

Revista
Latinoamericana de
PSIQUIATRÍA

Órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América Latina

Editorial

Darío Gigena

Mejorando la Salud Mental en Latinoamérica: estrategias colaborativas para elevar la calidad del cuidado al paciente

Miguel Martín de Bustamante, Valeria Boers Trilles, Thelma Bolón Moheno, Dulce de Jesús Montoya, Carmita Abdo, Patricia Arroyo, Enrique Bojórquez, Jesús Ramírez-Bernudez, Ricardo Corral, Rodrigo Córdoba

Consenso regional para el manejo del trastorno depresivo mayor

Alexandra Y. Araujo del Rosario, Karla Elena Baldizón Duarte, Perla Barba Rodríguez, Mario R. Gallardo Contreras, M. Socorro González Valadez, Melissa Huertas Angulo, Alejandro M. Jiménez Genchi, Eldia María Lasso Acevedo, Carlos Leitón Vásquez, Xochitl Martínez Bustamante, J. Alberto Mayora Ramírez, Gerardo Méndez Alonso, Bernardo NG, Edilberto Peña de León, Jesús Ramírez Bermúdez, Josana Rodríguez Orozco, Agustín Torres Cid de León, Rosa Isela Mezquita Orozco, Martha Muñoz Pavón, Ángel Gerardo Silva Saldaña, Francisco Shimazaki Martínez, Pablo Vera Flores, Haily Karina Valles Hernández

Propuesta de un programa de rehabilitación psicosocial y funcional en pacientes con enfermedad mental establecida en Bogotá, Colombia

Martha Patricia Saavedra, Marcela Álzate, Ana Melisa Córdoba, Diana C. Zamora, Carlos Pedraza, Catalina Gamboa, Nathalia Cubillos, Xiomara Parra, Rodrigo Nel Córdoba

Comparación de Dos Modalidades en Neuromodulación para el Tratamiento de la Depresión Severa

Edgar Castillo-Armas, José Ricardo López Melgar

Presentación de libros

COMITÉ EJECUTIVO APAL 2022 -2024**Presidente***Marisol Taveras Ulerio (República Dominicana)***Vice - Presidente***Santiago Andrés Levin (Argentina)***Secretaria General***Eddy Peralta Jiménez (República Dominicana)***Secretario de Finanzas***Luz María Inoa Vargas (República Dominicana)***Directora de Secciones***Miriam de La Osa O' Reilly (Cuba)***Secretarios Regionales**

Países del Cono Sur

Artigas Pouy Aguilera (Uruguay)

Países Bolivarianos

Andrea Otero Ospina (Colombia)

México, Centroamérica y el Caribe

*Mirna Roxana Santos Ruano (Guatemala)***Director de Publicaciones***Rodrigo Nel Córdoba Rojas (Colombia)***COMITÉ DE REDACCIÓN****Director***Rodrigo Nel Córdoba Rojas***Miembros***Alexie Vallejo**Angela Vélez T.**Jairo Gonzales**Juan F. Cano R.***COMITÉ EDITORIAL****Argentina***Manuel Vilapriño**Maximiliano Cesoni***Brasil***Joao Castaldelli-Maia***Chile***Ulises Ríos Díaz**Leonor Bustamante Calderón***Colombia***José Manuel Santacruz***Costa Rica***Ricardo Millán Gonzales***Cuba***Miriam de La Osa O' Reilly***Ecuador***Carlos León Andrade***España***Luis Caballero***México***Jesús Ramírez Bermúdez***Panamá***Miguel Cedeño***Paraguay***Julio Torales***Perú***Ricardo Bustamante Quiroz***República Dominicana***Eddy Peralta Jiménez***Uruguay***Cecilia Idiarte***Reglamento de Publicaciones** (ver detalle en pág. 40)

La **Revista Latinoamericana de Psiquiatría**, órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL), se publica semestralmente en español, con resúmenes en español e inglés.

Los artículos publicados son trabajos originales de investigación, de revisión, casos clínicos, cartas de editor, editoriales, comentarios de libros publicados, así como temas y actividades sobresalientes relacionados con la Psiquiatría.

PRESIDENTES DE SOCIEDADES INTEGRANTES DE APAL**Argentina**

Asociación de Psiquiatras de Argentina

*Presidente: Cora Lugercho***Bolivia**

Sociedad Boliviana de Psiquiatría

*Presidente: Elizabeth Patiño***Brasil**

Asociación Brasileña de Psiquiatría

*Presidente: Antonio Geraldo Da Silva***Colombia**

Asociación Colombiana de Psiquiatría

*Presidente: Mauricio Castaño***Costa Rica**

Asociación Costarricense de Psiquiatría

*Presidente: Francisco Golcher Valverde***Cuba**

Asociación Cubana de Psiquiatría

*Presidente: Miriam de La Osa***Ecuador**

Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría

*Presidente: Adelaida Alvear Méndez***El Salvador**

Asociación Salvadoreña de Psiquiatría

*Presidente: José María Sifontes***Guatemala**

Asociación Guatemalteca de Psiquiatría

*Presidente: José Ricardo López Melgar***México**

Asociación Psiquiátrica Mexicana

*Presidente: Alejandro Molina***Panamá**

Sociedad Panameña de Psiquiatría

*Presidente: Patricia Arroyo***Paraguay**

Sociedad Paraguaya de Psiquiatría

*Presidente: Marcos Capurro***Perú**

Asociación Psiquiátrica Peruana

*Presidente: José Cabrejos Pinto***Puerto Rico**

Asociación Puertorriqueña de Psiquiatría

*Presidente: Jesús Saavedra Caballero***República Dominicana**

Sociedad Dominicana de Psiquiatría

*Presidente: Ampary Reyes***Uruguay**

Sociedad de Psiquiatría del Uruguay

*Presidente: Artigas Pouy Aguilera***Venezuela**

Sociedad Venezolana de Psiquiatría

Presidente: Danilo Martínez

ÍNDICE

- 5 Editorial
Diario Gigena
- 8 Mejorando la Salud Mental en Latinoamérica: estrategias colaborativas para elevar la calidad del cuidado al paciente
Miguel Martín de Bustamante, Valeria Boers Trilles, Thelma Bolón Moheno, Dulce de Jesús Montoya, Carmita Abdo, Patricia Arroyo Enrique Bojórquez, Jesús Ramírez-Bermudez, Ricardo Corral, Rodrigo Nel Córdoba
- 18 Consenso regional para el manejo del trastorno depresivo mayor
Alexandra Y. Araujo del Rosario, Karla Elena Baldizón Duarte, Perla Barba Rodríguez, Mario R. Gallardo Contreras, M. Socorro González Valadez, Melissa Huertas Angulo, Alejandro M. Jiménez Genchi, Eldia María Lasso Acevedo, Carlos Leitón Vásquez, Xochitl Martínez Bustamante, J. Alberto Mayora Ramírez, Gerardo Méndez Alonso, Bernardo NG, Edilberto Peña de León, Jesús Ramírez-Bermúdez, Josana Rodríguez Orozco, Agustín Torres Cid de León, Rosa Isela Mezquita Orozco, Martha Muñoz Pavón, Ángel Gerardo Silva Saldaña, Francisco Shimazaki Martínez, Pablo Vera Flores, Haily Karina Valles Hernández
- 25 Propuesta de un programa de rehabilitación psicosocial y funcional en pacientes con enfermedad mental establecida en Bogotá, Colombia
Martha Patricia Saavedra, Marcela Álzate, Ana Melisa Córdoba, Diana C. Zamora, Carlos Pedraza, Catalina Gamboa, Nathalia Cubillos, Xiomara Parra, Rodrigo Nel Córdoba
- 35 Comparación de dos modalidades en neuromodulación para el Tratamiento de la Depresión Severa
Edgar Castillo-Armas, José Ricardo López Melgar
- 39 Presentación de libros
- 40 Reglamento de Publicaciones

Diseño y Diagramación

D.I. Pilar Diez - Estudio de diseño

mdpdiez@gmail.com / (+53) 011 3373-1054 - Argentina

www.mdpdiez.wixsite.com/pdestudio

Darío Gigena

*Magister en Drogadependencia,
Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional de Córdoba.*

*Representante de la Región
Sudamericana de la Sociedad
Internacional de Medicina
de Adicciones.*

Consultor CICAD OEA

Medicina de adicciones: la importancia de una terminología apropiada

La terminología utilizada para describir los trastornos relacionados con el consumo de sustancias tiene un impacto significativo en la manera en que estos trastornos son percibidos y tratados tanto por los profesionales de la salud como por la sociedad en general. Según la International Society of Addiction Medicine y la American Society of Addiction Medicine (ASAM), el uso de un lenguaje adecuado es fundamental para evitar la estigmatización y promover un enfoque de tratamiento basado en la evidencia y en la compasión.

Terminología Estigmatizante y Enfoques Punitivos

El uso de términos estigmatizantes y patologizantes puede llevar a la implementación de políticas y enfoques punitivos hacia los individuos que sufren de trastornos por uso de sustancias. Estudios han demostrado que referirse a estos pacientes con términos cargados de connotaciones negativas puede influir en la actitud de los profesionales de la salud, resultando en una atención menos empática y efectiva.

Por ejemplo, términos como "adicto" o "abusador de drogas" no solo despersonaliza al individuo, sino que también sugieren que el problema es una cuestión de elección moral en lugar de una condición médica. Esta perspectiva puede derivar en respuestas punitivas en lugar de tratamientos terapéuticos, incrementando la marginalización y dificultando el acceso a servicios de salud adecuados.

Enfoque basado en un modelo médico: La medicina de las adicciones adopta un modelo médico, considerando la adicción como una enfermedad compleja que afecta al cerebro y al cuerpo, con un profundo conocimiento de los determinantes sociales de la salud. Esta perspectiva hace hincapié en que los trastornos por consumo de sustancias son el resultado de una combinación de factores genéticos, ambientales y neurobiológicos, en lugar de enfoques reduccionistas o morales.

Centrarse en el tratamiento y la recuperación: El objetivo principal de la medicina de las adicciones es ayudar a las personas a recuperarse y llevar una vida sana. Esto implica proporcionar tratamientos basados en la evidencia, como tratamientos farmacológicos, terapias conductuales y servicios de apoyo adaptados a las necesidades de cada persona.

Reducción del estigma: Al tratar la adicción como una afección médica, la medicina de las adicciones trata de reducir el estigma asociado a los trastornos por consumo de sustancias. El estigma a menudo conduce

a la discriminación, la vergüenza y las barreras a el acceso al sistema de salud. Entender los trastornos por consumo de sustancias a través de una lente médica ayuda a promover la comprensión y la empatía en lugar de juicios de valor.

Integración con la atención sanitaria general: La integración de la medicina de las adicciones en la atención sanitaria general ayuda a normalizar el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias junto con otras enfermedades crónicas. La medicina de adicciones es un campo que requiere la integración y colaboración con múltiples especialidades médicas para abordar de manera efectiva los complejos problemas de salud que enfrentan los pacientes con TUS. Esta integración reduce la separación entre la salud mental, el tratamiento de las adicciones y la atención primaria, lo que facilita a las personas el acceso a la atención necesaria sin sentirse estigmatizadas.

Antecedentes de la Medicina de Adicciones en la formación médica

Desde la fundación de organizaciones como la American Society of Addiction Medicine (ASAM) en 1954 y la International Society of Addiction Medicine (ISAM) en 1999, la trayectoria y las contribuciones significativas en la formación, defensa y desarrollo de esta especialidad médica se ha ido extendiendo en todo el mundo. En lo referido a la formación y educación médica, la ASAM ha sido pionera en la educación de médicos en el tratamiento de las adicciones. ASAM también ha sido fundamental en el establecimiento de la certificación en medicina de adicciones. En colaboración con el American Board of Medical Specialties, ha desarrollado el examen de certificación en medicina de adicciones, lo cual ha profesionalizado y legitimado la especialidad.

Por otro lado, ISAM ha jugado un papel crucial en la promoción de la medicina de adicciones a nivel internacional. Viene organizando conferencias mundiales ininterrumpidas desde 1999 y talleres que reúnen a profesionales de diversos países para compartir investigaciones y prácticas clínicas. ISAM ha desarrollado un currículo internacional en medicina de adicciones, utilizado para estandarizar y mejorar la educación en esta área a nivel global. Este esfuerzo ha contribuido a la legitimación y reconocimiento de la medicina de adicciones como una disciplina médica especializada en diferentes partes del mundo.

Respecto al desarrollo de políticas, ASAM ha estado a la vanguardia en la defensa de políticas de salud que reconozcan y aborden las adicciones como una enfermedad médica crónica. Ha trabajado con legisladores y or-

ganismos de salud para influir en la política pública y asegurar el acceso a tratamientos basados en evidencia. ISAM ha sido una voz fuerte en la promoción de la medicina de adicciones en organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su trabajo ha ayudado a incluir la atención de adicciones en las agendas de salud pública de muchos países.

Conclusiones

La medicina de las adicciones aboga por un enfoque apropiado para los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, eliminando las terminologías estigmatizantes. Reconoce que el TUS es una enfermedad compleja que involucra factores genéticos, ambientales y neurobiológicos. Su objetivo es ayudar a las personas a recuperarse y lograr una vida saludable a través de tratamientos basados en evidencia y la reducción del estigma. Integra el TUS en la atención sanitaria general, colaborando con diversas especialidades médicas para abordar integralmente los problemas de salud de los pacientes. La medicina de las adicciones valora la humanidad de las personas y ofrece una atención compasiva.

Referencias bibliográficas

1. Goldsmith, R. J. (2011). "The American Society of Addiction Medicine: An Overview". *Journal of Addiction Medicine*, 5(2), 121-122. DOI: 10.1097/ADM.0b013e31820bf5ac.
2. "About ISAM". Página web oficial de ISAM (consultada el 21 de junio de 2024). <https://isamweb.org/> Kelly, J. F., & Westerhoff, C. M. (2010). "Does it matter how we refer to individuals with
3. substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms." *International Journal of Drug Policy*, 21(3), 202-207. DOI: 10.1016/j.drugpo.2009.10.010.
4. Schiff, D. M., Drainoni, M. L., Weinstein, Z. M., Chan, L., Bair-Merritt, M., Rosenbloom, D., & Saitz, R. (2016). "A police encounter led to my relapse: the critical role of law enforcement in illicit opioid use and prevention." *Drug and Alcohol Dependence*, 163, 171-177. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2016.04.010.
4. World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision)*. World Health Organization.
5. Humphreys, K. (2012). Integrating Addiction Treatment into General Medicine. *JAMA*, 308(12), 1197-1198.
6. ISAM Global Experts Network (ISAM GEN): Relevamiento de la opinión de profesionales expertos en medicina de adicciones. Página web oficial de ISAM (consultada el 21 de junio de 2024). <https://isamweb.org/global-expert-network/>

Mejorando la Salud Mental en Latinoamérica: estrategias colaborativas para elevar la calidad del cuidado al paciente

Improving Mental Health in Latin America: strategies collaborative to raise the quality of patient care

Miguel Martin de Bustamante

*BA, Political Economy,
University of California, Berkeley*

Valeria Boers Trilles

*BS, Molecular Biology,
University College Utrecht, NL*

*MPhil, Bioscience Enterprise,
University of Cambridge, UK*

Thelma Bolón Moheno

*BS, Biotechnology Engineering,
Tec de Monterrey, MX*

*MSc, Molecular Biology,
and Genetics, CINVESTAV, MX*

Dulce de Jesús Montoya

*BA in Economics, Summa
Cum Laude, CIDE, MX*

Carmita Abdo

*Psiquiatra,
Professora do Departamento de
Psiquiatria da Faculdade de
Medicina da Universidade de
São Paulo*

*Expresidente asociación brasileña
de psiquiatria ABP*

Patricia Arroyo

*Psiquiatra,
Jefa de Docencia del Servicio de
Psiquiatria del Hospital Santo Tomás*

*Master en Gerencia de Hospitales
Postgrado en Docencia Superior*

Enrique Bojórquez

*Profesor Principal de la Facultad
de Medicina de la Universidad
Nacional Mayor de San Marcos.*

*Ex Presidente de la APAL
Ex Presidente de la Asociación
Psiquiátrica Peruana*

Jesús Ramírez-Bermúdez

*Psiquiatra, Unidad de
Neuropsiquiatria del Instituto
Nacional de Neurología y
Neurocirugía. Unidad de
Neuropsiquiatria, México*

Ricardo Corral

*Psiquiatra, Profesor
Facultad de Medicina, Universidad
de Buenos Aires*

*Departamento de Docencia e
Investigación, Hospital José T Borda
Fundacion FETEM, Argentina*

Rodrigo Nel Córdoba

*MD, Psiquiatra
Centro Rosarista de Salud Mental,
CeRSaMe*

*Profesor asistente, Facultad de
Medicina y Ciencias de la Salud,
EMCS. Universidad del Rosario.*

*Director general Centro de
Investigación del Sistema Nervioso,
Grupo CISNE*

*Los autores no declaran
conflicto de intereses*

Resumen Este documento tiene como objetivo proporcionar una visión estructurada de los problemas en la salud mental en la región de Latinoamérica con un enfoque en los trastornos depresivos, así como de discutir soluciones potenciales y propuestas para la dirección futura de la salud mental en la región. La salud mental es un problema prominente en Latinoamérica: los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (MNS) representan aproximadamente el 20% de la carga total de discapacidad, lo que se estima que se traduce en más de US\$30 mil millones en pérdidas económicas cada año. Entre los trastornos MNS, los trastornos depresivos son la afección más prevalente y los de mayor preocupación debido a su mayor carga de enfermedad debido a su correlación con autolesiones y el suicidio.

