy JA, Sarris J, Byrne GJ. A Review of the Conceptualisation and Risk Factors Associated with Treatment-Resistant Depression. *Depress Res Treat*. 2017;2017:4176825.
6. van Belkum SM, Geugies HH, Lysen TS, Cleare AJ, Peeters FPML, et al. Validity of the Maudsley Staging Method in Predicting Treatment-Resistant Depression Outcome Using the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry*. 2018 Jan 23;79(1).
7. Robinaugh DJ, et al. Recognizing and treating complicated grief. *Current Psychiatry* Vol. 11, No. 08 / August 2012.
8. aan het Rot M, et al. Neurobiological mechanisms in major depressive disorder. *CMAJ*. 2009 Feb 3;180(3):305-13. doi: 10.1503/cmaj.080697.
9. Hughes MM et al. Stress-Related Immune Markers in Depression: Implications for Treatment. *IntJNeuropsychopharmacol*. 2016 Jan 16. pii: pyw001. doi: 10.1093/ijnp/pyw001.
10. Miller AH, et al. La inflamación y sus desencantos: papel de las citocinas en la fisiopatología de la depresión mayor. *Psic Biol*. 2010;17(2):71–80.
11. Simon NM. Generalized anxiety disorder and psychiatric comorbidities such as depression, bipolar disorder, and substance abuse. *J Clin Psychiatry*. 2009;70 Suppl 2:10-4.
12. Nutt D, Argyropoulos S, Hood S, Potokar J. Generalized anxiety disorder: A comorbid disease. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2006 Jul;16 Suppl 2:S109-18.
13. Goldberg D, Fawcett J. The importance of anxiety in both major depression and bipolar disorder. *Depress Anxiety*. 2012 Jun;29(6):471-8. doi: 10.1002/da.21939. Epub 2012 May 2.

Artículo de revisión

El chiste de la terapia y la terapia del chiste

Manuel Alejandro Pinzón Olmos¹, Sofia Graciela Sicard Gomez²

1. Médico residente de psiquiatría (2023). Posgrado de psiquiatría - ICSN - Clínica Montserrat - Universidad El Bosque.
2. Médica general. Universidad de los Andes.

Correspondencia: manuelpinzon523@gmail.com

Resumen

Objetivo: Realizar una revisión de la literatura acerca de las diferentes intervenciones terapéuticas desde el enfoque del humor y la gracia del chiste.

Métodos: Revisión narrativa de la literatura, con búsqueda realizada en las principales bases de datos como PUBMED, LILACS y ProQuest, y en libros relacionados con la psicoterapia y sus alternativas de intervención, en las que se defina el rol del humor y el chiste como parte de la relación terapeuta - paciente.

Resultados: Es posible obtener beneficios en la terapia a través de intervenciones de humor y chiste, siempre que conserven la proporcionalidad y el respeto propio de un acto médico. Las descargas de energía intrapsíquica que genera el chiste y la gracia proporcionan bienestar en los pacientes en distintos momentos de su intervención. **Discusión:** Las intervenciones en terapia que incluyan el humor y el chiste, pueden ser especialmente delicadas por el riesgo en que puede verse la relación terapeuta - paciente. Es deber del psiquiatra intervenir desde la cautela y el timing ideal para que se produzca alivio y beneficio a las problemáticas del paciente. Un chiste puede lesionar pero también es la descarga adecuada y tolerable de las realidades adversas. **Conclusiones:** El humor, la comedia y el chiste no pueden excluirse de las realidades humanas, incluyendo el ámbito terapéutico. Entender que la gracia es una forma tolerable de ver la realidad, permite orientar una manera proporcional y adecuada de la expresión cómica en pacientes y terapeutas.

Palabras clave: psicoterapia, comedia, salud mental, chiste.

Summary

Objective: To carry out a review of the literature about the different therapeutic interventions from the perspective of humor and jokes.

Methods: Narrative review of the literature, with a search carried out in the main databases such as PUBMED, LILACS, and ProQuest, and in books related to psychotherapy and its intervention alternatives, in which the role of humor and jokes as part of the therapist-patient relationship is defined.

Results: It is possible to obtain benefits in therapy through humor and joke interventions, as long as they maintain the proportionality and respect of a medical act. The intrapsychic energy discharges generated by jokes provide patients with well-being at different moments of their intervention.

Discussion: Interventions in therapy that include humor and jokes can be especially delicate due to the risk in which the therapist-patient relationship can be seen. It is the duty of the psychiatrist to intervene cautiously and with the ideal timing so that there is relief and benefit to the patient's problems. A joke can injure but it is also the adequate and tolerable release of adverse realities.

Conclusions: Humor, comedy, and jokes cannot be excluded from human realities, including the therapeutic field. Understanding that grace is a tolerable way of seeing reality allows us to guide a proportional and adequate way of comic expression in patients and therapists.

Keywords: psychotherapy, comedy, mental health, joke.

Introducción

Según la Real Academia Española, la comedia es definida como una pieza teatral en cuya acción suelen predominar los aspectos placenteros, festivos o humorísticos con desenlace casi siempre feliz (1). Mientras que el humor es definido como una propensión más o menos duradera a mostrarse alegre o complaciente (2). En este texto ambas palabras se utilizan indiscriminadamente. El humor históricamente ha estado presente en el desarrollo de la humanidad (3), lo cual ha permitido visualizar los beneficios que tiene en la salud física y mental, esto ha incentivado su utilización en las diferentes terapias para los trastornos mentales de interés para los terapeutas. Por lo cual esta revisión de la literatura tiene como objetivo conocer las diferentes intervenciones terapéuticas variantes de intervención desde el enfoque del humor y la gracia del chiste.

Historia de la comedia

Hay evidencia de comedia en Egipto hace 200 años antes de cristo, con el uso de teatrinos y títeres para la entretención de la población, Asimismo, se conoce

como los griegos fueron los pioneros en utilizar máscaras en teatros, con el objetivo de que las emociones del personaje fueran evidentes a todo el público, crear la tragedia basada en mitos, introdujeron los protagonistas y antagonistas y hacían sus presentaciones en anfiteatros con miles de personas, la comedia surge como parte del género narrativo, hermano de la tragedia (3). Durante los tiempos de la Antigua Grecia, dos de los más grandes filósofos: Platón y Aristóteles, discrepaban en su opinión sobre la risa. Por un lado, Platón consideraba que era una muestra de debilidad y peligrosa para la vida social, reduciendo al ser pensante a un ente dirigido por sus instintos básicos. Consideró la risa como una forma de rebajar al individuo. Mientras que Aristóteles explicó la risa como parte de la condición humana, aunque rechazando aquella de contenido agresivo (4).

La comedia en Grecia se divide en tres momentos: 1. Comedia Griega Antigua: en el siglo V antes de cristo, su principal exponente fue Aristofánes, utilizaba como objeto a cualquiera, incluyendo al duque o gobernante. 2. Nueva Comedia

Griega: en el siglo IV antes de cristo, sufrió censura y el objeto de burla no podía incluir a los gobernantes y 3. Comedia Latina: se remonta al siglo III antes de cristo, su exponente fue Plauto y creo la burla hacia los estereotipos, lo que la hizo más versátil y fácil de propagar en distintas poblaciones (5).

En la Edad Media y el Renacimiento la comedia fue controlada por la iglesia, con gran censura de la expresión cómica, se llegó a prohibir la risa, en el Antiguo Testamento de la Biblia, existen 29 referencias a la risa de las cuales únicamente 2 hacen referencia al gozo o la alegría, las demás se dan en contexto de castigo, desprecio o humillación. En este periodo histórico surgió el bufón, quien era el encargado de hacer reír al rey pero en los grupos populares se daban las farsas (expresiones callejeras de comedia actuada) (2). En el Renacimiento los chistes se empezaron a contar solos, gracias a la imprenta y la propagación de la lectura, otras representaciones comunitarias de la gracia y el chiste fueron los múltiples carnavales que incluso en la actualidad se celebran (3).

La comedia de la actualidad, está compuesta por numerosos espacios de expresión artística, como lo es los teatros de la Ópera de París, el Teatro de Colón de Buenos Aires, la Casa de la Ópera de Sydney, el Palacio de Bellas Artes, el Scala de Milán, el Royal House Opera, entre otros (4). Hoy contamos con efectos especiales, variados y complejos que permiten mayor estimulación a los sentidos del espectador (5).

En Colombia la comedia se ha utilizado para informar y hacer una crítica sobre la situación política del país. Se ha visto que el humor político ayuda a dirigir la atención y potenciar la movilización de esta (6).

Fisiología del humor

En estudios realizados se ha evidenciado que la sonrisa es la expresión universal y multiespecie de la felicidad (5). Entrando en que ocurre con nuestro cuerpo al reírnos, los estudios han evidenciado que para sonreír se requieren de tres sistemas principalmente:

1. Sistema Nervioso: En donde se ha evidenciado que a nivel prefrontal, límbico, tálamo y tálamo actúan los neurotransmisores de acetilcolina, dopamina, serotonina y noradrenalina.
2. Sistema Muscular: se utiliza principalmente el músculo conocido como Risorio de Santorini.
3. Sistema Respiratorio: durante la risa se ha evidenciado que existe un recambio de volúmenes y hay una mejor saturación (7).

Beneficios del humor

Al experimentar el humor se logra evidenciar múltiples beneficios, como mejor tolerancia a la frustración, reírse uno mismo y aceptarse, liberar tensiones y exteriorizar conflictos, contener comportamientos autodestructivos. El humor escapa de la censura y flexibiliza el super yo, ayuda en la digestión, mejora el sistema inmune, alivia el dolor, mejora el estado afectivo (7,8). Mejora el desempeño de los estudiantes en el pro-

ceso de aprendizaje, reduce la ansiedad, mejora la participación y aumenta la motivación (9). Por otro lado, se ha visto que es útil para el terapeuta, ya que, facilita la aproximación y el contacto con el paciente, libra tensiones inherentes de la tarea y hace la labor clínica más agradable (10).

Métodos

Se realizó una revisión narrativa de la literatura, con búsqueda en las principales bases de datos como PUBMED, LILACS y ProQuest, de investigaciones relacionadas con humor y comedia asociada a sus beneficios y su utilización en diferentes terapias utilizadas en trastornos mentales. También se revisaron libros de historia relacionados con la historia de la comedia mundial y nacional.

Resultados

La intervención humorística en los distintos tipos de terapias

Terapia psicoanalítica

Freud describió los efectos terapéuticos que había en un chiste, en términos de liberar la tensión intrapsíquica y optimizar el gasto de energía que trae la censura. La comedia es un mecanismo de defensa clasificado como maduro y adaptativo, una habilidad para reírse uno mismo y una forma en la que lo inaceptable se torna en aceptable. (6) Además, describe algunos términos como: Gracia: subjetividad de lo cómico; Caricatura: representación exagerada de lo evidente y Chiste: expresión de lo cómico, libera tensión (6) fue diferenciar entre el sentido del humor sano y el

sentido del humor insano, principalmente al identificar si el sentido del humor lesiona y afecta al ser o a otros, o si por el contrario construye y fortalece el Yo (7).

Terapia cognitivo conductual

Aaron Beck por su parte utiliza el humor como una oportunidad para mostrarle al paciente una nueva forma de afrontar las situaciones, en específico usar la desensibilización sistemática para liberar la tensión (7). Adicionalmente, incentiva el uso del humor en las distintas situaciones de la vida cotidiana y considera la comedia como un estímulo reforzante de las conductas (7).

Terapia racional y emotiva

Albert Ellis es el fundador de esta terapia, que también es conocida como el chiste de la terapia. En esta terapia se tiene en cuenta que la comedia actúa en tres niveles: 1. Nivel Cognitivo: ayuda a racionalizar pensamientos irracionales. 2. Nivel Afectivo: proporciona alegría y gozo. 3. Nivel Conductual: proporciona nuevas acciones (7).

Terapia de familia y pareja

Cloe Madanes, fundador del instituto de terapia familiar de Washington, utiliza el humor para facilitar la relación terapéutica o para bajar la tensión generada en una situación específica. Él considera que el humor debe tener elementos inesperados o sorprendidos y que se debe evitar el sarcasmo (7). Phillip Guerin creador de la teoría de los triángulos de familia, considera que el humor facilita un espacio en el cual se puede mover y desplazar el criticismo (7).

