2025 número 2
volumen 24

Revista Latinoamericana de PSIQUIATRÍA

Órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América Latina

El vigoroso y largo camino de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL)
Dr. Rodrigo Córdoba Rojas

Editorial 2

Mapa de la Salud Mental en Latinoamérica 2025
Carmita Najjar Abdo, Enrique Bojórquez Giraldo, Jesús Ramírez-Bermúdez, Patricia Arroyo4, Ricardo Corral, Rodrigo Nel Córdoba, Ricardo Rosim, Álvaro Nishikawa, Miguel Martín de Bustamante, Valeria Boers Trilles, Thelma Bolón Moheno, Dulce de Jesús Montoya

Encuesta nacional de prescripción de litio en trastorno afectivo bipolar en Chile
Benjamín Rabanales, Jorge Cabrera, Pablo Salinas, Juan Undurraga

Impacto en la salud mental del Paro Nacional en Colombia 2021: ansiedad y depresión en una encuesta en línea
Juan F. Cano, Miguel López-Patrón, María Daniela Rubiano-Castaño, Diana C. Zamora, Cristina Suárez-Ángel, Daniela Vélez Vallejo, Gloria Sofía Guerrero, María Camila Buitrago

Suicidio en Colombia: reflexiones y propuestas desde la sociedad civil y el sector salud
Juan F Cano, Mateo Andrade-Arango, Rodrigo Córdoba

El espejismo del cuidado: del culto al servicio a la atención real
José Ricardo López Melgar

Imaginar la democracia

2 Volumen 24
2025

Revista Latinoamericana de PSIQUIATRÍA

Órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América Latina

COMITÉ EJECUTIVO APAL 2024–2026

Presidente
Santiago Andrés Levin (Argentina)

Vice - Presidente
José Manuel Santacruz (Colombia)

Secretaria General
Cora Cecilia Luguercho (Argentina)

Secretario de Finanzas
Manuel Vilapriño

Sub Secretario de Finanzas
Eduardo Roffa (Argentina)

Director de Secciones
Edilberto Peña (México)

Secretarios Regionales
Países del Cono Sur
Sandra Romano (Uruguay)
Países Bolivarianos
Gisella Vargas (Perú)
México, Centroamérica y el Caribe
Julio Chestaro (República Dominicana)

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

Brasil
Joao Castaldelli

Chile
Ulises Ríos Díaz

Colombia
José Manuel Santacruz

Cuba
Myriam de La Ossa O'Reilly

Ecuador
Carlos León Andrade

España
Luis Caballero

México
Jesús Ramírez Bermúdez

Panamá
Miguel Cedeño

Perú
Ricardo Bustamante Quíroz

República Dominicana
Eddy Peralta Jiménez

Uruguay
Cecilia Idiarte

Reglamento de Publicaciones

La **Revista Latinoamerica 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.

2 Volumen 24
2025

Revista Latinoamericana de
PSIQUIATRÍA

Órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América Latina

DIRECTORIO DE INSTITUCIONES Y PRESIDENTES

Argentina
Asociación de Psiquíatras Argentinos
Presidente: Toro Martínez Esteban

Bolivia
Sociedad Boliviana de Psiquiatría
Presidente: Elizabeth Patiño

Brasil
Asociación Brasileña de Psiquiatría
Presidente: Antonio Geraldo Da Silva

Colombia
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Presidente: Alexis Vallejo Silva

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: Juan Ayala

El Salvador
Asociación Salvadoreña de Psiquiatría
Presidente: José Maria Sifontes (2023–2025)

Guatemala
Asociación Psiquiátrica de Guatemala

México
Asociación Psiquiátrica Mexicana
Presidente: Alejandro Molina

Panamá
Sociedad Panameña de Psiquiatría
Presidente: Patricia Arroyo

Paraguay
Sociedad Paraguaya de Psiquiatría
Presidente: Pilar Fresco

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

Venezuela
Sociedad Venezolana de Psiquiatría
Presidente: Danilo Martínez

ÍNDICE / CONTENTS

Editorial

5 **El vigoroso y largo camino de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL)**
Dr. Rodrigo Córdoba Rojas

6 **Editorial 2**

Artículos originals / Original articles

8 **Mapa de la Salud Mental en Latinoamérica 2025**
Mental Health Map in Latin America 2025
Carmita Najjar Abdo, Enrique Bojórquez Giraldo, Jesús Ramírez-Bermúdez, Patricia Arroyo4, Ricardo Corral, Rodrigo Nel Córdoba, Ricardo Rosim, Álvaro Nishikawa, Miguel Martín de Bustamante, Valeria Boers Trilles, Thelma Bolón Moheno, Dulce de Jesús Montoya

19 **Encuesta nacional de prescripción de litio en trastorno afectivo bipolar en Chile**
National survey on lithium prescription in bipolar affective disorder in Chile
Benjamín Rabanales, Jorge Cabrera, Pablo Salinas, Juan Undurraga

29 **Impacto en la salud mental del Paro Nacional en Colombia 2021: ansiedad y depresión en una encuesta en línea**
Impact on mental health of the 2021 National Strike in Colombia: anxiety and depression in an online survey
Juan F. Cano, Miguel López-Patrón, María Daniela Rubiano-Castaño, Diana C. Zamora, Cristina Suárez-Ángel, Daniela Vélez Vallejo, Gloria Sofía Guerrero, María Camila Buitrago

Artículos de reflexión / Reflection articles

35 **Suicidio en Colombia: reflexiones y propuestas desde la sociedad civil y el sector salud**
Suicide in Colombia: reflections and proposals from civil society and the health sector
Juan F Cano, Mateo Andrade-Arango, Rodrigo Córdoba

41 **El espejismo del cuidado: del culto al servicio a la atención real**
The mirage of care: from the cult of service to real care
José Ricardo López Melgar

Presentación de libros / Book presentation

45 **Imaginar la democracia**

Revista Latinoamericana de PSIQUIATRÍA
Órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América Latina

APAL
Asociación de Psiquiatras de América Latina

Editorial 1

El vigoroso y largo camino de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL)

Desde su nacimiento en 1952, la revista se ha convertido en su voz más sonora y en reflejo del pensamiento y del quehacer psiquiátrico en la región, desde el Río Grande hasta la Patagonia.

Allí hemos mantenido la identidad del pensamiento latinoamericano. Partiendo de nuestras raíces, nos hemos enfocado en la promoción y prevención, en la atención de los trastornos, en los procesos de rehabilitación y en la salud mental de manera integral.

Hemos sido capaces de generar articulación con diferentes organizaciones (OPS, OMS) y de mantener vínculos activos con las asociaciones locales —los verdaderos dueños de nuestra organización—, así como con la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA).

En su larga trayectoria, la revista ha tenido diferentes directores, figuras señeras de la psiquiatría latinoamericana, como Enrique Camarena (México) y Juan Carlos Stagnaro (Argentina), entre muchos otros. Ellos han dado un rumbo que no queremos perder, sino continuar, potenciar y engrandecer, para visibilizar nuestra esencia, motivo de orgullo compartido.

En ese camino, la revista adelanta hoy un paso significativo: contamos con DOI, lo que garantiza que cada artículo tenga un código único y permanente que lo identifica y localiza de forma definitiva como publicación científica en internet. Un paso gigante hacia la indexación de la revista, viejo anhelo hecho realidad gracias al esfuerzo de este Comité Ejecutivo, encabezado por nuestro presidente, el Dr. Santiago Levin.

Esto conlleva cambios en la presentación, inclusión y selección de artículos, los cuales se explican en detalle en el Editorial número 2.

Dr. Rodrigo Córdoba Rojas

Director de Publicaciones

Rev Latam Psiquiatría 2025; 24(2): 5

http://www.doi.org/xxxxxxxxx

www.revistalatampsiquiatria.com

© 2025 Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL). Este es un artículo open access bajo la licencia **CC BY 4.0.** Publicado con index

Revista Latinoamericana de PSIQUIATRÍA
Órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América Latina

APAL
Asociación de Psiquiatras de América Latina

En el número anterior anunciamos la alianza con Index, una plataforma tecnológica que nos ha permitido modernizar el flujo editorial. Hoy queremos dar un paso más: explicar con detalle cómo funciona el nuevo proceso de envío de artículos, para que todos nuestros autores puedan participar de manera ágil, segura y transparente.

El objetivo es claro: ofrecer un sistema más sencillo y eficiente, que acompañe al autor en cada fase de la publicación y garantice la calidad y trazabilidad del proceso editorial.

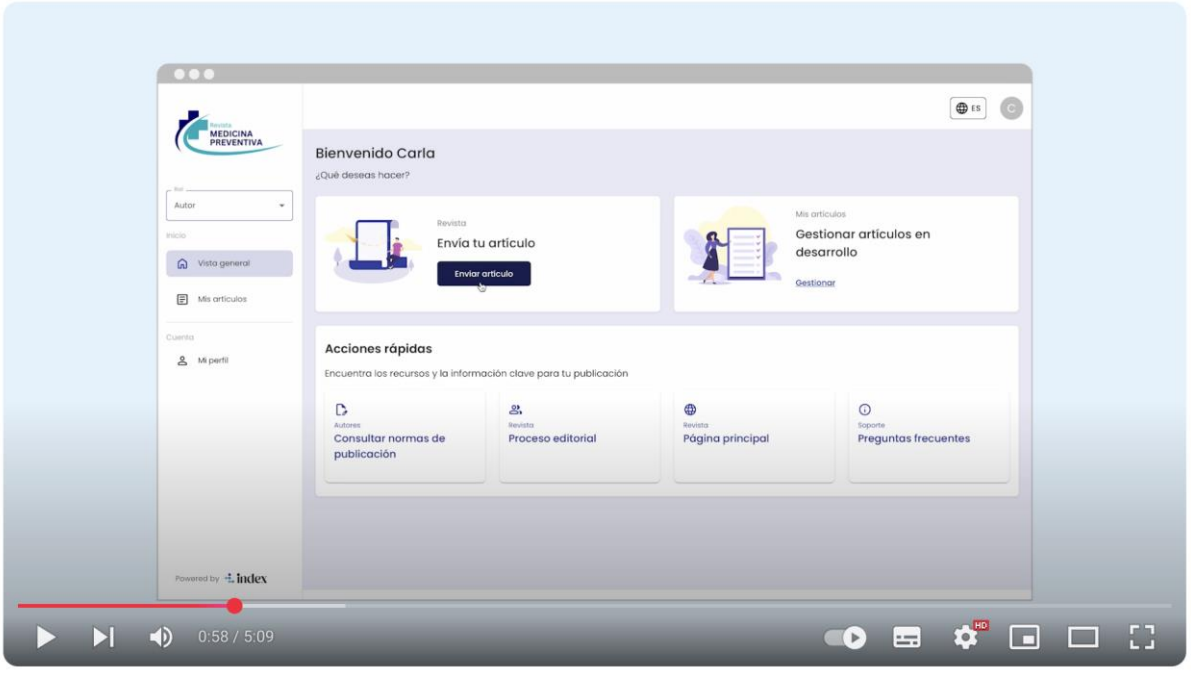
¿Cómo enviar un artículo a la revista?

El envío se realiza ahora íntegramente a través de la Plataforma Editorial de Index, disponible en:

- psiquiatria.index-360.com
- Acceso directo al login: psiquiatria.index-360.com/login

Pueden hacer clic en este enlace para ver una video demostración:

https://www.youtube.com/watch?v=I4TUY6mI6lw



Rev Latam Psiquiatría 2025; 24(2): 6-7

http://www.doi.org/xxxxxxxxx

www.revistalatampsiquiatria.com

© 2025 Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL). Este es un artículo open access bajo la licencia **CC BY 4.0.** Publicado con index

El procedimiento, intuitivo y guiado paso a paso, es el siguiente:

1. Registro o inicio de sesión
    - Acceda mediante el enlace de login.
    - Si es su primera vez, regístrese completando sus datos (nombre, institución, especialidad, correo electrónico y contraseña).
2. Envío de artículo
    - Desde su panel, haga clic en *Enviar artículo*.
    - Revise previamente las Normas para autores, donde encontrará los requisitos de formato, estilo y estructura.
3. Detalles del artículo
    - Complete título, tipo de artículo, resumen y hasta seis palabras clave.
4. Autores y coautores
    - Ingrese los datos del autor principal y coautores.
    - El sistema permite ordenarlos fácilmente y designar al autor de correspondencia.
5. Carga de archivos
    - Suba el manuscrito principal con figuras, tablas y referencias.
    - Si aplica revisión doble ciego, omita los datos identificativos en el manuscrito e incluya un archivo aparte con la información de autoría.
    - Adjunte otros documentos si corresponde: carta de ética, consentimiento informado y materiales complementarios.
6. Declaraciones necesarias
    - Confirme la originalidad del manuscrito.
    - Complete información sobre conflicto de interés, financiación y aprobación ética.
7. Sugerencia de revisores (opcional)
    - Puede proponer expertos; el comité decidirá si los incorpora en la evaluación.
8. Envío final
    - Revise toda la información y haga clic en *Enviar artículo*.
    - El sistema generará un ID de envío y recibirá una confirmación por correo.

Seguimiento del manuscrito

En la sección *Mis artículos* podrá seguir el estado de su manuscrito:

- En borrador
- Enviado
- En revisión
- Aceptado
- Publicado

Además, recibirá notificaciones automáticas en cada cambio de estado. Si el comité editorial solicita correcciones, podrá responder y subir la nueva versión directamente desde la plataforma.

Este proceso no solo optimiza tiempos, sino que aporta transparencia y seguridad a autores, editores y lectores. Invitamos a todos los colegas a familiarizarse con esta modalidad de envío y a seguir enriqueciendo nuestra revista con sus contribuciones académicas.

Con cada manuscrito recibido y publicado, consolidamos un proyecto que fortalece la psiquiatría latinoamericana.

Equipo Editorial – Index

Revista Latinoamericana de PSIQUIATRÍA
Órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América Latina

APAL
Asociación de Psiquiatras de América Latina

Artículo original

Mapa de la Salud Mental en Latinoamérica 2025

Mental Health Map in Latin America 2025

Carmita Najjar Abdo[1], Enrique Bojórquez Giraldo[2], Jesús Ramírez-Bermúdez[3], Patricia Arroyo[4], Ricardo Corral[5,6,7], Rodrigo Nel Córdoba[8,9,10], Ricardo Rosim[11], Álvaro Nishikawa[11], Miguel Martín de Bustamante[12], Valeria Boers Trilles[13,14], Thelma Bolón Moheno[15,16], Dulce de Jesús Montoya[17]

1 Departamento de Psiquiatría, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil
2 Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú
3 Unidad de Neuropsiquiatría, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Ciudad de México, México
4 Servicio de Psiquiatría, Hospital Santo Tomás, Ciudad de Panamá, Panamá
5 Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
6 Departamento de Docencia e Investigación, Hospital José T. Borda, Buenos Aires, Argentina
7 Fundación FETEM, Buenos Aires, Argentina
8 Centro Rosarista de Salud Mental (CeRSaMe), Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia
9 Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud (EMCS), Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia
10 Centro de Investigación del Sistema Nervioso (CISNE), Bogotá, Colombia
11 Johnson & Johnson, LATAM Market Access, São Paulo, Brasil
12 University of California, Berkeley, Berkeley, Estados Unidos
13 University College Utrecht, Utrecht, Países Bajos
14 University of Cambridge, Cambridge, Reino Unido
15 Tecnológico de Monterrey, Monterrey, México
16 CINVESTAV, Ciudad de México, México
17 Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), Ciudad de México, México

Recibido: 1 Julio 2025
Aceptado: 30 Julio 2025
Publicado: 30 Agosto 2025

Resumen

Latinoamérica enfrenta una creciente carga de trastornos mentales, que tiene impactos clínicos, sociales y económicos importantes. Los resultados de este análisis ayudan a caracterizar la situación actual de los sistemas de salud en Latinoamérica y proporcionan una guía para la construcción de sistemas de salud más sostenibles y efectivos en la atención de la salud mental. Este estudio evalúa la capacidad de los sistemas de salud de la región para enfrentar estos desafíos, utilizando los seis pilares definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS): prestación de servicios, fuerza laboral, información, tecnología médica, financiamiento y gobernanza. A través de una encuesta a 489 psiquiatras latinoamericanos, se han detectado deficiencias significativas en la disponibilidad e integración de servicios, acceso a tratamientos innovadores y formación de profesionales no especializados. Además, se identifican limitaciones en

Rev Latam Psiquiatría 2025; 24(2): 8-18

http://www.doi.org/xxxxxxxxx

www.revistalatampsiquiatria.com

© 2025 Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL). Este es un artículo open access bajo la licencia **CC BY 4.0.** Publicado con index

los sistemas de información, financiamiento insuficiente con alta dependencia del gasto de bolsillo, y brechas en liderazgo y gobernanza. Las políticas nacionales son débiles y la participación de la sociedad civil es limitada. El estudio concluye que es urgente fortalecer integralmente los sistemas de salud mental en la región para mejorar la atención, garantizar equidad y avanzar hacia un modelo más sostenible y efectivo.

Palabras clave: Salud mental. Desafíos. Depresión. Oportunidades estratégicas.

Abstract

Latin America is facing a growing burden of mental disorders, which has significant clinical, social, and economic impacts. The findings of this analysis help characterize the current state of health systems in the region and provide guidance for building more sustainable and effective mental health care systems. This study evaluates the capacity of health systems in the region to address these challenges, using the six pillars defined by the World Health Organization (WHO): service delivery, health workforce, information systems, medical products and technology, financing, and leadership/governance. Through a survey of 489 Latin American psychiatrists, significant deficiencies were identified in service availability and integration, access to innovative treatments, and training of non-specialist professionals. Additionally, health information systems showed limitations in data quality and usage for decision-making, while mental health financing was deemed insufficient and heavily reliant on out-of-pocket spending. Gaps in leadership and governance were also evident, particularly in the implementation of robust national policies and civil society engagement. The study concludes that it is urgent to comprehensively strengthen mental health systems in the region to improve mental health services, ensure equity and accessibility, and move toward a sustainable and effective model.