Los problemas y soluciones en el espacio de salud mental en los que se enfocará este documento han sido discutidos y validados por expertos en el tema específicamente para Latinoamérica a lo largo de seis foros locales en Argentina, Brasil, Colombia, México, Panamá y Perú y un foro regional que en conjunto reunieron a más de 30 expertos con diferentes tipos de experiencia en salud mental (e.g., médicos especialistas/psiquiatras, sociedades médicas, asociaciones de pacientes). Los tres principales problemas relacionados con la salud mental identificados para la región son: 1) la falta de priorización de la enfermedad en la agenda de salud pública; 2) la fragmentación del sistema de atención médica que dificulta el tratamiento del paciente, y 3) el acceso tardío y limitado a tratamiento. Para cada problema identificado, se definieron dos posibles soluciones pensadas específicamente para Latinoamérica, las cuales fueron identificadas durante los diferentes foros. Para la primera problemática, la falta de priorización de la salud mental, las dos soluciones propuestas son crear y difundir campañas de concientización educativas más impactantes en redes sociales y generar evidencia más sólida sobre la salud mental para generar mayor conciencia entre los tomadores de decisión en materia de salud pública. Para abordar la fragmentación del sistema de atención médica, las soluciones propuestas incluyen crear protocolos de atención integral para los trastornos MNS y fomentar la colaboración entre especialistas y no especialistas para mejorar las redes de referencia de pacientes. Para el tercer problema, las soluciones propuestas para abordar la cobertura limitada y el acceso tardío a tratamiento se centran en implementar servicios de salud mental en todos los niveles de atención médica y elaborar y difundir guías de tratamiento actualizadas. El Gráfico 1 muestra un resumen de las problemáticas y soluciones presentadas en este documento.

Finalmente, la última sección de este documento está dedicada a discutir la dirección futura y los próximos pasos para continuar fomentando la discusión entre actores clave sobre la salud mental y los trastornos depresivos en la región de Latinoamérica.

Palabras clave Sistema de salud, salud mental, depresión, carga de la enfermedad.

Abstract

This paper aims to provide a structured overview of mental health problems in the Latin American region with a focus on depressive disorders, as well as to discuss potential solutions and proposals for the future direction of mental health in the region. Mental health is a prominent problem in Latin America: mental, neurological and substance use disorders (SUD) account for approximately 20% of the total burden of disability, which is estimated to translate into more than US\$30 billion in economic losses each year. Among the SUD disorders, depressive disorders are the most prevalent condition and of greatest concern because of their increased burden of illness due to their correlation with self-harm and suicide.

The problems and solutions in the mental health space on which this document will focus have been discussed and validated by experts in the field specifically for Latin America throughout six local forums in Argentina, Brazil, Colombia, Mexico, Panama and Peru and one regional forum that together brought together more than 30 experts with different types of experience in mental health (e.g., medical specialists/psychiatrists, medical societies, patient associations). The three main mental health-related problems identified for the region are: 1) lack of prioritization of the disease in the public health agenda; 2) fragmentation of the health care system that hinders patient treatment; and 3) late and limited access to treatment.

For each problem identified, two possible solutions were defined specifically for Latin America, which were identified during the different forums.

For the first problem, the lack of prioritization of mental health, the two proposed solutions are to create and disseminate more impactful educational awareness campaigns on social networks and to generate more solid evidence on mental health to raise awareness among public health decision-makers. To address the fragmentation of the healthcare system, proposed solutions include creating comprehensive care protocols for SUD disorders and fostering collaboration between specialists and non-specialists to improve patient referral networks. For the third problem, proposed solutions to address limited coverage and delayed access to treatment focus on implementing mental health services at all levels of care and developing and disseminating updated treatment guidelines. Figure 1 shows a summary of the issues and solutions presented in this document.

Finally, the last section of this document is dedicated to discussing the future direction and next steps to continue fostering discussion among key stakeholders on mental health and depressive disorders in the Latin American region.

Keywords Health system, mental health, depression, burden of disease.

Carga de los trastornos depresivos en Latinoamérica

En línea con las tendencias globales, Latinoamérica, una región con una población de más de 650 millones de habitantes, ha experimentado un cambio en el panorama epidemiológico hacia niveles cada vez más altos de discapacidad y tasas de mortalidad prematura atribuidas a enfermedades no transmisibles, entre las cuales se encuentran los trastornos mentales y del sistema nervioso. Según diferentes estudios regionales, la prevalencia anual de los trastornos MNS oscila entre ~18 y ~25% en Latinoamérica.

Además de la prevalencia, para comprender la carga clínica de la enfermedad para las personas que viven con un trastorno MNS, es necesario revisar métricas como los años vividos con discapacidad (AVD) y los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) que combinan los años de vida perdidos debido a la mortalidad prematura y los años vividos con discapacidad. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la región de Latinoamérica, los trastornos MNS representan ~35% de los AVD totales y ~20% de los AVAD totales (OPS, 2018). Entre todos los trastornos MNS, los trastornos depresivos (TDs) presentan la mayor prevalencia y Latinoamérica tiene la segunda tasa más alta de TDs entre todas las regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (UNICEF, 2021). Los TDs están relacionados con la edad y tiene un impacto significativo en los AVD, ya que es responsable de ~10 millones de AVD en América entre la población en edad laboral. Al interior de Latinoamérica, los países con la mayor carga clínica en términos de AVD son Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Paraguay, en este orden (PALIG, 2022).

Aunado al impacto en las tasas de discapacidad y mortalidad, los TDs también tienen un impacto económico y social significativo. Desde una perspectiva económica, los trastornos de salud mental, incluyendo los TDs, se asocian con una reducción de la productividad, mayor ausencia por enfermedad, el desempleo y la discapacidad para trabajar y realizar actividades diarias. En términos generales, se estima que los costos totales de los TDs oscilan entre 3.5% y 4.0% del Producto Interno Bruto (PIB) para los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (OCDE, 2020). Para Latinoamérica en particular, se ha estimado que se pierden ~US \$30 mil millones cada año en la región debido a los trastor-

nos de salud mental en jóvenes (UNICEF, 2021).

Invariablemente, los pacientes que sufren trastornos de salud mental incurren en mayores costos de atención médica y tienen una mayor ausencia en el trabajo. Esto se ve agravado para los pacientes con resistencia al tratamiento, que son alrededor de 30% de los pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM) (Soares et al., 2021). Según un estudio realizado en Estados Unidos, los empleados con depresión resistente al tratamiento (DRT), incurren en ~50% más de gastos médicos anuales en comparación con los trabajadores con otros trastornos médicos importantes (diferentes de DRT) y ~250% más en comparación con los trabajadores sin TDM (Zhdanova et al., 2021). En cuanto al impacto social, los TDs están asociados con un bajo nivel educativo, dificultades para mantener relaciones saludables, función familiar deteriorada, embarazo adolescente o no planeado y violencia doméstica (UNICEF, 2021). Hablando de Latinoamérica en específico, en una investigación donde se evaluó el impacto que tiene la DRT en pacientes con TDM en México, Colombia, Brasil y Argentina, se encontró que los pacientes con DRT presentan una probabilidad significativamente mayor de ser de mayor edad, tener una enfermedad más prolongada, tener más comorbilidades, ser sintomáticos, asistir a un mayor número de consultas psiquiátricas y reportar una mayor afectación laboral en comparación con aquellos pacientes sin DRT. En suma, los pacientes con DRT presentan una carga clínica y económica significativamente mayor que los pacientes sin DRT, lo cual evidencia la necesidad de prestar mayor atención al tratamiento adecuado para pacientes con DRT en la región (Soares et al., 2021).

Asimismo, la carga de la salud mental va más allá de la enfermedad en sí, ya que este tipo de enfermedades están inextricablemente vinculados a enfermedades físicas. Hay evidencia que muestra que los trastornos de salud mental pueden aumentar el riesgo de infección por VIH, tuberculosis, enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes; paralelamente, los pacientes con estas enfermedades tienen más probabilidades de experimentar problemas de salud mental. Un estudio de 2021 mostró que los trastornos de salud mental están asociados con peores resultados para aquellos pacientes con enfermedades crónicas y pueden llevar a una disminución de la esperanza de vida de 10 a 25 años en casos graves (Fiorillo et al., 2021).

Asimismo, a nivel global, las presentaciones crónicas de TDs y abuso de alcohol están presentes en 90% de las víctimas de suicidio. En el continente americano, 700,000 muertes anuales son atribuidas al suicidio. En Latinoamérica, aunque la presencia de suicidios es baja comparada con otros países (i.e., 6.1 defunciones autoprovocadas por cada 100,000 habitantes), es alarmante que las tasas de suicidios hayan continuado empeorando entre 2000 y 2019: a nivel regional, la tasa de suicidio ajustada por edad aumentó 17%, de 7.3 a 9.0 por 100,000 habitantes y, a nivel continente, América fue el único que registró un aumento en la tasa de suicidio durante este periodo (UNICEF, 2021; Benítez Camacho, 2021). También preocupante es que estas cifras podrían haber empeorado con la pandemia por COVID-19. Un estudio de 2023 encontró que los duelos derivados de muertes por COVID-19 están relacionados con mayor ideación suicida, más específicamente, que el aumento de un punto en la escala de duelo de la pandemia (PGS por sus siglas en inglés), se traduce en un aumento de casi el doble en las probabilidades de ideación suicidas en 10 países de Latinoamérica (Caycho-Rodríguez et al., 2023).

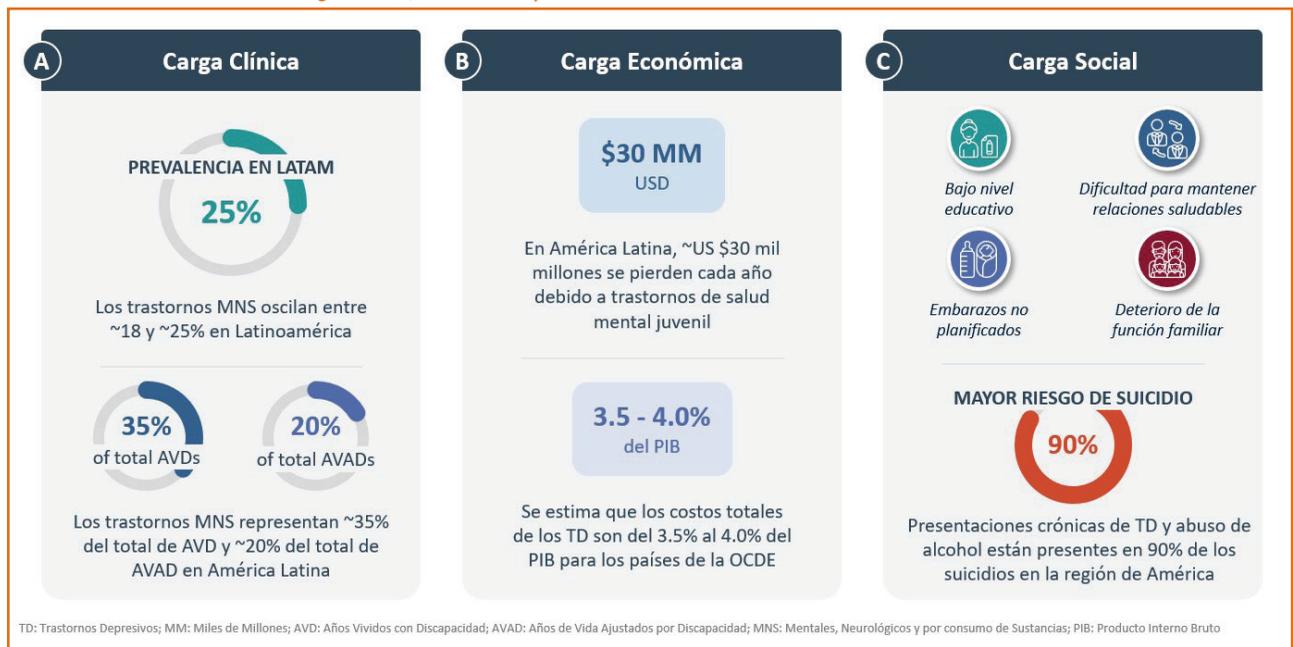
Metodología

En los primeros meses de 2023, se realizó investigación de escritorio para identificar los principales problemas que contribuyen a la carga de la salud mental

en seis países de Latinoamérica (i.e., Brasil, México, Colombia, Argentina, Perú y Panamá), con un enfoque en los trastornos depresivos. Después, en preparación a los Foros de Salud Mental, los autores de este documento, en su función de líderes expertos locales, llevaron a cabo una serie de mesas de trabajo para revisar y definir las problemáticas que serían discutidas durante los foros.

Posteriormente, entre marzo y mayo de 2023 se llevaron a cabo seis foros locales, uno para cada país de Latinoamérica, para discutir los problemas preidentificados y encontrar posibles soluciones. El objetivo de los foros locales fue impulsar el diálogo multisectorial en torno al impacto clínico, económico y social de la salud mental y los trastornos depresivos. En cada foro local participaron un grupo selecto de 4-6 expertos con diferentes tipos de experiencia en salud mental, incluyendo médicos especialistas, tomadores de decisión y representantes de asociaciones de pacientes. Durante los foros se revisaron y discutieron de forma colaborativa y conjunta posibles soluciones a los problemas previamente identificados, llevado a cabo un ejercicio que priorizó las soluciones en función de su viabilidad para implementar y el impacto esperado en la reducción de la carga de la salud mental. Después de los seis foros locales, en junio de 2023 se llevó a cabo un foro regional presencial en Brasil que reunió las perspectivas de los diferentes países para revisar los hallazgos locales,

Gráfico 1. Resumen de la carga clínica, económica y social de los trastornos de salud mental en Latinoamérica



identificar sinergias y áreas de colaboración regional, y comenzar a identificar los próximos pasos para impulsar la implementación de las soluciones propuestas.

Problemas en salud mental relacionados

Esta sección del documento detalla los tres problemas de salud mental identificados como prioritarios y las soluciones propuestas para abordarlos, integrando los resultados de las múltiples discusiones y las diferentes perspectivas presentadas durante los Foros de Expertos en Salud Mental e incorporando elementos de una revisión bibliográfica dirigida. Es importante mencionar que las recomendaciones o soluciones proporcionadas en este documento no pretenden ser exhaustivas; en cambio, priorizan áreas de acción consideradas más urgentes para la región de Latinoamérica.

Descripción del problema 1:

Priorización de la enfermedad mental

A pesar de que la salud mental es una prioridad en la agenda global, en Latinoamérica, abordar las necesidades insatisfechas en este espacio sigue siendo un desafío complejo, aunque cada vez más presente en el discurso de instituciones clave. La Nueva Agenda de Salud Mental en las Américas de la OPS, por ejemplo, es un llamado a la acción para que los países de la región aprovechen la oportunidad presentada por la pandemia de COVID-19 para priorizar y reformar la atención de salud mental. De manera similar, el Plan de Acción Integral de Salud Mental de la OMS 2013-2030, la Política para Mejorar la Salud Mental de la OPS/OMS y la Agenda para el Desarrollo Sostenible 2030 de las Naciones Unidas presentan objetivos globales y regionales de salud mental y desarrollo. Instituciones globalmente reconocidas como la OMS y la Comisión Lancet de Salud Global han incluso emitido recomendaciones para la inversión pública específicamente para la atención médica de salud mental: dada la prevalencia de los trastornos de salud mental y el impacto en la atención médica, ambas instituciones recomiendan que la inversión en salud mental sea del 5% al 10% del presupuesto de salud (OMS, 2018).

A pesar de las recomendaciones y la visibilidad de la salud mental como un tema prioritario a nivel global, en Latinoamérica, el gasto en atención médica de salud mental como proporción del gasto total en salud pública es inferior al 2% en la mayoría de los países, excepto en Panamá, donde es ~3% (OMS, 2020). Au-

mentar el gasto en salud mental beneficiaría enormemente el acceso a tratamiento. Según un informe de UGMH, aumentar la inversión en salud mental en la región se traduciría en un aumento del 40-80% en la cobertura de tratamiento para 2030 (UGMH, 2020).

SOLUCIÓN #1.

Creación de campañas educativas y de concienciación más impactantes y difusión masiva en redes sociales

Los tabúes y los aspectos religiosos relacionados con los valores culturales tradicionales en la región de Latinoamérica se han asociado con un mayor estigma en torno a la salud y los trastornos mentales. Esto sigue siendo un problema crítico, ya que el estigma es una de las principales barreras que impiden que los pacientes con trastornos mentales busquen tratamiento (Sapag et al., 2018). Un estudio de 2022 que estudiaba diversos países, incluyendo Argentina, Brasil, Colombia, México, Perú y Estados Unidos, mostró que ~45% de los pacientes que han sufrido trastornos mentales durante 12 meses o más no perciben la necesidad de recibir tratamiento. Esto debido principalmente a que creen que pueden mejorar por sí mismos, sin necesidad de acudir con un profesional, por lo que terminan por no recibir un tratamiento temprano y adecuado (Orozco et al., 2022).

En este contexto, abordar el estigma de manera efectiva en la región mediante la priorización de esfuerzos continuos, no aislados, así como inclusión de la comunidad en iniciativas educativas y de concienciación es fundamental. Un estudio que analizó 21 países de la OCDE mostró que las tasas de suicidio tienden a disminuir después de la implementación de programas nacionales de prevención del suicidio, particularmente entre las poblaciones de jóvenes y adultos mayores (Matsubayashi & Ueda, 2011). Asimismo, diversos estudios globales han mostrado efectos limitados en comportamientos suicidas cuando se utiliza la divulgación como única herramienta para concientizar a la población. Los esfuerzos de concienciación tienden a lograr mejores resultados con estrategias multifacéticas (e.g., medios de comunicación en conjunto con programas educativos enfocados), exposición continua a mensajes a través de múltiples canales y esfuerzos de la mano con diversos actores de la sociedad. Presumiblemente debido a la capacidad para adaptar los mensajes a las circunstancias locales y a poblacio-

nes homogéneas es que las estrategias combinadas contribuyen a combatir el estigma y disipar los conceptos erróneos relacionados con el suicidio, la depresión y otros problemas de salud mental prevalentes (Goldney & Fisher, 2008; Dumensil & Veger, 2009).

SOLUCIÓN #2.