Logoterapia

Víctor Frankl expone la intención paradójica, lo cual significa desear aquello que precisamente se teme. Él plantea que esto se debe hacer desde el modo más humorístico posible, esto con el fin de generar liberación. Para él, hay que reírse de la angustia. Sin embargo, considera que los terapeutas deben tener unos dotes particulares que se basan en estar dispuesto a ponerse en el lugar del paciente (7).

Terapia de grupo

El psicoanalista Wilfred Bion describe que el terapeuta es libre de reír con sus pacientes y utiliza el humor para emplearse dentro de la terapia de grupo para generar descarga emocional. Igualmente, le atribuye al humor la capacidad de vencer resistencias, favorecer la cohesión del grupo, regular la ansiedad, atenuar la agresividad y de ser una forma de afrontar el estrés (7).

Terapia en niños, niñas y adolescentes

En esta población, se entiende el sentido del humor como estructura del yo sano. Otro aspecto a considerar, es que el sentido del humor depende de la madurez cognitiva, puesto que, es necesario comprender conceptos y sus significados. Finalmente, es importante destacar que el niño y la niña deben ser el centro de interés del terapeuta, por consiguiente, éste debe utilizar el juego o la fantasía para que los niños o niñas puedan ser ellos mismos (7).

Enlace y pacientes terminales

Patch Adams es el pionero en mostrar cómo el humor es una herramienta que puede ser utilizada cuando se trabaja con enfermos terminales, ya que a través de su trabajo mostró cómo este puede facilitar la aproximación al paciente, mejorar la calidad de vida del paciente y de sus familiares, disminuir la hostilidad, reforzar el sentido de la confianza y el encuentro, reforzar en la aceptación y es una forma de intervenir en las habilidades sociales (7).

Tabla 1. Resumen

Tipo de terapia	Objetivo intervención cómica
Psicoanalista	Liberación de la tensión intrapsíquica y optimización del gasto de energía de censura
Terapia Cognitivo Conductual	Estrategias de afrontamiento diferentes a situaciones adversas La risa como un estímulo de refuerzo
Terapia Racional y Emotiva	Integración cognitivo, afectivo y conductual
Terapia de Familia y Pareja	Facilidad de movilización y desplazamientos de la crítica
Logoterapia	Intención paradójica, Modulación de la ansiedad
Terapia de Grupo	Vencimiento de resistencias y cohesión de grupo
Niños y Adolescentes	Estructuración de un yo sano, potenciar la tolerancia a la frustración
Enlace pacientes terminales	Aproximación paciente terapéutico Acompañamiento en la situación y reestructuración del duelo Reforzar aceptación

Cuadro adaptado del valor terapéutico del humor, Idigoras, 2008 (7)

Discusión

La comedia ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad y se ha ido transformando a través de los años para construir su uso actual, incluso frente a la censura, la realización de actividades de ocio y el estímulo de la gracia y el chiste, han surgido casi sin parar, principalmente por permitir la mejor adaptación y tolerancia frente a realidades adversas y dolorosas, que pueden ser individuales o sociales, incluida la estructura política de los países. En Colombia, ha permitido una crítica a la realidad política, algunos exponentes como Jaime Garzón han sido asesinados en un intento moderno de censura que igual que en sus versiones antiguas no logra contener la expresión cómica de la comunidad. Distintos investigadores han descrito su fisiología y sus beneficios, que incluyen la regulación hormonal, respiratoria, del ciclo del sueño vigilia e incluso de mejor función cardiovascular. Más aún, se ha hecho la afirmación que la risa es la mejor medicina (11).

En consecuencia, distintos fundadores de las terapias más conocidas en trastornos mentales han descrito el uso del humor como una herramienta útil para introducir en la práctica diaria con los pacientes. No obstante, aún no existe evidencia científica de cómo el uso del humor en cada una de estas terapias mejora el tratamiento de los pacientes. Por ende, es necesario realizar estudios que comparen las diferentes terapias cuando se utiliza el humor en contraste a cuando no se utiliza.

Conclusiones

En Colombia y en el mundo es necesaria la expresión cómica, pero también se necesita pensar en posición crítica de la realidad, lo cómico es necesario y ha permitido la vivencia menos difícil de las adversidades e injusticias. La primera censura, nace poco después de las primeras comedias, pero justamente es función de lo cómico, la evasión de las inhibiciones, acto que libera las tensiones inconscientes de las adversidades y frustraciones; los pueblos latinos han hecho de la comedia una estrategia de tolerancia de las adversidades que en gran medida comparten como un gran pueblo, esto ha hecho que los personajes y situaciones apliquen en distintos países, como un lenguaje universal de la frustración. Es necesario realizar estudios complementarios que describan en ambientes más controlados el uso del humor en las distintas modalidades de terapia y describa el impacto que tiene la intervención de humor, comedia y chiste en los diferentes retos diagnósticos y terapéuticos de la práctica clínica.

Referencias

1. Asale R-, Rae. Comedia: Diccionario de la Lengua Española [Internet]. "Diccionario de la lengua española" - Edición del Tricentenario. [cited 2023Apr17]. Available from: <https://dle.rae.es/comedia>
2. Rae. Humor: Diccionario de la Lengua Española (2001) [Internet]. "Diccionario esencial de la lengua española". [cited 2023Apr18]. Available from: <https://www.rae.es/drae2001/humor>
3. Burkart M, Fraticelli D, Tomás V. Arruinando chistes, panorama de los estudios del humor y lo

cómico. Primera ed. Teseo, editor. Buenos Aires, Argentina; 2021. 1–548 p.

4. Shere J. Los matices del humor en Platón y Aristóteles y su proyección sobre la comedia de Aristófanes Los nuances matices of del humor Platón Aristóteles su The humor in en Plato and y Aristotle and y their proyección sobre la Aristophanic comedia de Aristófanes. *Cons Nac Investig científica*. 2017;28:211–22.

5. Mauron C. Historia de la teoría de la comedia. 2012;(2007):101–29.

6. Contreras L, Doncel D. ANÁLISIS DE LOS DIFERENTES APORTES QUE DEJÓ LA SÁTIRA POLÍTICA A PARTIR DEL PROGRAMA “ZOOCIDAD” FRENTE A LOS PROGRAMAS DE HUMOR POLÍTICO ACTUALES. 2019.

7. Idigoras Á. El valor terapéutico del humor. *Desclée De Brouwer*. 2008;232.

8. Pruthi S. Stress relief from laughter? it's no joke [Internet]. Mayo Clinic. Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2021. Disponible en:<https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/stress-relief/art-20044456>

9. Savage BM, Lujan HL, Thipparthi RR, DiCarlo SE. Humor, laughter, learning, and health! A brief review. *Adv Physiol Educ*. 2017 Sep 1;41(3):341–347. doi: 10.1152/advan.00030.2017. PMID: 28679569.

10. Losada AV, Lacasta M. Sentido del Humor y sus Beneficios en Salud. *Calidad de Vida y Salud*. 2019;12(1):2–2.

11. van der Wal CN, Kok RN. Laughter-inducing therapies: Systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*. 2019 Jul 1;232:473–88.

Reporte de caso

Síndrome neuroléptico maligno secundario a dosis bajas de quetiapina: a propósito de un caso

Guillermo Dager Pérez¹, Diana Durán Luna², Luis Tirado Ortega³, María Nordmann Ricardo⁴

1. Departamento de Medicina, Psiquiatra, Centro de Rehabilitación El Faro, Cartagena-Colombia.
2. Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Psiquiatría, Universidad de Cartagena, Cartagena Colombia.
3. Departamento de Medicina, Medicina General, Centro de Rehabilitación El Faro, Cartagena-Colombia.
4. Grupo de investigación GINUMED, Corporación Universitaria Rafael Núñez, Cartagena-Colombia.

Correspondencia: guillo.dagerp@gmail.com

Resumen

Introducción: Aunque el síndrome neuroléptico maligno (SNM) está históricamente asociado con los antipsicóticos clásicos o «típicos», también es un efecto adverso potencial de los atípicos. El NMS es una reacción adversa a fármacos infradiagnosticada, de curso potencialmente fatal pero reversible, cuya identificación oportuna exige un alto índice de sospecha.

Objetivo: Presentar un caso clínico de síndrome neuroléptico maligno cuya presentación llama la atención, por ser poco frecuente en la práctica clínica habitual.

Método: Reporte de caso y revisión de la literatura.

Resultado: Se presenta el caso de un paciente masculino de 17 años, internado en clínica de rehabilitación por trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas y trastorno afectivo bipolar. Se encontraba en tratamiento con quetiapina. A los 4 meses de iniciado este medicamento presentó una sintomatología consistente en alteración del estado de consciencia, rigidez muscular, hipotensión, taquicardia y diaforesis. En los paraclínicos se evidenciaron niveles elevados de CPK. Se realizaron medidas de tratamiento convencional, como suspensión del antipsicótico, líquidos endovenosos y tratamiento de soporte.

Conclusiones: El personal sanitario debe estar consciente de que el tratamiento con antipsicóticos atípicos tipo quetiapina puede causar síndrome neuroléptico maligno aún a dosis estables y sin cambios recientes o una titulación de la dosis.

Palabras Clave: síndrome neuroléptico maligno, quetiapina.

Summary

Introduction: Although neuroleptic malignant syndrome (NMS) is historically associated with classical or "typical" antipsychotics, it is also a potential adverse effect of atypical antipsychotics. NMS is an underdiagnosed drug reaction that has a potentially fatal but reversible course, and its timely identification requires a high index of suspicion.

Objective: To present a clinical case of neuroleptic malignant syndrome with an unusual presentation that is infrequent in routine clinical practice.

Method: Case report and literature review.

Results: We present the case of a 17-year-old male patient admitted to a rehabilitation clinic for mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use and bipolar affective disorder. He was being treated with quetiapine. Four months after starting this medication, he presented with symptoms including altered consciousness, muscle rigidity, hypotension, tachycardia, and diaphoresis. Paraclinical tests showed elevated levels of creatine phosphokinase (CPK). Conventional treatment measures were taken, such as discontinuation of the antipsychotic, intravenous fluids, and supportive care.

Conclusions: Healthcare professionals should be aware that treatment with atypical antipsychotics such as quetiapine can cause neuroleptic malignant syndrome, even at stable doses and without recent changes or dose titration.

Keywords: neuroleptic malignant syndrome, quetiapine.

Introducción

El síndrome neuroléptico maligno (SNM) es una condición infrecuente en la actualidad, descrita por primera vez en 1960 por Jean Delay y cols. luego de la aparición de los primeros neurolépticos para el tratamiento psiquiátrico, caracterizado por fiebre, rigidez muscular, inestabilidad mental y desregulación del sistema nervioso autónomo. Este síndrome aún constituye un reto para los médicos puesto que puede ser confundido con el síndrome serotoninérgico, hipertermia maligna, catatonia letal aguda, entre otros (1,2).

Es preciso destacar que el SNM es una reacción idiosincrática, impredecible que puede aparecer en distintas situaciones, al inicio del tratamiento con antipsicóticos o al aumentar sus dosis, también puede aparecer como resultado del uso de dos antipsicóticos al mismo tiempo, por la interrupción abrupta en el tratamiento o por el uso concomitante con

otros medicamentos como el carbonato de litio, sin embargo una única dosis de antipsicóticos puede causar SNM y un antipsicótico que ocasionó el SNM en un paciente puede no ocasionarlo tiempo después cuando es tratado con este (3).

El síndrome neuroléptico maligno puede ser explicado por diferentes mecanismos. Al parecer existe un bloqueo en las vías dopaminérgicas especialmente en los receptores D2. Su antagonismo a nivel de las vías nigroestriada, hipotálamica, y mesolímbicas/cortical probablemente explicarían la rigidez, hipertermia, y la inestabilidad autonómica, respectivamente, visto comúnmente en los pacientes con SNM (2). Otro mecanismo propuesto ha sido el de un sistema musculoesquelético predispuesto similar a lo ocurrido en la fisiopatología de la hipertermia maligna, sugiriendo que los antipsicóticos podrían inducir una alteración en la disponibilidad del calcio de las células musculares (2,3).

El diagnóstico del SMN se ha basado en el cumplimiento de los criterios clínicos y bioquímicos propuestos por el DSM-5, e igualmente son aceptados los criterios de Levenson.

Actualmente el tratamiento más adecuado es la interrupción de los antipsicóticos o agente causal, en caso de que este ocurra por una interrupción abrupta de ellos se debe reiniciar la administración de los agentes dopaminérgicos. Cuando ocurre por cambio de un agonista a otro, se deberá recurrir a un “lavado de receptores” que consiste en la suspensión del medicamento durante al menos 24 horas para la instauración del otro. Algunos medicamentos que han sido utilizados son la bromocriptina, agonista dopaminérgico de elección y relajantes musculares como el dantrolene (3).