Keywords: Mental health. Challenges. Depression. Strategic opportunities.

Antecedentes

Latinoamérica, una región de más de 650 millones de habitantes, enfrenta un panorama epidemiológico marcado por un incremento en las tasas de discapacidad y mortalidad prematura atribuidas a enfermedades no transmisibles, entre las que destacan los trastornos mentales y del sistema nervioso (MNS). La prevalencia de estos trastornos (depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno bipolar y esquizofrenia) se encuentra alrededor de 22%, según datos de 2019[1]. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los MNS representan el 35% de los años vividos con discapacidad (AVD) y el 20% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)[2]. Entre estos, los trastornos depresivos (TDs) tienen la mayor prevalencia y causan un impacto significativo, con ~10 millones de AVD en personas en edad laboral[3,4]. A pesar de esta alta carga de enfermedad, la región enfrenta una brecha de atención considerable: se estima que el 77.9% de las personas con trastornos mentales no reciben tratamiento adecuado. Esta situación se ve agravada por el bajo gasto público en salud mental, que representa apenas el 2% del presupuesto total de salud, y por una marcada brecha entre la carga de enfermedad y la asignación presupuestaria, con una mediana regional de 34 puntos porcentuales[2].

Los TDs también generan un impacto económico considerable. En países de la OCDE, los costos de estos trastornos equivalen al 3.5%-4.0% del PIB[5]. De igual manera, estimaciones del Banco Mundial señalan que en Latinoamérica se pierden de manera anual ~US $38 mil millones debido a problemas de salud mental en jóvenes[6]. Los pacientes con depresión resistente al tratamiento (DRT), que representan el 30% de quienes padecen trastorno depresivo mayor, incurren en costos médicos significativamente más altos y presentan una mayor carga laboral y social[5].

En respuesta a la significativa carga que la salud mental, especialmente el manejo del Trastorno Depresivo Mayor (TDM), representa para Latinoamérica, desde 2023 un grupo de especialistas y líderes de opinión de la región ha implementado diversas iniciativas para comprender los desafíos y proponer soluciones en este ámbito. Estas acciones han incluido investigación de escritorio para identificar los principales factores que contribuyen a la carga de la salud mental en la región, así como mesas redondas y paneles con líderes de opinión en psiquiatría y políticas públicas, donde se han analizado los retos y oportunidades para mejorar la calidad de la atención en salud mental.

Con base en los hallazgos de estas investigaciones y en los aportes de los foros de discusión,

a principios de 2025 se desarrolló una encuesta destinada a ampliar la perspectiva sobre el estado actual de los sistemas de salud en Latinoamérica para abordar los desafíos en salud mental, con un enfoque específico en el TDM. Este artículo resume los resultados de esta encuesta con el objetivo de guiar e impulsar la toma de decisiones en materia de salud mental en la región.

Metodología

Investigación Secundaria

En enero y febrero de 2023, se realizó una investigación de escritorio para identificar los principales factores que contribuyen a la carga de la salud mental en seis países de Latinoamérica: Brasil, México, Colombia, Argentina, Perú y Panamá. El análisis se centró especialmente en los trastornos depresivos, ofreciendo una base inicial para el desarrollo de iniciativas futuras.

Foros de Salud Mental

Con base en los hallazgos de la investigación secundaria, se llevaron a cabo una serie de mesas de trabajo con un grupo de expertos locales para definir las problemáticas clave a discutir en foros regionales. Entre marzo y mayo de 2023, se llevaron a cabo foros locales en cada país, en los que participaron de 4 a 6 expertos por país, incluyendo médicos especialistas, tomadores de decisiones y representantes de asociaciones de pacientes. Estos foros tuvieron como objetivo fomentar un diálogo multisectorial sobre el impacto clínico, económico y social de los trastornos depresivos, así como explorar soluciones potenciales.

En junio de 2023, un foro regional presencial en Brasil reunió las perspectivas de los distintos países. Durante este encuentro se revisaron hallazgos locales, se identificaron sinergias y áreas de colaboración regional, y se definieron los pasos iniciales para implementar las soluciones propuestas.

Encuesta

A partir de las discusiones realizadas en 2023, en enero de 2025 se elaboró una encuesta dirigida a psiquiatras latinoamericanos, incluyendo a miembros de la Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL). El objetivo fue evaluar el estado actual de los sistemas de salud de la región frente a los retos en salud mental, tomando como marco los seis pilares definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS): 1) Prestación de servicios, 2) Fuerza laboral en salud, 3) Sistemas de información, 4) Productos médicos y tecnología, 5) Financiamiento y 6) Liderazgo y gobernanza[7].

Según las definiciones de la OMS, la *prestación de servicios* es efectiva, en tanto ofrezca intervenciones de salud seguras y de calidad, a quienes las necesitan, en el momento y lugar adecuados, minimizando el desperdicio de recursos. Una *fuerza laboral de salud* eficiente es un equipo de salud suficiente, equitativamente distribuido, competente, receptivo y productivo para alcanzar los mejores resultados posibles según los recursos disponibles. Los *sistemas de información* de salud para ser de calidad deben garantizar la producción, análisis, difusión y uso de datos fiables y oportunos sobre determinantes de la salud, desempeño del sistema y estado de salud. Un sistema de salud que funciona correctamente debe asegurar un acceso equitativo a *productos médicos y tecnologías* de calidad, seguros, eficaces y costoefectivos. Un *financiamiento* adecuado de los sistemas de salud recauda fondos suficientes para garantizar acceso a servicios necesarios, protegiendo a las personas de catástrofes financieras o empobrecimiento. En materia de *liderazgo y gobernanza*, los sistemas de salud deben procurar contar con marcos estratégicos, supervisión efectiva, construcción de coaliciones, marco regulatorio y un sistema de rendición de cuentas[7]. La **Figura 1** resume los indicadores para cada pilar del sistema de salud, proporcionando una visión integral sobre los retos y oportunidades en la atención de la salud mental en la región.

La encuesta fue lanzada entre marzo y abril de 2025 y consistió en la evaluación de 20 indicadores en una escala de 1 a 3, donde 1 es igual a bajo y 3 es igual a alto. Se recibieron N=681 respuestas de psiquiatras, de las cuales N=192 fueron completadas parcialmente y N=489 fueron contestadas en su totalidad. Con el objetivo de evitar sesgos derivados de respuestas incompletas, el análisis presentado en este reporte sólo considera las N=489 respuestas completas.

Resultados

Del total de 489 respuestas completas, 401 provienen de los países mayormente representados—Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Panamá—mientras que 88 corresponden a otros países de Latinoamérica, incluyendo Guatemala (21),

República Dominicana (19), Venezuela (16), Perú (15), Ecuador (13) y Uruguay (4). Para fines analíticos, los resultados de los países donde el número de respuestas fue menor a 30 fueron agrupados junto con las respuestas del resto de los países bajo la categoría de "Región Latinoamérica". La **Figura 2** presenta la distribución por grupos de edad de los psiquiatras participantes.

Figura 1. Indicadores evaluados en encuesta para cada pilar de la OMS.

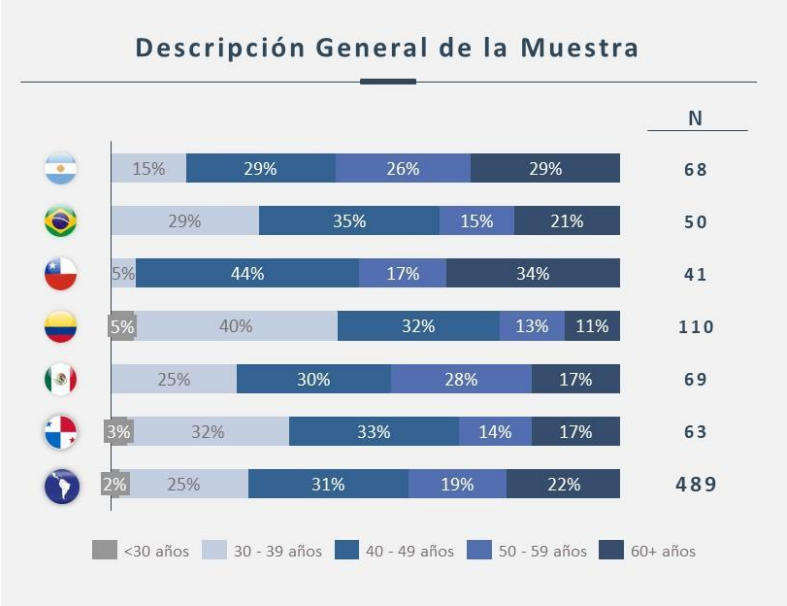


Figura 2. Descripción general de la muestra por país.

A continuación, se exploran los resultados encontrados para cada pilar de la OMS en específico. Las Figuras 3 a 8 resumen los resultados para cada pilar, mostrando la distribución de respuestas para cada indicador y los promedios para cada país. De manera general, Panamá y Chile son los países con los sistemas de salud más preparados para atender padecimientos de salud mental, mientras que México y Brasil son los que presentan los mayores retos y áreas de oportunidad.

Pilar 1: Provisión de Servicios

El 90% de los psiquiatras considera que los sistemas de atención primaria para el manejo de trastornos de salud mental son ineficaces y carecen de la estructura adecuada. La integración de rutas de atención entre niveles es vista como moderada, con margen de mejora. El acceso a tratamientos para TDM es considerado inadecuado por el 55% de los encuestados, y solo el 6% percibe los servicios como equitativos para poblaciones de diferentes trasfondos. Panamá y Chile destacan con mejores evaluaciones, mientras que México y Brasil presentan retos significativos.

En el Pilar 1 se encontraron diferencias relevantes entre grupos de edad. En Panamá, los médicos más jóvenes tienen una percepción más pesimista sobre la calidad de los sistemas de atención primaria: solo 23% de los menores de 50 años calificaron con un nivel alto, frente a 65% de los mayores. En Brasil, el acceso a tratamientos muestra disparidad: 54% calificaron con nivel bajo y 46% con nivel medio, reflejando barreras geográficas internas. En Argentina, la inclusión de diversas poblaciones también divide opiniones: 53% calificaron con nivel bajo y 46% con nivel medio. En Chile, la percepción sobre la inclusión es mixta, con 41% calificando bajo, 37% medio y 22% alto. Los médicos jóvenes en Chile consideran que el sistema es menos inclusivo; ninguno de los menores de 50 años calificó con nivel alto, frente a 43% de los mayores.

Pilar 2: Personal de Salud

En cuanto al Pilar 2, referente al personal dedicado a tratar los trastornos de salud mental, el 56% de los psiquiatras considera insuficientes los programas de formación de especialistas y

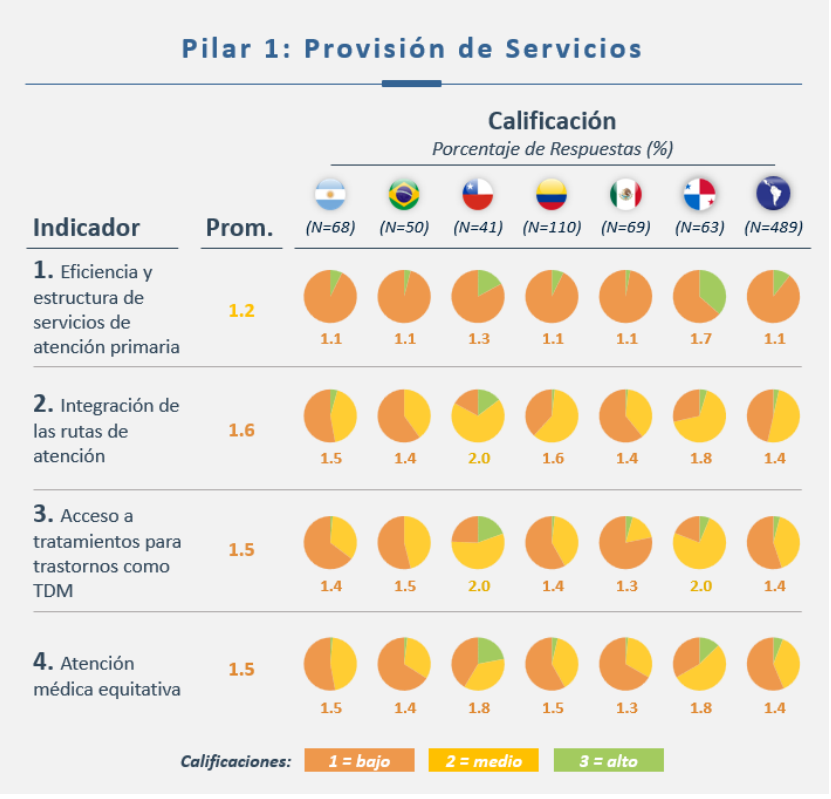


Figura 3. Resultados de la encuesta para el Pilar 1 (Provisión de Servicios) por indicador y país.

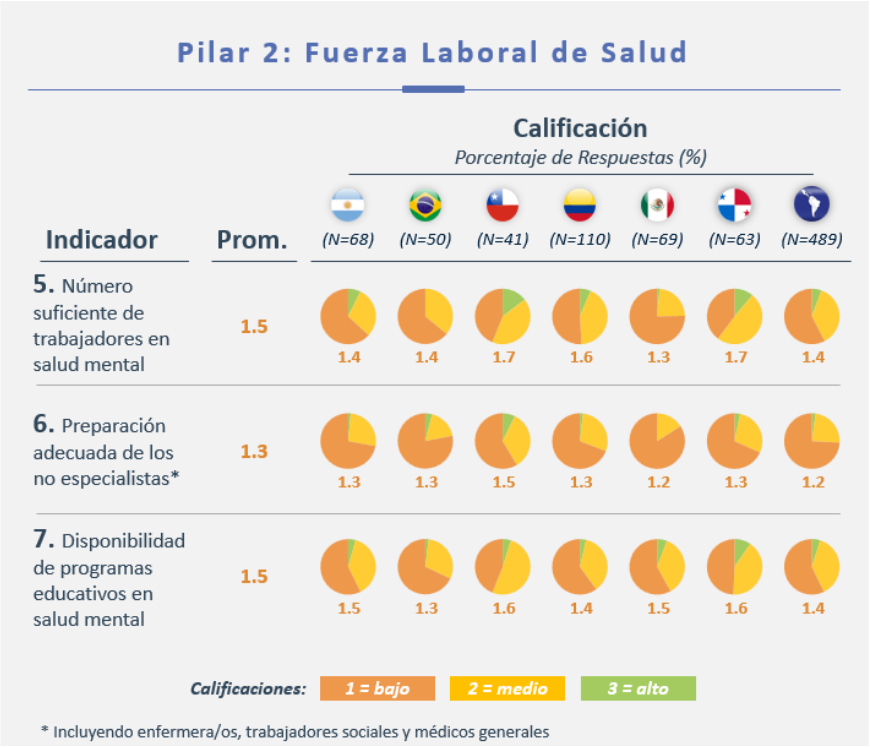


Figura 4. Resultados de la encuesta para el Pilar 2 (Personal de Salud) por indicador y país.

el 74% califica como baja la preparación de personal no especializado. Panamá y Chile lideran en este pilar, mientras que México y Brasil presentan mayores áreas de oportunidad. En Chile, los psiquiatras jóvenes son más críticos sobre la suficiencia de personal no especialista: 75% de los menores de 50 años calificaron con nivel bajo, frente a 43% de los mayores. Esto sugiere que, aunque hay avances en formación, persisten brechas en la percepción de preparación y cobertura, especialmente entre las nuevas generaciones.

Pilar 3: Sistemas de Información

Las puntuaciones promedio por país en los indicadores del Pilar 3 (Sistemas de Información) oscilan entre 1.1 y 1.6, con Colombia y Chile mejor evaluados. El 67% de los especialistas considera inadecuados los procesos de recolección y análisis de datos, y el 74% señala poco uso de estos datos para decisiones de política pública. En Chile, la percepción sobre la aplicación de análisis de datos es dividida: 54% calificaron con nivel bajo y 46% con medio, mostrando variabilidad en la implementación y regularidad del uso de datos para decisiones clave. Esta debilidad es compartida transversalmente por los encuestados, independientemente de la edad.

Pilar 4: Productos Médicos y Tecnología

Los resultados para el Pilar 4 sugieren que el acceso a terapias muestra algunas mejoras; sin embargo, la aprobación de nuevas terapias y la actualización de formularios siguen rezagadas: 65% considera que las nuevas terapias se aprueban con retraso y 61% señala falta de actualización regular. México tiene las menores puntuaciones y Chile las más altas. En Chile, los médicos jóvenes son más pesimistas respecto al acceso y actualización de terapias: 65% de los menores de 50 años calificaron con nivel bajo la aprobación de nuevas terapias, frente a 33% de los mayores. En el acceso a terapias mediante aseguramiento, 55% de los jóvenes dieron nivel bajo, comparado con 19% de los mayores. La actualización de formularios también refleja esta brecha (65% vs. 24%). En Colombia, Argentina y Brasil, el acceso a tratamientos mediante aseguramiento muestra disparidades internas, con casi la mitad calificando bajo y la otra mitad medio. En Colombia, la actualización de formularios también divide opiniones (51% bajo, 48% medio). En Argentina, la continuidad del tratamiento farmacológico se ve afectada por dificultades en abastecimiento y distribución (50% bajo, 49% medio). Finalmente, la disponibilidad continua de medicamentos es más criticada por los médicos jóvenes en Chile (45% bajo vs. 10% de los mayores).