Generación y diseminación de evidencia sólida sobre salud mental para aumentar la conciencia y educación entre los tomadores de decisión en materia de salud pública

En todas las industrias, los responsables de la creación de políticas públicas y los líderes de programas públicos requieren datos y estudios de alta calidad para tomar decisiones informadas que respondan a las necesidades reales de la sociedad y se basen en evidencia y mejores prácticas. El sector salud no es la excepción. Además de la recopilación de datos, hay una necesidad crítica de nuevas investigaciones nacionales y locales sobre salud mental en los países de Latinoamérica para ampliar la evidencia, aumentar la efectividad de las intervenciones y ayudar a fundamentar las políticas, especialmente en entornos de bajos y medianos ingresos a menudo marginados. Las áreas clave para esfuerzos futuros de investigación incluyen los determinantes sociales de la salud mental y análisis de costo-efectividad de tratamientos disponibles. Según la OPS, una manera de fortalecer la evidencia en salud mental en la región sería mediante la integración de datos de salud mental en las actividades nacionales de recopilación y análisis de datos (e.g., sistemas de información de salud, censo nacional, encuestas demográficas), siempre cuidando que los datos tengan el nivel de detalle adecuado para permitir el desarrollo de análisis relevantes y significativos (OPS, 2023).

Descripción del problema 2:

Cobertura limitada y tratamiento

Según un estudio de 2018, la media en la brecha de tratamiento para cualquier problema de salud mental osciló entre el 72% y el 86% en los países de Latinoamérica (Kohn et al., 2018). Además, el Informe del Indicador WAIT de FIFARMA 2023 mostró que el tiempo entre la aprobación de la FDA y la disponibilidad de medicamentos para los pacientes en Latinoamérica oscila entre 3.3 y 5.5 años (FIFARMA, 2023).

Dependiendo del contexto local, algunos individuos y grupos en la sociedad pueden tener un riesgo mucho mayor de experimentar problemas de salud mental o enfrentar barreras más significativas para tener acceso a tratamientos. Entre los factores subyacentes de la brecha de tratamiento se encuentran las barreras financieras, geográficas, de transporte y de idioma, así como el conocimiento menos básico sobre la salud mental, el estigma y la discriminación (OPS, 2023).

SOLUCIÓN #1.

Implementación de servicios de Salud Mental en todos los niveles de atención sanitaria

Para ampliar el acceso a la atención de salud mental y reducir la brecha de tratamiento en la región, una de las principales recomendaciones de la Nueva Agenda para la Salud Mental en las Américas de la OPS es que los países integren la salud mental en la atención primaria (OPS, 2018). En Latinoamérica, la implementación de servicios de salud mental en todos los niveles de atención sanitaria llevaría la recomendación de la OPS un paso más allá. Los servicios de salud mental en todos los niveles promueven la prevención y la intervención temprana. Al estar más cerca de los pacientes, las personas pueden acceder a un apoyo y recursos de manera oportuna, previniendo la escalada de problemas de salud mental. Esto promovería iniciativas de participación comunitaria, que son vitales para fomentar la conciencia y reducir el estigma a nivel social. Además, la disponibilidad de servicios de salud mental en diferentes niveles de atención contribuye a una reducción significativa de la carga en los servicios de emergencia; las intervenciones oportunas en los niveles de atención primaria pueden mitigar la necesidad de respuestas de emergencia, asegurando que las personas en crisis reciban atención adecuada y especializada de manera rápida.

Para ampliar los servicios de atención de salud mental a todos los niveles de atención, se requeriría la colaboración entre múltiples actores clave (e.g., tomadores de decisión en materia de políticas públicas, médicos especialistas, médicos no especialistas) y una formación técnica y dirigida en todos los niveles y segmentos de atención sanitaria. Para que una iniciativa como esta tenga éxito en Latinoamérica, la OPS recomienda que los países tengan una unidad de salud

mental dedicada, responsable de coordinar y monitorear la implementación de la iniciativa, ubicada dentro del Ministerio de Salud para asegurar que posee las capacidades técnicas y la autoridad necesaria sobre el funcionamiento de los servicios (OPS, 2023).

SOLUCIÓN #2.

Creación y difusión de guías de tratamiento actualizadas

Dada la alta variabilidad en la disponibilidad de terapias y servicios médicos para tratar trastornos de salud mental en Latinoamérica, la solución propuesta en este documento consiste en trabajar por que los países desarrollen sus propias guías de tratamiento adaptadas y actualizadas para todas las condiciones de salud mental. Además de desarrollar guías de tratamiento sólidas, los países podrían aprovechar los canales digitales para difundir y aumentar la adopción de las guías. Un argumento importante para acelerar la tecnología digital en el ámbito de la salud mental es que facilita llegar a segmentos específicos de proveedores de atención sanitaria, especialmente a los jóvenes y a aquellos que viven en áreas rurales (OPS, 2023).

Descripción del problema 3:

Fragmentación del sistema de salud

En comparación con otras regiones, los sistemas de salud en Latinoamérica están fragmentados y segmentados, lo que crea desafíos adicionales para brindar atención de alta calidad y acceso equitativo en todas las áreas terapéuticas, incluyendo la salud mental (Bossert et al., 2014). La segmentación en la atención sanitaria se refiere a la presencia de varios subsistemas que tienen dinámicas de financiación, afiliación y provisión de servicios adaptados a los diferentes segmentos de la población según su nivel socioeconómico; por otro lado, la fragmentación, se refiere a la existencia de entidades o agentes no integrados dentro del sistema de salud o de subsistemas que operan de manera independiente, sin sinergia y a menudo en competencia entre sí (OPS, 2008). El principal problema con la segmentación y la fragmentación es que conducen a la inequidad y la ineficiencia, pues replican desequilibrios sistemáticos en la distribución de recursos humanos en los subsistemas públicos y privados y entre las regiones más ricas y pobres. En Latinoamérica, se han probado diferentes métodos y

enfoques en los últimos 20 años para mejorar el desempeño de los sistemas de salud; no obstante, aún existen brechas significativas (Ruano et al., 2021).

SOLUCIÓN #1.

Definición de protocolos de atención integral para los trastornos depresivos

Según la OPS, un enfoque multisectorial es la forma más eficiente y efectiva de incorporar iniciativas de salud mental en diferentes esferas de las políticas públicas desde la planificación hasta la concertación de (OPS, 2018). Teniendo en cuenta los múltiples factores que impactan el acceso al tratamiento para los pacientes con problemas de salud mental, los esfuerzos iniciales para descentralizar los servicios de salud y adoptar un enfoque más multisectorial fueron promovidos por diferentes países de Latinoamérica con la Declaración de Caracas en 1990. Esta iniciativa buscó un cambio estructural para pasar de los servicios centralizados basados en hospitales psiquiátricos a la descentralización basada en la integración de los servicios de salud mental en diferentes esferas de la comunidad (Mascayano et al., 2021).

En línea con la visión de la Declaración de Caracas, la definición de protocolos de atención integral que busquen la incorporación de servicios de salud mental en diferentes ámbitos cercanos a la comunidad ayudaría a ampliar el acceso y reducir la brecha de tratamiento. Esto podría lograrse mediante la construcción de una red de servicios diversos e interconectados organizados en torno a tres segmentos fundamentales: 1) servicios de salud mental dentro de la atención sanitaria general, proporcionados a través de la atención primaria y los hospitales generales; 2) servicios de salud mental en centros comunitarios y de rehabilitación, y 3) servicios de salud mental fuera del sector sanitario, proporcionados en entornos como prisiones, escuelas y lugares de trabajo (Mascayano et al., 2021).

SOLUCIÓN #2.

Promover la colaboración entre especialistas y no especialistas para mejorar las redes de derivación de pacientes

Como primer punto de contacto dentro del sistema de salud, los médicos de atención primaria están idealmente posicionados para detectar y apoyar a los pacientes que lidian con problemas de salud mental. Con la formación y herramientas adecuadas, los

médicos de atención primaria están equipados para evaluar, gestionar y controlar los problemas de salud mental prioritarios y derivar los casos más complejos para una atención especializada cuando sea necesario. Pese a la disponibilidad de herramientas como la Guía de Intervención del Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mh-GAP, por sus siglas en inglés), aún es necesario reforzar la formación de los médicos no especialistas y promover una colaboración más sólida entre médicos especialistas y no especialistas en la región, ya que las derivaciones tardías continúan siendo un problema clave para los pacientes con trastornos de salud mental (UNICEF, 2021).

Discusiones y recomendaciones: INICIATIVAS

El Foro de Salud Mental de Latinoamérica 2023 motivó a los representantes locales de los foros y autores de este documento a comenzar a trabajar activamente en las soluciones identificadas para elevar la atención al paciente. Una de las principales iniciativas que derivaron del foro fue la creación y difusión de guías locales para promover un enfoque estandarizado y actualizado para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de salud mental, incluidos los trastornos depresivos, en Colombia.

Como próximos pasos, de febrero a marzo de 2024, los autores de este documento planean llevar a cabo una serie de seminarios virtuales para continuar la discusión multisectorial en torno a los seis pilares del sistema de salud de la OMS y su relación con los trastornos depresivos y otros trastornos de salud mental:

- 1. Medicamentos y Tecnología:** Dimensionar la necesidad de mayor empoderamiento y proactividad en la ciudadanía en temas de salud mental (e.g., explorar el impacto a otras enfermedades, como los trastornos depresivos, y no solo esquizofrenia que ha sido el foco hasta ahora)
- 2. Gobernanza y Liderazgo:** Infraestructura de datos que involucre a actores con influencia en la política pública (e.g., colaboraciones exploratorias con CAC e IETS, en relación con la salud mental y los trastornos depresivos)
- 3. Información:** Enfatizar la necesidad de mejores redes de colaboración y esfuerzos de recopilación de datos para informar la toma de decisiones
- 4. Financiamiento:** Impacto social y económico de los trastornos depresivos en comparación con la oncología

5. Prestación de Servicios: Relevancia de la difusión más amplia de los problemas de salud mental en los medios para poner fin al estigma, enfatizando la necesidad de vincular la conciencia con los problemas estructurales del sistema de salud

6. Fuerza Laboral: Posicionar la salud mental como un problema de salud pública, hacia el gobierno y los responsables de la toma de decisiones, con un foco en la mejora en la calidad de los recursos humanos en psiquiatría

Más adelante en 2024, una vez que los seminarios virtuales hayan concluido, también se llevará a cabo una segunda edición del Foro de Salud Mental de Latinoamérica para seguir fomentando el diálogo multisectorial e impulsando la implementación de iniciativas de salud mental.

Referencias bibliográficas

Access Accelerated. (July de 2022). Talking about Mental Health in Latin America and the Caribbean. Obtenido de <https://accessaccelerated.org/news-and-events/talking-about-mental-health-in-latin-america-and-the-caribbean/#:~:text=Low%2Dincome%20countries%20spend%20around,to%208.6%25%20reported%20by%20Suriname>.

Benítez Camacho, É. (2021). Suicidio: el impacto del Covid-19 en la Salud Mental. *Medicina y Ética*, 32(1). doi:10.36105/mye.2021v32n1.01

Bossert, T., Blanchet, N., Sheetz, S., Pinto, D., Cali, J., & Cuevas, R. P. (January de 2014). Comparative Review of Health System Integration in Selected Countries in Latin America. Inter-American Development Bank. Obtenido de <https://publications.iadb.org/en/publication/11898/comparative-review-health-system-integration-selected-countries-latin-america>

Caycho-Rodríguez, T., Valencia, P. D., Vilca, L. W., Lee, S. A., Carbajal-Leon, C., Vivanco-Vidal, A., . . . Gallegos, M. (2023). COVID-19 Bereavement in Ten Latin American Countries: Measurement Invariance of the Pandemic Grief Scale and Its Relation to Suicidal Ideation. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, Vol. 88(2), 591–619. doi:10.1177/00302228211048566

Dumesnil, H., & Verger, P. (2009). Public Awareness Campaigns About Depression and Suicide: A Review. *Psychiatric services*, 60, 1203-13. doi:10.1176/appi.ps.60.9.1203

Economist Impact. (2023). Acting against suicide: understanding a major public health threat in Latin America. Obtenido de Economist Impact: https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/acting-against-suicide_final.pdf

- FIFARMA. (2023). Availability and Access to Innovative Therapies in Latin America: Patient WAIT Indicator Results. Obtenido de <https://youtu.be/4Jl6DqoCQ9E>
- Goldney, R. D., & Fisher, L. J. (2008). Have broad-based community and professional education programs influenced mental health literacy and treatment seeking of those with major depression and suicidal ideation? *Life Threat Behav.*, 38(2), 129-42. doi:10.1521/suli.2008.38.2.129
- Kohn, R., Ali, A. A., Puac-Polanco, V., Figueroa, C., López-Soto, V., Morgan, K., . . . Vicente, B. (2018). Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Panamerican Journal of Public Health*, 42:e165. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.165>
- Kovacevicjaime, R., Garcia, N. B., & Gordillo-Tobar, A. (October de 2022). América Latina y el Caribe refuerzan su respuesta ante la creciente demanda de servicios de salud mental. Obtenido de World Bank: <https://blogs.worldbank.org/es/health/america-latina-y-el-caribe-refuerzan-su-respuesta-ante-la-creciente-demanda-de-servicios-de>
- Mascayano, F., Alvarado, R., Martínez-Viciano, C., Irarázaval, M., Durand-Arias, S., Freytes, M., . . . Bruni, A. (2021). 30 years from the Caracas Declaration: the situation of psychiatric hospitals in Latin America and the Caribbean prior, during and after the COVID-19 pandemic. 56(8): 1325–1327. doi:10.1007/s00127-021-02100-1
- Matsubayashi, T., & Ueda, M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social Science & Medicine*, 73(9), 1395-1400. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.022>
- OCDE / The World Bank. (2020). Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020. doi:<https://doi.org/10.1787/6089164f-en>
- Orozco, R., Vigo, D., Benjet, C., Borges, G., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L. H., . . . Stagnaro, J. C. (2022). Barriers to treatment for mental disorders in six countries of the Americas: A regional report from the World Mental Health Surveys. doi:10.1016/j.jad.2022.02.031
- PAHO. (2018). The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018. Obtenido de PAHO: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275120286_eng.pdf?sequence=10&isAllowed=y
- PAHO. (2023). Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Obtenido de PAHO: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57504/9789275327265_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- PALIG. (2022). Mental Health in Latin America and the Caribbean: The Silent Pandemic. Obtenido de PALIG: <https://www.palig.com/Media/Default/Documents/Mental%20Health%20White%20Paper%20PALIG.pdf>
- Ruano, A. L., Rodríguez, D., Rossi, P. G., & Maceira, D. (2021). Understanding inequities in health and health systems in Latin America and the Caribbean: a thematic series. *International journal for equity in health*, 20(1), 94. doi:10.1186/s12939-021-01426-1
- Soares, B., Kanevsky, G., Teng, C. T., Pérez-Esparza, R., Bonetto, G. G., Lacerda, A. L., . . . Cabrera, P. (December de 2021). Prevalence and Impact of Treatment-Resistant Depression in Latin America: a Prospective, Observational Study. *Psychiatr Q*, 92(4):1797-1815. doi:10.1007/s11126-021-09930-x
- UNICEF. (October de 2021). The State of the World's Children 2021. Obtenido de UNICEF: <https://www.unicef.org/lac/media/28666/file/SOWC2021-Regional-brief-LAC.pdf>
- United for Global Mental Health. (2020). No Health without Mental Health: The Urgent Need for Mental Health Integration in Universal Health Coverage. Obtenido de <https://unitedgmh.org/knowledge-hub/uhc/>
- WHO. (2020). Mental Health Atlas 2020. Obtenido de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345946/9789240036703-eng.pdf?sequence=1>
- Zhdanava, M., Kuvadia, H., Joshi, K., Daly, E., Pilon, D., Rossi, C., . . . Nelson, C. (August de 2020). Economic Burden of Treatment-Resistant Depression in Privately Insured U.S. Patients with Physical Conditions. *J Manag Care Spec Pharm*, 26(8):996-1007. doi:doi: 10.18553/jmcp.2020.20017

Consenso regional para el manejo del trastorno depresivo mayor

Latinamerican regional consensus in major depressive disorder treatment

Alexandra Y. Araujo del Rosario

*Coordinadora Institucional de
Docencia, Instituto Nacional de Salud
Mental, Panamá*

Karla Elena Baldizón Duarte

*Clínica "Emocionalmente", León,
Nicaragua*

Perla Barba Rodríguez

*Policlínica Iraní MINSA, Managua,
Nicaragua*

Mario R. Gallardo Contreras

*Servicio de Psiquiatría, Hospital
Juárez de México*

M. Socorro González Valadez

*Médico Adscrito al Servicio de
Psiquiatría, Hospital Psiquiátrico
"Fray Bernardino Álvarez", México*

Melissa Huertas Angulo

*Hospital San Juan de Dios, San José,
Costa Rica*

Alejandro M. Jiménez Genchi

*Coordinador de Clínica del Sueño,
Instituto Nacional de Psiquiatría
"Ramón de la Fuente", México*

Eldia María Lasso Acevedo

*Servicio de Psiquiatría, Instituto
Nacional de Salud Mental, Panamá*

Carlos Leitón Vásquez

*Hospital San Juan de Dios, San José,
Costa Rica*

Xochitl Martínez Bustamante

*Admisión de Urgencias Psiquiatría,
Hospital Psiquiátrico
"Héctor Tovar Acosta", México*

J. Alberto Mayora Ramírez

*Psiquiatra, Caja del Seguro Social,
Panamá*

Gerardo Méndez Alonso

*Psiquiatra, Torre de Especialidades
Médicas MIG, México*

Bernardo NG

*Director Médico, Sun Valley Research
Center, California, EEUU*

Edilberto Peña de León

*Director Médico, Sun Valley Research
Center, California, EEUU*

Jesús Ramírez Bermúdez

*Instituto Nacional de Neurología y
Neurocirugía, México*

Josana Rodríguez Orozco

*Coordinador de Psiquiatría, Instituto
Nacional de Cancerología, México*

Agustín Torres Cid de León

Psiquiatra, Hospital Español, México

Rosa Isela Mezquita Orozco

*Comisión Consultiva, Consejo
Mexicano de Psiquiatría, México*

Martha Muñoz Pavón

*Psiquiatra, Centro Nacional de Salud
Mental Infantil (CENASMI),
Managua, Nicaragua*

Ángel Gerardo Silva Saldaña

Psiquiatra, Salud Mental IMSS, México

Francisco Shimazaki Martínez

*Médico Adscrito al Servicio de
Psiquiatría, Hospital Psiquiátrico
"Fray Bernardino Álvarez", México*

Pablo Vera Flores

*Médico Adscrito al Servicio de
Psiquiatría, Hospital Psiquiátrico
"Fray Bernardino Álvarez", México*

Haily Karina Valles Hernández

*Psiquiatra, Clínica PROSDEI, San
José, Costa Rica*

Correspondencia:

*Dr. Edilberto Peña de León
Av. Paseo de las Palmas 735-501,
Col. Lomas de Chapultepec, Alcaldía
Miguel Hidalgo, CDMX, CP 11000,
México*

*Los autores no declaran
conflicto de intereses*

Resumen El Trastorno Depresivo Mayor (TDM), también conocido como depresión, se destaca por su alta prevalencia en países latinoamericanos. Caracterizado por un prolongado estado depresivo o la pérdida de interés en actividades diarias, su detección y tratamiento tempranos son fundamentales. Además de la terapia psiquiátrica convencional, se consideran tratamientos farmacológicos y terapias somáticas. Este consenso aplicó un método Delphi en tiempo real, realizando dos rondas de preguntas iterativas con argumentos escritos, seguidas de discusiones para alcanzar consenso. Se utilizó un enfoque cuantitativo y cualitativo para analizar las respuestas estructuradas y las discusiones, respectivamente, graficando y tabulando los resultados obtenidos. Se destacó la alta prevalencia y la falta de atención en América Latina, subrayando la importancia de la remisión completa de los síntomas para mejorar la calidad de vida y prevenir recaídas. Se propuso un enfoque personalizado en el tratamiento farmacológico, considerando interacciones, efectos adversos y duración del tratamiento, además de evaluar factores culturales, comorbilidades y preferencias del paciente. Se detallaron distintos tipos de antidepresivos y sus consideraciones en casos especiales, abogando por una evaluación rigurosa y monitoreo continuo del paciente durante el tratamiento. Además, se debatió sobre la dosificación, concluyendo que las dosis expresadas en las guías deben considerarse para el manejo clínico, salvo que se revisen pruebas farmacogenéticas para una dosificación individualizada.