A pesar que existe mucha evidencia y casos clínicos reportados de síndrome neuroléptico maligno con antipsicóticos atípicos, entre ellos la quetiapina, este caso tiene varios elementos que lo hace particular e interesante, como el hecho de que es en un paciente que tomaba dosis bajas de quetiapina y por un tiempo prolongado (4 meses), por lo que sería una presentación tardía, además aunque hay algunos estudios reportados con quetiapina a bajas dosis todos eran en pacientes añosos y con mayor comorbilidades. Y por último el hecho de que en este paciente hubo predominio de síntomas extrapiramidales sobre los autonómicos, en disonancia con otros casos reportados en lo que predominan los síntomas autonómicos y de presentación

atípica por la actividad anti-serotonérgica de los atípicos.

A continuación, se describe el caso clínico de un paciente masculino joven quien recibe dosis bajas de un antipsicótico atípico y genera un SNM.

Caso clínico

Paciente masculino de 17 años quien se encontraba hospitalizado en una clínica de rehabilitación para el consumo de sustancias psicoactivas en la ciudad de Cartagena (Colombia) por un cuadro clínico de aproximadamente 3 años de evolución consistente en consumo de Marihuana, benzodiazepinas y ocasionalmente LSD, asociado a cambios en su conducta como irritabilidad, hetero agresividad y coprolalia. Igualmente cursaba con ideas delirantes de tipo persecutorio, alteraciones del sueño y del apetito, así como también conductas de calle y deserción escolar motivo por el cual se decide ingresar para su rehabilitación.

Durante la fase de desintoxicación se inició manejo farmacológico con ácido valproico tabletas de 250mg cada 8 horas, levomepromazina tabletas de 25mg media en la mañana y una tableta en la noche y clozapina de 25mg media tableta cada 12 horas, sin embargo, durante su estancia persistía con distorsiones cognitivas acerca del consumo, conducta hostil y desafiante motivo por el cual se le adiciona al tratamiento Haloperidol tableta de 5mg cada 12 horas y se baja dosis de levomepromazina tableta de 25mg una vez al día. Sin embargo, por presencia de cuadros de hipotensión ortostática se decidió sus-

pende Haloperidol presentando mejoría de los síntomas. A los 22 días de estancia hospitalaria, paciente persistía con alteraciones del afecto, motivo por el cual se decidió iniciar quetiapina de 100 mg una vez al día y se aumenta dosis de ácido valproico. A los 23 días de tratamiento se suspendió la clozapina y se continuaron el resto de los medicamentos antes mencionados. Cumplía los criterios para un cuadro de hipomanía por lo que se le adicionó el diagnóstico de trastorno afectivo bipolar y continua bajo el manejo con quetiapina.

El paciente a los 4 meses del tratamiento psicofarmacológico con quetiapina presentó un cuadro clínico de aproximadamente 1 hora de evolución consistente en desorientación en tiempo, espacio y persona asociado a nistagmos, diaforesis y distonías que posteriormente genera rigidez completa en extremidades y poca respuesta al estímulo doloroso;

pupilas midriáticas normo reactivas a la luz, alteración del patrón respiratorio consistente en taquipnea. Se procedió a la monitorización de las constantes vitales: Frecuencia Cardíaca 110 LPM; Frecuencia Respiratoria 22 RPM, saturando 96% oxígeno ambiente y cifras tensionales de 90/50 mmHg. Se tomó la temperatura corporal la cual estaba dentro de los rangos de la normalidad.

Se procedió a canalizar dos vías periféricas se inició fluidoterapia con solución salina 1000cc a chorro y 500cc a normogoteo más la aplicación de 1 ampolla de midazolam de 5mg intramuscular. Igualmente se ordenó la suspensión de todo el tratamiento psicofarmacológico. Se tomaron paraclínicos de control (Tabla 1): Hemograma, Función renal, Función Hepática, CPK, ionograma, parcial de orina y niveles de carbamazepina en sangre para descartar toxicidad de esta.

Tabla 1. Paraclínicos de ingreso y control del paciente

Valores de paraclínicos			
Parámetro	De ingreso	De control	Valores de referencia
Hematología			
Hemoglobina	14.6 g/dl.	14.30 g/dl.	13 – 16 g/dl.
Hematocrito	41.20%	42.60%	39 – 50 %
Leucocitos	9640 mm ³	9240 mm ³	4000 – 10500 mm ³
Plaquetas	194000 mm ³	210000 mm ³	150000 - 400000
Enzimas hepáticas			
ALT	27	-	0 – 41 UI/L.
AST	52	-	0 – 40 UI/L.
Química sanguínea			
Creatinina	0.80 mg/dl.	0.90 mg/dl.	0.67 – 1.17 mg/dl.
Nitrógeno ureico	8.3mg/dl.	7.0 mg/dl.	7 – 21 mg/dl.
CPK	1617 U/L	664 U/L	0 – 190 U/L.
Electrolitos séricos			
Sodio	140 Meq/L	140 Meq/L	135 – 145 Meq/L
Potasio	4.1 Meq/L	4.9 Meq/L	3.5 – 5 Meq/L
Cloro	101 Meq/L	99 Meq/L	95 – 115 Meq/L

ALT: alanina aminotransferasa. AST: aspartato aminotransferasa. CPK: creatinfosfoquinasa

Al segundo día presentó mejoría paulatina del estado de consciencia, con recuperación de la movilidad en extremidades, mejor respuesta a la estimulación superficial y profunda, buen patrón respiratorio y adecuado estado neurológico. Se recibieron los paraclínicos con reportes de Hemograma: Hemoglobina: 14.6; Hematocrito: 34.8%; Leucocitos: 6800; Neutrófilos: 64.7%; Linfocitos: 21.7%; Monocitos: 8.6%; Eosinófilos: 4.8%; Plaquetas: 194000. Ionograma: Sodio: 140 meq/l; Potasio: 4.1 Meq/l; Cloro: 101 meq/l. Función renal: Creatinina 0.8 mg/dl y Nitrógeno Ureico 8.3 mg/dl. Función Hepática: GOT 52 UI/L; GPT 27 UI/L. Niveles de carbamazepina en sangre: 9.05 Ug/Ml; CPK total 1617 U/L y Parcial de orina dentro del rango de la normalidad. Por lo que al recibirse exámenes cumple dos criterios mayores y 4 criterios menores de Levenson por lo que se hace diagnóstico de Síndrome Neuroléptico Maligno.

Al tercer día de su estancia en el servicio de observación paciente cursó con un cuadro de alteración del estado de consciencia con pupilas midriáticas normo reactivas a la luz y presentación de alucinaciones visuales complejas con signos vitales dentro del rango de la normalidad y resolución espontánea del cuadro presentado. Se recibieron los paraclínicos de control a las 24 horas posteriores a los iniciales: Hemograma: Hemoglobina: 14.30; Hematocrito: 42.60%; leucocitos: 9240; Linfocitos: 27.9%; Neutrófilos: 50.20%; plaquetas: 210000; Función Renal: Creatinina: 0.90 mg/dl; Nitrógeno Ureico: 7.0mg/dl. CPK total: 664 U/L.

A las 48 horas el paciente se mantuvo estable, sin irregularidades de los signos vitales ni de la esfera mental. Por lo tanto, se procedió a dar alta del servicio de observación. Se dio de alta con tratamiento de mantenimiento consistente en Valcote tabletas de 250 mg VO tres veces al día; clonidina tableta de 0.150 mg VO tres veces al día y alprazolam tableta de 0.5 mg VO dos tabletas en la noche. No se reinició el tratamiento con quetiapina.

Discusión

El Síndrome Neuroléptico maligno es una alteración aguda de la termorregulación y el control neuromotor, complicación grave secundaria al uso de antipsicóticos (6). Se debe acompañar de dos o más de los siguientes síntomas: diaforesis, disfgia, temblor, incontinencia, cambios en la consciencia, mutismo, taquicardia, aumento de la presión arterial, leucocitosis, elevación de creatinofosfoquinasa (CPK), siempre en compañía del uso de la medicación (7).

Nuestro paciente cumplió dos criterios mayores dados por rigidez muscular y elevación de CPK, y cuatro criterios menores dados por taquicardia, alteración del estado de consciencia, alteración de la presión arterial y diaforesis.

Ha ocurrido un aumento significativo de la literatura relacionada con presentaciones atípicas del SNM dicho síndrome debido a APSG principalmente sin presencia de hipertermia y/o rigidez muscular (4,8). Dicha presentación atípica se debe a que los APSG bloquean los receptores serotoninérgicos 5HT y adrenérgicos que

conducen a una escasa o nula actividad anti dopaminérgica a nivel central, por lo que predominan los síntomas autonómicos sobre los extrapiramidales (5, 9).

Los 20 reportes de caso de Detweiler y Sullivan, 19 de 20 estudios de caso no lograron individualizar sin duda la quetiapina como la medicación responsable de los síntomas del SNM informados. Debido a falta de pruebas por síntomas similares al SNM producidos por afecciones médicas y otros medicamentos. La combinación de variables médicas y farmacológicas en los 19 casos contribuye a un complejo rompecabezas de variables cuando se trata de juzgar el papel de la quetiapina como elemento clave para contribuir a los síntomas de tipo SNM (9).

En nuestro informe el paciente no presentó hipertermia, criterio principal requerido por el DSM-5 para el diagnóstico de SNM, sin embargo, en poblaciones pediátricas y adolescentes tanto la rigidez como la hipertermia no suelen estar presentes, mientras que las cifras elevadas de CPK han estado en la gran mayoría de casos registrados (10). Los registros de casos de SNM inducido por quetiapina involucran población adulta mayor mientras que en nuestro caso se trata de un paciente adolescente con un trastorno afectivo bipolar asociado (11).

Por otro lado, Farver y colaboradores nos menciona que el tiempo de desenlace de la sintomatología es menor a 14 días luego del inicio del tratamiento con quetiapina (12) mientras que en nuestro caso fue posterior a una exposición pro-

longada (aproximadamente 4 meses). Se han descrito numerosos casos de SNM bajo el uso de antipsicóticos típicos en niños que resultaron en la muerte, mientras que, bajo el uso de antipsicóticos atípicos tuvieron una recuperación completa (10).

El tratamiento del SNM se resume en cuatro ítems que son: disminución de factores de riesgo, diagnóstico temprano, suspensión de la medicación neuroléptica y hospitalización en cuidado Intensivo.

La estrategia más importante es la suspensión inmediata de los fármacos sospechosos posiblemente causales, seguido de las medidas de soporte básicas, hidratación intravenosa, manejo de la temperatura, y signos vitales.

el inicio de una terapia farmacológica puede evaluarse en los casos más severos y existen varias opciones de tratamiento como son las benzodiazepinas preferiblemente lorazepam o diazepam; bromocriptina, amantadina, dantrolene o terapia electroconvulsiva, esta se utiliza cuando no hay respuesta a ningún tratamiento instaurado (11).

Acorde con Christodoulou la primera conducta que se tomó en los 20 pacientes de los reportes de caso fue suspender inmediatamente la quetiapina. Después de los días siguientes, la rigidez mejoró progresivamente y, gradualmente, 2 días después, su estado mental mejoró y su fiebre disminuyó. El estado general y los cambios en los resultados de labora-

torio continuaron y la semana siguiente, la hospitalización terminó. Durante un examen de seguimiento 1 mes después, la rigidez muscular se había retirado totalmente (4).

Conclusión

El síndrome neuroléptico maligno es un cuadro heterogéneo. El personal de la salud debe estar al tanto de los posibles casos presentados por las nuevas generaciones de antipsicóticos con el objeto de ofrecer un diagnóstico oportuno y tratamiento certero.