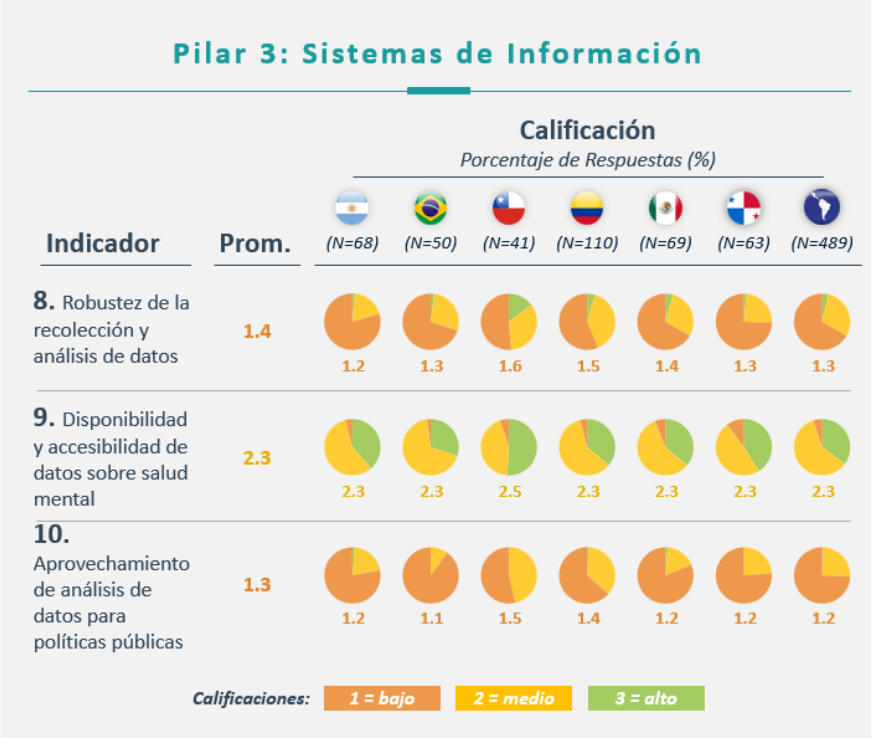


Figura 5. Resultados de la encuesta para el Pilar 3 (Sistemas de Información) por indicador y país.

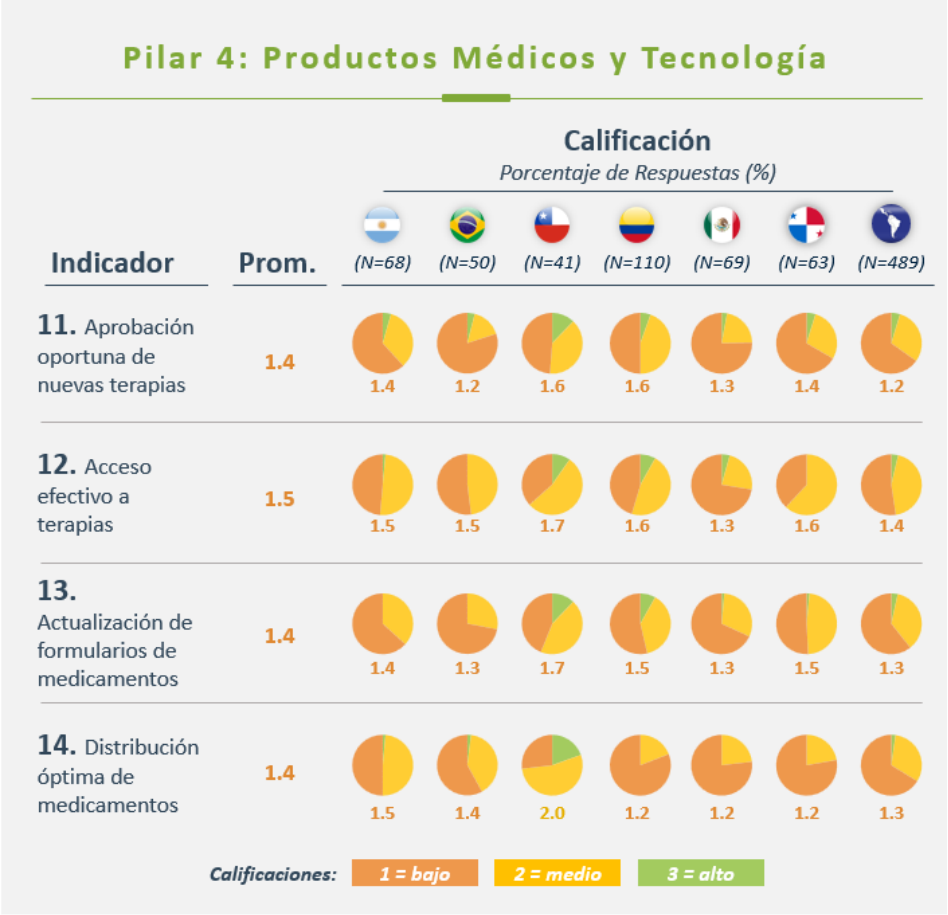


Figura 6. Resultados de la encuesta para el Pilar 4 (Productos Médicos y Tecnología) por indicador y país.

Pilar 5: Financiamiento

Con base en los indicadores evaluados, el estudio revela aspectos clave relacionados con la asignación de recursos para la salud mental. A nivel regional, referente al presupuesto público destinado específicamente a tratar la salud mental, 82% de los psiquiatras considera que el presupuesto asignado es insuficiente y que los países carecen de un proceso de asignación adecuado que implique revisiones anuales para garantizar la cobertura de tratamientos, infraestructura, personal especializado y equipamiento necesarios en los centros de salud del sector público. Respecto a la fuente de financiamiento de los tratamientos para salud mental, 56% de los psiquiatras reportó que los pacientes tienen que pagar de bolsillo sus tratamientos la mayoría del tiempo, mientras que 33% reportó que solo algunas veces se tiene que recurrir a gasto de bolsillo. La dependencia del gasto de bolsillo aunada a insuficiencias en el presupuesto público para la salud mental devela barreras económicas para el acceso a tratamiento adecuado, particularmente para los estratos de menores ingresos. Para el tercer indicador, relacionado con el financiamiento de investigación es el que presenta debilidades más marcadas, 89% de los psiquiatras señala que el presupuesto asignado a la investigación en salud mental es insuficiente, evidenciando áreas de mejora para fomentar avances científicos y fortalecer la atención en este ámbito.

Específicamente en Panamá, los médicos jóvenes perciben mayor insuficiencia presupuestaria: el 86% de los menores de 50 años calificaron con nivel bajo, frente al 50% de los mayores. Esta diferencia sugiere una percepción de mayor urgencia entre las nuevas generaciones para fortalecer la inversión pública en salud mental.

Pilar 6: Liderazgo y Gobernanza

El análisis de los indicadores del Pilar 6 puso en evidencia aspectos críticos de las políticas y la gobernanza en salud mental. A nivel regional, el 67% de los psiquiatras señaló que no existe una política nacional de salud mental robusta y el 74% consideró que las políticas vigentes no se actualizan de manera periódica. Esta situación limita la integración y disponibilidad uniforme de servicios y terapias, y reduce la capacidad de los sistemas de salud para responder a desafíos emergentes, como los efectos pospandemia de COVID-19 o el envejecimiento poblacional. Asimismo, el 68% de los encuestados

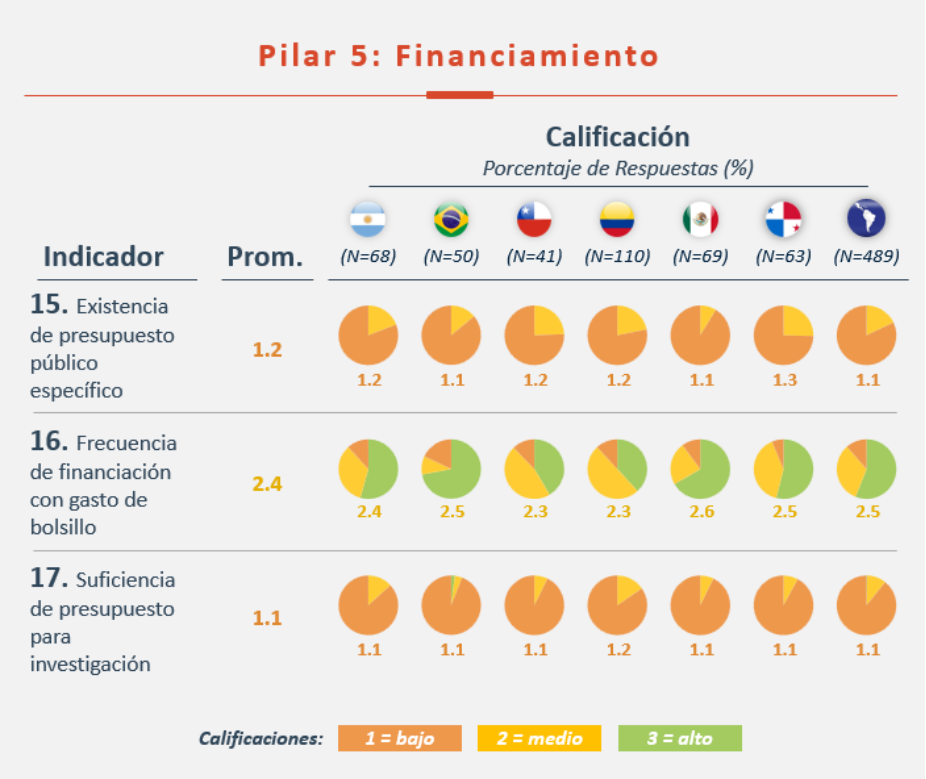


Figura 7. Resultados de la encuesta para el Pilar 5 (Financiamiento) por indicador y país.

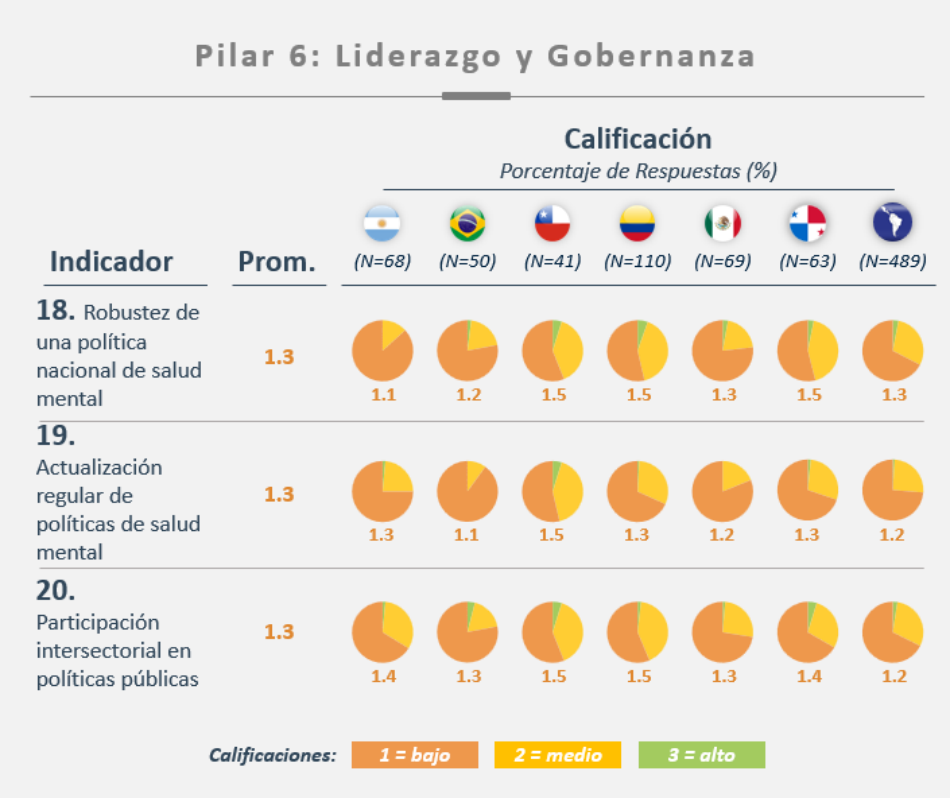


Figura 8. Resultados de la encuesta para el Pilar 6 (Liderazgo y Gobernanza) por indicador y país.

destacó la ausencia o limitada participación de pacientes, sociedad civil y sociedades médicas en el diseño e implementación de políticas públicas o procesos normativos en este campo.

En cuanto a diferencias relevantes entre grupos de edad, en Chile, los médicos jóvenes son más críticos respecto a la cobertura y enfoque integral de las políticas nacionales: 75% de los menores de 50 años calificaron con nivel bajo, frente a 38% de los mayores. Esto podría reflejar una expectativa más alta de las nuevas generaciones sobre el alcance y actualización de las políticas públicas.

Discusión

El análisis realizado sobre los sistemas de salud mental en Latinoamérica, basado en los seis pilares definidos por la OMS, evidencia la urgencia de fortalecer de manera integral los componentes esenciales para garantizar una atención adecuada, equitativa y sostenible frente a los crecientes desafíos en salud mental. A continuación, se presentan las reflexiones finales para cada pilar.

1. **Provisión de Servicios:** En la región persisten deficiencias en la integración y equidad de los servicios de salud mental, especialmente en el primer nivel de atención. Uno de los problemas más significativos es la concentración de los servicios en las principales ciudades de América Latina, lo que genera acceso limitado para personas en áreas rurales y poblaciones marginadas. Este aspecto es particularmente relevante debido a la compleja geografía de la región, que acentúa la desigualdad en la distribución de recursos y la oferta de servicios. Además, la fragmentación y ausencia de rutas claras de derivación limitan la continuidad del tratamiento. El desarrollo de redes integradas, apoyadas en protocolos estandarizados de referencia y contrarreferencia, podría mejorar la calidad y continuidad de la atención, especialmente en contextos rurales y de difícil acceso. Para avanzar, los países podrían implementar modelos piloto de integración de servicios en zonas con alta carga de enfermedad, priorizando la formación de equipos multidisciplinarios y reforzando la atención primaria. Ejemplos como la integración de la salud mental en la atención primaria en Brasil, mediante centros de atención psicosocial, han mostrado avances, aunque persisten desafíos para extender estos logros a áreas alejadas de los grandes centros urbanos[8].

2. **Personal de Salud:** La insuficiencia en la formación de especialistas y la baja capacitación del personal no especializado constituyen una barrera crítica para responder a la demanda creciente de atención en salud mental. La capacitación continua y la ampliación de competencias para todo el equipo de salud pueden reducir la brecha de atención, a través del desarrollo de programas de formación y certificación en salud mental dirigidos tanto a psiquiatras como a médicos generales, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales, cuyo rol es fundamental para la implementación de tareas de psicoterapia e intervenciones sociales[9].

3. **Sistemas de Información:** La limitada calidad y uso de datos para la toma de decisiones obstaculiza la planificación y evaluación de políticas públicas en salud mental en la región. La falta de unificación de servicios, como ocurre en algunos países (por ejemplo, México), contribuye a la duplicación de datos clínicos y restringe el acceso a información precisa, limitando el análisis epidemiológico local y regional. El desarrollo de registros electrónicos integrados y la promoción de datos abiertos, junto con iniciativas como la Primera Encuesta Nacional de Salud Mental en Chile, son oportunidades clave para avanzar en la generación y el uso eficiente de información para la toma de decisiones[10].

4. **Productos Médicos y Tecnología:** El acceso a terapias innovadoras y la actualización de formularios de medicamentos son insuficientes y desigual entre países de la región. La agilización de procesos regulatorios y la adopción de tecnologías digitales pueden acelerar el acceso a tratamientos efectivos, por lo que se recomienda promover el uso de mecanismos de evaluación acelerada para terapias innovadoras y fomentar la telemedicina en salud mental[11].

5. **Financiamiento:** El financiamiento público destinado a salud mental es insuficiente y persiste una alta dependencia del gasto de bolsillo, lo que genera inequidad en el acceso a tratamientos, especialmente para las poblaciones de menores ingresos. Particularmente en el sector privado, la falta de cobertura de salud mental, atribuida a rezagos en la legislación local, agrava las barreras económicas. El aumento sostenido del financiamiento público, la ampliación de la cobertura de seguros públicos y privados, y el impulso de reformas para incrementar el presupuesto específico y establecer fondos para innovación, resultan claves para mejorar el acceso y la equidad en la atención en salud mental. En México, por ejemplo, la reciente política integral de salud mental y adicciones incluyó como objetivo aumentar la inversión pública y fortalecer la atención primaria[12].

6. **Liderazgo y Gobernanza:** Las políticas nacionales de salud mental suelen ser débiles o desactualizadas, con escasa participación de la sociedad civil y de los propios pacientes en su diseño e implementación. La gobernanza multisectorial y la participación de pacientes y sociedad civil pueden fortalecer la legitimidad y eficacia de las políticas de salud mental, por lo que la región se beneficiaría de fortalecer los comités interministeriales y los mecanismos de consulta pública para el diseño y evaluación de políticas. Chile ha comenzado a avanzar en esta materia con la reciente firma del Proyecto de Ley Integral de Salud Mental, que crea un Comité Interministerial y promueve la inclusión social, la protección de derechos y la integración de la salud mental en todas las políticas públicas relevantes[10].

En conclusión, el fortalecimiento de los sistemas de salud mental en Latinoamérica requiere un enfoque integral y adaptado a las realidades y políticas de cada país. Las oportunidades identificadas apuntan a la necesidad de proyectos colaborativos, innovación en la gestión y una mayor inversión, con especial atención a la equidad, la participación social y la generación de evidencia local para la toma de decisiones.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiación

Este artículo recibió colaboración para su elaboración y apoyo económico de Johnson & Johnson, sin que ello haya condicionado su contenido ni implique la aprobación de sus conclusiones.