Palabras clave Depresión, Trastorno Depresivo mayor, Antidepresivos, ATC, ISRS, ISRN.

Abstract

Major Depressive Disorder (MDD), also known as depression, stands out for its high prevalence in Latin American countries. Characterized by a prolonged depressive state or loss of interest in daily activities, early detection and treatment are essential. In addition to conventional psychiatric therapy, pharmacological treatments and somatic therapies are considered. This consensus applied a real-time Delphi method, conducting two rounds of iterative questions with written arguments, followed by discussions to reach consensus. A quantitative and qualitative approach was used to analyze the structured responses and discussions, respectively, graphing and tabulating the results obtained. The high prevalence and lack of care in Latin America was highlighted, underlining the importance of complete remission of symptoms to improve quality of life and prevent relapses. A personalized approach was proposed in pharmacological treatment, considering interactions, adverse effects and duration of treatment, in addition to evaluating cultural factors, comorbidities and patient preferences. Different types of antidepressants and their considerations in special cases were detailed, advocating rigorous evaluation and continuous monitoring of the

patient during treatment. Additionally, dosing was discussed, concluding that the doses expressed in the guidelines should be considered for clinical management, unless pharmacogenetic tests are reviewed for individualized dosing.

Keywords Depression, Major Depressive Disorder, Antidepressants, TCA, SSRI, SSNR

Introducción

El trastorno depresivo mayor (TDM), conocido comúnmente como depresión, es una afección mental prevalente en todo el mundo y particularmente relevante en América Latina. Se estima que aproximadamente el 5% de los adultos a nivel global padecen esta enfermedad, siendo las mujeres el género más afectado (1,2). En América Latina, la depresión se erige como la principal causa de discapacidad (2).

Este trastorno se caracteriza por un prolongado estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o placer en las actividades cotidianas (1). El reconocimiento temprano y el tratamiento adecuado de la depresión pueden conducir a una mejoría significativa en la calidad de vida, manteniendo niveles óptimos de funcionamiento e independencia, y a su vez, reduciendo la morbilidad, la mortalidad por suicidio, el desarrollo de enfermedades médicas y los costos de la atención (3).

El abordaje terapéutico del TDM puede incluir farmacoterapia, terapias somáticas como la psicoterapia centrada en la depresión, o la combinación de opciones terapéuticas somáticas y psicosociales (4).

Este consenso se fundamenta en una exhaustiva revisión de guías, ensayos controlados con distribución aleatoria y metaanálisis, con el objetivo de iniciar una discusión sobre la situación actual del trastorno depresivo y su tratamiento en la región. Asimismo, busca proponer directrices para el manejo de este trastorno en Latinoamérica, considerando las respuestas genómicas étnicas.

Materiales y métodos

Para obtener los resultados se consultaron guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, estudios observacionales, ensayos clínicos y metaanálisis, que estuvieran publicados en inglés o español en los últimos 10

años, sobre trastorno depresivo mayor y depresión. La búsqueda se realizó en PubMed, Biblioteca Cochrane y sitios web científicos.

Los expertos fueron seleccionados bajo los criterios de Webler y participaron especialistas de Psiquiatría, en el ámbito de la salud pública o privada en Latinoamérica (5).

Se utilizó un método Delphi en tiempo real, considerando que se había llegado a consenso cuando el 80% o más de los participantes estaba de acuerdo. El método Delphi en tiempo real es una modificación del Delphi grupal, desarrollado por Gnatzy y colaboradores, en el cual, a pesar de tener al grupo de expertos en la misma reunión, se conserva el anonimato debido al uso de una plataforma de respuesta individual (5,6).

Para este estudio, se realizaron dos rondas de preguntas iterativas, en las cuales se podían aportar argumentos escritos que sostuvieran cada respuesta. Entre cada ronda de respuestas se abrió la discusión para defender o justificar las mismas. Un moderador condujo la discusión para que el grupo llegara a consenso. Como sugiere Webler y colaboradores, todo el evento se videograbó para un análisis secundario (5).

Los resultados de la encuesta Delphi en tiempo real se graficaron, se tabularon y se realizó un análisis cuantitativo de las respuestas estructuradas. Asimismo, se hizo un análisis cualitativo de todas las discusiones.

Acuerdos del consenso regional para el manejo del trastorno depresivo mayor

Partiendo de la definición establecida en el Capítulo 11 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11),⁷ se llevaron a cabo adaptaciones precisas y se estableció de forma unánime la definición del TDM. Este padecimiento se manifiesta como una entidad multisistémica, con una amplia gama de alteraciones de

la salud mental, caracterizadas por la disminución del afecto positivo (una pérdida de interés y placer en actividades cotidianas), un aumento del afecto negativo, un estado de ánimo bajo y una serie de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y conductuales asociados.

Es esencial considerar que la gravedad del TDM radica esencialmente en: la frecuencia e intensidad de los síntomas, la duración del trastorno y su impacto en el funcionamiento global (entorno personal, social, laboral, familiar) del paciente (7).

Resulta preocupante la alta prevalencia, especialmente con el incremento significativo debido a la pandemia. Los datos de la Organización Mundial de la Salud, señalan que el TDM afecta al 3.8% de la población, sumando aproximadamente 280 millones de individuos a nivel mundial.¹ Sin embargo, la brecha en el tratamiento de los trastornos mentales en América Latina es considerable, ya que cerca del 80% de los pacientes con TDM no reciben ningún tipo de asistencia. Esta situación se explica, en gran medida, por la escasez de personal capacitado.² Así mismo, es crucial tener en cuenta que esta enfermedad se encuentra entre las primeras causas de años de vida perdidos por discapacidad, ocupando posiciones destacadas junto con las enfermedades cardíacas, cardiovasculares, el alcoholismo, y la hipertensión arterial (8).

La meta del tratamiento antidepresivo es alcanzar la remisión total de los síntomas y el restablecimiento funcional. Este estado de remisión no solo mejora la calidad de vida del paciente, sino también reduce de manera significativa el riesgo de recaídas y recurrencias del TDM, lo que contribuye a mejorar el pronóstico general de esta condición.⁹ Lograr la remisión total es de vital importancia, dado que ofrece beneficios significativos para el paciente en términos de su bienestar y la prevención de futuros episodios depresivos (9).

Cuando se plantea a un paciente la posibilidad de recibir un tratamiento antidepresivo, es fundamental entablar una discusión detallada y consensuada para definir un plan de manejo integral. Este plan deberá abordar aspectos como los objetivos terapéuticos, las opciones de medicamento disponibles, la dosificación necesaria y sus ajustes, los beneficios esperados del tratamiento, así como los posibles efectos adversos, y la adherencia al mismo.⁴ También se deben considerar aspectos prácticos como el tiempo de inicio de acción del medicamento, la duración mínima del tratamiento, las interacciones farmacológicas potenciales,

así como la frecuencia y seguimiento de las consultas. Es crucial tener en cuenta las comorbilidades al discutir la terapia.

El manejo efectivo del TDM debe ser sensible a las barreras lingüísticas, y las variables culturales que pueden influir en la manifestación de los síntomas, las preferencias terapéuticas y el grado de estigmatización asociado a los trastornos psiquiátricos (7,10). No obstante, es importante subrayar que estos estigmas no deben dictar ni condicionar el manejo clínico de la enfermedad.

Entre los errores más comunes en el tratamiento farmacológico del TDM se incluyen la utilización de dosis insuficientes, terapias de duración demasiado corta, diagnósticos inexactos y el uso inadecuado de los medicamentos (9). Es fundamental evitar estos errores, especialmente al momento de seleccionar el tratamiento más adecuado, una vez que se ha establecido el diagnóstico definitivo. El reconocimiento y la corrección de estas faltas puede incidir significativamente en el éxito del manejo de esta enfermedad.

La duración del tratamiento farmacológico debe extenderse a 8-12 meses después de alcanzar la remisión de un primer episodio. Tras un segundo episodio, se aconseja mantenerlo por 2 años y de manera indefinida si hay 2 o más episodios en los últimos 5 años (9).

Al seleccionar el antidepresivo, es esencial considerar diversos factores, como la edad del paciente, su perfil clínico, respuestas previas a medicamentos, eficacia, seguridad y perfil de efectos adversos, presencia de comorbilidades psiquiátricas o médicas y posibles interacciones farmacológicas. El tratamiento debe realizarse en colaboración con el paciente, tomando en cuenta aspectos como la forma de administración, efectos secundarios, experiencias previas, conveniencia en relación a su estilo de vida, creencias personales y preferencias individuales (9). Tomar en consideración las preferencias del paciente respecto al uso de los antidepresivos puede influir en su adherencia al tratamiento y, por ende, en su eficacia.

Durante la fase aguda del tratamiento, es fundamental realizar un monitoreo regular de los pacientes para evaluar su respuesta al tratamiento y detectar la eventual aparición de efectos secundarios (4).

Los medicamentos antidepresivos se clasifican en:

- **Antidepresivos tricíclicos (TCAs):** amitriptilina, desipramina, imipramina y nortriptilina.
- **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):** fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram.

- **Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN):** venlafaxina, desvenlafaxina y duloxetina.
- **Otros medicamentos antidepresivos:** bupropión, nefazodona, trazodona, mirtazapina, agomelatina y vortioxetina.

Esta clasificación considera la disponibilidad de estos medicamentos en los distintos países de América Latina (4).

El tratamiento farmacológico del TDM debe ser personalizado de acuerdo con el perfil específico de cada enfermo (4).

En pacientes que padecen TDM y usan otros fármacos para tratar comorbilidades no psiquiátricas, se debe optar por un antidepresivo con interacciones farmacológicas mínimas (9). Además, al emplear antidepresivos con efecto anticolinérgico, es esencial realizar una evaluación cuidadosa de los posibles efectos adversos, como el aumento de la frecuencia cardíaca, el deterioro cognitivo en pacientes con demencia, la retención urinaria en casos de hiperplasia prostática y el empeoramiento del glaucoma de ángulo estrecho (4).

Se requiere precaución al administrar bupropión y clomipramina en sujetos con epilepsia, debido a su capacidad para reducir el umbral convulsivo (4). Así mismo, en pacientes que reciben tamoxifeno para el tratamiento del cáncer de mama u otras afecciones, se debe usar un antidepresivo con bajo efecto sobre el citocromo P450 2D6, como citalopram, escitalopram, venlafaxina o desvenlafaxina (4).

Cuando el TDM coexiste con dolor crónico, se deben usar ISRN, así como los TCAs (4). Bupropión, por otro lado, se prescribe especialmente en pacientes que desean dejar de fumar o aquellos con sobrepeso u obesidad (4).

Es importante tener presente que, entre los ISRS, paroxetina tiende a generar un mayor aumento de peso. Al interrumpir abruptamente la administración de un antidepresivo, pueden aparecer síntomas de discontinuación, siendo más frecuentes con paroxetina que con otros ISRS (4). Se ha observado que la fluoxetina es el fármaco que ocasiona menos síntomas de discontinuación (4).

Entre los ISRN, se destaca la venlafaxina por inducir una mayor incidencia de hipertensión arterial sistémica, a diferencia de la desvenlafaxina y duloxetina (4).

En el contexto del tratamiento antidepresivo durante el embarazo, se consideran opciones más apropiadas para las mujeres embarazadas como sertralina y citalopram. Sin embargo, se enfatiza en la importancia de evaluar rigurosamente la relación riesgo beneficio en esta indicación. Se recomienda mantener el tratamiento previo si la paciente ha estado bajo un régimen antidepresivo y se encuentra controlada. Se excluye a paroxetina, que no debe administrarse durante el embarazo (4).

Es importante evaluar los niveles de sodio antes de prescribir antidepresivos a pacientes con riesgo de hiponatremia (11).

Antes de indicar escitalopram o citalopram, ya sea en monoterapia o en terapia combinada con quetiapina, a pacientes de edad avanzada o con antecedentes cardíacos, se debe realizar un electrocardiograma para evaluar el intervalo QT (12).

Para sujetos con TDM y síntomas cognitivos asociados, se recomienda usar vortioxetina o bupropión (12). Por otro lado, en situaciones de insomnio en pacientes que sufren TDM, se sugieren como alternativas de tratamiento antidepresivo la agomelatina, trazodona o mirtazapina (12). Cuando la fatiga es un síntoma predominante, las opciones terapéuticas incluyen: bupropión, fluoxetina, sertralina, desvenlafaxina o duloxetina (13).

Ante una pobre respuesta o la ausencia de remisión con el tratamiento, se insta a optimizar la terapia con la elevación a la dosis máxima terapéutica dentro del margen de seguridad y tolerabilidad para el paciente (4,13).

Ha sido un tema de debate, la suposición de que la población latinoamericana pueda requerir dosis menores de antidepresivos en comparación con otras poblaciones como la caucásica, un planteamiento que ha generado diversas opiniones. Como expertos latinoamericanos, estamos de acuerdo en que las dosis expresadas en las guías de tratamiento son las que se deben considerar en el manejo cotidiano de los pacientes, excepto cuando se revisen las pruebas farmacogenéticas, permitiendo así una expresión individualizada de la dosificación, que no se base en criterios raciales, sino en la situación específica de cada paciente (14) *ver tabla 1.*

Tabla 1. Antidepresivos recomendados según la condición del paciente

Condición	Antidepresivo sugerido	Comentario
Cesación del tabaquismo	Bupropión	
Evaluación del intervalo QTc	Combinación de sertralina con quetiapina	En ancianos que requieren potenciación del tratamiento antidepresivo
Fatiga persistente	Fluoxetina, bupropión, sertralina, desvenlafaxina, duloxetina	Descartar enfermedades médicas subyacentes
Epilepsia preexistente		Precaución al administrar bupropión y clopiramina debido a su potencial para disminuir el umbral convulsivo
Pacientes en tratamiento con tamoxifeno	Citalopram, escitalopram, venlafaxina o desvenlafaxina	
Depresión comórbida con dolor crónico	ISRN y TCA	
Sobrepeso u obesidad	Bupropión	
Embarazo	Sertralina, citalopram	Rigurosa evaluación del riesgo-beneficio
Síntomas cognitivos asociados	Vortioxetina, bupropión	
Trastornos del sueño, como el Insomnio	Agomelatina, trazodona, mirtazapina	

Conclusiones

En el presente artículo, se ha ahondado en la complejidad del manejo del TDM, un trastorno mental de alta prevalencia en la población global y especialmente relevante en América Latina. A lo largo del texto, se destacó la importancia de definir claramente esta enfermedad, los criterios de diagnóstico, y su impacto en el funcionamiento global de los individuos. Además, se resaltó la necesidad de considerar el contexto cultural, las preferencias del paciente y el manejo individualizado al seleccionar el tratamiento antidepresivo.

El abordaje del TDM debe ser integral, tomando en cuenta no solo los aspectos clínicos, sino también las comorbilidades, interacciones farmacológicas y particularidades de cada paciente. Se hizo hincapié en la importancia de una adecuada monitorización durante el tratamiento, la necesidad de evitar errores comunes en el manejo farmacológico y el seguimiento continuo para lograr la remisión total de los síntomas.

El análisis de diferentes fármacos antidepresivos y sus indicaciones específicas en contextos clínicos particulares fue otro punto clave. Se resaltó la importancia de evaluar detalladamente las condiciones del paciente y los posibles efectos adversos de cada medicamento al seleccionar la terapia más adecuada.

Por último, se recalca la postura unánime de los expertos latinoamericanos, quienes abogan por consi-

derar las dosis expresadas en las guías de tratamiento como pautas generales, con excepciones justificadas mediante pruebas farmacogenéticas para un enfoque más individualizado, evitando la selección de dosis con criterios raciales.

En resumen, el abordaje del TDM es multidimensional y requiere una comprensión holística de las necesidades individuales del paciente, su contexto cultural y su historial médico para ofrecer una atención integral y efectiva.