Referencias

1. Tse L, Barr A, Scarapicchia V, Vila-Rodriguez F. Neuroleptic Malignant Syndrome: A Review from a Clinically Oriented Perspective. *Curr Neuropsychopharmacol*. 2015;13(3):395–406.
2. Pileggi DJ, Cook AM. Neuroleptic Malignant Syndrome: Focus on Treatment and Rechallenge. *Ann Pharmacother*. 2016;50(11):973–81.
3. Vargas A, Gómez-Restrepo C. Síndrome neuroléptico maligno. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2007;36(1).
4. Christodoulou C, Margaritis D, Makris G, Kavatha D, Efstathiou V, Papageorgiou C, et al. Quetiapine and Clarithromycin-Induced Neuroleptic Malignant Syndrome: Clinical Neuropharmacology. 2015;38(1):36-7.
5. Aquilina N, Bugeja V. Forced Diuresis and Expedient Blood Pressure Control in the Management of Quetiapine Induced Neuroleptic Malignant Syndrome: A Case Report.
6. Vázquez Estévez R, Morillo Blanco ML, Molina Castillo JJ, Rubio Merino MI, Arenas García JA. Síndrome neuroléptico maligno: dificultades en el diagnóstico diferencial. *Psiquiatr Bio*. 2016;23(3):122–4.
7. Humberto Barahona Espinal, Tito. (2012). Síndrome Neuroléptico Maligno: un diagnóstico de exclusión. Etiologías, características y mecanismos patogénicos.
8. Huang MW, Yang TT, Ten PR, Su PW, Wu BJ, Chan CH, et al. Effects of paliperidone extended release on the symptoms and functioning of schizophrenia. *BMC Clin Pharmacol* [Internet]. 2012;12(1):1.
9. Detweiler MB, Sullivan K, Sharma TR, Kim KY, Detweiler JG. Case reports of neuroleptic malignant syndrome in context of quetiapine use. *Psychiatr Q*. 2013;84(4):523–41.
10. León-Amenero D, Huarcaya-Victoria J. Neuroleptic Malignant Syndrome in Children and Adolescents: Systematic Review of Case Reports. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2020;19(4):415–22.
11. Trollor JN, Chen X, Sachdev PS. Neuroleptic Malignant Syndrome Associated with Atypical Antipsychotic Drugs. 2009;23(June 2008):477–92.
12. Farver DK. Neuroleptic malignant syndrome induced by atypical antipsychotics. *Expert Opin Drug Saf*. 2003;2(1):21–35.

Reporte de caso

Asociación de triptorelina Depot e ideación suicida en paciente con endometriosis uterina: reporte de caso

Javier Caicedo Blanco¹, Alexandra Castellanos Gómez²

1. Médico psiquiatra infantil. Coordinador de grupo de niños y adolescentes - ICSN - Clínica Montserrat. Docente del posgrado de psiquiatría, Universidad El Bosque.

2. Médica residente de psiquiatría (2023). Posgrado de psiquiatría - ICSN - Clínica Montserrat - Universidad El Bosque.

Correspondencia: javocaicedo@hotmail.com

Resumen

Introducción: La endometriosis es una enfermedad ginecológica frecuente que causa dolor pélvico crónico. Los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRHa) se utilizan como tratamiento no quirúrgico para la endometriosis. Los GnRHa pueden tener efectos depresivos subclínicos y alteraciones en los receptores de serotonina y la estructura cerebral.

Objetivo: Presentar un caso clínico de una asociación entre el tratamiento con triptorelina e ideación suicida en una paciente con endometriosis uterina que es de importancia para el clínico ya que podría pasar inadvertida.

Método: Reporte de caso.

Resultado: Paciente femenina de 30 años con antecedentes de endometriosis y manejo con triptorelina, quien desarrolló síntomas afectivos (tristeza, labilidad emocional), ansiedad y síntomas disautonómicos después de tres meses de tratamiento con triptorelina.

Presentó ideación suicida y realizó un intento de suicidio. Se inició tratamiento con sertralina y clonazepam, pero los síntomas se exacerbaron después de la siguiente dosis de triptorelina. Se cambió a venlafaxina y trazodona, y se añadió gabapentina para el dolor pélvico. Después de suspender la triptorelina, los síntomas mejoraron y no hubo nuevas ideas suicidas.

Conclusiones: Los agonistas de GnRH pueden tener efectos negativos en la salud mental, incluyendo síntomas depresivos y aumento del riesgo de exacerbación de síntomas psicóticos. Existe poca información sobre la asociación entre los agonistas de GnRH y la ideación suicida, por lo que se recomienda monitorear los síntomas afectivos y la ideación suicida en pacientes que reciben terapia hormonal.

Palabras Clave: endometriosis, triptorelina, ideación suicida.

Summary

Introduction: Endometriosis is a common gynecological disease that causes chronic pelvic pain. Gonadotropin-releasing hormone agonists (GnRHa) are used as a non-surgical treatment for endometriosis. GnRHa can have subclinical depressive effects and alterations in serotonin receptors and brain structure.

Objective: To present a clinical case of an association between triptorelin treatment and suicidal ideation in a patient with uterine endometriosis, which is important for clinicians as it may go unnoticed.

Method: Case report.

Results: A 30-year-old female patient with a history of endometriosis was treated with triptorelin and developed affective symptoms (sadness, emotional lability), anxiety, and dysautonomic symptoms after three months of triptorelin treatment.

She presented suicidal ideation and attempted suicide. Treatment with sertraline and clonazepam was initiated, but symptoms worsened after the next dose of triptorelin. The patient was switched to venlafaxine and trazodone, and gabapentin was added for pelvic pain. After discontinuing triptorelin, symptoms improved and there were no new suicidal ideations.

Conclusions: GnRH agonists can have negative effects on mental health, including depressive symptoms and an increased risk of exacerbating psychotic symptoms. There is limited information on the association between GnRH agonists and suicidal ideation, so monitoring affective symptoms and suicidal ideation in patients receiving hormonal therapy is recommended.

Keywords: endometriosis, triptorelin, suicidal ideation.

Introducción

La endometriosis es una enfermedad ginecológica frecuente presentándose en aproximadamente el 10% de las mujeres en edad fértil, y siendo la principal causa de dolor pélvico crónico en el 87% de los casos (1). Puede causar síntomas de dolor (dismenorrea, dispareunia, disquecia y dolor pélvico crónico), infertilidad y, en caso de afectación intestinal, síntomas gastrointestinales (2). Los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH_a) se utiliza en el tratamiento no quirúrgico de todas las adenomiosis, ya sea como terapia principal o adyuvante. El Acetato de triptorelina 3,75 mg es un agonista GnRH de liberación prolongada durante 28 días y aprobada para el tratamiento de la endometriosis (1, 3).

Los GnRH_a generan un efecto directo supresor sobre el estradiol reportando en algunas mujeres sanas síntomas depresivos subclínicos evidenciándose alteración en receptores del transportador de serotonina (SERT) en la región neocortical, así como alteraciones estructurales volumétricas en zona hipocampal (4,5).

Caso clínico

Paciente femenina de 30 años sin antecedentes en salud mental, G0A0P0 con antecedentes de miomatosis uterina, síndrome pélvico doloroso crónico y endometriosis, manejada farmacológicamente con triptorelina 3.75 miligramos intramuscular una vez al mes. Paciente quien tres meses posteriores a la administración de primera dosis de triptorelina reporta síntomas dado por

animo triste la mayor parte del día presentándose casi a diario y se exacerbaba en las horas de la noche asociado a una labilidad afectiva dada por llanto fácil y repetitivo, ansiedad flotante y síntomas disautonómicos como taquicardia, vacío estomacal y parestias en las extremidades. Presentó dos episodios de ansiedad desbordante, además con ideas sobrevaloradas de desesperanza, baja autoestima, minusvalía y autorreproche. Asoció síntomas volitivos dados por apatía, anergia, hipobulia y anhedonia. Con insomnio de conciliación y mantenimiento siendo no reparador. Tras la instauración de los síntomas presenta ideas de muerte que fueron aumentando de intensidad y frecuencia con posterior presencia de ideas de suicidio.

En primera hospitalización por salud mental se aplicó escala de Hamilton 29 puntos (Depresión muy severa), *Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)* riesgo moderado, se realizaron los siguientes exámenes Transaminasas, nitrógeno ureico, glicemia, creatinina, hemograma, hormona estimulante del tiroides normal. Durante hospitalización se inició manejo con Sertralina 50 mg/Día y Clonazepam gotas 1.2 mg/Día, y se indicó continuar manejo ambulatorio con seguimiento y proceso psicoterapéutico que la paciente realizó semanalmente. Durante el manejo ambulatorio se aplicó escalas de Hamilton de control 8 puntos (Depresión ligera) no requirió ajuste farmacológico y continuó con proceso psicoterapéutico. Recibe la administración la dosis mensual de triptorelina 3.75 mg intramuscular, diez días

después presentó exacerbación de síntomas afectivos con aumento de ansiedad y tristeza, asociación de ideas de muerte y suicidio.

Presentó primer intento de suicidio de alta letalidad a los catorce días de administración de triptorelina, con intoxicación exógena autoinducida con medicamentos requiriendo atención en UCI. Se realizó cambio de manejo farmacológico a Venlafaxina y manejo en unidad de salud mental, en donde se tituló Venlafaxina 300 mg/Día y Trazodona 50 mg/Día. Presentó dolor pélvico de alta intensidad asociado a episodios de ansiedad desbordante por lo que se inició Gabapentina titulada hasta llegar a 900 mg/Día. En segunda hospitalización se realizó exámenes como hormona foliculoestimulante (FSH) suprimida 1.29, hormona luteinizante (LH) suprimida 0.43, efecto por el uso de triptorelina.

Se consideró que la paciente cursaba con trastorno depresivo mayor episodio grave sin síntomas psicóticos con síntomas ansiosos de etiología multifactorial, con ideas de suicidio posiblemente generadas por efecto secundario de triptorelina, por lo que se comentó con ginecología relación entre administración de triptorelina y exacerbación de síntomas afectivos con ideación y conducta suicida, por lo que se suspendió triptorelina.

Tras suspensión de triptorelina paciente presenta evolución hacia la mejoría con control de síntomas ansiosos y depresivos sin nueva ideación suicida. Se realizó nueva aplicación de escalas al mes y a los

dos meses de suspensión de triptorelina con resultados de:

A los 30 días: Escala Hamilton: 7 puntos, Escala Columbia-Suicide Severity: riesgo suicida leve.

A los 60 días: Escala Hamilton: 2 puntos, Escala Columbia-Suicide Severity: sin riesgo.

Se realizó seguimiento a la paciente posterior a suspensión de triptorelina en quien fue disminuyendo progresivamente síntomas afectivos y desaparición completa de ideas de muerte o suicidio. Ha podido reintegrarse a sus actividades laborales y su funcionamiento diario en la actualidad se encuentra conservado. No ha requerido nuevos cambios medicamentosos.

Discusión

La endometriosis uterina es la principal causa de dolor pélvico crónico especialmente en mujeres en edad fértil, siendo una patología retardadora en el tratamiento requiriendo manejo hormonal como tratamiento principal o adyuvante a procedimientos quirúrgicos (1, 3), siendo los Agonistas de la hormona liberadora de Gonadotropina el principal tratamiento hormonal utilizado (2).

Los agonistas de la GnRH generan un control hormonal del ciclo mediante un estado de hipoestrogenismo. Este breve estado hormonal inducido puede determinar consecuencias posteriores para la salud mental que pueden explicarse parcialmente a través del eje hipotálamico-hipofisario-gónada, pudiendo tener efecto negativo sobre síntomas

depresivos o psicóticos (5), pudiendo inducir alteraciones en el estado de ánimo como ánimo depresivo, anhedonia, fatiga y ansiedad secundarias al hipogonadismo (6).

Si bien es conocido en la literatura las alteraciones en salud mental tratándose a síntomas afectivos como ánimo depresivo, y aumento de riesgo de exacerbación de síntomas psicóticos en paciente con o sin comorbilidad psiquiátrica previa, existe poca información frente a la asociación de ideación suicida y riesgo suicida con los agonistas de GnRH, por lo que se recomienda hacer seguimiento a síntomas afectivos e ideación suicida en paciente con terapia hormonal y considerar el riesgo-beneficio en el paciente de la continuidad del manejo.

Referencias

1. Andreeva E, Absatarova Y. Triptorelin for the treatment of adenomyosis: A multicenter observational study of 465 women in Russia. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020 Dec;151(3):347-354. doi: 10.1002/ijgo.13341. Epub 2020 Sep 19. PMID: 32815156; PMCID: PMC7756635.
2. Tomassetti C, Beukeleers T, Conforti A, Debrock S, Peeraer K, Meuleman C, D'Hooghe T. The ultra-long study: a randomized controlled trial evaluating long-term GnRH downregulation prior to ART in women with endometriosis. *Hum Reprod.* 2021 Sep 18;36(10):2676-2686. doi: 10.1093/humrep/deab163. PMID: 34370858.
3. Kang JL, Wang XX, Nie ML, Huang XH. Efficacy of gonadotropin-releasing hormone agonist and an extended-interval dosing regimen in the treatment of patients with adenomyosis and endometriosis. *Gynecol Obstet Invest.* 2010;69(2):73-7. doi: 10.1159/000258683. Epub 2009 Nov 17. PMID: 19923847.