Referencias

1. Charlson F, et al. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis [Internet]. Lancet. 2019 [cited 2025 Aug 22]. Available from: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30934-1/fulltext
2. PAHO. The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas [Internet]. 2018 [cited 2025 Aug 22]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275120286_eng.pdf?sequence=10&isAllowed=y
3. PALIG. Mental Health in Latin America and the Caribbean: The Silent Pandemic [Internet]. 2022 [cited 2025 Aug 22]. Available from: https://palig.com/en/cw/wellness-hub/p/lets-talk-about-the-silent-pandemic-in-honor-of-mental-health-awareness-month
4. UNICEF. The State of the World's Children 2021 [Internet]. 2021 [cited 2025 Aug 22]. Available from: https://www.unicef.org/lac/media/28666/file/SOWC2021-Regionalbrief-LAC.pdf
5. OCDE; The World Bank. Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020 [Internet]. 2020 [cited 2025 Aug 22]. Available from: https://doi.org/10.1787/6089164f-en
6. Banco Mundial. Mental Health among Adolescents and Young Adults in Latin America and the Caribbean: Indirect Costs of Mental Health Illness and the Economic Impact of Mitigation Policies [Internet]. 2023 [cited 2025 Aug 22]. Available from: https://documents1.worldbank.org/curated/en/099259511062316352/pdf/IDU0bd888bdb04c68046200b0390ac071ea905d8.pdf
7. OMS. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies [Internet]. 2010 [cited 2025 Aug 22]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf
8. Sade R, et al. Paths and Detours in the Trajectory of the Brazilian Psychiatric Reform [Internet]. Salud Colectiva. 2021;17:e3563 [cited 2025 Aug 22]. Available from: https://www.scielosp.org/article/scol/2021.v17/e3563/es/
9. PAHO. Integración de la Salud Mental en Atención Primaria 2016 [Internet]. 2016 [cited 2025 Aug 22]. Available from: https://campus.paho.org/es/curso/integracion-de-la-salud-mental-en-atencion-primaria-utilizando-la-guia-mhgap-2016
10. Ministerio de Salud de Chile. Proyecto de Ley Integral de Salud Mental [Internet]. 2024 [cited 2025 Aug 22]. Available from: https://saludresponde.minsal.cl/proyecto-de-ley-integral-de-salud-mental/
11. Oloarte DL, Torres ME. Innovaciones tecnológicas aplicadas a la salud mental [Internet]. Revista de Extensión Científica en Salud. 2024;1(7) [cited 2025 Aug 22]. Available from: https://recsu.upaep.mx/index.php/recsu/article/view/356
12. Secretaría de Salud de México. Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones 2020–2024 [Internet]. 2022 [cited 2025 Aug 22]. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/720846/PAE_CONASAMA_28_04_22.pdf

Revista Latinoamericana de PSIQUIATRÍA
Órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América Latina

APAL
Asociación de Psiquiatras de América Latina

Artículo original

Encuesta nacional de prescripción de litio en trastorno afectivo bipolar en Chile

National survey on lithium prescription in bipolar affective disorder in Chile

Benjamín Rabanales[a,b,c], Jorge Cabrera[a,d], Pablo Salinas[e,f], Juan Undurraga[a,g]*

a. Sociedad Chilena de Trastornos Bipolares (SOCHITAB). orcid.org/0000-0001-6958-2369
b. Residente Psiquiatría, Instituto psiquiátrico Dr. J. Horwitz Barak, Santiago, Chile
c. Residente Psiquiatría, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile
d. Profesor Adjunto Psiquiatría Universidad de Chile, Santiago, Chile
e. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente, Universidad de Chile, Santiago, Chile
f. GDT Trastorno Bipolar SONEPSYN.
g. Departamento de Neurología y Psiquiatría, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Recibido: 1 Julio 2025
Aceptado: 30 Julio 2025
Publicado: 30 Agosto 2025

***Correspondencia:** Dr. Juan Undurraga. Email: jundurraga@alemana.cl

Resumen

Introducción: El litio es una alternativa de primera elección para el tratamiento del trastorno bipolar (TB). Sin embargo, se ha reportado una disminución de la prescripción de litio a nivel internacional. Este estudio busca conocer los hábitos de prescripción e ideas sobre el litio entre los psiquiatras que ejercen en Chile.

Materiales y métodos: Se envió una encuesta en línea a través de sociedades científicas y clínicas dirigida a psiquiatras que trabajan en Chile.

Resultados: 194 profesionales contestaron la encuesta. La mayoría refirió utilizar litio en pacientes con TB. El 45% de ellos utiliza litio en más de la mitad de sus pacientes. En relación con el tratamiento de mantenimiento en TB I, el litio es la primera opción elegida para hombres (84%) y mujeres (75.8%). Para el TB II, el litio es la segunda preferencia tanto en hombres (29%) como en mujeres (18%), precedido por lamotrigina en ambos. La principal razón reportada para no prescribir litio es la presencia de reacciones adversas, seguida por el rechazo del paciente, la necesidad de monitoreo y el estigma asociado a su uso. Los niveles séricos más frecuentemente utilizados son de 0.6-0.8 mEq/L. Llama la atención que un 18% refiere no haber recibido formación sobre uso de litio durante su residencia y solo el 42% refiere seguir algún protocolo oficial para su uso.

Conclusión: Los psiquiatras participantes utilizan litio como una alternativa de primera línea para el tratamiento de personas con TBI y segunda línea en TB II. Asimismo, los patrones de prescripción están de acuerdo con las guías y recomendaciones actuales.

Palabras clave: Trastorno bipolar. Litio. Psicofarmacología. Trastornos del ánimo.

Rev Latam Psiquiatría 2025; 24(2): 19-28

http://www.doi.org/xxxxxxxxx

www.revistalatampsiquiatria.com

© 2025 Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL). Este es un artículo open access bajo la licencia **CC BY 4.0.** Publicado con index

Abstract

Introduction: Lithium is a first-choice alternative for treating bipolar disorder (BP). Despite this, a decline in lithium prescriptions has been reported lately. This study aims to describe current lithium use in clinical practice among psychiatrists working in Chile.

Materials and methods: An online survey was sent through scientific societies and clinical institutions aimed at psychiatrists working in Chile.

Results: 194 professionals answered the survey. Nearly all of them reported using lithium in patients with BD. 45% reported using lithium in more than half of their patients. Lithium was the first option chosen for men (84%) and women (75.8%) regarding maintenance treatment in BD I. For BD II, lithium was the second preference (29% of men and 18% of women), preceded by lamotrigine in both. The main reason for not prescribing lithium is the presence of adverse reactions or medical complications, followed by the patient's reluctance to take it, the need for periodic monitoring of blood levels, and the stigma associated with its use. The most frequently used serum levels are 0.6-0.8 mEq/L. Notably, 18% reported not receiving education about lithium during their residency, and only 42% of psychiatrists reported using clinical guidelines.

Conclusion: Psychiatrists in Chile report using lithium as a first-line treatment for patients with BD I and as a second-line option for BD II. Prescription patterns largely align with current clinical guidelines and expert recommendations.

Keywords: Bipolar disorder. Lithium. Psychopharmacology. Mood disorders.

Introducción

El litio constituye una alternativa de primera elección para el tratamiento del trastorno bipolar (TB) en las principales guías clínicas[1–5]. Su eficacia ha sido demostrada tanto en la manía aguda, incluso en pacientes con síntomas psicóticos[6,7], como en la fase de mantenimiento, reduciendo de forma significativa el riesgo de recaídas[7,8]. Asimismo, ha mostrado efectividad en cicladores rápidos, en pacientes con comorbilidad por abuso de alcohol y sustancias, así como en combinación en casos de TB resistente al tratamiento[4,7]. Aunque la evidencia es menos robusta en la depresión bipolar aguda, algunas guías internacionales lo recomiendan como opción de primera línea[3,9]. De igual manera, se ha documentado su utilidad en la prevención de recaídas en depresión mayor recurrente o monopolar, así como a modo de tratamiento coadyuvante en episodios agudos[10–13].

Además de su efecto estabilizador del ánimo, el litio posee una acción anti-suicida independiente[14–17]. Una revisión sistemática reciente reportó que el tratamiento con litio en personas con trastornos del ánimo reduce hasta en un 60% el riesgo de suicidio en comparación con placebo[18]. Finalmente, se le atribuye un posible efecto neuroprotector, sustentado en hallazgos de aumento del volumen hipocampal en pacientes bipolares[19,20], así como en la disminución de la progresión del deterioro en individuos con deterioro cognitivo leve[21,22].

A pesar de estos beneficios, su uso ha disminuido en Estados Unidos[21] y Europa[23,24]. Entre las posibles causas de esto, podemos enumerar la ausencia de publicidad por parte de la industria, la percepción de sus efectos adversos tóxicos, la lentitud en la aparición del efecto deseado y la necesidad de realizar exámenes periódicos[25].

La introducción del litio en Chile en el tratamiento para el TB se remonta al año 1972. Sin embargo, su uso de manera sistemática se inicia en el año 1987 con la creación de la Clínica de Trastornos del Ánimo en el Hospital Psiquiátrico "Dr. J. Horwitz Barak"[26–28]. En las últimas décadas, han aparecido nuevas moléculas para el tratamiento del TB. A pesar de esto, el litio goza de buena salud, con evidencia robusta de su efectividad y recomendaciones de uso en las principales guías clínicas.

En atención a la disminución de la prescripción de litio a nivel mundial, la International Society for Bipolar Disorders (ISBD) junto al International Group for The Study of Lithium Treated Patients (IGSLi), han promovido su estudio y uso en distintas indicaciones, además de desarrollar un estudio internacional sobre su prescripción recientemente publicado el año 2023, el cual señala que litio es el principal fármaco prescrito en pacientes con trastorno bipolar en etapa de mantención (59% de los pacientes), en una muestra de 606 profesionales en 43 países. La prescripción de litio parece verse afectada tanto por las creencias de los pacientes como por los contextos profesionales donde los

médicos ejercen[29]. En España, se realizó una encuesta a 500 psiquiatras sobre prescripción de litio[30]. El 70% indica litio a más de la mitad de los pacientes con TB, y el 75% considera que el litio es el tratamiento de elección en la fase de mantenimiento. Los autores concluyen que el uso de litio en España está en línea con la literatura y las recomendaciones de las principales guías de tratamiento.

En Chile no existen datos publicados sobre la prescripción de litio, ni los elementos que condicionan su prescripción. El TB presenta una prevalencia de vida en Chile para mayores de 15 años del 1.8 %[31], por lo que se trata una patología frecuente, con un impacto significativo en la vida de las personas y del sistema de salud. Conocer las prácticas de uso del litio permitirá diseñar intervenciones para estimular su uso adecuado entre los profesionales de nuestra región.

En este contexto, a través de la Sociedad Chilena de Trastornos Bipolares (SOCHITAB, filial de la ISBD) y de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (SONEPSYN), nos propusimos realizar una encuesta sobre el uso del litio en el TB en Chile a una muestra de psiquiatras que se encuentran en los registros de SOCHITAB y SONEPSYN.

Metodología

Población: Se dirigió la encuesta a psiquiatras que atienden personas con TB, registrados en SOCHITAB o SONEPSYN. Se incluyeron médicos que tratan pacientes adultos y menores de edad con TB.

Procedimiento: Durante el primer semestre del 2022, se envió una encuesta de Google Forms sobre el uso de litio vía correo electrónico. Posteriormente, se enviaron tres correos recordatorios.

Este estudio se realizó de acuerdo a las normas éticas de la Declaración de Helsinki (actualizada en 2013), contó con la revisión y aprobación por el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado.

Cuestionario: El instrumento consistió en 27 preguntas de selección múltiple (tabla A-1, Apéndice). Las primeras 8 preguntas se refieren datos sociodemográficos y las siguientes, al uso de litio.

Análisis de datos: Se realizó un análisis descriptivo de las respuestas de los participantes y gráficos utilizando una planilla Microsoft Excel 2019. Las variables incluyeron rango etario, años de ejercicio profesional, región, tipo de práctica profesional.

Resultados

Se recibieron 194 respuestas. La mitad fueron mujeres (49%), el 27.3% ejerce en el sector público, el 43.2% en el ámbito privado y el 30% en ambos. Sólo un especialista en psiquiatría infantojuvenil contestó la encuesta, aunque el 20.6% de los que respondieron atienden adolescentes en su práctica clínica habitual (**Tabla 1**).

La mayoría de los que respondieron (59%) pertenecen a la Región Metropolitana, 12% a la Región de Valparaíso y 7% al Biobío. La **Figura 1** muestra la distribución territorial de los respondedores.

Prescripción de litio: El 98% de los médicos utiliza litio en pacientes con TB. De ellos, un 15% refiere prescribir a más del 75%, un 29% entre el 50-75%, un 36% entre 25-50 y un 20% a menos del 25% de sus pacientes. Sólo tres psiquiatras de la muestra declararon no prescribir litio.

Los principales motivos enumerados por los psiquiatras no prescribir litio a un paciente determinado son: los posibles efectos adversos y complicaciones médicas (50.5%), el rechazo del paciente (18.1%), la necesidad de monitorear la litemia (8.8%) y el estigma asociado al tratamiento con litio (7.7%) (**Tabla 2**).

En cuanto al tratamiento de mantenimiento del TB I, el litio es la primera opción elegida por los psiquiatras tanto en hombres (84%) como en mujeres (75.8%), seguida por el uso de antipsicóticos para ambos y en tercer lugar el ácido valproico en hombres y la lamotrigina en mujeres (**Figura 2**).

Para el tratamiento de mantenimiento en pacientes con TB II, la lamotrigina se sitúa como primera preferencia para pacientes hombres (46%) y mujeres (67%), seguida por el litio con 29% y 18% respectivamente (**Figura 2**).

Al preguntar cuál es la situación clínica elegida para el inicio de litio, el 45% de los encuestados refiere iniciar litio posterior a un primer episodio maníaco, seguido por un 3% de inicio posterior al primer episodio depresivo en pacientes con

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.

Característica	Número (%)
Mujeres	**95 (49%)**
Rango etario	
25-35	29 (15%)
36-45	77 (40%)
46-55	42 (21,6%)
56-65	32 (16,5%)
> 65	14 (7,2%)
Años de ejercicio de la profesión	
≤ 5	34 (17,5%)
6 – 15	69 (35,6%)
16-34	70 (36,1%)
≥ 35	20 (10,3%)
no entrega dato	1 (0,5%)
Sector de salud donde ejerce actualmente	
Privado	82 (42,3%)
Público	53 (27,3%)
Ambos	58 (29,9%)
no contesta	1 (0,5%)
Profesión	
Psiquiatra adultos	193 (99,5%)
Psiquiatra infanto-juvenil	1 (0,5%)
Grupo etario de pacientes que atiende	
Niños (6-11 años)	5 (2,6%)
Adolescentes (12 -18 años)	40 (20,6%)
Adultos	181 (93,3%)
Adultos mayores (60 años y más)	113 (58,2%)
Total general	**194 (100%)**

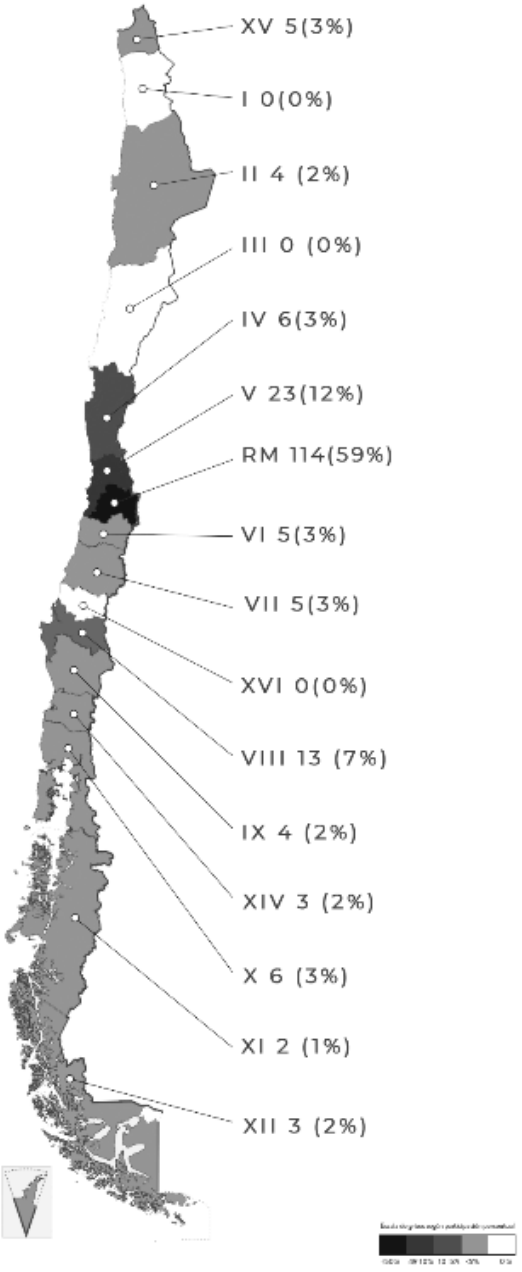


Figura 1. Distribución territorial de la muestra.