Patrocinador: *El consenso, así como la emisión del presente documento fueron patrocinados por Apopharma.*

Agradecimientos: *A Paula Heatley Robles, por la redacción del manuscrito, a MIRAMAR DESCIENCE por el desarrollo del consenso.*

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. [Internet] Depressive disorder (depression). [Consultado en noviembre 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
2. Jiménez-Molina A, Franco Pamela, Martínez V et al. Internet-Based Interventions for the Prevention and Treatment of Mental Disorders in Latin America: A Scoping Review. *Frontiers in Psychiatry* 2019;10:664.

3. Avasthi A, Grover S. Clinical Practice Guidelines for Management of Depression in Elderly. *Indian J Psychiatry* 2018;60(Supl 3):S341-S362.
4. Gelenberg AJ, Freeman MT, Markowitz JC et al. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. *Am J Psychiatry* 2010(Supl 4):1-45.
5. Webler T, Levine D, Rakel H et al. A novel approach to reducing uncertainty: the group Delphi. *Tech Forecasting Social Change* 1991;39(3):253-263.
6. Gnatzy T, Warth J, Von der Gracht H et al. Validating an innovative real-time Delphi approach - A methodological comparison between real-time and conventional Delphi studies. *Tech Forecasting Social Change* 2011;78(9):1681-1694.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management. 2022. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/ng222.
8. Palamaru AL, Toader E. Assessing the Burden of Cholelithiasis and Cholangiocarcinoma in Patients Undergoing Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography, Using Disability-Adjusted Life Years. *Health* 2023;15:59-71.
9. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica. 2015. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto. IMSS-161-09.
10. Chen P, Jussey J, Monbureau T et al. Depression and Antidepressant Use among Asian and Hispanic Adults: Association with Immigrant Generation and Language Use. *J Immigr Minor Health* 2018;20(3):619-631.
11. Adrogué H, Tucker B, Madias N. Diagnosis and Management of Hyponatremia, A Review. *JAMA* 2022;328(3):280-291.
12. Baba H, Kito S, Nukariya K et al. Guidelines for diagnosis and treatment of depression in older adults: A report from the Japanese Society of mood disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2022;76:222-234.
13. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2016;61(9):540-560.
14. Tamayo J, Rosales-Barrera J, Villaseñor-Bayardo SJ et al. Consenso latinoamericano basado en la evidencia sobre el diagnóstico y manejo de las depresiones resistentes/refractarias al tratamiento. *Salud mental* 2011;34:267-273.

Propuesta de un programa de rehabilitación psicosocial y funcional en pacientes con enfermedad mental establecida en Bogotá, Colombia

Proposal for a psychosocial and functional rehabilitation program for patients with severe mental illness in Bogotá, Colombia

Martha Patricia Saavedra

*MD, Psiquiatra
MSc en Salud Mental Comunitaria
Directora, Centro Rosarista de Salud
Mental - CeRSaMe.*

*Profesora adjunta, Facultad de
Medicina y Ciencias de la Salud -
EMCS, Universidad del Rosario
Centro de Investigación del Sistema
Nervioso - Grupo CISNE*

Marcela Álzate

*MD, Psiquiatra
MSc en Epidemiología Clínica,
Centro de Investigación del Sistema
Nervioso - Grupo CISNE*

Ana Melisa Córdoba

*MD, Psiquiatra
MSc en Salud Mental y cuidado
paliativo, Centro de Investigación del
Sistema Nervioso - Grupo CISNE*

Diana C. Zamora

*MD, Psiquiatra
MSc en Salud Pública,
Centro Rosarista de Salud Mental -
CeRSaMe.*

*Profesora adjunta, Facultad de
Medicina y Ciencias de la Salud -
EMCS, Universidad del Rosario
Centro de Investigación del Sistema
Nervioso - Grupo CISNE*

Carlos Pedraza

*MD, Psiquiatra
Centro de Investigación del Sistema
Nervioso - Grupo CISNE*

Catalina Gamboa

*Psicóloga
Especialista en evaluación y
diagnostico neuropsicologico
MSc en neuropsicología clínica
Centro de Investigación del Sistema
Nervioso - Grupo CISNE*

Nathalia Cubillos

*Terapeuta Ocupacional
Centro de Investigación del Sistema
Nervioso - Grupo CISNE*

Xiomara Parra

*Trabajadora Social
Centro de Investigación del Sistema
Nervioso - Grupo CISNE*

Rodrigo Nel Córdoba

*MD, Psiquiatra
Centro Rosarista de Salud Mental,
CeRSaMe*

*Profesor asistente, Facultad de
Medicina y Ciencias de la Salud,
EMCS. Universidad del Rosario.*

*Director general Centro de
Investigación del Sistema Nervioso,
Grupo CISNE*

Correspondencia:

*Martha Patricia Saavedra
+573153347893
Calle 173a # 65-85
martha.saavedra1@urosario.edu.co
mpsaavedra@grupocisne.org*

*Los autores no declaran
conflicto de intereses*

Resumen Introducción: Las enfermedades mentales son una preocupación global que afecta a personas de todas las edades, géneros, razas y contextos socioeconómicos. La alta prevalencia de estas condiciones representa una carga significativa para la salud pública en todo el mundo.

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo principal diseñar y desarrollar un programa de rehabilitación psicosocial y funcional para reducir el impacto de las enfermedades mentales en la calidad de vida y el funcionamiento global de los pacientes con trastornos mentales establecidos.

Métodos: El programa TME (Trastorno Mental Establecido) fue diseñado y desarrollado para pacientes atendidos en el Grupo Cisne. Este programa incluye una serie de intervenciones interdisciplinarias estructuradas dirigidas tanto a los pacientes como a sus redes de apoyo.

Resultados: El programa TME abarca una evaluación integral, un plan individual de tratamiento que se extiende durante 52 semanas y un seguimiento trimestral. Durante estos seguimientos se aplican escalas de medición para evaluar los avances en el proceso de atención.

Discusión: El programa TME pretende fomentar la estabilización sintomática y la rehabilitación psicosocial y disminuir el impacto de las enfermedades mentales, reduciendo los tiempos de hospitalización, y mejorando el funcionamiento cognitivo. Todo esto facilita la integración social y comunitaria de los individuos que participan en las intervenciones. Se propone que este tipo de intervención sea ofrecida regularmente a todos los pacientes con Trastorno Mental Establecido dentro del sistema de salud en Colombia y otros países de América Latina. Invitamos a distintos grupos de trabajo a implementar servicios similares para ampliar el alcance y el impacto positivo de estas intervenciones.

Palabras clave Trastornos Mentales, Rehabilitación Psiquiátrica, Estado Funcional, Recuperación de la Salud Mental, Salud mental

Abstract

Introduction: Mental illnesses are a global concern affecting people of all ages, genders, races, and socioeconomic backgrounds. The high prevalence of these conditions represents a significant burden on public health worldwide.

Objective: The main objective of this study is to design and develop a psychosocial and functional rehabilitation program to reduce the impact of mental illnesses on the quality of life and overall functioning of patients with established mental disorders.

Methods: The Established Mental Disorder (TME) program was designed and developed for patients treated at the Grupo Cisne. This program includes a series of structured interdisciplinary interventions aimed at both patients and their support networks.

Results: The TME program encompasses a comprehensive evaluation, an individual treatment plan extending over 52 weeks, and quarterly follow-ups. During these follow-ups, measurement scales are applied to assess progress in the care process.

Discussion: *The TME program aims to promote symptomatic stabilization and psychosocial rehabilitation, reducing the impact of mental illnesses, shortening hospitalization times, and improving cognitive functioning. This facilitates the social and community integration of individuals participating in the interventions. It is proposed that this type of intervention be offered regularly to all patients with Established Mental Disorder within the healthcare system in Colombia and other Latin American countries. We invite various working groups to implement similar services to expand the reach and positive impact of these interventions.*

Keywords *Mental Disorders, Psychiatric Rehabilitation, Functional Status, Mental Health Recovery, Mental Health*

Introducción

A nivel mundial existe una alta prevalencia de personas con trastornos mentales, la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud de 2019 estimó que 13.1 millones de adultos en Estados Unidos tenían trastorno mental grave (TMG) en el último año, lo que corresponde al 5.2% de los adultos (1). Además, se estima que entre un 2% y 4.4% de la población mundial puede tener TMG (1,2). En todo el mundo, principalmente en América Latina y el Caribe, el desarrollo de la atención psiquiátrica ha tenido que enfrentar serias limitaciones y dificultades debido a que a la salud mental no se la ha considerado prioritaria en las agendas gubernamentales (3).

El término TMG se define como una persona mayor de 18 años que tiene un diagnóstico en el último año, de un trastorno mental que causa un deterioro funcional grave que interfiere sustancialmente o limita una o más actividades importantes de la vida (1). Existen otras definiciones en la literatura las cuales coinciden en que el TMG provoca una grave alteración del funcionamiento global, dificultades en las interacciones sociales y deterioro cognitivo (2,4,5). Las alteraciones descritas anteriormente afectan tanto al individuo como a la sociedad, implicando un aumento en la cantidad de días laborales perdidos por discapacidad. Se ha buscado un enfoque dirigido a la recuperación de las personas con TMG, fortaleciendo la rehabilitación en las esferas cognitiva, conductual y social, orientadas hacia la independencia y la reintegración comunitaria; identificando las aspiraciones y metas

personales de estos individuos (2). Estos compromisos se ven reflejados en la Declaración de Caracas y el Consenso de Brasilia, los cuales expresan la intención de seguir un enfoque centrado en la persona y basado en la comunidad para la atención de la salud mental, con énfasis en la atención primaria y la rehabilitación psicosocial (6).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Rehabilitación Psicosocial como " un proceso que facilita la oportunidad para que las personas que están impedidas, discapacitadas o afectadas por un trastorno mental alcancen su nivel óptimo de funcionamiento independiente en la comunidad" (7). Otros autores mencionan que la rehabilitación psicosocial es la suma de estrategias especializadas en salud, cuyo principal objetivo es la integración social de las personas con TMG mediante el fortalecimiento de su funcionalidad individual y social, la mejora de su calidad de vida y el abordaje de los factores de riesgo que conducen a la discapacidad social (8).

Las intervenciones psicosociales han experimentado un crecimiento significativo en la última década como la aceptación como parte de un sistema de atención integral para pacientes gravemente enfermos (9,10). En este sentido, la rehabilitación y reintegración comunitarias se consideran de vital importancia, basadas en las necesidades individuales para el desarrollo de habilidades y competencias que faciliten el acceso al mercado laboral, considerando la inserción laboral como precursora de la inclusión social en personas con TMG (2).

Es importante fomentar los servicios centrados en rehabilitación psicosocial que se enfoque en la persona y sus necesidades, como en la reintegración funcional, social, cognitiva, conductual y ocupacional (2). Colombia tiene un marco normativo que avanza hacia un enfoque desinstitucionalización de la atención de salud mental, actualmente son contados los programas estructurados que se enfoquen en este tipo de pacientes. Es por esto que el objetivo de este programa es diseñar y desarrollar un programa de rehabilitación psicosocial y funcional para reducir el impacto de las enfermedades mentales en la calidad de vida y el funcionamiento global de los pacientes con trastornos mentales establecidos.

Metodología

Tipo y diseño de estudio: Es un estudio longitudinal, naturalístico de un único brazo.

Población y muestra: Son pacientes atendidos en el Grupo Cisne (Centro de Investigación en el Sistema Nervioso), en el programa TME (Trastorno Mental Establecido) desde el 2012. Los pacientes que participan están afiliados al Sistema de Seguridad Social de Salud a través de distintas Empresas Promotoras de Salud (EPS) y pertenecen al régimen contributivo y subsidiado. Los pacientes que se atiende en el programa tienen un trastorno psiquiátrico y cumplen criterios para la definición de trastorno mental grave según la definición de SMI Adviser.

Criterios de inclusión: Se incluyen pacientes que tienen diagnósticos de trastorno psicótico agudo, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, depresión recurrente, trastorno obsesivo compulsivo según el DSM V. Que tengan se encuentre entre los 16 y 65 años, con varias hospitalizaciones, polimedicados, con alteración funcional y psicosocial, con una escala de evaluación global de funcionamiento menor de 60 y fatiga del cuidador.

Criterios de exclusión: Se excluyen pacientes con otras patologías psiquiátricas que comprometan el funcionamiento cognitivo, como los trastornos mentales secundarios a enfermedades somáticas, discapacidad intelectual, demencias o consumo activo de sustancias psicoactivas. Sujetos con diagnósticos trastornos de personalidad graves. Nula red de apoyo o que se encuentren en un trabajo que no les permita la asistencia a las sesiones.

Fuente de recolección: Los datos vienen de una fuente primaria, los medios para recoger la información son de manera física y posteriormente transcritos a medio digital. Los datos recolectados se ingresan con el código de cada sujeto en un formato Excel operado por los investigadores.

Procedimiento: El programa TME es un programa de rehabilitación psicosocial que busca mejorar el funcionamiento global del individuo a través de intervenciones estructuradas llevadas a cabo por un equipo interdisciplinario en 5 dimensiones: clínica, cognitiva, social-familiar, salud general y ocupacional. Estas dimensiones se trabajan de manera simultánea a lo largo de todo el programa en intervenciones grupales e individuales.

Resultados

Descripción del programa TME: El programa incluye una serie de intervenciones estructuradas interdisciplinarias basadas en la evidencia, dirigidas a los pacientes y sus redes de apoyo. Inicia con una evaluación integral, se establece un plan individual de tratamiento para ser llevado a cabo durante 52 semanas; durante este periodo se realiza un seguimiento trimestral donde se aplican los instrumentos iniciales, para poder observar los cambios que se presenten durante el proceso de atención.

Los objetivos principales del programa son: lograr la estabilidad sintomática, mejorar funcionamiento cognitivo, elaborar un plan de prevención de recaídas de acuerdo con el perfil, evitar o disminuir el número de días de hospitalización, identificar riesgos individuales en salud general, mejorar funcionamiento ocupacional y mejorar el funcionamiento familiar/social-comunitario.

Evaluación inicial: Tiene como objetivo establecer si el paciente cumple los criterios para ingresar en el programa. Se realizan valoraciones individuales por psiquiatría, neuropsicología, terapia ocupacional y trabajo social; cada especialidad realiza una historia desde su área y aplica escalas para evaluar las 5 dimensiones nombradas anteriormente. Luego se realiza una junta multidisciplinaria donde se determina la intensidad y frecuencia de las intervenciones que se le asignará a cada sujeto y se fijan objetivos iniciales de tratamiento que se incluyen en un plan individual.

Intensidad de las intervenciones: Se llevan a cabo sesiones de 4 horas, la frecuencia de las intervenciones depende de la funcionalidad global. Se agrupan en 3 grupos: grupo A (una vez al mes) con una funcionalidad independiente, GAF ≥ 61 , MOCA ≥ 25 , Calidad de vida: 61-80. Grupo B (una vez a la semana) con una funcionalidad semi-independiente a semidependiente, GAF 42-60, MOCA 24-17 y calidad de vida: 41-60. Por último, el grupo C (dos veces a la semana) con una funcionalidad semi-independiente a dependiente GAF ≤ 41 , MOCA ≤ 16 , calidad de vida: 1-40.

Seguimiento: Se realiza la revisión del plan individual de tratamiento de manera trimestral y se aplican escalas estandarizadas de revaloración hasta cumplir las 52 semanas. Sin embargo, cuando los sujetos no logran cumplir los objetivos en el tiempo estipulado se prolonga el seguimiento hasta conseguir los objetivos propuestos; estas personas ingresan a "Tiempo extendido".

Equipo interdisciplinario: El programa cuenta con un equipo interdisciplinario donde se trabaja de manera integrada, combinando sus perspectivas y habilidades para lograr un objetivo específico con cada paciente. Los integrantes del programa son:

- **Psiquiatría:** Área encargada de la evaluación de la condición clínica del paciente, la confirmación diagnóstica, el establecimiento de un tratamiento farmacológico adecuado y un plan de prevención de recaídas, la supervisión de aparición de eventos adversos, así como la realización de actividades de apoyo, educación en salud y psicoeducación específica de acuerdo con el diagnóstico con el paciente y la familia. En la búsqueda de la estabilización sintomática, el reconocimiento del paciente de su condición de enfermedad y el restablecimiento de las relaciones entre el paciente, la familia y lo social.
- **Neuropsicología:** Área encargada de realizar evaluación neuropsicológica global para determinar el perfil cognitivo del paciente, diseña e implementa el plan de rehabilitación individual, desarrolla terapias individuales y grupales, educa a pacientes y familias sobre estrategias de mejoramiento de las condiciones de salud mental y la funcionalidad del paciente, enfatizando en el fortalecimiento de elementos de cognición social que permitan mejorar el procesamiento de las señales sociales, procesos de toma de decisiones, gestión emocional individual y comprensión emocional de terceros.

- **Trabajo social:** Área encargada de promover el autoconocimiento de capacidades y habilidades que puedan aportar al fortalecimiento y desarrollo de herramientas que impacten de manera positiva el bienestar del paciente en el ámbito individual. Fomenta el fortalecimiento de habilidades sociales mejorando las relaciones interpersonales y familiares de los pacientes para que estas sean saludables y efectivas. También establece redes de apoyo comunitarias e institucionales de tipo distrital en sus contextos geográficos que puedan mejorar su calidad de vida.

Se realizan actividades involucrando pacientes y familiares en un contexto de interacción social, reconociendo, resaltando y promoviendo el derecho a la participación social por medio de actividades culturales que ofrece la ciudad. Se busca que estas salidas sean accesibles para toda la población y les beneficie la participación en dicho espacio.

- **Terapia ocupacional:** Área encargada de evaluar, perfilar e intervenir las características funcionales del desempeño, con el objetivo de brindar atención y orientación ocupacional para la mejoría y estabilización de: habilidades de ejecución, estructuración funcional de hábitos, reconocimiento de aspectos volitivos y desarrollo de roles acordes a etapa del ciclo vital; logrando así, un funcionamiento más adaptativo según las exigencias del contexto. De igual forma, apoya procesos de vinculación e inclusión en roles académicos y laborales garantizando el ejercicio de derechos y la participación en áreas ocupacionales donde desarrolle actividades productivas con mayores niveles de independencia. Por otra parte, acompaña procesos de enseñanza-aprendizaje en laboratorio ocupacional, en donde se favorece la adquisición de aptitudes para la ejecución de actividades de ocio productivo durante los procesos de fortalecimiento de perfil ocupacional.