4. Borgsted C, Hoegsted E, Henningsson S, Pinborg A, Ganz M, Frokjaer VG. Hippocampal volume changes in a pharmacological sex-hormone manipulation risk model for depression in women. *Horm Behav.* 2022 Sep;145:105234. doi: 10.1016/j.yhbeh.2022.105234. Epub 2022 Jul 27. PMID: 35905507.
5. Stenbæk DS, Fisher PM, Budtz-Jørgensen E, Pinborg A, Hjordt LV, Jensen PS, Knudsen GM, Frokjaer VG. Sex hormone manipulation slows reaction time and increases labile mood in healthy women. *Psychoneuroendocrinology.* 2016 Jun;68:39-46. doi: 10.1016/j.psyneuen.2016.02.023. Epub 2016 Feb 26. PMID: 26943343.
6. Bloch M, Azem F, Aharonov I, Ben Avi I, Yagil Y, Schreiber S, Amit A, Weizman A. GnRH-agonist induced depressive and anxiety symptoms during in vitro fertilization-embryo transfer cycles. *Fertil Steril.* 2011 Jan;95(1):307-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2010.07.1073. PMID: 20801439.

La psiquiatría se encuentra con la mente artificial

Julián Pardo García*

* Médico residente de psiquiatría (2023). Posgrado de psiquiatría - ICSN - Clínica Montserrat - Universidad El Bosque.

Correspondencia: julian.pardog74@gmail.com

Resumen

La inteligencia artificial es un área que crece de manera exponencial y esta llega a fusionarse con nosotros y con nuestra cotidianidad en formas de las que algunas veces no somos conscientes, y el área de la salud mental no estaría excluida. Es por esto, que como trabajadores de la salud mental debemos aprender sobre la inteligencia artificial, sobre su historia, clasificación, de cómo hoy en día se involucra con los seres humanos y de cómo es utilizada en el área de salud para mejorar la precisión de los diagnósticos, los tratamientos y la atención personalizada. Por ejemplo, los algoritmos de aprendizaje pueden analizar grandes conjuntos de datos para identificar patrones y correlaciones que pueden ayudar a acelerar los conocimientos. A su vez los asistentes virtuales y los Chatbots también están siendo utilizados como medida terapéutica para las personas. Por esta razón es de vital importancia aprender sobre la inteligencia artificial, de modo que sean los profesionales quienes tomemos las decisiones sobre como esta tecnología será utilizada en nuestro medio.

Summary

Artificial intelligence is an area that is growing exponentially, and it comes to merge with us and with our daily lives in ways that we are sometimes not aware of, and the area of mental health would not be excluded. This is why, as mental health workers, we must learn about artificial intelligence, its history, classification, how it is involved with human beings today, and how it is used in the health area to improve the accuracy of diagnoses, treatments, and personalized attention. For example, learning algorithms can analyze large data sets to identify patterns and correlations that can help accelerate insights. In turn, virtual assistants and Chatbots are also being used as therapeutic measures for people. For this reason, it is vitally important to learn about artificial intelligence, so that professionals make decisions about how this technology will be used in our environment.

Introducción

Según la real academia de la lengua española la inteligencia artificial se define como “Disciplina científica que se ocupa de crear programas informáticos que ejecutan operaciones comparables a las

que realiza la mente humana, como el aprendizaje o el razonamiento lógico” (1). Es importante mencionar, que este término fue determinado a mediados del siglo XX, por el matemático John McCarthy (2) quien dedico toda su vida

al desarrollo de esta ciencia. Es desde entonces donde la inteligencia artificial ha tenido un crecimiento exponencial, donde inicialmente por medio de algoritmos podía producir información como frases sencillas (3) hasta el día de hoy, donde sus capacidades están sobrepasando a las de los seres humanos y está íntimamente inmersa en nuestra sociedad (4). Ante este gran desarrollo, que es de manera exponencial, entra en la cuestión cual será la relación de la inteligencia artificial y la psiquiatría.

Ante el inicio de la relación de la inteligencia artificial con la psiquiatría, es curioso mencionar que la psiquiatría siempre ha tenido como interés la mente humana, por ende, la inteligencia; y ante esto se presenta el siguiente cuestionamiento: ¿Cómo será la psiquiatría usen vez haya mentes artificiales plenamente conscientes? Sin embargo, esto todavía no aparenta ser un futuro muy cercano, aunque hasta el momento hay importantes desarrollos en conjunto con estas dos áreas. Actualmente lo más común es encontrar Chatbots psicoterapéuticos o educadores sobre la salud mental, con resultados que se muestran prometedores (5), sin embargo, aún hay mucho por seguir descubriendo. También se han desarrollado sistemas que ayudan a mejorar los procesos diagnósticos e inclusive robots que hacen compañía a las personas y refuerzos positivos cognitivo-conductuales. Dentro de todos estos desarrollos, también surge la pregunta, la inteligencia artificial nos reemplazara, pregunta que al momento sigue en debate, sin una respuesta clara,

pero es seguro que los profesionales de la salud mental se deben involucrar en el desarrollo de estas tecnologías, para que estén en la toma de decisiones sobre el futuro de la profesión.

Breve historia de la inteligencia artificial

Es importante poder conocer como ha sido la secuencia de la historia de la inteligencia artificial, así como ver como sus avances han tenido un crecimiento exponencial, em vez de un crecimiento longitudinal.

- 1943: Primer modelo de neurona artificial por Warren McCulloch y Walter Pitts (6).
- 1950: El matemático Alan Turing con su artículo “*Computing machinery and intelligence*” es el primero en cuestionarse si las maquinas pueden pensar, y diseña la prueba de Turing para determinar si una máquina puede exhibir un comportamiento inteligente indistinguible del de un ser humano (7).
- 1956: Se da la Conferencia de Dartmouth, donde se origina el termino inteligencia artificial y se basa como disciplina científica (2).
- 1966: Primer Chatbot Eliza, que se creó como parodia la escuela de psicoterapia Rogeriana, esta máquina pudo tener una conservación terapéutica con un humano (8).
- 1979: El carro de Stanford, fue el primer vehículo autónomo (9).
- 1997: El programa de ajedrez Deep Blue, desarrollado por IBM, derrota al campeón mundial de ajedrez, Garry Kasparov, siendo la primera vez que una maquina super a un humano en juegos estratégicos (9).

- 2006: Se empieza a utilizar la inteligencia artificial en algoritmos de redes sociales.
- 2010: Apple crea Siri, un asistente de voz basado en inteligencia artificial, que fue el inicio de los asistentes virtuales (10).
- 2014: El primer Chatbot del mundo, Eugene Goostman es el primero en superar la prueba de Turing (11).
- 2015: Inteligencia artificial llamada AphaGo vence al campeón mundial de Go, juego estratégico más complejo del mundo (12).
- 2022: La empresa openAI crear al Chatbot más avanzado del mundo, el chat GPT (13).

Clasificación de la inteligencia artificial

Para entender las aplicaciones actuales y las venideras de la inteligencia artificial con la psiquiatría es necesario entender cómo se clasifica la inteligencia artificial. Esta se puede basar según sus capacidades. La inteligencia artificial estrecha (la más sencilla) se entiende como la que está programada para tareas sencillas, un ejemplo serían los asistentes virtuales o la mayoría de los Chatbots, que son los más utilizados al momento como herramienta para la salud mental. Consecuentemente se tiene a la inteligencia artificial general o fuerte, que tiene capacidades más amplias, como comprender y aprender y aplicar conocimientos, se asemeja a la manera de trabajar de un humano, se adapta sin tener una tarea específica, el mejor ejemplo es el chat GPT, un Chatbot avanzado que al momento ayuda a las personas a realizar tareas complejas (13). Posterior a esto

viene la inteligencia superior o consciente, que al momento es teórica y estas podrías comprender su propio funcionamiento, monitorear su rendimiento y grandes capacidades de adaptación, la cual es la más controvertida frente a la hipótesis de que podrá reemplazar a los humanos, incluido los psiquiatras y terapeutas.

Relación de la inteligencia artificial con los seres humanos y la salud mental

Hoy en día un total de 5,44 billones de personas utilizan celulares, 5,26 de personas son usuarios de celular y 4,76 billones de personas son usuarias de redes sociales (14), y si sumamos estas cifras al dato de que un 77% de los dispositivos que utilizamos tienen alguna forma de inteligencia artificial (15), hace que entre la cuestión que tanto nos relacionamos día a día con esta tecnología y como nos influencia a los humanos. De los primeros puntos que deben ser abordados en esta temática, es el uso de las redes sociales, salud mental e inteligencia artificial. En la literatura actual del tema se establece que el contenido que encuentran en las redes sociales está determinado no solo por las propias decisiones del individuo, sino también por los algoritmos de la inteligencia artificial, donde por medio de recrear patrones de pensamiento de los humanos, con una gran cantidad de datos que son proporcionados por los usuarios, hace cuestionar ¿Somos el producto y no el usuario? A cusa de que los algoritmos decidan por nosotros, nos utilicen como un producto, hay consecuencias para nuestra salud mental, por ejemplo,

ya hay cifras que demuestran como un tiempo prolongado de pantalla a distintos dispositivos y redes sociales en adolescentes incrementa la necesidad de psicomedicación y de intervenciones terapéuticas (16). También hay cifras que demuestran que un menor tiempo de uso de pantalla mejora la percepción sobre la imagen corporal (17). Y hay estudios que muestran, que una mayor exposición a redes sociales se asocia a mayor acoso, aislamiento social; las visitas más frecuentes y a una mayor cantidad de redes sociales, se han relacionado con mayores síntomas depresivos, de ansiedad y suicidio (18). Hay un fenómeno llamativo sobre la presión de comparación social, y la relación que hay con la inteligencia artificial es que existen filtros que utilizan el reconocimiento facial para mejorar el rostro de una persona a un punto que no es natural, algo que claramente crea distorsiones cognitivas sobre nuestra imagen y la de los demás (19).

Hoy en día existe un fenómeno donde a través de algoritmos y uso de la información de los usuarios, la inteligencia artificial predice que productos la persona es más probable que pueda comprar, creando así anuncios publicitarios, que, al aparecer, da la sensación al usuario de que está siendo escuchado. Es llamativo este fenómeno al vincularlo con la psiquiatría, ya que se asocia a presencia de ideas sobrevaloradas o incluso delirantes paranoides, esto se ha descrito como “el delirio del Truman Show”, en honor a la película con el mismo nombre, este representa una nueva adición a las mu-

chas ideas delirantes particulares que surgen por medio de una transformación patológica de conceptos culturalmente disponibles (20).

También hay información frente a la relación de la inteligencia artificial y el psicoanálisis. Para esto podemos ejemplificar el caso de “Replika”, un Chatbot que llegó a dar la sugerencia a un usuario de matar a un individuo que no le gustaba la inteligencia artificial, generando mucha controversia. Al detallar el caso se evidencio como la creadora de dicho Chatbot utilizo información sobre un difunto amigo para crear el algoritmo, información que incluían muchas conversaciones sobre la muerte, y se concluyó que utilizo el algoritmo como un mecanismo de duelo. Esto invita a no ver la inteligencia artificial como algo puramente técnico, hay narrativas detrás de las personas que hacen estas tecnologías, y estas pueden quedar plasmadas en estas máquinas (21).

Es inevitable preguntarse, si estas tecnologías llegarán a reemplazar a los psiquiatras y los terapeutas. Ante esta cuestión la literatura actual plantea que la superación o reemplazo por las inteligencias artificiales, no se daría en tanto no puedan definitivamente realizar las mismas labores, inclusive mejor, y también incluir la ética y moral en su actuación, que a la fecha no ha sido posible (22). Esto conduce a pensar que deben seguir en desarrollo estas tecnologías, pero con el objetivo de complementar a los profesionales de la salud mental, mas no reemplazarlos (23).