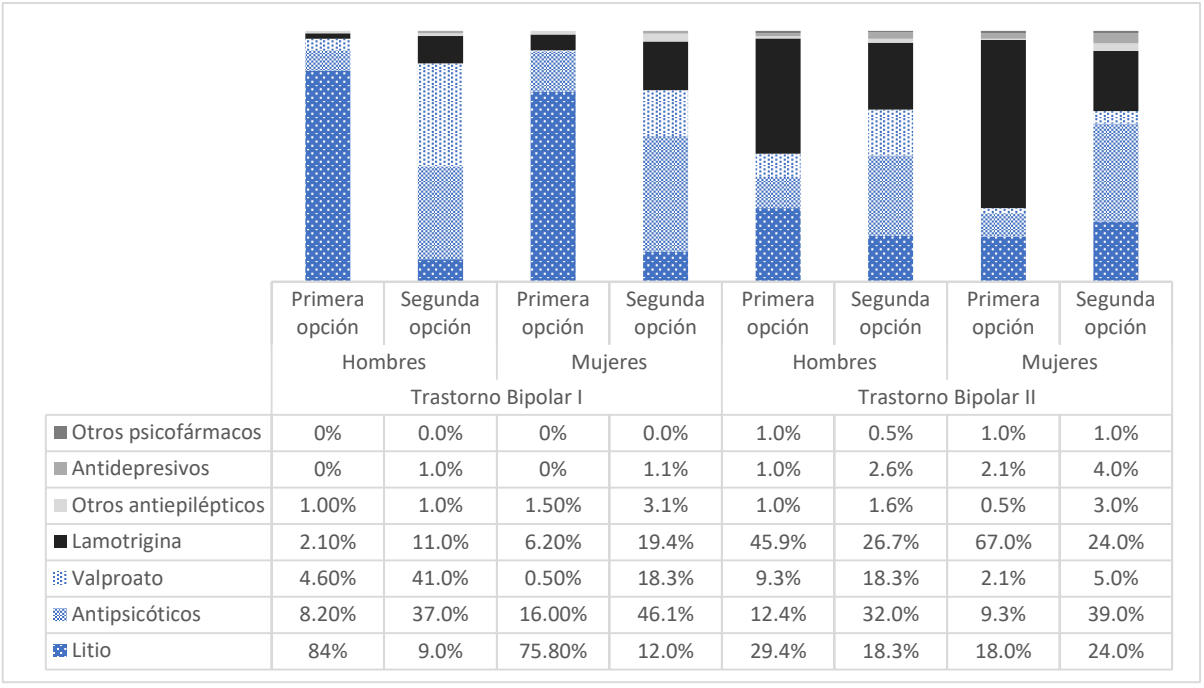
antecedentes familiares y un 39% frente a ambas situaciones.

En relación con los niveles séricos de litio en fase de mantenimiento, un 51.5% considera deseable entre 0.6-0.8 mEq/L. Un 16% considera adecuado cualquier rango entre 0.6 -1.2 mEq/L y un 15% entre 0.8-1.0 mEq/L (**Tabla 3**).

En cuanto a la posología, un 60% de los psiquiatras prescribe el litio de liberación estándar

Tabla 2. Motivos principales enumerados por los psiquiatras para no dar litio a un paciente con trastorno bipolar.

Motivo	Número (%)
Efectos adversos y complicaciones médicas asociadas al litio	98 (50,5%)
Rechazo del paciente al tratamiento de litio	35 (18,1%)
Necesidad de monitoreo con litemia	17 (8,8%)
Estigma asociado al tratamiento con litio	15 (7,7%)
Inicio lento de la acción	4 (2,1%)
Disponibilidad de otros estabilizadores de estado de ánimo más eficaces	3 (1,5%)
Alto riesgo de recaída tras interrupción	2 (1%)
Otra	18 (9,3%)
No aporta dato	2 (1%)



	Trastorno Bipolar I				Trastorno Bipolar II			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Primera opción	Segunda opción	Primera opción	Segunda opción	Primera opción	Segunda opción	Primera opción	Segunda opción
Otros psicofármacos	0%	0.0%	0%	0.0%	1.0%	0.5%	1.0%	1.0%
Antidepresivos	0%	1.0%	0%	1.1%	1.0%	2.6%	2.1%	4.0%
Otros antiepilépticos	1.00%	1.0%	1.50%	3.1%	1.0%	1.6%	0.5%	3.0%
Lamotrigina	2.10%	11.0%	6.20%	19.4%	45.9%	26.7%	67.0%	24.0%
Valproato	4.60%	41.0%	0.50%	18.3%	9.3%	18.3%	2.1%	5.0%
Antipsicóticos	8.20%	37.0%	16.00%	46.1%	12.4%	32.0%	9.3%	39.0%
Litio	84%	9.0%	75.80%	12.0%	29.4%	18.3%	18.0%	24.0%

Figura 2. First and second choice selected by surveyed psychiatrists for maintenance phase treatment in BD1 and BD2, by gender.

dividido en 2 dosis diarias y el 69% prescribe el litio de liberación prolongada en dosis única nocturna.

Durante fase de mantención un 50% de los encuestados reporta solicitar controles de litemia 2 veces al año, mientras que un 24% 3 veces, 18% 4 veces al año y 6.2% una vez al año.

Otros exámenes solicitados periódicamente son: función renal 99.5%, pruebas tiroideas 98.5%, hemograma completo 80.9%, electrolitos plasmáticos 69.6%, peso corporal 57.2% y calcio sérico en un 28.9%

Un 61% refiere utilizar litio en adultos mayores, un 70% lo usa en pacientes con TB y comorbilidad con abuso de sustancias y un 91% en pacientes con TB y trastornos de personalidad asociados.

Sólo un 37% de los psiquiatras cuenta con información disponible para entregar a sus pacientes sobre el uso de litio. Por otra parte, el 58% refiere no

Tabla 3. Niveles séricos de litio (mEq/L) considerados adecuados por los respondedores para fase de mantenimiento.

Niveles séricos (mEq/L)	n (%)
0,4-0,6	20(10,3%)
0,6-0,8	100(51,5%)
0,8-1	29(15,0%)
1-1,2	1(0,5%)
0,6-1,2	31(16,0%)
No prescribe	2(1,0%)
Otra concentración	11(5,7%)

utilizar protocolos oficiales o guías clínicas para el monitoreo del tratamiento de litio.

Formación académica

El 82% de los participantes refiere que tuvo formación sobre el uso de litio durante sus estudios de especialidad en psiquiatría, mientras que un 18% no la recibió. Es destacable que se observa una mejoría en la formación sobre el uso del litio: solo un 72% de los egresados de hace más de 16 años tuvieron formación específica en el tema, en contraste con el 97% de los egresados de la especialidad hace menos de 5 años. Adicionalmente, casi la totalidad de la muestra (99%) reporta haber realizado cursos sobre uso de litio posterior a su etapa de especialización.

Discusión

Este estudio presenta los resultados de la primera encuesta nacional sobre el uso de litio en TB dirigida a psiquiatras en Chile. Fue contestada por un total 194 profesionales con representación de la mayoría de las regiones, de acuerdo a la distribución demográfica y de especialistas del país.

Uso de litio

En relación con la frecuencia de prescripción, un 98% de los psiquiatras reporta utilizar litio para tratar a sus pacientes con TB. De estos, un 44% prescribe litio a más del 50% de sus pacientes. Un estudio similar en España reportó que un 70% los psiquiatras prescriben litio a más del 50% de sus pacientes con TB I[30]. Otros estudios reportan 17% de uso en EE. UU., 26% en Alemania, 38% en Italia, 41% en Suiza y 70% en los Países Bajos[23,32–35]. La metodología utilizada es heterogénea, lo que no permite comparar adecuadamente, pero da una idea de la gran variabilidad en su uso en distintos países.

En relación con las diferencias en el uso de litio en TB I y II, el estudio mostró que el litio se prescribe como primera elección en mantención para TB I tanto en hombres (84%) como en mujeres (75%), y como el segundo fármaco de elección para TB II, precedido por lamotrigina en ambos sexos (29% hombres y 18% mujeres).

En el caso de TB I los hallazgos descritos son acordes con lo propuesto por las guías internacionales[3]. El segundo grupo de fármacos preferidos como primera línea son los antipsicóticos, siendo dos veces más utilizados en mujeres (16%) que en hombres (8%). Asimismo, el ácido valproico se prescribe menos en mujeres, presumiblemente asociado a su potencial efecto teratogénico y alteraciones metabólicas[3].

Para el tratamiento de mantenimiento en el TB II, la primera elección fue lamotrigina, lo que está de acuerdo con la mayoría de las guías internacionales, siendo ambos fármacos (litio y lamotrigina) de uso en primera línea para el tratamiento del TB II[3,36,37]. Es probable que esta elección esté relacionada con la seguridad de largo plazo y mayor facilidad de uso de este medicamento, aunque nuestro estudio no permite contestar esta pregunta. En este contexto, es relevante mencionar que hay evidencia de calidad sobre la seguridad del uso de litio en el largo plazo, cuando se utilizan concentraciones plasmáticas y seguimiento adecuados[39,40]. Es significativo agregar que estudios recientes indican la necesidad de vigilar la función renal, ya que después de más de 10 años de tratamiento con litio, la disminución de la función renal fue significativamente más pronunciada que en la población de referencia[38]. Adicionalmente, cabe destacar los efectos de litio en la disminución de la suicidabilidad y su potencial efecto neuroprotector[14–17,21,22]. También es relevante destacar que los antidepresivos fueron la alternativa menos utilizada en monoterapia para mantención del TB II.

En cuanto a la concentración sérica de litio el 51.5% de los psiquiatras utiliza los niveles séricos entre 0.6-0.8 mEq/L, de acuerdo a la recomendación de ISBD/IGSLI[36]. En relación con la posología

del litio, observamos que la mayoría prescribe medicamentos de liberación estándar dos veces al día (60%) y una vez en el caso de los de liberación prolongada (69%). Las recomendaciones internacionales sugieren privilegiar la monodosis con objetivo de prevenir el daño renal de largo plazo, aunque existe la limitación del mayor costo de esta presentación[39].

Razones para no prescribir litio

La razón más frecuentemente esgrimida para no indicar litio fue la presencia de potenciales efectos adversos y complicaciones médicas, seguida por el rechazo del paciente, la necesidad de realizar litemias y por último, el estigma asociado a su uso.

En este contexto, es relevante considerar que una parte de los efectos de corto plazo son reversibles, y los potenciales efectos adversos de largo plazo, como las alteraciones tiroideas y el daño renal, parecieran haber sido sobreestimados en estudios más antiguos[40]. Existen alternativas terapéuticas como algunos anticonvulsivantes y antipsicóticos atípicos, pero estos tampoco están exentos de riesgos. En este contexto, lo más apropiado es indicar un tratamiento considerando factores demográficos, características clínicas, curso, historia farmacológica previa y las preferencias del paciente.

El estigma asociado al uso de litio explicaría el 25% de los motivos para no utilizarlo, lo que lo transforma en un tema relevante para ahondar en futuros estudios.

Formación de especialistas

El 18% de los psiquiatras reporta no haber recibido formación específica durante su residencia. Afortunadamente, se trataría de una situación que está disminuyendo, ya que entre quienes tienen menos de 5 años de ejercicio de la profesión el 97% reportó haber recibido formación específica en el tema.

Psicoeducación

La psicoeducación como tratamiento coadyuvante ha mostrado su efectividad en el TB I y TB II. Está asociada a una mejor adherencia al tratamiento, a un mayor intervalo libre entre episodios y a una disminución de la readmisión hospitalaria y del número de días de hospitalización[41].

Solo un 37% de los psiquiatras encuestados cuenta con información para pacientes sobre el uso de litio en su lugar de trabajo. Un estudio multicéntrico sobre búsqueda de información en internet en pacientes con TB mostró que el 77% de los pacientes ha buscado información en línea sobre el trastorno, pero solo un tercio de ellos refirió analizar la información con su tratante[42,43] En futuros estudios sería relevante explorar sobre la recomendación de sitios web sobre el TB y la discusión sobre este tema en la práctica clínica.

Dentro de las limitaciones de este estudio, cabe mencionar que se trata de una muestra por conveniencia, enviada a psiquiatras que participan en sociedades científicas y médicas, lo que incorpora sesgos y limitaciones en la generalización de los resultados. Adicionalmente, hubo una baja representación de psiquiatras que asisten población infantojuvenil. Hay datos sobre el uso de fármacos que sería interesante ahondar en un esfuerzo futuro, tales como la diferencia en el uso de los distintos antipsicóticos, terapias combinadas y psicoterapia.

Conclusiones

La prescripción de litio es un tema relevante en los pacientes con TB, y este estudio explora su uso y preferencias entre psiquiatras en Chile. El litio es utilizado ampliamente para el tratamiento de personas con TB en nuestro país, siendo la primera preferencia en pacientes con TBI. Asimismo, muchos hábitos de prescripción están de acuerdo con las guías y recomendaciones internacionales sobre su empleo. No obstante, menos del 50% de los encuestados sigue pautas estandarizadas para el monitoreo del tratamiento. Además, hemos identificado algunas falencias en la prescripción, y preocupantemente, en la formación sobre el tema, lo que ha mejorado en los últimos años. Igualmente, llama la atención que solo un tercio de los psiquiatras tiene información disponible para pacientes en su lugar de trabajo. En el futuro, sería relevante explorar el uso de recursos en línea con fines educativos en esta población. Este estudio nos permitirá tomar medidas tales como el refuerzo de la educación sobre el uso de litio en los programas de formación de postgrado y en congresos y reuniones de especialistas.

Financiación

Apoyado por ANID-PIA-ACT192064, ANID-FONDECYT 1180358 (JU).

Declaración de Conflictos de Interés

Los autores no declaran conflictos de interés.

Referencias

1. Malhi GS, Bell E, Boyce P, Bassett D, Berk M, Bryant R, et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders: Bipolar disorder summary. Bipolar Disord [Internet]. 1 de diciembre de 2020 [citado 18 de octubre de 2022];22(8):805–21. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33296123/
2. Malhi GS, Bell E, Singh AB, Bassett D, Berk M, Boyce P, et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders: Major depression summary. Bipolar Disord [Internet]. 1 de diciembre de 2020 [citado 18 de octubre de 2022];22(8):788–804. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33320412/
3. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh S V., Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disord [Internet]. 1 de marzo de 2018 [citado 18 de octubre de 2022];20(2):97–170. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29536616/
4. Fountoulakis KN, Yatham LN, Grunze H, Vieta E, Young AH, Blier P, et al. The CINP Guidelines on the Definition and Evidence-Based Interventions for Treatment-Resistant Bipolar Disorder. International Journal of Neuropsychopharmacology [Internet]. 1 de abril de 2020 [citado 18 de octubre de 2022];23(4):230. Disponible en: /pmc/articles/PMC7177170/
5. Guía clínica AUGE: trastorno bipolar en personas de 15 años y más [Internet]. Ministerio de Salud; 2013 [citado 18 de octubre de 2022]. Disponible en: http://172.16.1.100:8080/xmlui/handle/2015/1127
6. Yildiz A, Nikodem M, Vieta E, Correll CU, Baldessarini RJ. A network meta-analysis on comparative efficacy and all-cause discontinuation of antimanic treatments in acute bipolar mania. Psychol Med [Internet]. 12 de enero de 2015 [citado 18 de octubre de 2022];45(2):299–317. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25036226/
7. Fountoulakis KN, Tohen M, Zarate CA. Lithium treatment of Bipolar disorder in adults: A systematic review of randomized trials and meta-analyses. Eur Neuropsychopharmacol [Internet]. 1 de enero de 2022 [citado 18 de octubre de 2022];54:100. Disponible en: /pmc/articles/PMC8808297/
8. Severus E, Bauer M, Geddes J. Efficacy and Effectiveness of Lithium in the Long-Term Treatment of Bipolar Disorders: An Update 2018. Pharmacopsychiatry [Internet]. 13 de junio de 2018 [citado 18 de octubre de 2022];51(5):173–6. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29898463/
9. Vázquez GH, Tondo L, Undurraga J, Zaratiegui R, Selle V, Baldessarini RJ. Pharmacological treatment of bipolar depression. Advances in Psychiatric Treatment [Internet]. 2014 [citado 18 de octubre de 2022];20(3): 193–201. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/pharmacological-treatment-of-bipolar-depression/504DD0A0B0BF07CD90A10110B3A51146
10. Baastrup PC, Mogens S. Lithium as a prophylactic agents. Its effect against recurrent depressions and manic-depressive psychosis. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1967 [citado 18 de octubre de 2022];16(2):162–72. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6019331/
11. de Montigny C, Grunberg F, Mayer A, Deschenes JP. Lithium induces rapid relief of depression in tricyclic antidepressant drug non-responders. Br J Psychiatry [Internet]. 1981 [citado 18 de octubre de 2022];138(3):252–6. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7272619/
12. Bauer M, Bschor T, Kunz D, Berghofer A, Strohle A, Muller-Oerlinghausen B. Double-blind, placebo-controlled trial of the use of lithium to augment antidepressant medication in continuation treatment of unipolar major depression. Am J Psychiatry [Internet]. 2000 [citado 18 de octubre de 2022];157(9):1429–35. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10964859/
13. Undurraga J, Sim K, Tondo L, Gorodischer A, Azua E, Tay KH, et al. Lithium treatment for unipolar major depressive disorder: Systematic review. J Psychopharmacol [Internet]. 1 de febrero de 2019 [citado 18 de octubre de 2022];33(2):167–76. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30698058/
14. Muller-Oerlinghausen B, Grof P, Schou M. Lithium and suicide prevention. The British Journal of Psychiatry [Internet]. 1999 [citado 18 de octubre de 2022];175(1):90–1. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/lithium-and-suicide-prevention/A0DFF4CF1C5FE8DBFB2C12B784859292
15. Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J. Lithium Treatment and Suicide Risk in Major Affective Disorders: Update and New Findings. J Clin Psychiatry [Internet]. 1 de abril de 2003 [citado 18 de octubre de 2022];64(suppl 5): 10487. Disponible en: https://www.psychiatrist.com/jcp/depression/suicide/lithium-treatment-suicide-risk-major-affective-disorders
16. Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. Bipolar Disord [Internet]. octubre de 2006 [citado 18 de octubre de 2022];8(5 Pt 2):625–39. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17042835/
17. Lewitzka U, Severus E, Bauer R, Ritter P, Müller-Oerlinghausen B, Bauer M. The suicide prevention effect of lithium: More than 20 years of evidence—a narrative review. Int J Bipolar Disord [Internet]. 28 de diciembre de 2015 [citado 18 de octubre de 2022];3(1):1–16. Disponible en: https://journalbipolardisorders.springeropen.com/articles/10.1186/s40345-015-0032-2
18. Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. BMJ [Internet]. 27 de junio de 2013 [citado 18 de octubre