Instrumentos de medición: Durante la evaluación inicial y en el seguimiento cada integrante del equipo aplica escalas estandarizadas enfocada en evaluar las 5 dimensiones:

- **Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI):** es una escala diagnóstica estructurada de duración breve. Busca la detección y/u orientación diagnóstica de los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Está

dividida en 16 módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Cada módulo se presenta en un recuadro gris con preguntas que evalúan la presencia o ausencia del síntoma, permitiendo al entrevistador indicar si cumplen los criterios diagnósticos (11).

- **Entrevista Clínica Estructurada-escala de síndromes positivo y negativo (SCI-PANSS):** Diseñado para valorar severidad de síntomas, monitorización de respuesta al tratamiento e indicador de pronóstico. Es una prueba formada por 30 ítems que se puntúan de 1 -ausente a 7 extremos. Está compuesto por 4 subescalas: Positiva 7 ítems, Negativa 7 ítems, Psicopatología General 16 ítems y Compuesta que es restar síntomas positivos de negativos (12).
- **Escala para Trastorno Obsesivo Compulsivo de Yale-Brown (Y-BOCS):** Este instrumento se aplica para la valoración de los síntomas obsesivos-compulsivos. Se utiliza para medir la gravedad y los cambios ocurridos tras el tratamiento. Tiene dos partes (obsesiones y compulsiones) compuesta por 10 ítems; cada una de estas secciones se puntúa en una escala de 0 a 4, donde 0 indica la ausencia de síntomas y 4 indica la máxima severidad. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de ambas secciones y puede variar de 0 a 40, se considera sin manifestaciones de 0-7, síntomas leves de 8-15, moderados de 16-23, severos 24-31 y extremos de 32- 40 (13).
- **Escala para calificación de la depresión de Montgomery-Asberg (MADRS):** Evalúa la sintomatología depresiva y los cambios con la intervención terapéutica. Es una escala heteroaplicada de 10 ítems, puntuados de 0 a 6. El entrevistador selecciona, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje la situación clínica actual del paciente, optando por los puntos intermedios cuando sea difícil elegir entre una u otra de las opciones predefinidas. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las opciones seleccionadas, siendo el rango de valores posibles entre 0 y 60. No existen puntos de corte, se define como respuesta terapéutica una reducción igual o superior al 50% de las puntuaciones previas o la reducción de la puntuación por debajo de 10 puntos (14).
- **Escala de manía de Young:** Es un test que cuantifica los síntomas maníacos a través de 11

ítems, con 5 opciones de respuesta, que muestran diferentes grados de intensidad en los síntomas. Los niveles de severidad se obtienen a través del informe subjetivo del paciente obtenido en las 48 horas anteriores en la observación clínica. Los ítems son puntuados dependiendo de la intensidad, oscila entre 0 (ausencia de síntomas) y 4/8 (gravedad extrema); los ítems 5, 6, 8 y 9 se puntúa hasta 8. El total se obtiene sumando los 11 ítems, con un puntaje entre 0 a 60 puntos, menor o igual a 6 es compatible con eutimia, entre 7 y 20 es compatible con episodio mixto; mayor de 20 es compatible con episodio maníaco (15).

- **Escala de Impresión Clínica Global (CGI):** Gravedad de la enfermedad (CGI-SI) Mejoría Global (CGI-GI): la escala sirve para valorar la gravedad de los episodios agudos y largo plazo de la enfermedad con objetivo de valorar cambios en el curso de la enfermedad. Está formada por tres subescalas, dos evalúan la gravedad de los síntomas agudos, la tercera evalúa la gravedad de manera longitudinal en la enfermedad. El sistema de respuestas es a través de una escala Likert de 7 puntos, siendo 1 normal y 7 grave, se realiza valorando los síntomas de la semana anterior. Para la obtención de medida se debe realizar la resta entre puntuación basal y evaluación final (16,17).
- **Escala de Funcionamiento Personal y Social (PSP):** Es un instrumento puntuado por el clínico que evalúa el funcionamiento del paciente en 4 áreas: autocuidado, actividades sociales habituales, incluidos trabajo y estudio, relaciones personales y sociales, y comportamientos perturbadores y agresivos. Se puntúan cada área según los criterios operativos establecidos, utilizando una escala Likert de gravedad de 6 puntos, donde 1 es ausente y 6 muy grave. Las áreas 1-3 tienen los mismos criterios operativos, mientras el área 4 tiene sus propios. La puntuación de la PSP es un proceso en tres etapas: en primer lugar, utilizando los criterios operativos, los clínicos puntúan la gravedad de las dificultades existentes en las 4 áreas; en segundo lugar, usando un algoritmo de puntuación estas 4 puntuaciones se transforman en una puntuación con un intervalo de 10 puntos, que va de 1-10 (falta de autonomía para el funcionamiento básico) a 91-100 (funcionamiento excelente). En tercer lugar, teniendo en cuenta el funcionamiento en una relación de otras 9 áreas de

la vida, se elige una puntuación específica del intervalo de 10 puntos, donde las puntuaciones más altas indican un mal funcionamiento y valores más elevados reflejan un mejor funcionamiento (18).

- **Evaluación del Funcionamiento Global (GAF):** Valora el funcionamiento general de los pacientes psiquiátricos a lo largo de un continuum de salud-enfermedad. Consta de un único ítem que se puntúa con una escala que oscila de 100 (actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades) y 1 (expectativa manifiesta de muerte) (19).
- **Test de Morisky-Green modificada:** Consiste en realizar al paciente cuatro preguntas de respuesta dicotómica sobre sus actitudes ante la medicación de forma entremezclada durante la entrevista clínica. Si las actitudes no son correctas, se asume que el paciente no es adherente al tratamiento. Se considera que el paciente es adherente al tratamiento si responde correctamente a las cuatro preguntas, es decir, No/Sí/No/ No.
- **Montreal Cognitive Assessment (MoCA):** Es un test de tamizaje que evalúa las disfunciones cognitivas leves, examina habilidades de atención, concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, capacidades visoconstructivas, cálculo y orientación. El puntaje máximo es de 30; un puntaje igual o superior a 26 se considera normal (20).
- **Test De Barcelona- Revisado (TB):** Está conformado por varios test que permite cuantificar el estado cognitivo general teniendo en cuenta la edad y la escolaridad del paciente. Se realizó una aplicación parcial, en la cual se incluyeron los subtest: orientación en persona, tiempo y espacio, dígitos directos e inversos y abstracción verbal de semejanzas y refranes. Para la calificación se tiene en cuenta el puntaje obtenido por el paciente en cada tarea (21).
- **Evocación categorial semántica y fonológica:** Evalúa la capacidad para hacer búsqueda activo-ejecutiva de información, capacidad de inhibición de respuestas, habilidad para iniciar y mantener la conducta de producción verbal, flexibilidad cognitiva, la velocidad de procesamiento y memoria semántica. Para la calificación se tiene en cuenta el número de palabras logradas por el paciente en un tiempo de un minuto (22).
- **Test de aprendizaje verbal de California (CVLT):** Es una prueba de memoria explícita, que evalúa el proceso de codificación, almacenamiento

y evocación de información verbal. Consta de una primera fase en la cual se repasa una lista de 16 palabras que pueden ser agrupadas en 4 categorías, la lista se repasa 5 veces, en cada una de las cuales hay un ensayo de evocación libre. En la segunda fase se incluye una interferencia homogénea, posterior se realiza un recuerdo libre. En la tercera fase se realiza un recuerdo con clave categórica en la que se pide evocar las palabras por la categoría. Finalmente, tras una interferencia heterogénea y diferida, se realiza nuevamente un recuerdo libre, uno con clave y una fase de reconocimiento. Para la calificación se tiene en cuenta el número de estímulos evocados en cada fase (23).

- **Trail Making Test – TMT, formas A y B:** Esta prueba en su forma A evalúa la atención sostenida, la velocidad de procesamiento y la búsqueda a través de un rastreo visual. La forma B evalúa la atención alternante, la flexibilidad cognitiva y la velocidad de procesamiento a través de rastreo visual. Para la calificación de ambas formas se tiene en cuenta el tiempo total que le tomó al sujeto finalizar la tarea (24).
- **Figura Compleja de Rey:** Busca evaluar la memoria visual, la percepción visual y la habilidad visuo-constructiva, así como la planeación y las estrategias de solución de problemas. La prueba se califica teniendo en cuenta cada uno de los elementos que componen la figura. La puntuación máxima de la prueba es de 36. Adicionalmente, se debe tener en cuenta la estrategia utilizada por el paciente para hacer la copia de la figura (25).
- **Escala BELS (Basic Everyday Living Skills):** Permite evaluar los niveles de independencia de la persona con enfermedad mental durante el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria (Autocuidado), actividades instrumentales (habilidades domésticas), vinculación a espacios y grupos sociales (habilidades comunitarias) y la participación en actividades ocupacionales en la cotidianidad (Ocupación y habilidades sociales). Esta se compone de 26 ítems que se dividen en dos escalas: el grado de oportunidad para la realización de las actividades, que se puntúa según las características del entorno físico, y el nivel de desempeño independiente de las actividades de la vida diaria. Para la calificación de la primera escala se utilizan puntualizaciones de 0 a 2, siendo 0 ninguna oportu-

tunidad de independencia y 2 total oportunidad de independencia; para la segunda escala se utiliza un rango de 0 a 4, siendo 0 “No realiza ninguna actividad o es necesaria una supervisión diaria” y 4 “Nivel normal de realización”. En caso de que haya desconocimiento de la información durante la evaluación del desempeño se puntúa 9 (26).

- **Escala de calidad de vida (GENCAT):** Es un instrumento desarrollado por el INICO que permite la evaluación objetiva de la calidad de vida de usuarios de servicios sociales. Cuenta con 69 ítems divididos en 8 dominios: bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, autoterminación, desarrollo personal, inclusión social, relaciones interpersonales y derechos. Los ítems están enunciados en tercera persona, con formato declarativo y se responden utilizando una escala de frecuencia de cuatro opciones (‘nunca o casi nunca’, ‘a veces’, ‘frecuentemente’ y ‘siempre o casi siempre’). Se puede realizar por la observación de la persona o en el acompañamiento durante la aplicación del instrumento (27).
- **Escala de carga del cuidador (ZARIT):** Es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de personas dependientes. Evalúan las repercusiones negativas del cuidado sobre las áreas: salud física, salud psíquica, actividades sociales y recursos económicos. Se compone de 22 preguntas donde se puntúa de 0 (nunca), 1(rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre). La puntuación global oscila entre 0 y 88 puntos, la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador (28).
- **Test de APGAR familiar:** Explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutoria (29). Se trata de un cuestionario que puede administrarse tanto por el entrevistador como ser autoaplicado directamente a la persona entrevistada. Consta de 5 preguntas, que puntúan de 0 a 4. Su rango es de 0 a 20 puntos donde normal es 17-20, disfunción leve 16-13, disfunción moderada 12-10, disfunción severa menor o igual a 9 (30).

Culminación del programa: Cumplidas las 52 semanas y/o los objetivos de mejoría sobre el funcionamiento global se da por finalizado el programa. Se

realiza un acto de reconocimiento con la familia del paciente haciendo público que han culminado de manera exitosa los objetivos planteados durante la participación en el programa.

Discusión

El programa TME fomenta la estabilización sintomática y la rehabilitación psicosocial con el fin de disminuir el impacto de la enfermedad, los tiempos de hospitalización, mejorar el funcionamiento cognitivo, facilitar la integración social y comunitaria de los individuos que participan de las intervenciones; a través de un trabajo con un equipo interdisciplinario. Este enfoque coincide con la mayoría de los modelos de rehabilitación psiquiátrica que se centran en el individuo, enfocándose en el desarrollo de habilidades a nivel individual (emocionales, sociales, de autogestión y vocacionales) (6,7,31,32).

Nuestro programa plantea un modelo que abarca diferentes dimensiones como lo clínico, lo cognitiva, lo social-familiar, la salud general y lo ocupacional, el cual se trabaja de manera interdisciplinar con todos los integrantes del equipo; este enfoque está basado en la definición de Garces sobre la interdisciplinariedad (33).

En cuanto a la dimensión clínica, tiene como objetivos principales, conseguir la estabilización sintomática, mejorar la percepción del paciente frente a su condición, la psicoeducación sobre la enfermedad mental y su tratamiento, adaptación conductual para facilitar la adherencia a la medicación, desarrollo de un plan de prevención de recaídas y enseñanza de estrategias de afrontamiento para síntomas persistentes. Como sustenta la literatura, que resalta estos puntos como elementos claves para la recuperación en las personas con TMG (9,34).

Otro factor importante es la relación terapéutica entre el paciente y el tratante; es amplia la literatura que existe al respecto, la cual enfatiza dicha relación, como una condición necesaria para la duración y la respuesta clínica, así como para el compromiso real con los servicios de salud (8). Además, la adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad se hace fundamental para el bienestar general del paciente. Como la salud física por el riesgo metabólico que tienen estas personas que disminuye la expectativa de vida en relación con la población general.

En lo referente a la dimensión cognitiva, se conoce que la rehabilitación cognitiva ha surgido como una estrategia prometedora para abordar el deterioro cogniti-

vo, que se considera ahora una característica central del TMG (9). Se han encontrado deficiencias en diferentes dominios neurocognitivos, como la atención, la memoria de trabajo, el funcionamiento ejecutivo y el aprendizaje verbal, así como el funcionamiento cognitivo social y la conciencia o el funcionamiento metacognitivo (5). Un cuerpo creciente de literatura ha demostrado que el rendimiento neuropsicológico tiene un impacto significativo en el funcionamiento comunitario, incluida la vida independiente, el desempeño vocacional y la competencia social (9), también impactan en el funcionamiento cotidiano y la calidad de vida (35).

Respecto a la dimensión social-familiar múltiples estudios mencionan la importancia de la rehabilitación centrada en la familia, ya que, al mejorar la relación entre ellos, los pacientes alcanzan su nivel óptimo de funcionamiento independiente (7). Además, se sabe que el enfoque de entrenamiento en habilidades sociales, enfocado en fomentar el cambio de comportamiento, proporciona un plan muy efectivo para ayudar a los pacientes a aprender una variedad de nuevos comportamientos y habilidades en resolución de problemas dentro de su entorno (9).

La dimensión ocupacional busca la rehabilitación funcional, fomentando la realización de actividades a nivel de ocio, iniciar o culminar la formación académica aumentando así la posibilidad de la inclusión laboral. La literatura es clara en afirmar que las actividades relacionadas con el empleo estructuran, organizan y ocupan el tiempo de las personas, ayudando a adquirir y expandir sus habilidades (36). Estrategias que ayudan a la inclusión social y comunitaria impactando de manera importante la calidad de vida del paciente y de su familia.

Aunque existe una amplia variedad de literatura respecto a la rehabilitación psiquiátrica, son pocos los programas de rehabilitación psicosocial que están descritos en la literatura y aún menos los que se han publicado para América Latina. Hasta donde sabemos, el programa TME es un programa pionero con estas características en Colombia. Algunos autores mencionan que no existe un programa de rehabilitación publicado, validado, sistematizado, replicado o basado en evidencia que, de manera estandarizada y consensuada por expertos, desarrolle un protocolo de acción que reúna de manera articulada a los diferentes actores multidisciplinares (psicólogos, psiquiatras, enfermeras, traba-

jadores sociales, etc.) (2). Es por esto la importancia de seguir fomentando la atención comunitaria, la cual promete ser un factor clave para el manejo integral de los pacientes con trastorno mental severo.

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. 2024. What is serious mental illness? .
2. Carmona-Huerta J, Durand-Arias S, Cárdenas-García E, Arámbula-Román JC, Guzmán-Ramírez M, Estrada-Ramírez I, et al. Comprehensive rehabilitation and job reintegration of people with severe mental illness in a Latin American country: REINTEGRA study protocol. *BMC Psychiatry*. 2023 Dec 1;23(1).
3. Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, Organización Panamericana de la Salud. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. OPS; 2009.
4. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. 1st ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales F y D, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), editors. Vol. 1. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2007. 11–169 p.
5. Van Duin D, De Winter L, Oud M, Kroon H, Veling W, Van Weeghel J. The effect of rehabilitation combined with cognitive remediation on functioning in persons with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2019 Jul 1;49(9):1414–25.
6. Cubillos L, Muñoz J, Caballero J, Mendoza M, Pulido A, Carpio K, et al. Addressing severe mental illness rehabilitation in Colombia, Costa Rica, and Peru. *Psychiatric Services*. 2020 Apr 1;71(4):378–84.
7. Thekkumkara SN, Jagannathan A, Jadhav P, Durgoji SK, Muliya KP, Angothu H, et al. ‘Family centric rehabilitation’ for persons with mental illness in India: Conceptual framework using evidence-based case studies’. *Asian J Psychiatr*. 2020 Dec 1;54.
8. Kalogerakis Z, Petroutsou A, Chatzakis A, Ploumpidis D, Papageorgiou C, Economou M. Psychosocial rehabilitation and severe mental illness- Factors that influence patients’ attendance in a support group. *Psychiatriki*. 2019;30(2):108–19.
9. Bellack AS. Skills Training for People with Severe Mental Illness. *Psychiatr Rehabil J* [Internet]. 2004 [cited 2024 Jun 19]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15222149/>
10. Ryan T, Carden J, Higgs R, Poole R, Robinson CA. An assessment of need for mental health rehabilitation amongst in-patients in a Welsh region. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016 Sep 1;51(9):1285–91.
11. Ferrando L, Bobes J, Gibert M, Soto M, Soto O. M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Madrid; 1998.