Ante esta cuestión de un presunto reemplazo, llega la ética a la conversación, puesto que el deber ser es que los humanos respeten las tareas los humanos, por esto se han propuesto los siguientes conceptos para conservar este principio (24):

- 1) Es necesario desarrollar una guía clara sobre el uso de IA. Estas tecnologías deben estar sujetas a una evaluación sanitaria estándar y tener aprobación regulatoria.
- 2) Las asociaciones de salud mental deben desarrollar recomendaciones sobre cómo capacitar a los médicos para su uso.
- 3) Las herramientas de IA deben tratarse como un recurso adicional en los servicios de salud mental.
- 4) Se debe exigir que todas las aplicaciones que se ofrezcan fuera de los entornos de atención de la salud mental demuestren ser confiables.
- 5) La IA debe usarse de manera transparente.
- 6) Los algoritmos de IA en salud mental deben examinarse, por ejemplo, en busca de sesgos.

La conclusión frente a la premisa de este reemplazo, mantenemos nuestra afirmación de que la inteligencia artificial nunca reemplazará a los psiquiatras, los avances transformarán muchos aspectos de la psiquiatría, sin embargo, hasta que la tecnología no pueda permitir nuevas formas de conectarse con otro ser humano que parezcan artificiales, probablemente seguirán siendo más efectivo el interfaz humano-humano (25).

¿A dónde va la psiquiatría?

Como mencionado previamente, debemos mencionar hasta la fecha cuales han sido algunos de los avances en esa área, para empezar a familiarizarnos y en la medida de lo ideal, utilizarlos y también crearlos. En el área de los desórdenes afectivos encontramos los chatbots, como han sido mencionados previamente, entre estos está el “Woebot” que ayuda a los pacientes a identificar sus emociones, patrones de pensamiento y a aprender habilidades como la resiliencia o métodos para reducir la ansiedad. Los estudios han demostrado que el uso de Woebot puede reducir con éxito los síntomas depresivos y adicional a esto muestran que hay un enlace terapéutico rápido. También para los desórdenes afectivos están siendo utilizados entrenadores “Avatar; que por medio de realidad virtual se hacen procesos de terapia exposicional (26).

Para los desórdenes psicóticos la inteligencia artificial se ha utilizado en estudios para analizar la producción de lenguaje desordenado en psicóticos. Los algoritmos pueden localizar en qué parte del habla se produce la incoherencia, predecir los niveles de incoherencia y son muy sensibles a desviaciones muy sutiles en largas entrevistas clínicas (26).

En el área de psiquiatría infantil, se ha aprovechado esta tecnología para los trastornos del espectro autista, con robots con inteligencia artificial que asumen roles como estimulador, reforzador, capacitador, mediador y proveedor de información de diagnóstico. Los puntos

fuertes de estos robots están relacionados con las posibilidades de personalización, su carácter lúdico, el principio de acción reacción, su expresión neutra, acciones consistentes y repetitivas, las posibilidades de variar el comportamiento de forma controlada y tener una mano extra. Caso similar para la gerontología, donde los robots acompañantes se utilizan cada vez más para ayudar a los pacientes con demencia. Estos son asistentes de atención médica en el hogar, responden al habla, al movimiento y ayuda a brindar compañía. Los estudios han encontrado que son fructíferos para reducir el estrés, la agitación y la soledad, y mejoran el estado de ánimo y las conexiones sociales (26).

Conclusiones

En general, la inteligencia artificial está en nuestras vidas en mayor medida de los que se espera, y su uso en la salud mental no se queda atrás. Ante la presencia de esta, los trabajadores de la salud mental tienen una tarea muy importante de tomarse el tiempo para conocer y comprender esta tecnología para poder aplicarla de manera efectiva y ética en esta área de la medicina. Deben ser los mismos trabajadores quienes decidan como serán estos desarrollos y como deben ser utilizada, para garantizar que se utilizada de manera responsable.

Referencias

1. Asale, R.-. (n.d.). inteligencia | Diccionario de la lengua española. «Diccionario De La Lengua Española» - Edición Del Tricentenario. <https://dle.rae.es/inteligencia#2DxmhCT>
2. Conocimiento, V. A. (2018, August 2). El verdadero padre de la inteligencia artificial | OpenMind. OpenMind. <https://www.bbvaopenmind.com/tecnologia/inteligencia-artificial/el-verdadero-padre-de-la-inteligencia-artificial/>
3. Redacción. (2020, December 2). Breve historia visual de la inteligencia artificial. www.nationalgeographic.com.es. https://www.nationalgeographic.com.es/ciencia/breve-historia-visual-inteligencia-artificial_14419
4. Tewari, G. (2022, October 7). Recent Advancements In Artificial Intelligence. Forbes. <https://www.forbes.com/sites/forbesbusinesscouncil/2022/10/07/recent-advancements-in-artificial-intelligence/?sh=1c6571e37fa5>
5. Boucher, E. M., Harake, N., Ward, H., Stoeckl, S. E., Vargas, J., Minkel, J., Parks, A. C., & Zilca, R. D. (2021). Artificially intelligent chatbots in digital mental health interventions: a review. *Expert Review of Medical Devices*, 18(sup1), 37–49. <https://doi.org/10.1080/17434440.2021.2013200>
6. Abril, R. R. (2022). Neuronas de McCulloch y Pitts. La Máquina Oráculo. <https://lamaquinaoraculo.com/computacion/el-modelo-neuronal-de-mcculloch-y-pitts/>
7. Alan Turing, el padre de la inteligencia artificial. (n.d.). Ministerio De Cultura | Presidencia De La Nación. <https://www.cultura.gob.ar/alan-turing-el-padre-de-la-inteligencia-artificial-9162/#:~:text=En%201936%2C%20imaginaba%20una%20computadora,dos%20decisiones%3A%20verdadero%20o%20falso.>
8. BBC News Mundo. (2018, June 3). La sorprendente y poco conocida historia de Eliza, el primer bot conversacional de la historia. BBC News Mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-44290222>
9. Redacción. (2020b, December 2). Breve historia visual de la inteligencia artificial. www.nationalgeographic.com.es. https://www.nationalgeographic.com.es/ciencia/breve-historia-visual-inteligencia-artificial_14419

10. Wikipedia contributors. (2023). Siri. Wikipedia. <https://en.wikipedia.org/wiki/Siri>
11. BBC News Mundo. (2014, June 9). Eugene, el computador que fue más listo que los humanos. BBC News Mundo. https://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/06/140609_tecnologia_eugene_test_turing_ch
12. AlphaGo. (n.d.). <https://www.deepmind.com/research/highlighted-research/alphago>
13. Introducing ChatGPT. (n.d.). <https://openai.com/blog/chatgpt>
14. Digital Around the World — DataReportal – Global Digital Insights. (n.d.). DataReportal – Global Digital Insights. <https://datareportal.com/global-digital-overview>
15. Sánchez, A. F. (2023). Inteligencia artificial: ¡Hablemos de números! Techcetera. <https://techcetera.co/inteligencia-artificial-hablemos-de-numeros/>
16. Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2018). Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study. *Preventive Medicine Reports*, 12, 271–283. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.10.003>
17. (n.d.). Reducing Social Media Use Improves Appearance and Weight Esteem in Youth With Emotional Distress. *Psychology of Popular Media*.
18. Naslund, J. A., Bondre, A. P., Torous, J., & Aschbrenner, K. A. (2020). Social Media and Mental Health: Benefits, Risks, and Opportunities for Research and Practice. *Journal of Technology in Behavioral Science*, 5(3), 245–257. <https://doi.org/10.1007/s41347-020-00134-x>
19. Ruggeri, A. (2023, March 13). The problems with TikTok's controversial 'beauty filters' <https://www.bbc.com/future/article/20230301-the-problems-with-tiktoks-controversial-beauty-filters>. <https://www.bbc.com/future/article/20230301-the-problems-with-tiktoks-controversial-beauty-filters>
20. Gold, J. A., & Gold, I. (2012). The “Truman Show” delusion: Psychosis in the global village. *Cognitive Neuropsychiatry*, 17(6), 455–472. <https://doi.org/10.1080/13546805.2012.666113>
21. Possati, L. M. (2022). Psychoanalyzing artificial intelligence: the case of Replika. *AI & society*. <https://doi.org/10.1007/s00146-021-01379-7>
22. Rivera Estrada, Jairo Esteban, & Sánchez Salazar, Diana Vanessa. (2016). INTELIGENCIA ARTIFICIAL ¿REEMPLAZANDO AL HUMANO EN LA PSICOTERAPIA?. *Escritos*, 24(53), 271–291. <https://doi.org/10.18566/escr.v24n53.a02>
23. Bohannon, J. (2015). The synthetic therapist. *Science*, 349(6245), 250–251. <https://doi.org/10.1126/science.349.6245.250>
24. Fiske A, Henningsen P, Buix A. Your Robot Therapist Will See You Now: Ethical Implications of Embodied Artificial Intelligence in Psychiatry, Psychology, and Psychotherapy. *J Med Internet Res*. 2019 May 9;21(5):e13216. doi: 10.2196/13216. PMID: 31094356; PMCID: PMC6532335.
25. Brown, C. T. A., Story, G. W., Mourao-Miranda, J., & Baker, J. N. (2021). Will artificial intelligence eventually replace psychiatrists? *British Journal of Psychiatry*, 218(3), 131–134. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.245>
26. Ray, A., Bhardwaj, A., Malik, Y., Singh, S., & Gupta, R. (2022). Artificial intelligence and Psychiatry: An overview. *Asian Journal of Psychiatry*, 70, 103021. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103021>

Sociedad actual y nuevos valores morales

Helena Jaramillo, Laura Olaya, Karina Pedraza, Camila Pinzón,
Carolina Ramírez, Juan Felipe Torres*

* Estudiantes de medicina (2023) - Universidad El Bosque.

Introducción

Sin duda alguna como seres humanos a lo largo de la historia hemos llevado a cabo diversos cambios que como sociedad nos han permitido avanzar y evolucionar, no solo desde el ámbito físico sino también desde la esfera del pensamiento influenciada por diversos actores, como lo han sido los momentos históricos, la ciencia, la religión, intereses políticos, factores económicos, entre otros.

Dichos cambios permiten en la mayoría de los casos un avance o la corrección de errores con los nuevos paradigmas, sin embargo, el hecho de que genere novedad no garantiza que no se presenten conflictos, puesto que por el dinamismo del cambio mismo el malestar puede estar presente.

En este texto se busca ampliar un poco acerca de las implicaciones y paradojas de estos cambios en la sociedad que pueden estar rodeadas diversas opiniones o estigmas y que de alguna u otra manera, están en relación con la salud humana física y mental, así como puntos que sin duda alguna nos enfrentaremos en nuestra práctica diaria como médicos residentes y futuros especialistas en psiquiatría.

A partir de la década del setenta y de manera más acentuada desde los ochenta, se ha producido en Occidente la revolución tecnológica, en información, comunicación y demás, produciendo una transformación en la mentalidad actual (1).

Dentro de la sociedad actual se ha manifestado una preocupación inminente por el comportamiento del ser humano y su desarrollo con el entorno, conciencia social, normas morales, la ética, libertad, democracia, y los derechos humanos, recordando que los responsables de los impactos positivos o negativos que tiene el entorno, social y natural, son responsabilidad de la propia sociedad que en él convive.

En la sociedad actual, estamos experimentando un cambio en los valores morales con la creciente complejidad de nuestra sociedad y la rápida evolución de la tecnología, la forma en que nos relacionamos entre nosotros y con el mundo que nos rodea; como resultado los valores morales tradicionales se están reevaluando constantemente y se están estableciendo nuevos valores que reflejan mejor nuestra realidad actual.

La sociedad, no ha sido ajena a este proceso, sino que se ha visto involucrada

totalmente en él, ya que uno de los objetivos de este nuevo paradigma es generar un cambio positivo en el comportamiento de los grupos humanos; de allí que a medida que nos volvemos más conscientes de las realidades que enfrentan otras personas, la empatía se convierte en una clave que guía nuestras interacciones sociales. La empatía nos permite entender y compartir los sentimientos de los demás, ser más tolerantes y comprensivos con las diferencias culturales y de perspectivas que encontramos en nuestras interacciones diarias (2).

La responsabilidad social en la sociedad implica la necesidad de considerar el impacto de nuestras acciones en los demás y en el medio ambiente, y de actuar de manera ética y responsable en nuestras relaciones sociales y económicas. Esto implica una preocupación por los derechos humanos, la justicia social, la protección del medio ambiente y el desarrollo sostenible.