de 2022];346(7916). Disponible en: https://www.bmj.com/content/346/bmj.f3646

19. Post RM. The New News about Lithium: An Underutilized Treatment in the United States. Neuropsychopharmacology [Internet]. 1 de abril de 2018 [citado 18 de octubre de 2022];43(5):1174–9. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28976944/
20. Toledo EM, Inestrosa NC. Activation of Wnt signaling by lithium and rosiglitazone reduced spatial memory impairment and neurodegeneration in brains of an APPswe/PSEN1ΔE9 mouse model of Alzheimer's disease. Molecular Psychiatry 2010 15:3 [Internet]. 21 de julio de 2009 [citado 18 de octubre de 2022];15(3):272–85. Disponible en: https://www.nature.com/articles/mp200972
21. Manji HK, Moore GJ, Chen G. Lithium at 50: Have the neuroprotective effects of this unique cation been overlooked? Biol Psychiatry [Internet]. 1 de octubre de 1999 [citado 18 de octubre de 2022];46(7):929–40. Disponible en: http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006322399001651/fulltext
22. Forlenza O v., Radanovic M, Talib LL, Gattaz WF. Clinical and biological effects of long-term lithium treatment in older adults with amnestic mild cognitive impairment: randomised clinical trial. The British Journal of Psychiatry [Internet]. 1 de noviembre de 2019 [citado 18 de octubre de 2022];215(5):668–74. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/clinical-and-biological-effects-of-longterm-lithium-treatment-in-older-adults-with-amnestic-mild-cognitive-impairment-randomised-clinical-trial/EF9931A98FFD7FA99F2202C19063EF77
23. Bohlken J, Bauer M, Kostev K. Drug treatment for patients with bipolar disorders in psychiatric practices in Germany in 2009 and 2018. Psychiatry Res [Internet]. 1 de mayo de 2020 [citado 18 de octubre de 2022];289:112965–112965. Disponible en: https://europepmc.org/article/med/32388174
24. Lyall LM, Penades N, Smith DJ. Changes in prescribing for bipolar disorder between 2009 and 2016: national-level data linkage study in Scotland. Br J Psychiatry [Internet]. 1 de julio de 2019 [citado 18 de octubre de 2022];215(1):415. Disponible en: /pmc/articles/PMC6581537/
25. Gitlin M. Why is not Lithium Prescribed More Often? Here are the Reasons. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences [Internet]. 2016 [citado 18 de octubre de 2022];29(4):293-. Disponible en: https://dusunenadamdergisi.org/article/109
26. Fabiola Leiva, Jorge Cabrera. Caracterización Sociodemográfica y Clínica de un Grupo de Paccientes con Trastornos del Ánimo: Clínica de Trastornos del ánimo, 1987--1993. Revista Chilena de Neuro Psiquiatría. 1995;33:105–33.
27. Jorge Cabrera, Fabiola Leiva, Margarita Gómez. La Clínica de trastornos del ánimo del instituto psiquiátrico de Santiago: una nueva modalidad de atención psiquiátrica . Revista Psiquiatría Clínica. 1991;174.
28. Jorge Cabrera, Fabiola Leiva, Andrea Micco, Andrea Molina, Mario Barahona. Clínica de trastornos del ánimo del Instituto Psiquiátrico de Santiago: Experiencia de 6 años. Revista Chilena de Neuro Psiquiatría. 1996; 34:151–8.
29. Hidalgo-Mazzei D, Mantingh T, Pérez de Mendiola X, Samalin L, Undurraga J, Strejilevich S, et al. Clinicians' preferences and attitudes towards the use of lithium in the maintenance treatment of bipolar disorders around the world: a survey from the ISBD Lithium task force. Int J Bipolar Disord [Internet]. 1 de diciembre de 2023 [citado 13 de octubre de 2023];11(1):1–9. Disponible en: https://journalbipolardisorders.springeropen.com/articles/10.1186/s40345-023-00301-y
30. Pérez de Mendiola X, Hidalgo-Mazzei D, Vieta E, González-Pinto A. Overview of lithium's use: a nationwide survey. Int J Bipolar Disord [Internet]. 1 de diciembre de 2021 [citado 18 de octubre de 2022];9(1). Disponible en: /pmc/articles/PMC7941362/
31. Vicente P B, Kohn R, Saldivia B S, Rioseco S P. Burden of phychiatric diseases in Chile. Rev Med Chil [Internet]. diciembre de 2007 [citado 18 de octubre de 2022];135(12):1591–9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001200014&lng=en&nrm=iso&tlng=en
32. Rhee TG, Olfson M, Nierenberg AA, Wilkinson ST. 20-Year Trends in the Pharmacologic Treatment of Bipolar Disorder by Psychiatrists in Outpatient Care Settings. Am J Psychiatry [Internet]. 1 de agosto de 2020 [citado 18 de octubre de 2022];177(8):706–15. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32312111/
33. Karanti A, Kardell M, Lundberg U, Landén M. Changes in mood stabilizer prescription patterns in bipolar disorder. J Affect Disord. 1 de mayo de 2016;195:50–6.
34. Parabiaghi A, Barbato A, Risso P, Fortino I, Bortolotti A, Merlino L, et al. Lithium use from 2000 to 2010 in Italy: A population-based study. Pharmacopsychiatry [Internet]. 1 de mayo de 2015 [citado 18 de octubre de 2022];48(3):89–94. Disponible en: http://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0034-1398506
35. Renes JW, Regeer EJ, Hoogendoorn AW, Nolen WA, Kupka RW. A nationwide study on concordance with multimodal treatment guidelines in bipolar disorder. Int J Bipolar Disord [Internet]. 1 de diciembre de 2018 [citado 18 de octubre de 2022];6(1):22. Disponible en: /pmc/articles/PMC6195496/
36. Calabrese JR, Shelton MD, Rapport DJ, Kimmel SE, Elhaj O. Long-Term Treatment of Bipolar Disorder With Lamotrigine. J Clin Psychiatry [Internet]. 1 de octubre de 2002 [citado 18 de octubre de 2022];63(suppl 10): 10801. Disponible en: https://www.psychiatrist.com/jcp/bipolar/long-term-treatment-bipolar-disorder-lamotrigine
37. Watanabe Y, Hongo S. Long-term efficacy and safety of lamotrigine for all types of bipolar disorder. Neuropsychiatr Dis Treat [Internet]. 20 de marzo de 2017 [citado 18 de octubre de 2022];13:843–54. Disponible en: https://www.dovepress.com/long-term-efficacy-and-safety-of-lamotrigine-for-all-types-of-bipolar--peer-reviewed-fulltext-article-NDT
38. Fransson F, Werneke U, Harju V, Öhlund L, de Man Lapidoth J, Jonsson PA, et al. Kidney function in patients with bipolar disorder with and without lithium treatment

compared with the general population in northern Sweden: results from the LiSIE and MONICA cohorts. Lancet Psychiatry [Internet]. 1 de octubre de 2022 [citado 13 de octubre de 2023];9(10):804–14. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36108668/

39. Gitlin M. Lithium side effects and toxicity: prevalence and management strategies. Int J Bipolar Disord [Internet]. 1 de diciembre de 2016 [citado 10 de octubre de 2022];4(1):27. Disponible en: /pmc/articles/PMC5164879/
40. Gupta S, Das S, Khastgir U, Wai San Ip V, Suwito C. Management of the renal adverse effects of lithium: an audit cycle. Prog Neurol Psychiatry [Internet]. 1 de abril de 2019 [citado 18 de octubre de 2022];23(2):19–21. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pnp.534
41. Colom F. Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. Vieta i Pascual E, editor. Barcelona, [etc: Ars Medica; 2004.
42. Reavley NJ, Cvetkovski S, Jorm AF. Sources of information about mental health and links to help seeking: findings from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2010 46:12 [Internet]. 27 de octubre de 2010 [citado 18 de octubre de 2022];46(12):1267–74. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-010-0301-4
43. Barnes C, Harvey R, Wilde A, Hadzi-Pavlovic D, Wilhelm K, Mitchell PB. Review of the Quality of Information on Bipolar Disorder on the Internet. http://dx.doi.org/101080/00048670903179137 [Internet]. 1 de enero de 2009 [citado 18 de octubre de 2022];43(10):934–45. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1080/00048670903179137

Revista Latinoamericana de PSIQUIATRÍA
Órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América Latina

APAL
Asociación de Psiquiatras de América Latina

Artículo original

Impacto en la salud mental del Paro Nacional en Colombia 2021: ansiedad y depresión en una encuesta en línea

Impact on mental health of the 2021 National Strike in Colombia: anxiety and depression in an online survey

Juan F. Cano[1,2], Miguel López-Patrón[1], María Daniela Rubiano-Castaño[1], Diana C. Zamora[1,2], Cristina Suárez-Ángel[1], Daniela Vélez Vallejo[1], Gloria Sofía Guerrero[1], María Camila Buitrago[1]

1 Semillero de investigación en salud mental SOMA, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud EMCS, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia

2 Centro Rosarista de Salud Mental CeRSaMe, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud EMCS, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia

Recibido: 1 Julio 2025

Aceptado: 30 Julio 2025

Publicado: 30 Agosto 2025

Resumen

Introducción: Las protestas masivas se han vinculado con un aumento del malestar psicológico. El Paro Nacional de 2021 en Colombia representó un período prolongado de agitación social y política con posibles efectos en la salud mental de la población.

Objetivo: Evaluar síntomas de ansiedad y depresión durante las protestas e identificar factores de riesgo asociados.

Métodos: Se realizó un estudio transversal mediante encuesta en línea (Google Forms), con un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se recolectaron datos sociodemográficos, antecedentes de salud mental y escalas psicométricas validadas, previo consentimiento informado.

Resultados: Se analizaron 586 encuestas (edad media 37.7 años, DE 12,5; 68.9% mujeres). El 17.7% reportó antecedente de enfermedad mental, siendo el trastorno depresivo mayor el más prevalente (55.4%). Presentaron síntomas clínicamente relevantes el 34.8% para ansiedad y el 29.9% para depresión. Ser estudiante, apoyar las movilizaciones y haber sufrido agresión o rechazo durante las protestas se asociaron de forma independiente con mayor sintomatología.

Conclusiones: El Paro Nacional de 2021 se asoció con síntomas elevados de ansiedad y depresión, en especial en jóvenes y en quienes estuvieron expuestos a violencia o discriminación. Estos hallazgos resaltan la necesidad de políticas de salud mental orientadas a contextos de protesta social.

Palabras clave: Protestas. Salud mental. Depresión. Ansiedad. Colombia.

© 2025 Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL). Este es un artículo open access bajo la licencia **CC BY 4.0.** Publicado con index

Abstract

Introduction: Mass protests have been linked to increased psychological distress. The 2021 National Strike in Colombia represented a prolonged period of social and political unrest with potential effects on the population's mental health.

Objective: To assess symptoms of anxiety and depression during the protests and to identify associated risk factors.

Methods: A cross-sectional study was conducted through an online survey (Google Forms), using non-probabilistic convenience sampling. Sociodemographic data, mental health history, and validated psychometric scales were collected after informed consent.

Results: A total of 586 surveys were analyzed (mean age 37.7 years, SD 12.5; 68.9% women). Overall, 17.7% reported a history of mental illness, with major depressive disorder being the most prevalent (55.4%). Clinically relevant symptoms were observed in 34.8% for anxiety and 29.9% for depression. Being a student, supporting the demonstrations, and experiencing aggression or rejection during the protests were independently associated with higher symptomatology.

Conclusions: The 2021 National Strike was associated with elevated symptoms of anxiety and depression, particularly among young people and those exposed to violence or discrimination. These findings highlight the need for mental health policies tailored to contexts of social protest.

Keywords: Protests. Mental health. Depression. Anxiety. Colombia.

Introducción

Las protestas civiles y las manifestaciones masivas se han convertido en fenómenos recurrentes en diversos países, generalmente como respuesta a la desigualdad social, la inestabilidad política o la vulneración de derechos humanos[1]. Diversos estudios han documentado la asociación entre estos eventos colectivos y resultados adversos en salud mental, particularmente síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático[3–5]. El impacto psicológico varía según el nivel de exposición a la violencia, el grado de involucramiento y las vulnerabilidades preexistentes de la población[4–8].

En Colombia, factores estructurales como la pobreza, la inequidad social y el prolongado conflicto armado han favorecido históricamente las movilizaciones[9]. El Paro Nacional de 2021, inicialmente motivado por una propuesta de reforma tributaria, evolucionó rápidamente hacia un movimiento social de gran escala que integró reclamos relacionados con el desempleo, la corrupción y las inequidades en salud pública en el contexto de la pandemia por COVID-19. Durante los tres meses de protestas (abril–julio de 2021) se reportaron bloqueos, enfrentamientos violentos y una marcada polarización[10].

La exposición a este tipo de escenarios puede actuar como un estresor psicosocial. La evidencia internacional muestra que las protestas y la violencia política incrementan la morbilidad psiquiátrica, especialmente ansiedad y depresión, con mayor riesgo entre jóvenes, mujeres y personas en situación socioeconómica desfavorable[6,11,12]. Además, la percepción de amenaza, las experiencias de agresión directa y la identificación con los ideales de la movilización pueden intensificar la carga emocional, como se observó en el "Umbrella Movement" en Hong Kong y en otros contextos de agitación social[3,5,6].

Pese a esta evidencia, poco se conoce sobre las consecuencias psicológicas de las protestas en contextos latinoamericanos. Hasta donde sabemos, ningún estudio había explorado de manera sistemática el impacto del Paro Nacional de 2021 en la salud mental en Colombia. Comprender estas asociaciones resulta crucial para orientar intervenciones de salud pública e informar políticas de contingencia.

Objetivos

1. Describir los síntomas de ansiedad y depresión en la población colombiana durante el Paro Nacional de 2021.
2. Identificar factores sociodemográficos y contextuales asociados con mayor riesgo de alteraciones psicopatológicas.

Método

Diseño y participantes

Se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo mediante muestreo no probabilístico por conveniencia y estrategia de bola de nieve. La encuesta en línea (Google Forms) se difundió a través de redes sociales entre el 28 de abril y el 28 de junio

de 2021. Fueron elegibles adultos (≥18 años) residentes en Colombia con exposición directa o indirecta a las manifestaciones.

Variables e instrumentos

Se recogió información sociodemográfica (edad, sexo, identidad de género, nivel educativo, ocupación, estado civil, estrato socioeconómico, área de residencia, afiliación religiosa) y antecedentes en salud mental. También se indagaron variables relacionadas con la protesta social: apoyo o desacuerdo con el paro, participación en marchas, motivaciones, conflictos interpersonales por opiniones políticas, exposición a violencia, agresión o rechazo por posición política, y afectaciones académicas o laborales.

Los desenlaces principales fueron:

- **Ansiedad:** Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7), punto de corte ≥10. Confiabilidad en esta muestra: α = 0,90.
- **Depresión:** Patient Health Questionnaire (PHQ-9), punto de corte ≥10. Confiabilidad en esta muestra: α = 0,87.

Análisis estadístico

Se utilizaron medias y desviaciones estándar para variables continuas, y frecuencias y porcentajes para categóricas. Se evaluó normalidad con Shapiro-Wilk. Se realizaron análisis bivariados entre variables de exposición y desenlaces, seguidos de modelos de regresión logística multivariada ajustados con procedimiento stepwise. La colinealidad se descartó con VIF <2. Análisis en RStudio (v.4.2).

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Clínica Nuestra Señora de la Paz (Bogotá, Colombia). Todos los participantes otorgaron consentimiento informado.

Resultados

Características de la muestra

Se analizaron 586 respuestas. La media de edad fue 37.7 años (DE 12,5; rango 18–74). La mayoría fueron mujeres (68.9%), solteros (52.7%) y estudiantes (31.3%). Un 17.7% reportó antecedente de trastorno mental, principalmente trastorno depresivo mayor (55.4%) **(Tabla 1)**.

Tabla 1. Características sociodemográficas.

Variable	n (%)
Sexo	
Femenino	404 (68.9)
Masculino	178 (30.4)
No binario	4 (0.7)
Edad (años)	Media 37.7 (DE 12.5)
Estrato socioeconómico	
1–2	69 (11.8)
3–4	392 (66.9)
5–6	143 (24.4)
Nivel educativo	
Escolaridad incompleta	8 (1.3)
Secundaria	28 (4.8)
Pregrado completo	208 (35.5)
Posgrado	271 (45.2)
Estado civil	
Casado/Unión libre	280 (47.8)
Soltero/Separado/Viudo	306 (52.2)
Antecedentes de enfermedad mental (n=104)	
Trastorno depresivo mayor	57 (55.4)
Trastorno de ansiedad	26 (14.6)
Otros	21 (20.0)
Religión	
Sí	229 (39.1)
No	357 (60.9)

Síntomas de ansiedad y depresión

El 34.8% presentó síntomas de ansiedad clínicamente relevantes (GAD-7 ≥10) y el 29.9% síntomas de depresión (PHQ-9 ≥10). La distribución de la severidad de los síntomas se presenta en la **Tabla 2**. Las medias de puntuación fueron:

- GAD-7: 7.8 (DE 5.3).
- PHQ-9: 7.1 (DE 5.7).

Factores asociados

En los análisis bivariados, se asociaron con ansiedad y depresión: sexo femenino, edad <27 años, de

Tabla 2. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión (GAD-7 y PHQ-9).