12. Peralta V, Cuesta MJ. Validación de la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiátrica*. 1994;4:44–50.
13. Sal y Rosas HJ, Vega Dienstmaier JM, Mazzotti Suarez G, Vidal H, Guimas B, Adriánzen C, et al. Validación de una versión en español de la Escala Yale-Brown para el trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Actas Españolas Psiquiatria* . 2002;20(1).
14. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E, et al. Validación de las versiones en español de las Escalas Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica* . 2002;118(13):493–9.
15. Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, García M, Reinares M, Torrent C, et al. Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la Escala de Manía de Young. *Medicina Clínica* . 2002;119:366–71.
16. Vieta Pascual E, Torrent Font C, Martínez-Arán A, Colom Victoriano F, Reinares Gabnepen M, Benabarre Hernández A, et al. Escala sencilla de evaluación del curso del trastorno bipolar: CGI-BP-M. *Actas Españolas de Psiquiatria* . 2002;30(5):301–4.
17. Haro JM, Kamath SA, Ochoa S, Novick D, Rele K, Fargas A, et al. The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;107:16–23.
18. Garcia-Portilla MP, Saiz PA, Bousoño M, Bascaran MT, Guzmán-Quilo C, Bobes J. Validation of the Spanish Personal and Social Performance scale (PSP) in outpatients with stable and unstable schizophrenia. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2011;4(1):9–18.
19. Bobes J, García-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. *Revista de Ciencias Médicas*. 2002;
20. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The montreal cognitive assessment, moca: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2019 Mar 29;67(9):1991–1991.
21. Peña-Casanova J, Cáceres-Guillén I. Introducción y fundamentos. In: Programa integrado de exploración neuropsicológica. Barcelona: JAZ Editors, S.L.; 2019. p. 1–31.
22. Borkowski JG, Benton AL, Spreen O. Word fluency and brain damage. *Neuropsychologia*. 1967 May 1;5(2):135–40.
23. Boller F, Grafman JH. Handbook of neuropsychology, 2nd edition. 2nd ed. Boller F, Grafman JH, editors. Vol. 2. Washington: Elsevier Science Publishers; 2000. 25–47 p.
24. Reitan RM. The relation of the trail making test to organic brain damage. *J Consult Psychol*. 1955 Nov 19;19(5):393–4.
25. Recenze A, Krčová V. Rey-Osterriethova Komplexni Figura Recenze metody. *Testforum* [Internet]. 2014;4:22–6. Available from: www.testforum.cz
26. Jimenez JF, Torres F, Luna JDD, Laviana M, Rickard C, Trieman N. Evaluación del funcionamiento de la vida diaria en personas con trastorno mental de larga evolución. adaptación y fiabilidad de la versión española “basic everyday living skills (bells).” *Actas Esp Psiquiatr*. 2000 Sep 9;28(5):284–9.
27. Verdugo M, Arias B, Gomez L, Schalock R. Escala gencat: manual de aplicacion de la escala gencat de calidad de vida. Barcelona: Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS); 2009. 20–28 p.
28. Zarit S, Orr N, Zarit J. The Hidden Victims of Alzheimer’s Disease: Families Under Stress. new york: New york university press; 1985.
29. Smilkstein G. The family apgar: a proposal for a family function test and its use by physicians. . 6th ed. Vol. 6. Seattle, Washington: The journal of family practice; 1978. 1231–1233 p.
30. Suarez M, Alcalá M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar . *Revista Medica La Paz*. 2014 Jan 20;
31. Francisco Godoy García J, Caballero Martínez M, Godoy-Izquierdo D, Luisa Vázquez Pérez M, Muela Martínez JA. Prevención de recaídas en la esquizofrenia: Propuesta de un programa de intervención durante la fase prodrómica. *Reidocrea*. 2016;5(7).
32. Pandya A, Myrick KJ. Advocacy: Wellness and recovery programs: A model of self-advocacy for people living with mental illness. *J Psychiatr Pract*. 2013 May;19(3):242–6.
33. Carvajal Escobar Y. Interdisciplinariedad: Desafío para la educación superior y la investigación. *Revista Luna Azul* . 2010;31:156–69.
34. Lean M, Fornells-Ambrojo M, Milton A, Lloyd-Evans B, Harrison-Stewart B, Yesufu-Udechuku A, et al. Self-management interventions for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 2019 May 1;214(5):260–8.
35. Ren’ R, Roelofs RL, Wingbermühle E, Wingbermühle W, Egger JIM, Kessels RPC. Australasian Society for the Study of Brain Impairment. *Brain Impairment* [Internet]. 2016 [cited 2024 Jun 19];18(1):138–73. Available from: <https://doi.org/10.1017/BrImp.2016.31>
36. Lipskaya-Velikovsky L, Elgerisi D, Easterbrook A, Ratzon NZ. Motor skills, cognition, and work performance of people with severe mental illness. *Disabil Rehabil*. 2019 Jun 5;41(12):1396–402.

Comparación de dos modalidades en neuromodulación para el Tratamiento de la Depresión Severa

Comparison of two modalities in neuromodulation for the Treatment of Severe Depression

Edgar Castillo-Armas

*Médico y cirujano con especialidad
en psiquiatría y subespecialidad en
Psiquiatría Infantil
Práctica Privada*

José Ricardo López Melgar

*Médico y cirujano con maestría en
especialidad de psiquiatría*

Resumen De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud 300 millones de personas sufren depresión cada año. Esta condición constituye la principal causa de discapacidad laboral en el mundo. Múltiples tratamientos son utilizados en la actualidad para su manejo y las terapias de neuromodulación representan una alternativa novedosa y altamente efectiva. Se realiza una pequeña revisión sobre dos tipos específicos de neuromodulación.

Palabras clave depresión, EMTr, TEC, tratamientos

Abstract

According to the World Health Organization (WHO), globally 300 million people suffer from depression each year. This disease constitutes the largest cause of occupational disability in the world. Furthermore, it is highly associated with suicide.

Gaynes and colleagues (2011) found that Major Depressive Disorder is a very common psychiatric condition that affects more than 13 million people annually in the U.S. This review article will explore some treatment options associated with neuromodulation and a comparison between two specific types of treatment.

Keywords depression, rTMS, ECT, treatments

*Los autores no declaran
conflicto de intereses*

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), globalmente 300 millones de personas sufren de depresión cada año y esta enfermedad constituye la mayor causa de discapacidad laboral en el mundo. Además, está altamente asociada con el suicidio (1).

Gaynes y colegas (2011) observaron que el trastorno depresivo mayor es una condición psiquiátrica muy común que afecta a más de 13 millones de personas anualmente en los EE.UU (2). En este artículo de revisión se explorarán algunas opciones de tratamiento asociadas a terapias de neuromodulación en donde se hará una comparación entre dos tipos específicos de tratamiento.

Explorando los tratamientos para el Trastorno Depresivo Mayor

Existen alternativas terapéuticas para el manejo de la depresión, dentro de los cuales se encuentran tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Los medicamentos antidepresivos están categorizados de acuerdo con su efecto en los diferentes sistemas neurotransmisores del cerebro.

Si un medicamento de una clase no alivia los síntomas o produce efectos adversos serios, se recurre a otra alternativa farmacológica.

Un porcentaje considerable de pacientes con depresión resistente a los antidepresivos muestran una respuesta clínica positiva con la adición de estabilizadores del estado del ánimo (carbonato de litio, lamotrigina) o algunos antipsicóticos de segunda generación (lurasidona, aripiprazol o quetiapina).

Sin embargo, un alto porcentaje de pacientes con depresión sufre de ansiedad asociada y también presenta alteraciones de sueño/vigilia, sobre todo insomnio. En estos casos el médico tratante incluye medicamentos de otras clases para aliviar dichos síntomas. La difundida práctica de polifarmacia aumenta considerablemente y con esta dificultad el incremento de efectos secundarios y adversos.

Como opciones efectivas no farmacológicas se encuentran diferentes tipos de psicoterapias como la Cognitivo-conductual, Dialéctica de la conducta y Activación del comportamiento.

También existe evidencia en el contexto de la meditación, práctica de yoga, “mindfulness” o atención plena, dieta y ejercicio aeróbico. En general estos cambios positivos en el estilo de vida tienen un impacto

significativo y con validez científica en el marco del tratamiento integral y el valor pronóstico para pacientes con depresión, incluidos los que tienen cuadros crónicos y refractarios (2).

Las terapias de neuromodulación cerebral incluyen la Terapia Electroconvulsiva (TEC), Estimulación Magnética Transcraneal (EMT), Estimulación del Nervio Vago (ENV), Estimulación magnética Transcraneal Cerebral Profunda, Estimulación Transcraneal de Corriente Directa, entre otras.

Las más utilizadas en el contexto clínico actualmente son la Estimulación Magnética Transcraneal Repetitiva y la Terapia Electroconvulsiva (3).

Tratamiento de Fase Aguda

La Asociación Psiquiátrica Americana recomienda las siguientes modalidades terapéuticas para la fase aguda de la depresión:

- Medicamentos antidepresivos
- Psicoterapias con evidencia clínica
- Estimulación Magnética Transcraneal.
- Terapia Electroconvulsiva
- Terapia lumínica (para el Trastorno Afectivo Estacional).

Cada tratamiento fallido debe evaluarse con el uso adecuado valorando la frecuencia, duración y dosis del fármaco, considerando un cambio en la pauta de no alcanzar una mejoría significativa. Esta valoración debe documentarse a través de la disminución en síntomas cuantificados escalas estandarizadas que miden la sintomatología de la depresión clínica (Beck, MADRS, Hamilton, PHQ-9, GDS, QIDS, IDS) (2).

Estimulación Magnética en Estados Unidos.

En octubre del 2008 la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) aprobó la máquina de EMT Neurostar para el tratamiento de Depresión Clínica.

Esta fue la indicación publicada por Neuronetics en octubre del 2008: “El sistema de terapia EMT Neurostar está indicado para el tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor en pacientes adultos que no lograron alcanzar mejoría satisfactoria con un medicamento antidepresivo utilizando una dosis y duración adecuadas en el episodio presente”.

Posteriormente las máquinas de EMT de otros fabricantes fueron aprobadas. A la fecha las siguientes máquinas tiene el aval de la FDA: Neurostar, MagVenture R20, Mag-Pro X100, MagStim, CloudTMS, Brainsway (Bobina H) y Apollo.

En el año 2013 se expandió la indicación para el tratamiento del dolor para algunos tipos de migraña, Y en el 2018 se aprobó la promoción de EMT para el tratamiento de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) utilizando la máquina Brainsway.

El curso típico de tratamiento con EMT es de 30 sesiones con una frecuencia diaria de 5 días a la semana durante 6 semanas seguida de 3 tratamientos intercalados por una semana, 2 tratamientos la siguiente semana y 1 tratamiento la última semana (4).

Contraindicaciones para el uso de EMT

1. Historia de convulsiones focales o generalizadas
2. Presencia de cuadros psicóticos
3. Enfermedades neurológicas como demencia, enfermedad cerebrovascular, aumento de la presión intracraneal, traumatismo cráneo encefálico severo, tumor cerebral y epilepsia.
4. Implantes cerebrales ferromagnéticos a una distancia de 30 centímetros o menos del sitio de estimulación.
5. Implantes cocleares, desfibriladores o stents cercanos al cerebro, estimulador del nervio vago, clips de aneurisma metálicos, grapas o piezas de unión metálicas.
6. Abuso crónico o intoxicación aguda por alcohol (3).

EMT versus TEC

La EMT se basa en pulsaciones magnéticas que penetran un área específica del cerebro: la corteza dorsolateral prefrontal izquierda. Dicho estímulo genera un impulso eléctrico leve que despierta las rutas neuronales alrededor del núcleo de la depresión.

En contraste, la TEC transfiere electricidad a todo el cerebro causando una convulsión controlada. La convulsión induce la producción de neurotransmisores que mejoran la actividad neuronal. Debe administrarse bajo anestesia general en un hospital y tener un período de recuperación supervisado

Los estudios que comparan ambas terapias han demostrado una eficacia similar. Sin embargo, la diferencia entre los posibles efectos adversos son factores importantes para considerar (4).

Comparación en efectividad clínica

Ren y colaboradores (2014) completaron una revisión y metaanálisis de nueve ensayos controlados aleatorios con un total de 425 participantes comparando directamente EMT (n=217) con TEC (n=212) en el tratamiento de depresión unipolar o bipolar con o

sin síntomas psicóticos identificados por criterios de DSM – IV o CIE – 10.

Las medidas de los resultados utilizadas incluyeron: aceptación, efectos cognitivos, respuesta clínica y remisión de síntomas. La TEC mostró una mejor respuesta a corto plazo comparada con EMT (64% vs 48%). Se encontró que la TEC tuvo mejores resultados en casos de pacientes con depresión psicótica y que la EMT mostró efectividad similar a TEC en pacientes depresivos sin síntomas de psicosis. La TEC mostró una ventaja menor sobre EMT en la disminución general de los resultados del HAM (p=0.11). Tres estudios que evaluaron impedimentos en la memoria visual y la fluencia verbal de los pacientes observaron mayores déficits con TEC.

Los autores concluyeron que a pesar de las limitaciones de los estudios analizados los datos obtenidos sugieren que la TEC parece ser más efectivo que la EMT a corto plazo, especialmente para los individuos con depresión psicótica. Sin embargo, esa superioridad de TEC sobre EMT no pudo ser demostrada en términos de resultados a largo plazo (mayores de 1 mes) (3).

Un estudio retrospectivo llevado a cabo por un equipo de investigadores de la Universidad de Bar-Ilan en Ramat Gan y de la Universidad de Tel Aviv analizó datos de 41 pacientes elegibles para EMT y 40 pacientes referidos para TEC.

Al comparar los resultados los investigadores analizaron respuesta clínica y efectos adversos. Los síntomas depresivos pre y post tratamiento fueron medidos utilizando HAM – D – 21, BDI-II y HARS (escalas para valoración de síntomas depresivos).

La funcionalidad se midió con la VIsual Analog Scale (VAS).

El protocolo para EMT fue de 30 pulsos magnéticos de 10 Hz por 10 segundos (1500 pulsos diarios) 5 veces por semana durante 4 semanas.

El régimen de TEC fue de acuerdo con la guía de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) esquematizado en “The Practice of Electroconvulsive Therapy: Treatment, Training and Privileging” (6).

La efectividad de TEC y EMT fue equivalente de acuerdo con los resultados de las escalas BDI-II y VAS (p=.0001 para ambas modalidades de tratamiento)

La efectividad de TEC (p =.0001) fue más robusta que EMT (p= .012) de acuerdo con los cambios positivos de la HAM-D-21.

TEC fue definitivamente más efectiva en aliviar síntomas de ansiedad asociados (p= .0001)

Los efectos secundarios adversos fueron más notables con TEC. El 60% de los pacientes reportaron pérdida de memoria a corto y mediano plazo.

En comparación, con EMT el 30% de pacientes se quejaron de efectos adversos menores como cefalea que se alivió en unas pocas horas (5).

Conclusiones

Basados en la reducción de la escala Hamilton, TEC ha demostrado una respuesta clínica y una remisión de síntomas superior a EMT. Cuando se excluyeron los pacientes que presentaron síntomas psicóticos, no hubo diferencia en las tasas de respuesta clínica ni en el logro de remisión de síntomas tanto con TEC como con EMT. La Pérdida de la memoria fué el efecto adverso más común con el uso de TEC, tanto a corto como a mediano plazo. Tres de los estudios encontraron deficiencias en la memoria visual y la fluencia verbal en pacientes que recibieron TEC.

La EMT ha demostrado una efectividad aceptable con un perfil de efectos secundarios muy benigno. Esta utiliza un campo magnético que induce una leve corriente eléctrica estimulando el área dorsolateral prefrontal izquierda del cerebro. No requiere anestesia ni sedación, además no es un procedimiento invasivo ni sistémico. Se administra con el paciente completamente despierto y consciente.

Ambos procedimientos ofrecen ventajas terapéuticas y las diferencias más relevantes parecen ser los efectos adversos y el estigma asociados con TEC.

Es necesario reconocer que ambas son formas de neuromodulación y podrían guardar una ventaja sinérgica en el tratamiento de la depresión severa con o sin síntomas psicóticos.

El uso combinado de TEC and EMT puede proveer estrategias complementarias para mejorar su eficacia en la etapa aguda, disminuir la frecuencia y la severidad de los efectos adversos, prolongar la duración del efecto clínico y desarrollar protocolos de rescate o mantenimiento.

Esta estrategia también podría preparar el camino para aumentar el efecto de los medicamentos, de las psicoterapias y otras medidas preventivas en el manejo de la depresión clínica.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión. 2020. Artículo original disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
2. Pence, B. W., O'Donnell, J. K., & Gaynes, B. N. (2012). The depression treatment cascade in primary care: a public health perspective. *Current psychiatry reports*, 14(4), 328–335. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0274-y>
3. REN J, Li, H Palinayappan et al. Repetitive TRANSCRANIAL Magnetic Stimulation versus electroconvulsive therapy for major depression: a systematic review and meta-analysis. *Prob Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2014; 51:181-189.
4. O'Reardon JP, Solvason HB, Janicak PG, et al. Efficacy and safety of transcranial magnetic stimulation in the acute treatment of major depression: a multisite randomized controlled trial. *Biol Psychiatry*. 2007; 62(11): 1208-1216.
5. Magnezi R, Aminov E, Shmuel D, et al. Comparison between neurostimulation techniques repetitive transcranial magnetic stimulation vs electroconvulsive therapy for the treatment of resistant depression: patient preference and cost effectiveness. *Patient Preference Adherence*. 2016; 10: 1481-1487.
6. American Psychiatric Association Committee on Electroconvulsive Therapy. Treatment Procedures. In: *The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training and Privileging*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2001:133

PRESENTACIÓN DE LIBROS

DEPRESIONES Y SUICIDIOS.

LA UNÁNIME NOCHE, LA HUMANIDAD A LA INTEMPERIE.

Sergio Rojtenberg

Sergio habla en el libro de sus linajes. Cabe destacar que es uno de los fundadores de la Asociación de Psiquiatras de Argentina, asociación que presido y como él mismo dice es una alternativa democrática y abierta que se abrió paso en la oscuridad saliente de las dictaduras que asolaron Argentina, allá hace como 40 años...

En estos tiempos tan crueles y hostiles, surge la necesidad de hacer foco sobre depresiones y suicidio para poner en evidencia la importancia desde la mirada de la Salud Pública.

Este gran libro puede ser leído por colegas, pero también por público general ya que pone luz en temas en los que el tabú aún hoy no permite que se diagnostiquen a tiempo o hace que las personas sean estigmatizadas por sufrirla.