Además, la igualdad y la justicia social son valores morales que han adquirido mayor importancia en la sociedad actual. A medida que nos volvemos más conscientes de la desigualdad y la discriminación que enfrentan muchas personas en nuestra sociedad, nos vemos obligados a considerar las necesidades y preocupaciones de un colectivo de personas, independientemente de su género, raza, estatus social, orientación sexual, religión y/o ideología política.

A continuación, abordaremos algunos temas que de alguna u otra manera han

presentado cambios y ciertas paradojas, pero que han permitido llevar a cabo desarrollos como sociedad.

Nuevas definiciones de Familia

En 1994 se definía a la familia como la unión de dos o más personas, sea en matrimonio, sangre, adopción o unión consensual que viven, interactúan y se comunican entre sí en un solo hogar (3). Podía clasificarse por sus dimensiones en matrimonio monógamo o polígamo, por ubicación en patrilocalidad, matrilocalidad o avunculado, por autoridad en patriarcado o matriarcado, por parentesco en nuclear o combinada (4) lo cual nos lleva a los nuevos términos acunados.

En la actualidad, se considera que es la unión por parentesco o afinidad que no requiere que sus miembros vivan bajo el mismo techo para existir como una realidad, que influye e interactúa con otras características y variables en el ámbito de la salud, medio ambiente, comportamiento social entre otras (3).

Así como las personas emparentadas por matrimonio, nacimiento, consanguinidad o adopción legal que comparten cocina y recursos económicos en su día a día y por lo tanto influyen en sus dinámicas en salud, dado que comparten factores de riesgo, por vivienda, comunidad, sociedad y cultura, factores positivos para una buena salud, negativos por mala salud y costos de atención, se comparten también costumbres alimentarias y estilos de vida (5).

Por lo cual se implementó a través del concepto médico del Núcleo y posibles componentes derivados la siguiente clasificación con su respectiva definición.

Nuevos conceptos de espiritualidad

La espiritualidad ha evolucionado a lo largo del tiempo y ha adquirido nuevos significados y conceptos a medida que la sociedad ha avanzado y ha habido una mayor aceptación de diferentes formas de pensar y creer. En la actualidad, se están desarrollando nuevos conceptos de espiritualidad que se centran en la interconexión de todas las cosas y en la importancia de vivir en armonía con la naturaleza (6).

Uno de los nuevos conceptos de espiritualidad es la idea de que todo está interconectado. Esto significa que cada ser vivo y cada objeto en el mundo está conectado y que todas las acciones tienen consecuencias que afectan al mundo que nos rodea. Esta perspectiva ha llevado a una mayor preocupación por el medio ambiente y la sostenibilidad, así como a una mayor valoración de la empatía y compasión por los demás (6).

Otro concepto de espiritualidad emergente se centra en la idea de la conexión con la naturaleza. Este concepto se ha desarrollado a medida que la gente ha tomado conciencia de la importancia de la naturaleza y de la necesidad de cuidarla y protegerla. Algunas personas han encontrado en la naturaleza un camino hacia la sanación y la conexión espiritual, y han adoptado prácticas como el senderismo, la jardinería y la medi-

tación en la naturaleza para mejorar su bienestar emocional y espiritual (7).

La idea de la consciencia colectiva es otro concepto emergente de la espiritualidad. Esta perspectiva sostiene que existe una consciencia compartida por todos los seres vivos, y que al conectarse con esta consciencia, uno puede obtener una mayor comprensión de la vida y del mundo que nos rodea. Algunas prácticas como la meditación y el yoga se centran en la conexión con la consciencia colectiva como una forma de lograr la iluminación y el crecimiento personal (8).

Además de estos conceptos emergentes, también hay una mayor aceptación y exploración de la espiritualidad en diferentes culturas y grupos, incluyendo aquellos que no se identifican con ninguna religión en particular (6). Muchas personas han encontrado en la espiritualidad una forma de encontrar significado y propósito en la vida, así como de hacer frente a situaciones difíciles y encontrar la paz interior (8).

Libertad de expresión

Desde la aparición del internet se viene modificando la forma en que interactúan las personas, facilitando la globalización de la conexión y con esto dando el espacio para desarrollo de la libre expresión en las diferentes plataformas disponibles, sin embargo, los contenidos se ven regulados por directivos de compañías privadas que pueden llegar a tener intereses particulares que sesgan las decisiones, estas en un espacio idea-

lizado deberían desarrollarse de acuerdo a los derechos humanos (9).

En este marco donde la demanda de contenido audiovisuales ha venido en aumento desde la pandemia por COVID-19 favoreciendo el uso de robots informáticos que retransmiten y reproducen los mismos contenidos donde muchos de ellos tienen discursos ideológicos con argumentos que se replican, generando un alto poder de influencia en internet; así mismo hay una búsqueda de una acción colectiva dirigida por ideales compartidos que se facilitan por la interconectividad global generando identificación y sentido de pertenencia en un grupo en específico (10).

El fácil acceso a diversos contenidos en redes sociales permite que el funcionamiento sociocultural territorial tenga una mayor divulgación y alcance geográfico, con lo cual los diferentes grupos poblacionales tengan variedad al momento de identificarse con alguna comunidad en específico, sumado a la libertad de expresión que genera la comprensión de otras poblaciones disminuyendo los estigmas; sin embargo se dificulta tener un control del contenido al que acceden las personas, siendo indiferente la edad o vulnerabilidad que pueda llegar a tener, lo que los expone a conductas y/o situaciones de riesgo.

Liberación sexual

El ser humano como ser social requiere de sus relaciones para poder avanzar y evolucionar, un papel fundamental ha sido el desarrollo de la libertad y la li-

beración sexual, que ha sufrido una serie de transformaciones a lo largo de los últimos años. Entendiendo que hay un binomio entre lo físico y psíquico, en donde existe un instinto pasional acompañado de una dimensión moral, espiritual y trascendente.

Se ha llevado a cabo una serie de transformaciones en cuanto a conceptos, pensamientos y por ende a comportamientos, es así como la sexualidad es descrita por la OMS en el año 2006 como "el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas objetivas que caracterizan a cada sexo" (11), lo cual va vinculado a emociones, afecto, pasiones, vínculos y deseos; mientras que la libertad sexual es considerada un derecho del ser humano donde tiene la capacidad de autodenominarse, sin limitaciones, permitiendo utilizar el propio cuerpo a voluntad (12).

Lo anterior es algo reciente y que responde a un cambio de preceptos postulados durante la década de los sesenta y setenta, considerada como una de las revoluciones más importantes de los últimos tiempos. Es así como para la década de los sesenta inicia uno de los cambios sociales occidentales más importantes a lo largo de la historia, partiendo en los Estados Unidos, en donde los jóvenes critican la democracia social y ponen en duda el capitalismo y el estilo americano tras la explotación de otros países para llevar a cabo el desarrollo de la guerra y nace la famosa frase de "hacer el amor y no la guerra", con la que se buscaba una exploración más amplia entre el

sexo, drogas y rock and roll como una manera de comprender las relaciones y emociones humanas, rompiendo con la rutinaria vida y por ende con los roles de género establecidos hasta ese momento. Es así como se fortalece la corriente del feminismo y de autoconciencia, lo cual lleva consigo a que se plantee una discusión un tema privado, como lo era la sexualidad y comienza a tener un concepto político como forma de emancipación, es decir, la búsqueda de desvincular la sexualidad de la reproducción apareciendo así, la ginecología no patriarcal y con ella los centros de planificación familiar y la lucha a favor del aborto. De igual manera hubo una alianza entre el feminismo de esa época y grupos homosexuales lo cual llevó a un análisis mucho más profundo y amplio acerca de las relaciones humanas, no como medio de reproducción si no con la búsqueda del placer (12).

Es así como se llevan varias rupturas en pensamientos antes concebidos, como lo son: la ruptura de la reproducción y procreación, la sexualidad y su ruptura con el amor, la importancia del placer individual; con lo anterior se establece una deconstrucción de lo natural en donde ya el orden no es natural si no que hace parte del constructo humano, su cultura y sus creencias, en búsqueda de un bien común y personal. Lo cual vemos que persiste aún hoy en día y que se sigue materializando y fortificando, permitiendo mejores experiencias, autonomía y decisiones tanto a hombres, mujeres y diversas identidades, lo cual incide de alguna u otra manera en el

componente de salud. Es así como actualmente la sexualidad se concibe como un interés individual con un bienestar personal pero influenciado por la estructura social (13).

Enfoque de género

Luego de la liberación sexual se empezó a profundizar en el enfoque de género y una visión feminista de la sociedad. El enfoque de género es una visión que busca reconocer las diferentes identidades, roles, relaciones de género e identidades de género analizando y buscando comprender las diferencias y desigualdades presentes con respecto a aspectos económicos, políticos, psicológicos, culturales y jurídicos. De esta manera se muestran las diferentes brechas y patrones de discriminación. En este enfoque se busca fomentar la equidad, diversidad e interseccionalidad (1,14,15).

Teniendo en cuenta este enfoque de género se ha buscado evidenciar, visibilizar y analizar las desigualdades en las mujeres, que a pesar de estar en disminución siguen existiendo. En efecto, según el DANE en el 2022, la participación en el trabajo por parte de las mujeres sigue siendo limitada, por cada 100 hombres dentro de la fuerza de trabajo, solo se encontraban 73 mujeres. También, según estos mismos datos del DANE, el desempleo es mayor en las mujeres, el salario que reciben es menor, están menos involucradas en cargos de toma de decisión y dedican más tiempo al trabajo no remunerado que los hombres. En el 2020-2021, las mujeres destinaron 7 horas 44 minutos mientras que los hom-

bres 3 horas y 6 minutos a este tipo de trabajo. También, se ha evidenciado una problemática de violencia física, sexual y psicológica contra las mujeres, según el DANE en el 2021, fueron asesinadas 978 mujeres, en muchos casos por personas conocidas o familiares (14).

Con las diferentes olas del feminismo se ha logrado que las mujeres accedan en mayor cantidad a puestos laborales, políticos y al mundo económico. Sin embargo, actualmente la mujer ejerce un rol en el trabajo, pero también un rol importante en las labores domésticas, maternas, conyugales y en general de cuidado con su familia y personas que la rodean. Lo anterior, puede llegar a generar una alta carga emocional principalmente porque hay altas expectativas porque se cumplan adecuadamente ambos roles; laborales y de familia (1).

En las sociedades en las que se han dado mayores cambios en las condiciones femeninas y mayores cambios sociales se ha evidenciado un cambio en los modos de empleo, trabajo tradicional y de familia, pudiendo existir, en algunos casos, una crisis de la masculinidad debido a que esta se mostraba previamente a través de la fuerza, el trabajo, al ser el proveedor económico. En algunos casos se ha visto que para poder compensar este cambio en la dinámica llega a aparecer en los hombres una adicción al trabajo (1).

Por otra parte, dentro de este enfoque de género y feminista, inicialmente, durante el periodo de liberación sexual, se buscó garantizar la autonomía de la

mujer sobre su cuerpo para poder tener una anticoncepción eficaz, creando mejores condiciones en las mujeres para planear su embarazo, pero también nuevas responsabilidades. Esto se da porque la mujer debe ser garante de su anticoncepción, asumiendo los efectos adversos de las hormonas, precio y responsabilidad de la toma en los horarios específicos de manera cumplida y rigurosa; generando mayor carga y presión (1).

Adicionalmente, en este contexto de feminismo se ha buscado garantizar la libertad para la mujer para decidir sobre su cuerpo y asegurar su seguridad por lo que, en algunos países, como Colombia, se ha legalizado el aborto con algunas condiciones legales (1).

Al tener también un enfoque de género, y buscando una mayor equidad en las personas, se ha visto una transformación de los intercambios sexuales, en las relaciones de parejas y en las identidades de las personas ampliando los derechos y fomentando la libertad de expresión de las personas homosexuales, lesbianas, bisexuales, trans, queer, entre otros. Al aumentar esta diversidad y concientización sobre la importancia de la equidad en los países más desarrollados se han incrementado los derechos para las comunidades LGBTIQ+. En varios países existen actualmente leyes para el matrimonio igualitario y leyes de identidad de género. Así mismo, es posible realizar reasignaciones de sexo en personas trans, con el consecuente cambio de nombre y realización de cirugías si la persona lo desea, teniendo en cuenta el

sufrimiento que puede tener las personas que no se ven identificadas con su sexo anatómico (1).