Instrumento	Categoría	n (%)
GAD-7 (ansiedad)	Sin síntomas (0–4)	168 (28.5%)
	Ansiedad leve (5–9)	178 (30.2%)
	Ansiedad moderada (10–14)	132 (22.4%)
	Ansiedad grave (≥15)	113 (19.2%)
PHQ-9 (depresión)	Sin síntomas (0–4)	153 (26.0%)
	Depresión leve (5–9)	191 (32.4%)
	Depresión moderada (10–14)	123 (20.9%)
	Depresión moderadamente grave (15–19)	86 (14.6%)
	Depresión grave (≥20)	37 (6.3%)

enfermedad mental, apoyo a las movilizaciones, haber sido víctima de agresión o rechazo, y conflictos familiares/amicales por opiniones políticas.

Modelos de regresión logística multivariada

Los modelos de regresión logística multivariada se presentan en la **Tabla 3**.

- **Ansiedad (GAD-7 ≥10):**
  - Edad <27 años (OR = 1.92; IC95% 1.21–3.05; p=0.005)
  - Antecedente de enfermedad mental (OR = 2.47; IC95% 1.55–3.92; p<0.001)
  - Haber sido agredido/rechazado (OR = 2.12; IC95% 1.34–3.37; p=0.002)
- **Depresión (PHQ-9 ≥10):**
  - Sexo femenino (OR = 1,68; IC95% 1.11–2.56; p=0.015)
  - Estudiante (OR = 1.74; IC95% 1.10–2.76; p=0.018)
  - Antecedente de enfermedad mental (OR = 3.05; IC95% 1.88–4.95; p<0.001)
  - Apoyo a las movilizaciones (OR = 1.62; IC95% 1.05–2.49; p=0.028)

Discusión

Este estudio muestra que el Paro Nacional de 2021 en Colombia se asoció con un aumento significativo de síntomas de ansiedad y depresión en grupos

Tabla 3. Regresión logística multivariada: predictores de ansiedad y depresión.

Variable	OR	IC95%	p
Ansiedad (GAD-7 ≥10)			
Edad <27 años	1.92	1.21–3.05	0.005
Antecedente de enfermedad mental	2.47	1.55–3.92	<0.001
Agresión/rechazo sufrido	2.12	1.34–3.37	0.002
Depresión (PHQ-9 ≥10)			
Sexo femenino	1.68	1.11–2.56	0.015
Estudiante	1.74	1.10–2.76	0.018
Antecedente de enfermedad mental	3.05	1.88–4.95	<0.001
Apoyo a las movilizaciones	1.62	1.05–2.49	0.028

vulnerables de la población. Nuestros hallazgos concuerdan con la literatura internacional, que ha documentado los efectos negativos de la agitación social y la violencia política sobre la salud mental[2,4].

Vulnerabilidades sociodemográficas: Los jóvenes (<27 años), estudiantes, mujeres y personas con antecedentes psiquiátricos presentaron mayor afectación. Estos resultados replican lo descrito en contextos como Hong Kong y Palestina, donde mujeres y jóvenes resultaron particularmente impactados[3,5,13,14] Además, la soltería podría reflejar una menor protección derivada de redes de apoyo sociales o familiares[15].

Exposición y alineación ideológica: Haber sufrido agresión o rechazo durante las protestas incrementó el riesgo de ansiedad, mientras que apoyar los ideales de la movilización se asoció con depresión. Estos hallazgos sugieren que tanto la violencia directa como la implicación ideológica pueden intensificar el malestar psicológico, en coherencia con la relación de tipo "dosis-respuesta" descrita en otros estudios[5].

Comparación internacional: La prevalencia encontrada en Colombia (34.8% para ansiedad; 29.9% para depresión) es superior a la reportada en escenarios de protesta previos. Esto puede reflejar una vulnerabilidad incrementada por la historia de desigualdad estructural y conflicto armado prolongado en el país. Investigaciones en territorios afectados por la violencia en Colombia han mostrado que las personas con menor estatus socioeconómico presentan mayor riesgo de trastornos mentales, y que el desplazamiento forzado explica cerca del 31% de la desigualdad observada en salud mental. Asimismo, mujeres y personas con discapacidad han mostrado una marcada fragilidad psicológica[16]. A diferencia de reportes que sugieren efectos catárticos de la participación en protestas —como alivio emocional o cohesión colectiva— nuestro estudio no identificó dichos beneficios. Esto podría explicarse por el contexto particular del Paro Nacional, caracterizado por violencia, polarización y fuerte incertidumbre económica, que probablemente exacerbó el impacto negativo sobre la salud mental[5].

Limitaciones: Este trabajo presenta limitaciones que deben considerarse. El muestreo en línea no probabilístico restringe la representatividad de los hallazgos. Las medidas autoinformadas pueden sobreestimar la severidad de los síntomas. Finalmente, aunque se emplearon escalas validadas, el diseño transversal no permite establecer relaciones causales.

Implicaciones: Los resultados refuerzan la necesidad de políticas de salud mental sensibles al contexto de movilización social. Se recomienda implementar programas de tamizaje temprano y apoyo psicosocial dirigidos especialmente a jóvenes, mujeres, estudiantes y personas con antecedentes psiquiátricos, con el fin de mitigar el riesgo de consecuencias adversas a corto y largo plazo.

Conclusión

El Paro Nacional de 2021 en Colombia se asoció con una elevada prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión, particularmente en jóvenes, mujeres, estudiantes y personas con antecedentes de enfermedad mental. La exposición a agresiones y la implicación ideológica con los ideales de la protesta incrementaron adicionalmente el riesgo de afectación psicológica. Estos hallazgos subrayan la necesidad de estrategias preventivas y de políticas públicas de salud mental que incorporen el impacto de las crisis sociales colectivas, con especial énfasis en los grupos más vulnerables.

Financiamiento

Este trabajo no recibió financiación externa.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

1. Ianchovichina E, Devarajan S, Lakner C. Brookings Institution; 2020. Disponible en: https://www.brookings.edu/blog/future-development/2020/01/29/why-are-people-protesting/
2. Hou WK, Hall BJ, Liang L, Li TW, Liu H, Galea S. Probable depression and suicidal ideation in Hong Kong amid massive civil unrest. *Ann Epidemiol*. 2021;54:45-51. doi:10.1016/j.annepidem.2020.09.006
3. Lau JTF, Kim Y, Wu AMS, Wang Z, Huang B, Mo PKH. The Occupy Central (Umbrella) movement and mental health distress in the Hong Kong general public: political movements and concerns as potential structural risk factors of population mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(5):525-536. doi:10.1007/s00127-017-1340-x
4. Ni MY, Kim Y, McDowell I, et al. Mental health during and after protests, riots and revolutions: A systematic review. *Australian & New Zealand*

Journal of Psychiatry. 2020;54(3):232-243. doi:10.1177/0004867419899165

5. El-Khodary B, Samara M. The relationship between multiple exposures to violence and war trauma, and mental health and behavioural problems among Palestinian children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29(5):719-731. doi:10.1007/s00787-019-01376-8
6. Ni MY, Yao XI, Leung KSM, et al. Depression and post-traumatic stress during major social unrest in Hong Kong: a 10-year prospective cohort study. *The Lancet*. 2020;395(10220):273-284. doi:10.1016/S0140-6736(19)33160-5
7. Çelebi E, Adam-Troian J, Mahfud Y. Positive Links Between Exposure to Police Violence, PTSD, and Depression Symptoms Among Yellow Vests Protesters in France. *J Interpers Violence*. 2022;37(5-6):2267-2288. doi:10.1177/0886260520935863
8. Liu J, Modrek S, Sieverding M. The effects of political protests on youth human capital and well-being in Egypt. Soc Sci Med. 2019 Dec;243:112602. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112602.
9. García-Godos, J., & Wiig, H. (2018). *Ideals and realities of restitution: The Colombian land restitution programme*. *Journal of Human Rights Practice*, 10(1), 40–57.
10. Human Rights Watch. (2022). *World Report 2022: Colombia*. Human Rights Watch. Recuperado de sitio web de HRW. Disponible en: https://www.hrw.org/world-report/2022/country-chapters/colombia
11. Canetti D, Galea S, Hall BJ, Johnson RJ, Palmieri PA, Hobfoll SE. Exposure to prolonged socio-political conflict and the risk of PTSD and depression among Palestinians. Psychiatry. 2010 Fall;73(3):219-31. doi: 10.1521/psyc.2010.73.3.219.
12. Irshad S. Communal Riots and Its Psychological Impact: A Systematic Review Study in Indian Context. Psychol Res Behav Manag. 2024 May 13;17:1991-1998. doi: 10.2147/PRBM.S455783.
13. Marie, M., SaadAdeen, S. & Battat, M. Anxiety disorders and PTSD in Palestine: a literature review. *BMC Psychiatry* **20**, 509 (2020). https://doi.org/10.1186/s12888-020-02911-7
14. Hou WK, Hall BJ. The mental health impact of the pro-democracy movement in Hong Kong. Lancet Psychiatry. 2019 Dec;6(12):982. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30382-7.
15. Vaingankar, J.A., Abdin, E., Chong, S. *et al*. The association of mental disorders with perceived social support, and the role of marital status: results from a national cross-sectional survey. *Arch Public Health* **78**, 108 (2020). https://doi.org/10.1186/s13690-020-00476-1
16. León-Giraldo, S., Casas, G., Cuervo-Sánchez, J. S., González-Uribe, C., Bernal, O., Moreno-Serra, R., & Suhrcke, M. (2021). *Health in conflict zones: Analyzing inequalities in mental health in Colombian conflict-affected territories*. International Journal of Public Health, 66, Article 595311. https://doi.org/10.3389/ijph.2021.595311

Revista Latinoamericana de PSIQUIATRÍA
Órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América Latina

APAL
Asociación de Psiquiatras de América Latina

Artículo de reflexión

Suicidio en Colombia: reflexiones y propuestas desde la sociedad civil y el sector salud

Suicide in Colombia: reflections and proposals from civil society and the health sector

Juan F Cano[1,2], Mateo Andrade-Arango[2], Rodrigo Córdoba[1,3]

1 Centro Rosarista de Salud Mental (CeRSaMe), Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud (EMCS), Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

2 Semillero de Investigación en Salud Mental (SOMA), Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud (EMCS), Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

3 Centro de Investigaciones del Sistema Nervioso, Grupo CISNE, Bogotá, Colombia.

Recibido: 1 Julio 2025

Aceptado: 30 Julio 2025

Publicado: 30 Agosto 2025

Resumen

Introducción: El suicidio constituye un problema de salud pública de gran magnitud y complejidad, siendo una de las principales causas de muerte a nivel mundial, con impacto significativo en adolescentes y adultos jóvenes. En Colombia, las tasas han mostrado un incremento sostenido, alcanzando en 2021 el valor más alto desde 2015.

Objetivo: Reflexionar sobre los desafíos y oportunidades en la prevención del suicidio en Colombia a partir de un conversatorio interdisciplinario.

Metodología: Documento de reflexión basado en la relatoría del conversatorio *"Trastorno Mental y Suicidio: una mirada crítica y propositiva. ¿Qué debemos saber y hacer desde la sociedad civil?"*, realizado en Bogotá en octubre de 2024. Participaron 17 expertos de salud pública, clínica, academia, medios, política y asociaciones de pacientes. Se categorizaron las intervenciones en cinco ejes temáticos para su análisis.

Resultados: Se identificaron necesidades prioritarias: 1) adoptar un enfoque integral que considere factores individuales, sociales y estructurales; 2) mejorar los sistemas de información para adaptar estrategias regionales; 3) fortalecer el talento humano y la infraestructura en salud mental; 4) abordar determinantes sociales como pobreza, violencia y exclusión; 5) promover un rol responsable de la educación y los medios en la prevención.

Conclusiones: El suicidio en Colombia es prevenible, pero requiere una respuesta integral y multisectorial. Las acciones deben incluir la integración de la prevención en todos los niveles del sistema de salud, el fortalecimiento de intervenciones comunitarias, el desarrollo de sistemas de información robustos y regionalmente adaptados, la capacitación continua de profesionales y la implementación de prácticas mediáticas responsables. Las propuestas derivadas del conversatorio constituyen una hoja de ruta para orientar políticas públicas y reducir su impacto en la población.

Palabras clave: Suicidio. Salud mental. Prevención. Colombia. Determinantes sociales.

Rev Latam Psiquiatría 2025; 24(2): 35-40

http://www.doi.org/xxxxxxxxx

www.revistalatampsiquiatria.com

© 2025 Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL). Este es un artículo open access bajo la licencia **CC BY 4.0.** Publicado con index

Abstract

Introduction: Suicide is a major public health problem and one of the leading causes of death worldwide, with a particularly significant impact on adolescents and young adults. In Colombia, suicide rates have shown a sustained increase, reaching their highest level since 2015 in 2021.

Objective: To reflect on the challenges and opportunities for suicide prevention in Colombia based on an interdisciplinary discussion forum.

Methods: This reflective article is based on the proceedings of the forum *"Mental Disorder and Suicide: a critical and proactive perspective. What should we know and do from civil society?"*, held in Bogotá in October 2024. The event gathered 17 participants from public health, clinical practice, academia, media, politics, and patient associations. Contributions were categorized into five thematic areas for analysis.

Results: Key priorities identified include: (1) adopting a comprehensive approach addressing individual, social, and structural factors; (2) improving information systems to tailor strategies to regional contexts; (3) strengthening human resources and mental health infrastructure; (4) addressing social determinants such as poverty, violence, and exclusion; and (5) promoting a responsible role for education and the media in prevention.

Conclusions: Suicide in Colombia is preventable but requires a comprehensive, multisectoral response. Actions should include integrating prevention at all levels of the health system, strengthening community-based interventions, developing robust and regionally adapted information systems, ensuring continuous training of professionals, and promoting responsible media practices. The proposals arising from the forum provide a roadmap to guide public policy and reduce the impact of suicide on the Colombian population.

Keywords: Suicide. Mental health. Prevention. Colombia. Social determinants.

Introducción

Cada suicidio es una tragedia. La OMS estima que 700,000 personas mueren por suicidio cada año[1], cifra que supera las muertes por malaria, cáncer de mama o VIH. Esta realidad tiene un impacto catastrófico y duradero en incontables familias y comunidades. Es una de las principales causas de muerte a nivel mundial y tiene mayor incidencia entre adolescentes y adultos jóvenes[1], en quienes cada caso implica un mayor número de años de vida perdidos. Según estimaciones globales, en 2019 la tasa estandarizada por edad fue de aproximadamente 9 por cada 100,000 habitantes, y cerca del 77 % de los casos ocurrieron en países de ingresos bajos y medios[1,2], contextos donde la pobreza, la desigualdad y la falta de oportunidades son factores cruciales. En América Latina, las tendencias recientes muestran un incremento sostenido en la incidencia de suicidio, especialmente en Colombia[3,4].

Investigaciones previas han documentado aumentos significativos en la tasa de suicidio y conductas suicidas en nuestro país desde finales de la década de 1990, con mayor impacto en hombres jóvenes y mujeres adolescentes[3]. En el 2021, el país alcanzó la tasa de muerte por suicidio más alta desde 2015, con 6,0 muertes por cada 100,000 habitantes, de los cuales un 40 % correspondió a jóvenes de 15 a 29 años[5]. Finalmente, en 2023 se registró la mayor tasa de intentos de suicidio hasta la fecha, 35.4 intentos por 100,000 habitantes, con mayor incidencia en mujeres de 15 a 19 años y en hombres de 15 a 24 años[6]. Esta tendencia creciente y su impacto diferencial en la población joven constituyen un problema de salud pública de gran magnitud y de carácter urgente.

El suicidio es un desenlace prevenible[7]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que su prevención requiere estrategias integrales que combinen vigilancia epidemiológica, intervenciones individuales y comunitarias, y una coordinación a nivel nacional[7]. Se estima que cerca del 46 % de las personas que mueren por suicidio tenían un diagnóstico previo de un trastorno mental, y la mayoría no había recibido atención adecuada[1–4]. Sin embargo, una proporción considerable de casos ocurre en ausencia de un diagnóstico psiquiátrico, dado que este fenómeno tiene una etiología multifactorial y compleja[7]. Por esta razón, el diseño y la implementación de estrategias de prevención requieren coordinación multisectorial e interdisciplinaria[7–9].

El Estado colombiano ha adoptado medidas como la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio[9], que plantea acciones en vigilancia, promoción, prevención y atención. Sin embargo, persisten limitaciones estructurales que afectan su implementación: déficit de infraestructura y

de personal especializado, ausencia de sistemas de información sólidos y oportunos, así como desigualdades territoriales marcadas[10]. Estudios recientes indican que entre el 61 % y el 73 % de las personas con necesidades en salud mental no acceden a servicios especializados, en gran parte por la concentración de la oferta en niveles de alta complejidad (hospitalización y urgencias) y la baja disponibilidad de servicios comunitarios, particularmente en regiones apartadas como Amazonas o Putumayo[10,11].

Frente a esta realidad, resulta fundamental generar espacios de diálogo y análisis que integren la perspectiva de múltiples sectores. Con este propósito, se llevó a cabo un conversatorio interdisciplinario orientado a discutir el fenómeno del suicidio desde una mirada crítica y propositiva, considerando el papel de la sociedad civil, las instituciones y la articulación intersectorial en su prevención.

Metodología

Este artículo corresponde a un documento de reflexión elaborado a partir de la relatoría del conversatorio titulado "*Trastorno Mental y Suicidio: una mirada crítica y propositiva. ¿Qué debemos saber y hacer desde la sociedad civil?*", realizado en Bogotá, Colombia, en noviembre de 2024.

El conversatorio tuvo un carácter interdisciplinario y convocó a 17 participantes provenientes de distintos sectores: salud pública, práctica clínica, academia, medios de comunicación, instancias políticas y asociaciones de pacientes y familiares. La selección de los participantes se realizó mediante invitación directa, buscando diversidad de enfoques y experiencia en el abordaje del suicidio y la salud mental.