Resulta también una lectura actualizada sobre la depresión para los profesionales.

A lo largo de los capítulos logra Sergio ponernos a tono con lenguaje claro y conciso sobre el tratamiento, las comorbilidades, las distintas concepciones sobre la depresión y también sobre el suicidio.

Menciona a Borges en distintas oportunidades: “Nadie lo vio desembarcar en la unánime noche”, haciendo referencia al famoso cuento Las ruinas circulares. Confluyen entre ambas obras la preocupación por la muerte y la existencia.

Resalto la capacidad del autor de transformar las experiencias profesionales en una obra literaria profunda donde se menciona la fragilidad de la existencia, la noción de estar a la intemperie, la vulnerabilidad del ser humano en un universo vasto e indiferente donde las certezas muchas veces se desvanecen.

Este libro, al igual que la obra de Borges, ojalá ayude a encontrar una pequeña luz de esperanza en los padecientes.

Para finalizar quiero también citar a Borges :

El remordimiento

He cometido el peor de los pecados que un hombre puede cometer. No he sido feliz. Que los glaciares del olvido me arrastren y me pierdan, despiadados.

Mis padres me engendraron para el juego arriesgado y hermoso de la vida, para la tierra, el agua, el aire, el fuego. Los defraudé. No fui feliz. Cumplida no fue su joven voluntad.

Mi mente se aplicó a las simétricas porfías del arte, que entreteje naderías. Me legaron valor. No fui valiente. No me abandona. Siempre está a mi lado. La sombra de haber sido un desdichado.

Dra. Cora Luguercho

Presidenta de APSA

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

apalrevista@gmail.com

CUESTIONES GENERALES

La Revista Latinoamericana de Psiquiatría, órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América latina, es una revista en español que publica trabajos sobre Psiquiatría, Neurociencias y disciplinas conexas. Está dirigida especialmente a profesionales del campo de la Salud Mental.

Las condiciones de presentación y publicación de manuscritos que se detallan más abajo se ajustan a las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y se pueden consultar en: <http://www.medicinalegal.com.ar/vanco97.htm>, en su versión en español, o en <http://content.nejm.org/cgi/content/full/336/4/309>, en su versión original en idioma inglés.

El envío de un manuscrito a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría constituye en sí mismo una constancia de aceptación de este Reglamento de publicaciones, y por lo tanto de las responsabilidades en cuanto a autoría, originalidad y confidencialidad que en él se enuncian.

Originalidad

Los manuscritos enviados a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría serán aceptados en el entendimiento de que son materiales originales, no publicados previamente, ni enviados simultáneamente para ser publicados en otra revista y que han sido aprobados por cada uno de sus autores.

La reproducción de figuras o tablas previamente publicadas, ya sea por los autores del manuscrito, o por otros autores, deberá contar con la autorización por escrito de la fuente (revista, libro, material electrónico u otro) originales.

Autoría

Todas las personas que firman el trabajo deben reunir los requisitos para ser autores de un trabajo científico. De acuerdo con el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas se considera que un autor es una persona que ha realizado una contribución intelectual sustancial a un estudio, entendiendo esta como el cumplimiento de los tres requisitos que se enumeran a continuación: 1) haber contribuido a la concepción, diseño, adquisición de datos, análisis o interpretación de los mismos; 2) escribir el borrador del artículo o revisarlo críticamente en sus aspectos sobresalientes; 3) proporcionar la aprobación final de la versión enviada para su publicación. A la inversa, cualquier persona que cumpla con los requisitos mencionados debe figurar como autor. Cuando un grupo lleva a cabo un ensayo multicéntrico, los autores son aquellos que detentan la responsabilidad directa del manuscrito. Son éstos quienes deben reunir los criterios de autoría que acabamos de mencionar. Los demás colaboradores deberán ser enlistados en el apartado de

Agradecimientos

Para la Revista Latinoamericana de Psiquiatría, en consonancia con las normas vigentes en las publicaciones médicas, la provisión de fondos, la supervisión general del grupo de investigadores o un rol jerárquico en la institución en que se realizó el trabajo no justifican la autoría.

Todas las personas designadas como autores deben calificar como tales, y todos aquellos que reúnen las condiciones para serlo deben ser mencionados.

Cada uno de ellos debe haber participado en forma suficiente en el trabajo como para poder responsabilizarse del mismo públicamente.

En el apartado de “Agradecimientos” pueden mencionarse a todos aquellos que hayan contribuido económica o técnicamente al trabajo de manera tal que no justifique su autoría. También puede agradecerse a quienes facilitaron la realización del trabajo o la preparación del manuscrito.

Transferencia de derechos y envío del manuscrito

El envío de un artículo a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría supone que todos los autores aprueben el manuscrito que es enviado para su consideración, como así también que todos ceden a la revista el derecho de publicación y reproducción posterior.

Si en el trabajo se realizan citas extensas (de más de 500 palabras) o figuras de otros textos, los autores deben contar con autorización de los editores del material citado.

Aclaración de conflictos de intereses

Toda forma de apoyo (subsidios, financiación de laboratorios farmacéuticos, etc.) debe ser mencionada en el apartado “Agradecimientos”.

Además, los autores deben especificar, en un apartado especial a continuación del apartado de Agradecimientos, y bajo el título “Declaración de conflictos de intereses”, los compromisos comerciales o financieros que pudieran representar un aparente conflicto de intereses en relación con el artículo enviado, incluyendo pagos de asesorías, de sueldos, u otras retribuciones. La lista de empresas o entidades privadas o de otro tipo que hubieran pagado al o los autores honorarios en concepto de los rubros antes mencionados debe ser explícitamente aclarada.

Si no hubiera conflicto de intereses, en este apartado se consignará “El /los autor/es no declara/n conflictos de intereses”.

Esta información no deberá necesariamente limitar la aceptación del material, y podrá o no, a criterio del Comité Editorial, ser puesta a disposición de los evaluadores del manuscrito.

Preservación del anonimato de los pacientes

El material clínico enviado para su publicación debe cuidar especialmente la protección del anonimato de los pacientes involucrados.

Consentimiento informado

Los trabajos de investigación clínica deben incluir, en el apartado “Materiales y Métodos” una cláusula que señale que todos los pacientes participantes han sido informados de las características y objetivos del estudio y han otorgado el consentimiento para su inclusión en el mismo.

Proceso de revisión de manuscritos

El proceso de evaluación por pares constituye la piedra angular de la comunicación científica. La revista cuenta con un Consejo Editorial y un numeroso grupo de asesores científicos. Todos los trabajos enviados para su publicación son sometidos a la evaluación de al menos dos de los miembros de dichas instancias. Los evaluadores reciben una copia del trabajo en la que se omiten los nombres de los autores, de manera tal de evitar sesgos en el proceso de evaluación. Si fuera necesario, se podrá solicitar además una evaluación de los procedimientos estadísticos empleados, o la opinión de algún evaluador externo a la revista.

Si las opiniones de ambos revisores fueran divergentes, el Editor o el Comité Científico pueden solicitar una tercera opinión, o decidir como cuerpo colegiado acerca de la publicación o no del trabajo. Si los revisores consultados lo solicitan, el Editor podrá requerir al o los autores, modificaciones para adecuar el manuscrito a las sugerencias realizadas. El o los autores recibirán, junto con la decisión del Editor, los comentarios de los revisores a fin de conocer los fundamentos de la decisión final adoptada.

Envío de trabajos

La revista acepta los siguientes tipos de artículos: Investigación original, Revisiones, Casos clínicos y Artículos científicos de controversia o de opinión.

Todos los trabajos deberán enviarse, vía correo electrónico, a la dirección: apalrevista@gmail.com. Los textos deben presentarse en el programa Word. Es importante que no incluyan macros ni ningún tipo de plantillas. Antes de enviar el trabajo verifique haber cumplido con las normas utilizando el apartado titulado ANTES DE ENVIAR EL TRABAJO que se incluye al final de este Reglamento.

Tipos de trabajos

a) Investigación original: describe nuevos resultados en la forma de un trabajo que contiene toda la información relevante para que el lector que así lo desee pueda repetir los experimentos realizados por los autores o evaluar sus resultados y conclusiones. Las investigaciones originales no deben exceder los 19.500 caracteres incluyendo un resumen de no más de 200 palabras, texto, referencias y datos contenidos en tablas y figuras. Se recomienda especialmente la utilización del menor número de figuras posible. El Comité de Redacción valora especialmente la capacidad de síntesis, siempre que esta no comprometa la claridad y exhaustividad del trabajo.

b) Revisión: estos textos compilan el conocimiento disponible acerca de un tema específico, contrastan opiniones de distintos autores e incluyen una bibliografía amplia. La longitud de estos trabajos no debe exceder los 19.500 caracteres incluyendo un resumen de no más de 200 palabras, el texto propiamente dicho y las referencias bibliográficas. Como se mencionó más arriba el uso de figuras o tablas publicadas previamente por el autor o por otros autores debe haber sido expresamente autorizado por el editor original, y debe ser citado apropiadamente al pie de la figura y en el apartado “Referencias”)

c) Casos clínicos: son textos breves en los que se presenta uno o varios ejemplos de casos clínicos de una determinada patología. El artículo debe incluir un resumen en español y en inglés con sus correspondientes Palabras clave y Keywords, respectivamente; luego comentar las generalidades de la patología en cuestión, su semiología habitual, epidemiología, criterios diagnósticos, eventual etiología y tratamiento y, por fin ejemplificar con uno o varios casos originales diagnosticados por el autor. El trabajo debe incluir una breve bibliografía.

d) Artículo científicos de controversia o de opinión: son trabajos en los que se presentan o discuten temas científicos particularmente polémicos. Pueden publicarse dos o más de estos artículos, sobre un mismo tema en el mismo número o en números sucesivos de la revista. Su longitud no debe exceder los 8000 caracteres incluyendo las referencias bibliográficas.

ORGANIZACIÓN INTERNA DE CADA TIPO DE MANUSCRITO

Instrucciones generales

Todos los materiales enviados a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría para su publicación serán escritos a doble espacio, en letra de cuerpo de 12 puntos.

Primera página (común a todos los tipos de trabajos, salvo Cartas de lectores)

El texto del trabajo será precedido por una página (página de título) con los siguientes datos: título, nombre y apellido de los autores, dirección profesional y de correo electrónico del autor principal, título profesional, lugar de trabajo y lugar en el que el trabajo fue realizado.

El título debe ser informativo y lo más breve posible (ver más abajo las restricciones al uso de abreviaturas).

Segunda página (sólo para Investigaciones originales, revisiones y artículos de opinión)

La segunda página contendrá los resúmenes en español y en inglés y bajo el subtítulo “Palabras clave” y “Keywords” se especificarán 5 (cinco) palabras o frases cortas en inglés y español respectivamente. Se proporcionará un título en inglés.

El resumen de 200 palabras deberá proporcionar los antecedentes del trabajo, los propósitos del mismo, los medios de que se valió para lograrlo, los resultados obtenidos y las conclusiones que de los mismos se desprenden.

Cuando se trate de revisiones debe aclararse cuáles son los puntos esenciales que se exploraron y la conclusión principal a la que se llegó.

El resumen es la única parte del trabajo que resulta visible para la totalidad de los lectores, ya que está indexada en bases de datos internacionales. Por lo tanto, se recomienda especialmente a los autores que cuiden su redacción, haciéndola lo más informativa y completa posible. Debe también cuidarse que su contenido refleje con precisión el del artículo.

Agradecimientos

En un texto breve los autores podrán agradecer a quienes hayan contribuido a la realización del trabajo (por ejemplo colaboradores técnicos). Las fuentes de financiación deberán ser explícitamente mencionadas.

Referencias bibliográficas

Las referencias bibliográficas se incluirán en una página aparte de la del texto.

Las referencias serán citadas con números correlativos, entre paréntesis, a medida que aparezcan en el texto y con ese número serán luego enlistadas en la sección "Referencias bibliográficas"- No usar supraíndices para las citas bibliográficas.

Ejemplo:

"Algunos autores observaron que la administración de un placebo, acompañada de un seguimiento clínico que no incluía ni siquiera una psicoterapia formal, proporcionaba alivio sintomático duradero a alrededor de un 50% de los pacientes con depresión leve (1,2).

Referencias bibliográficas

1.- *Shea MT, Elkin I, Imber SD, Sotsky SM, Watkins JT, Collins JF, Pilkonis PA, Beckham E, Glass DR, Dolan RT. Course of depressive symptoms over follow-up: findings from the NIMH treatment of depression collaborative research. Arch Gen Psychiatry 1992, 49: 782-787.*

2.- *Rabkin JG, McGrath P, Stewart JW, Harrison W, Markowitz JS, Quitkin F. Follow-up of patients who improved during placebo washout. J Clin Psychopharmacol 1986, 6: 274-278.*

La forma de cita se ajusta a las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas y pueden ser consultados en

<http://www.hospitalarias.org/publiynoti/libros/art%C3%ADculos/163/art1.htm>

Se ilustran a continuación los principales casos:

Artículos de revistas

1. Artículo estándar

Incluir los seis primeros autores y a continuación escribir et al.

Molto J, Inchauspe JA. Libertad de prescripción en España. VERTEX 2005; XVI (59): 130-132.

2. Autor corporativo

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164:282-4.

3. Suplemento de un volumen

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

Libros y otras fuentes de información impresa

4. Autores individuales

Bagnati P, Allegri RF, Kremer J, Taragano FE. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Manual para los familiares y el equipo de salud. Buenos Aires, Editorial Polemos, 2003.

5. Editor(es) como autores

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

6. Capítulo de libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM, editors.

Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2.ª ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

7. Actas de conferencias

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

8. Ponencia presentada en un Congreso

Bengtsson S, Solheim BG. *Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienholz O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sept 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5. Material No publicado*

9. En prensa

Leshner AI. *Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. En prensa 1996.*

Material Informático

10. Artículo de revista en formato electrónico

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

Comunicación personal

Se deberá limitar al máximo este tipo de citas, se deberá contar con la autorización escrita de la fuente.

Figuras

Las figuras deberán ser en blanco y negro, lo que incluye el tramado de superficies para diferenciar distintos grupos experimentales. No se aceptan medios tonos, grises ni colores.

Las figuras serán identificadas con números arábigos, en orden correlativo según aparecen en el texto. Debe enviarse el número mínimo de figuras que facilite la comprensión de los resultados obtenidos. No se aceptarán figuras que utilicen tres dimensiones (3D), a menos que en éstas se cuantifiquen y relacionen entre sí tres parámetros distintos. En la realización de las figuras los autores deben tener en cuenta que el tamaño de las letras y de los números debe ser tal que, aún reducidos para su inclusión en la revista, éstos sean legibles.

Las figuras serán enviadas en página aparte (documento aparte en el CD), formato Word. Se desaconseja explícitamente el uso de figuras para mostrar resultados que pueden ser fácilmente enunciados en forma de texto o tabla (por ejemplo la distribución por sexos o edades en una población, la proporción de pacientes que responden a una de tres o cuatro características en una muestra, etc.). Como se menciona más arriba, si se reproducen figuras previamente publicadas, los autores deberán contar con una autorización por escrito para su reproducción. En la leyenda correspondiente se citará la fuente original con la aclaración "Reproducido con autorización de ... (cita de la fuente original)".

Leyendas de las figuras

En página aparte, a continuación del cuerpo principal del manuscrito, deberán consignarse todos los pies de figura correctamente identificados con el número arábigo correspondiente. Las leyendas serán lo suficientemente explicativas como para que los lectores puedan comprender la figura sin recurrir al texto.

Tablas

Se presentarán en hojas aparte y deberán ser identificadas con números arábigos en orden correlativo según sean citadas en el texto. Estarán provistas de su correspondiente encabezamiento, lo suficientemente claro como para que, al igual que las figuras, puedan ser interpretadas sin volver al texto del artículo. La información contenida en las mismas no debe ser incluida en el cuerpo del trabajo.

Abreviaturas

Las únicas abreviaturas aceptadas son aquellas consagradas por el uso, como ADN (por ácido desoxirribonucleico), ATP (por adenosintrifosfato), etc. Cuando un término es excesivamente largo o es una frase de más de tres palabras (ejemplo: trastorno obsesivo compulsivo) y aparece más de seis veces en el cuerpo principal del manuscrito los autores podrán optar por abreviarlo. La abreviatura deberá ser presentada entre paréntesis a continuación de la primera vez que se utiliza el término o frase, y a partir de ese punto podrá reemplazarlos. Ejemplo: El trastorno obsesivo compulsivo (TOC)...

No se aceptan abreviaturas en el título ni en el resumen. Deben evitarse oraciones con más de una abreviatura, ya que su lectura se hace muy difícil.

No deben utilizarse abreviaturas de frases o palabras escritas en un idioma distinto al español.

ANTES DE ENVIAR EL MANUSCRITO

Antes de enviar el manuscrito controle haber cumplido con los siguientes requisitos:

Hoja de título

- Título.
- Autor o autores.
- Títulos académicos.
- Lugar de trabajo y/o institución de pertenencia.
- Dirección postal.
- Dirección de correo electrónico.

Resumen

- Controle que no tenga más de 200 palabras.
- No utilizar abreviaturas.

Resumen en inglés

- Título en inglés.
- Controle que el número de palabras sea igual o menor a 200.
- No utilizar abreviaturas.

Cita correcta de la bibliografía

- ¿Cada una de las citas indicadas en el texto tiene su correspondiente referencia en el apartado de Bibliografía?
- ¿Las referencias están citadas de acuerdo al reglamento de publicaciones?

Figuras

- ¿Están numeradas?
- ¿Cada una está correctamente citada en el texto?
- ¿Se acompañaron los pies o leyendas indicando a qué figura corresponde cada uno?
- ¿La tipografía utilizada es legible una vez reducida la figura al tamaño de una o a lo sumo dos columnas de la revista?

Tablas

- ¿Están numeradas?
- ¿Cada una está correctamente citada en el texto?
- ¿Cada tabla está encabezada por un título suficientemente explicativo?

Declaración de posibles conflictos de intereses

- ¿Están debidamente aclarados?

2024 *número 2*
volumen 23