Conclusión

En conclusión, la sociedad actual está experimentando un cambio en diferentes áreas tanto personales como nuevas interacciones sociales. La empatía, la responsabilidad social, la igualdad y la justicia social son solo algunos de los nuevos valores morales que se están estableciendo en nuestra sociedad, adicionalmente se viene replanteando el concepto de familia teniendo como definición una unión de cualquier origen en las cuales se compartan las mismas condiciones de vida; la espiritualidad se viene relacionando más a mejorar calidad de vida y la conciencia de la relación que se tenga con el entorno en donde nos desenvolvemos. Podemos encontrar con mayor facilidad personas que piensen y sientan como nosotros a partir de su libre expresión gracias a las redes sociales, sin embargo, a medida que nos adaptamos debemos trabajar juntos para construir una sociedad más justa, equitativa y empática.

Referencias

1. Meler I, Burin M. Psicoanálisis y género: Escritos sobre el amor, El Trabajo, La Sexualidad y la violencia. Buenos Aires: Paidós; 2017. Macías Huerta Ma. del Carmen. Macías Huerta Juana. Los valores en la sociedad actual. Disponible en: <http://sincronia.cucsh.udg.mx/macias03a.htm>
2. Sonawat R. Understanding families in India: a reflection of societal changes. *Psicol Teor Pesqui* [Internet]. 2001 [citado el 8 de marzo de 2023];17(2):177–86. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/kYBtY6pCbh5bg56wmRFSd-6y/?format=pdf&lang=en>
3. The Changing family in Asia: Bangladesh, India, Japan, Philippines, Thailand [Internet]. Gov. au. [citado el 8 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://catalogue.nla.gov.au/Record/1114391>
4. Sharma R. The family and family structure classification redefined for the current times. *J Family Med Prim Care* [Internet]. 2013;2(4):306–10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4103/2249-4863.123774>
5. Grof, S. (2018). The Emergence of a New Paradigm in Science and Spirituality. *Journal of Transpersonal Psychology*, 50(2), 95-109.
6. Wilber, K. (2017). Integral Spirituality: A Startling New Role for Religion in the Modern and Postmodern World. *Integral*
7. Jones, P., & Creedy, D. K. Exploring spirituality and the meaning of work: a new conceptual framework. *Journal of Organizational Change Management* [Internet]. 2018 [cited 2023 Mar 9];31(3):439-452. Available from: <https://doi.org/10.1108/JOCM-10-2016-0203>.
8. Calcaneo Monts, M. A. (2021). Internet, redes sociales y libertad de expresión. *Cuestiones Constitucionales Revista Mexicana de Derecho Constitucional*, 1(44). <https://doi.org/10.22201/ijj.24484881e.2021.44.16157>
9. Mejía Navarrete, J. (n.d.). Libertad de expresión, Libertad de expresión, redes sociales y modernidad redes sociales y modernidad. <http://pe.globedia>.
10. Salud sexual [Internet]. Who.int [citado 6 de marzo de 2023]. Disponible en : <https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health>
11. Castellano Arroyo M. (2019). Real Academia Nacional de Medicina de España. The sexual freedom from perspective of legal medicine. *An R Acad Med (Madr)*. <https://www.medicospacientes.com/sites/default/files/Articulo%20Dra%20Maria%20Castellano.pdf>

12.Sartorius G, Ahler A, Moffat R. Kontrazeption und Sexualität [Contraception and Sexual Health]. *Ther Umsch.* 2022;79(10):519-525. German. doi: 10.1024/0040-5930/a001395. PMID: 36415942.

13.Loughran T. Sex, relationships and “everyday psychology” on British magazine problem pages, c. 1960-1990. *Med Humanit* [Internet]. 2022.

14.Enfoques [Internet]. Enfoque de Género. [cited 2023Mar8]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/enfoque-diferencial-e-interseccional/enfoque-de-genero>

15.UNICEF [Internet]. [cited 2023Mar9]. Available from: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/COM-1_PerspectivaGenero_WEB.pdf

Normas para los autores

PSIMONART es la revista científica del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso destinada a divulgar los conocimientos sobre la psiquiatría y la salud mental. Dicha acción la ejerce a través de la publicación de trabajos escritos de psiquiatras, residentes de psiquiatría, médicos no psiquiatras, psicólogos, filósofos y otros profesionales interesados en el área de las neurociencias y la salud mental, nacionales e internacionales que por su calidad e importancia merezcan y sean aceptados para su publicación. Es una revista arbitrada por pares académicos.

La revista PSIMONART se dirige a la comunidad de los Psiquiatras, Psicólogos, personal idóneo en salud mental y otras especialidades, entidades privadas o del Estado y a todas las personas interesadas en compartir experiencias en el área de la Salud Mental.

Secciones de la revista

Editorial: El editorial es un comentario de fondo realizado por el editor, miembros del comité o invitados con gran experiencia en los temas tratados.

Artículos:

1. Artículo original: Documento que presenta resultados de trabajos originales e inéditos de investigación en las diversas áreas de la psiquiatría, la salud mental o ciencias afines. Debe tener una

extensión máxima de 7.000 palabras. La estructura de estos consta de las siguientes partes:

- **Resumen:** En el que se expone en forma precisa la esencia del trabajo y debe incluir los siguientes subtítulos: objetivo, métodos, resultados y conclusiones. Tendrá su respectiva traducción al inglés. Cada uno no deberá exceder de 250 palabras. Al final se citan las palabras clave en número no mayor de cinco.
- **Introducción:** Incluye la exposición de los motivos del trabajo y una breve referencia de la literatura. Debe ser clara, explícita y concisa.
- **Métodos:** Se deben describir las características del material empleado en el trabajo y la metodología usada en el estudio en forma concreta y precisa.
- **Resultados:** Deben ser de carácter objetivo, con el análisis estadístico en los casos pertinentes, sin interpretación personal y ser acompañados de las tablas y/o figuras (gráficos, radiografías, fotografías).
- **Discusión:** Comprende la interpretación de los resultados comparándolos con los trabajos realizados por otros autores y las conclusiones que se derivan de ello cuando sea apropiado.
- **Conclusiones:** Comprende la síntesis del trabajo, enunciando el resultado fi-

nal de la prueba de hipótesis del investigador.

• **Referencias:** Las referencias bibliográficas se hacen de acuerdo a las normas de Vancouver y serán presentadas en el orden como aparecen en el texto. Todas las referencias deben estar citadas ya sea en el texto o en las ilustraciones.

2. Artículo de revisión: Documento que trata a fondo un tema relevante en psiquiatría y salud mental, integrando el estado del arte y los últimos avances. Incluyen una amplia bibliografía, análisis y comentarios acerca de trabajos de otros autores. Son menos rigurosos que las revisiones sistemáticas, por cuanto su método es narrativo y depende del autor. Generalmente son solicitados por el editor a idóneos del área de conocimiento. Sin embargo, también se reciben aquellos artículos no solicitados. Debe tener una extensión máxima de 6.000 palabras.

3. Artículo corto: Artículo que reporta resultados preliminares o parciales de investigaciones originales que, aunque no terminadas requieren una pronta difusión.

4. Reporte de caso: Documento que presenta de forma ordenada aquellos casos clínicos que connoten interés diagnóstico, anomalía de evolución o de evidente interés por la respuesta terapéutica. Incluye una revisión de la literatura sobre casos similares. Debe tener una extensión máxima de 2.500 palabras.

Se toman en cuenta los siguientes puntos:

- Introducción al caso clínico
- Reporte o descripción del caso
- Discusión
- Conclusiones
- Referencias

5. Escritos y reflexiones: Documentos de reflexión no derivado de investigaciones que presentan consideraciones sobre trabajos de otros autores, desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, recurriendo a fuentes originales.

Estos incluyen:

• **Ensayos:** Es un escrito que brevemente analiza, interpreta o evalúa un tema de atención.

• **Disertaciones escritas:** Transcripciones de una presentación oral sobre un tema específico.

6. Cartas al editor: Escritos de posiciones u opiniones de los lectores sobre documentos publicados en la revista, que a juicio del comité editorial aporten de manera significativa a la comunidad científica.

7. Transcripciones y traducciones: Traducciones de textos clásicos o de actualidad o transcripciones de documentos históricos o de interés particular a juicio del comité editorial.

8. Resumen de libros: Comprenderá una breve reseña y comentario de los libros o tratados de reciente publicación.

Instrucciones para envío de material

Los textos deberán enviarse en un archivo digital de Microsoft Word, tipo de letra Arial, tamaño de fuente 10, espacio sencillo. Las ilustraciones (tabla, gráficos, fotografías y otros documentos similares) no excederán de 10 y deben estar insertados dentro del artículo, con el título correspondiente y en el orden de aparición.

Las referencias bibliográficas se hacen de acuerdo a las normas de Vancouver y serán presentadas en el orden como aparecen en el texto. Todas las referencias deben estar citadas ya sea en el texto o en las ilustraciones.

Debe estar acompañado por una carta de presentación dirigida al editor, destinada a la evaluación de dicho artículo para su publicación y en la cual se debe certificar que no ha sido publicado en otra revista. Debe estar firmada por el autor y declarar la autorización de publicación de los coautores.

En la primera página del trabajo debe anotarse. • Título: breve, que represente el contenido del artículo. • Nombre y los dos apellidos del autor y coautores. • Grado académico y afiliación institucional. • Nombre del Departamento y/o Institución en que se realizó el trabajo. • Dirección del autor donde se le dirigirá la correspondencia, así como teléfono y dirección de correo electrónico.

Los documentos se deben enviar al correo electrónico:
revista@clinicamontserrat.com.co

Los autores que hayan presentado artículos recibirán una respuesta informando la aceptación y paso a revisión editorial o la no aceptación. Si son aceptados, serán revisados y remitidos al proceso de evaluación por pares y el Comité Editorial decidirá sobre su publicación. Posteriormente se le enviará el resultado de la decisión final.

PSIMONART se reserva el derecho de aceptar los trabajos que se presenten y de solicitar las modificaciones que considere necesarias para poder cumplir con las exigencias de la publicación.

La publicación de trabajos por **PSIMONART** en sus diferentes secciones no obliga necesariamente a solidarizarse con las opiniones vertidas por los autores.

El comité editorial se reserva el derecho de uniformar el manuscrito de acuerdo al estilo de la revista, con autorización previa del autor. El comité editorial de la revista no se responsabiliza de las opiniones que se encuentran en los trabajos originales. Una vez aceptado y publicado los derechos pertenecen a **PSIMONART**.

Una Campaña del ICSN- Clínica Montserrat:
Sinmiedoahablar.com



TE ESCUCHAMOS,
TE ACOMPAÑAMOS,
TE DAMOS HERRAMIENTAS

Hablar abiertamente de tus problemas, frustraciones y de lo que te afecta, es el primer paso para mejorar tu calidad de vida.

Encuentra información sobre síntomas, tratamientos, actividades cotidianas que puedes realizar diariamente para manejar tu salud mental.

OBJETIVO:

Promover el diálogo sobre la Salud Mental enfocados en escuchar, acompañar y dar herramientas a la comunidad para la identificación de posibles riesgos y también para que desde la cotidianidad se desarrollan acciones que permitan el bienestar y la calidad de vida de la población.

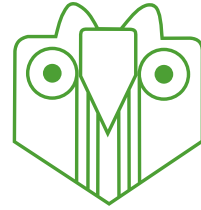
QUIERO APOYAR
¿COMO UNIRME?

¿Quieres tener esta campaña en tu organización o empresa? No importa si eres ONG, emprendedor o una gran empresa, la salud mental es un tema que todos y todas deben conocer. ¡Tu puedes ser parte!



*Escanea el código QR
y conoce más sobre la
campaña.*

**Atención y servicio
con calidad humana**



ICSN MONTSERRAT SERVICIOS AMBULATORIOS

ATENCIÓN Y SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

¡Te acompañamos en tu proyecto de vida! Como parte de los procesos de adaptación y mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno, contamos con el programa 'Hospitalización Día'.

Este programa tiene un fin ocupacional y de seguimiento para pacientes en fase de estabilización, o como minimización de la progresión de síntomas, según la edad del paciente o las patologías por las que asiste, se subdivide en Clínica día general o Clínica día de psicogeriatría.

HOSPITALIZACIÓN DÍA



Centro Campoalegre
Km 6 vía suba-cota
Bogotá – Colombia
PBX:+576012596000
E-mail: atencionalusuario@icsn.co

Síguenos en:



[@icsnmontserrat](https://www.facebook.com/icsnmontserrat)



[icsn.montserrat](https://www.instagram.com/icsn.montserrat)

[icsn.montserrat](https://www.instagram.com/icsn.montserrat)