La dinámica del evento se estructuró en torno a intervenciones libres seguidas de discusiones guiadas por un moderador, con el fin de fomentar el intercambio de perspectivas y la construcción colectiva de propuestas. La relatoría se elaboró a partir de notas en tiempo real y grabaciones de audio, previa autorización de los asistentes.

Para la presente síntesis, el contenido se organizó en cinco ejes temáticos definidos tras una lectura analítica de las intervenciones: determinantes sociales y culturales del suicidio, fortalezas y debilidades del sistema de salud, papel de los medios de comunicación, acciones comunitarias y de la sociedad civil, y propuestas de articulación intersectorial. Esta categorización se realizó de forma inductiva, siguiendo criterios de relevancia y recurrencia en el discurso de los participantes.

Nota metodológica: Al tratarse de un documento de reflexión, el objetivo no es generalizar hallazgos a la población, sino ofrecer un análisis interpretativo y propositivo basado en el diálogo interdisciplinario. Este enfoque permite integrar perspectivas cualitativas, experiencias profesionales y saberes comunitarios para enriquecer la comprensión del fenómeno del suicidio y orientar acciones futuras.

Resultados y reflexiones principales

Del análisis del conversatorio emergieron cinco ejes centrales que sintetizan las percepciones y propuestas de los participantes:

Enfoque integral: del individuo a la sociedad

El suicidio fue comprendido como un fenómeno multicausal que trasciende la perspectiva clínica centrada únicamente en el individuo. Los participantes coincidieron en que su ocurrencia resulta de la interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y estructurales. Se destacó la necesidad de ampliar el foco desde la atención de casos consumados hacia la identificación temprana de la ideación e intentos suicidas, tratándolos como un problema prioritario de salud pública. Asimismo, se hizo énfasis en la influencia de determinantes sociales —como pobreza, desigualdad, violencia, exclusión y ausencia de oportunidades— que incrementan la vulnerabilidad de individuos y comunidades.

Información y evidencia

Los asistentes identificaron la falta de un sistema nacional unificado, interoperable y robusto para el registro y seguimiento de casos de suicidio. Actualmente, la información se encuentra fragmentada entre distintas instituciones, lo que dificulta la identificación de patrones epidemiológicos, la caracterización de poblaciones de riesgo y la evaluación de las políticas públicas existentes. Se resaltó que los factores de riesgo y las tasas de suicidio presentan variaciones regionales importantes, por lo que las intervenciones deben ser diseñadas con un enfoque territorial y culturalmente adaptado, incorporando tanto datos cuantitativos como cualitativos para comprender el fenómeno en su contexto.

Recursos humanos e infraestructura

La escasez de psiquiatras, psicólogos y otros profesionales de la salud mental, junto con la alta concentración de servicios especializados en las capitales y ciudades intermedias, fue señalada como una de las barreras más críticas para la prevención y atención oportuna. Los participantes propusieron fortalecer el talento humano mediante formación continua, incentivos para la permanencia en zonas rurales y el desarrollo de modelos de atención basados en la psiquiatría comunitaria y la integración de la salud mental en la atención primaria. También se subrayó la necesidad de contar con infraestructura adecuada, incluyendo centros de crisis y líneas de atención disponibles las 24 horas.

Determinantes sociales y comunitarios

Se reconoció que una proporción significativa de los casos de suicidio no está asociada a un diagnóstico psiquiátrico previo, lo que obliga a considerar intervenciones que aborden factores como desempleo, inseguridad, violencia intrafamiliar, discriminación, acoso escolar, desplazamiento forzado y ausencia de redes de apoyo. El fortalecimiento de las habilidades socioemocionales desde la infancia, la promoción de la cohesión social y la generación de entornos protectores se plantearon como estrategias preventivas transversales que deben ser incorporadas en políticas públicas sostenidas.

Rol de la educación y los medios de comunicación

Se destacó la responsabilidad de los medios de comunicación en el manejo del tema, evitando el sensacionalismo y el uso de un lenguaje que pueda desencadenar el efecto Werther (imitación de conductas suicidas). En contraposición, se subrayó el potencial del efecto Papageno, en el cual la difusión de historias de superación y recursos de ayuda puede tener un efecto protector. Por su parte, el sistema educativo fue identificado como un espacio clave para la alfabetización emocional, la promoción de habilidades para la vida, la prevención del acoso escolar y la reducción del estigma asociado a los problemas de salud mental.

Propuestas estratégicas derivadas del conversatorio

1. Fortalecer la atención primaria en salud mental, incorporando la identificación y el manejo oportuno de la ideación suicida desde los entornos comunitarios.
2. Integrar la salud mental en políticas públicas intersectoriales, articulando los sectores de educación, justicia, bienestar social, cultura y medios de comunicación.
3. Implementar un sistema nacional unificado de información sobre suicidio y salud mental, que permita monitorear tendencias y evaluar intervenciones.
4. Ampliar la formación y disponibilidad del talento humano en salud mental, priorizando la cobertura en territorios históricamente desatendidos.
5. Desarrollar campañas públicas sostenidas e innovadoras, culturalmente adaptadas, orientadas a desmitificar el suicidio, promover la búsqueda de ayuda y fortalecer la resiliencia comunitaria.

Discusión

Los resultados del conversatorio reflejan una visión amplia y multidimensional del suicidio, coherente con la literatura internacional que lo describe como un fenómeno multifactorial y prevenible[1–4,8,9]. La OMS destaca que los determinantes sociales —como pobreza, desigualdad, violencia, discriminación y falta de acceso a servicios básicos— interactúan con factores individuales para configurar el riesgo suicida[1]. En Colombia, esta complejidad se ve agravada por la coexistencia de grandes centros urbanos con alta densidad poblacional y zonas rurales con acceso limitado a servicios de salud, lo que genera brechas sustanciales en la prevención y la atención[10–12].

Un aspecto clave que emergió en el conversatorio es la necesidad de ampliar el foco de las acciones preventivas, pasando del suicidio consumado a la detección temprana de la ideación y los intentos suicidas. La evidencia respalda esta estrategia, ya que el intento suicida es uno de los predictores más sólidos de suicidio consumado[13]. Sin embargo, su detección efectiva exige personal entrenado, instrumentos validados y un sistema de salud capaz de garantizar referencia y atención oportunas, condiciones que no siempre están presentes en el contexto colombiano[8,11,12].

En materia de información y vigilancia epidemiológica, la carencia de un sistema nacional unificado

limita la toma de decisiones basadas en evidencia. Experiencias de países como Chile y Uruguay demuestran que el fortalecimiento de los sistemas de información —integrando datos provenientes de salud, educación y justicia— facilita un seguimiento preciso de tendencias y una respuesta más rápida ante focos de riesgo[14,15]. Adaptar este modelo a Colombia implicaría voluntad política, inversión en infraestructura tecnológica y la definición de protocolos claros para la interoperabilidad de datos.

En relación con los determinantes sociales, se resalta que el suicidio no siempre se vincula a un trastorno mental diagnosticado. Factores como el desempleo, el acoso escolar, la violencia intrafamiliar y la exclusión social pueden actuar como desencadenantes[16]. Esto obliga a que la prevención primaria incorpore políticas públicas que fortalezcan la cohesión social, promuevan el desarrollo de habilidades socioemocionales desde edades tempranas y consoliden redes de apoyo comunitario sostenibles[17–19].

El papel de los medios de comunicación también se identificó como un eje estratégico. Una cobertura sensacionalista o inapropiada puede inducir el llamado efecto Werther, caracterizado por el aumento de conductas suicidas tras la exposición mediática a casos específicos[20]. En contraste, la difusión de mensajes de esperanza y de recursos de ayuda puede generar un efecto Papageno, protector frente a la conducta suicida[20,21]. El desarrollo de guías nacionales para el tratamiento mediático del suicidio, ajustadas al contexto colombiano, representaría un avance sustancial.

En conjunto, estos hallazgos refuerzan que, aunque las intervenciones individuales son indispensables, la reducción sostenida de las tasas de suicidio requiere estrategias intersectoriales que involucren no solo al sector salud, sino también a la educación, justicia, bienestar social, cultura y organizaciones comunitarias. Este enfoque de gobernanza multisectorial, recomendado por la OPS[22], es clave para promover la equidad en salud y abordar de forma efectiva las raíces sociales del suicidio[22,23].

Conclusiones

Las propuestas surgidas del conversatorio constituyen una hoja de ruta viable para orientar las políticas públicas de prevención del suicidio en Colombia. Comprender el suicidio como un fenómeno multicausal debe ser el punto de partida para articular estas políticas: no es suficiente intervenir en el nivel clínico e individual, es necesario abordar los determinantes sociales que configuran el riesgo suicida. La prevención del suicidio se enfrenta con obstáculos como la ausencia de un sistema nacional de registro epidemiológico, la escasez y la distribución centralizada de recursos en salud y la representación mediática irresponsable. Estas barreras atraviesan múltiples áreas sociales y dominios del conocimiento, de modo que su superación requiere participación y coordinación entre diversos sectores y disciplinas. La prevención del suicidio solo alcanzará su verdadero potencial si trasciende el consultorio y los centros urbanos y se construye también desde las escuelas, los medios de comunicación, los territorios apartados y la sociedad civil.

Agradecimientos

Los autores agradecen a todos los participantes del conversatorio que incluyó la participación de representantes de diferentes sectores incluyendo:

Sector gubernamental y salud pública: Olga Lucía Velásquez (Cámara de Representantes), Diana Margarita Ojeda (Procuraduría General de la Nación), Gerson Orlando Bermont (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá), Julián A. Fernández (Subsecretaría de Salud Pública), Rafael José Miranda (Ministerio de Salud y Protección Social).

Academia y hospitales universitarios: Julio César Castellanos y Gustavo Quintero (Universidad del Rosario, Hospital Universitario San Ignacio), Olga Lucía Melo (Universidad del Rosario), Adriana María Robayo (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS).

Sociedades científicas y clínicas especializadas: Alexie Vallejo y Diego Vargas (Asociación Colombiana de Psiquiatría, Clínica Nuestra Señora de la Paz, Clínica Montserrat).

Instituciones forenses y sociedad civil: Julián Castiblanco (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INMLCF), Gloria Nieto (Asociación Colombiana de Personas con Esquizofrenia y sus Familias – ACPEF).

Medios de comunicación y periodismo: Juan Pablo Bieri (RTVC) y Maritza Aristizábal (RCN).

Consultoría y desarrollo: Iván Darío González (Gressa – Salud para el Desarrollo).

La inclusión de los nombres no implica necesariamente la aprobación del contenido o conclusiones del presente artículo.

Referencias

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. World Health Organization; 2021.
2. Renaud J, MacNeil SL, Vijayakumar L, Spodenkiewicz M, Daniels S, Brent DA, et al. Suicidal ideation and behavior in youth in low- and middle-income countries: a brief review of risk factors and implications for prevention. Front Psychiatry. 2022;13.
3. Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A. Tendencias del suicidio en Colombia, 1985–2002. Rev Panam Salud Pública. 2007;22:231–8.
4. Dávila-Cervantes CA. Suicide burden in Latin America, 1990–2019: findings from the Global Burden of Disease Study 2019. Public Health. 2022;205:28–36.
5. Estadísticas Vitales (EEVV) Nacimientos. Defunciones fetales y no fetales. Bogotá; 2023.
6. Mosquera Bahamón Y, Ávila Mellizo GA, Walter Acero DM. Informe de Evento Primer Semestre Intento de Suicidio, 2023. Bogotá; 2023.
7. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Luxembourg: World Health Organization; 2014.
8. Arenas A, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Rev Colomb Psiquiatr. 2016;45:68–75.
9. Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio. Bogotá; 2018.
10. Agudelo-Hernández F, Rojas-Andrade R. Mental health services in Colombia: a national implementation study and a call to the community. 2022.
11. Agudelo-Hernández F, Rojas-Andrade R. Mental health services in Colombia: a national implementation study. Int J Soc Determinants Health Health Serv. 2023;53:424–33.
12. Alarcón Garavito GA, Burgess R, Dedios Sanguinetti MC, Peters LER, Vera San Juan N. Mental health services implementation in Colombia–A systematic review. PLOS Glob Public Health. 2023;3:e0001565.
13. Favril L, Yu R, Geddes JR, Fazel S. Individual-level risk factors for suicide mortality in the general population: an umbrella review. Lancet Public Health. 2023;8:e868–77.
14. Rando K, de Álava L, Dogmanas D, Rodríguez M, Irarrázaval M, Satdjian JL, et al. Development and implementation of national real-time surveillance system for suicide attempts in Uruguay. Int J Environ Res Public Health. 2025;22:420.
15. Goldenberg JS, Contreras Escudero L. Diseño y puesta en marcha de un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental. Rev Panam Salud Pública. 2002;11:83–92.
16. Oquendo MA, Galfalvy HC, Choo T-H, Herzog S, Burke AK, Sublette ME, et al. Occurrence and characteristics of suicidal ideation in psychiatrically healthy individuals based on ecological momentary assessment. Mol Psychiatry. 2024;29:3356–63.
17. Calear AL, Christensen H, Freeman A, Fenton K, Busby Grant J, van Spijker B, et al. A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2016;25:467–82.
18. Wasserman D, Carli V, Iosue M, Javed A, Herrman H. Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. Asia Pac Psychiatry. 2021;13.
19. Hou X, Wang J, Guo J, Zhang X, Liu J, Qi L, et al. Methods and efficacy of social support interventions in preventing suicide: a systematic review and meta-analysis. Evid Based Ment Health. 2022;25:29–35.
20. Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A, Till B, Strauss M, Etzersdorfer E, et al. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. Br J Psychiatry. 2010;197:234–43.
21. Sisask M, Värnik A. Media roles in suicide prevention: a systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2012;9:123–38.
22. US Department of Health and Human Services. National Strategy for Suicide Prevention: Strategic Direction 4, Health Equity in Suicide Prevention [Internet]. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2024.
23. Pearce T, Maple M, Wayland S, McKay K, Woodward A, Brooks A, et al. A mixed-methods systematic review of suicide prevention interventions involving multisectoral collaborations. Health Res Policy Syst. 2022;20:40.

Revista Latinoamericana de PSIQUIATRÍA
Órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América Latina

APAL
Asociación de Psiquiatras de América Latina

Artículo de reflexión

El espejismo del cuidado: del culto al servicio a la atención real

The mirage of care: from the cult of service to real care

José Ricardo López Melgar

Mental Health Center TMS Guatemala, Ciudad de Guatemala, Guatemala

Recibido: 1 Julio 2025
Aceptado: 30 Julio 2025
Publicado: 30 Agosto 2025

Resumen

Este ensayo explora la tensión entre el "culto al servicio" y la "atención real" en la práctica psiquiátrica contemporánea, integrando perspectivas fenomenológicas, neurocientíficas, literarias y socioeconómicas. Se plantea que, bajo la influencia de la economía de la atención y la mercantilización de las emociones, el acto clínico corre el riesgo de convertirse en una coreografía de cuidado orientada a generar satisfacción inmediata, pero carente de profundidad terapéutica. A través de referencias a autores clásicos como Binswanger, Minkowski, Winnicott y Merleau-Ponty, así como contemporáneos como Han, Zuboff, Illouz y Crary, se examina cómo la lógica del mercado y las asimetrías globales en la formación profesional configuran tanto la oferta como la percepción de la atención en salud mental. El texto sostiene que recuperar la atención real implica resistir las presiones de estandarización y eficiencia, defendiendo un encuentro clínico que preserve la singularidad, la temporalidad propia y el vínculo humano genuino. Esta resistencia no es únicamente ética, sino también política y existencial, y constituye una condición esencial para mantener la esencia humanista de la psiquiatría en un entorno cada vez más mediado por métricas y algoritmos.

Palabras clave: Atención clínica. Fenomenología. Economía de la atención. Psiquiatría. Cuidado. Ética médica. Mercantilización de la salud. Práctica reflexiva.

Abstract

This essay explores the tension between the "cult of service" and "real care" in contemporary psychiatric practice, integrating phenomenological, neuroscientific, literary, and socioeconomic perspectives. It argues that, under the influence of the attention economy and the commodification of emotions, the clinical act risks becoming a choreography of care designed to generate immediate satisfaction but devoid of therapeutic depth. Drawing on classical authors such as Binswanger, Minkowski, Winnicott, and Merleau-Ponty, as well as contemporary thinkers including Han, Zuboff, Illouz, and Crary, the essay examines how market logics and global asymmetries in professional training shape both the provision and the perception of mental health care. It contends that recovering real care requires resisting pressures of standardization and efficiency, defending a clinical encounter that preserves singularity, its own temporality, and genuine human connection. Such resistance is not only ethical but also political and existential, and it emerges as an essential condition for preserving the humanistic essence of psychiatry in an environment increasingly mediated by metrics and algorithms.

Keywords: Clinical care. Phenomenology. Attention economy. Psychiatry. Caregiving. Medical ethics. Commodification of health. Reflective practice.

Rev Latam Psiquiatría 2025; 24(2): 41-44

http://www.doi.org/xxxxxxxxx

www.revistalatampsiquiatria.com

© 2025 Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL). Este es un artículo open access bajo la licencia **CC BY 4.0.** Publicado con index

Hay un momento en toda consulta, en el que uno sabe si está atendiendo a una persona o gestionando a un cliente. No ocurre por las palabras, sino por la textura del encuentro: ese instante en que la mirada se mantiene o se desvía, en que el silencio se tolera o se rellena, en que la historia se despliega o se recorta para caber en el tiempo asignado. En ese instante se revela si estamos habitando el territorio de la atención real o si hemos sido arrastrados al culto al servicio. Esta diferencia, invisible para métricas y protocolos, es crucial: mientras la atención real se ancla en la presencia fenomenológica, en un estar con que, como plantea Binswanger (1963), se abre un espacio ontológico de cohabitación del mundo vivido (Lebenswelt), en donde el culto al servicio se reduce a un intercambio transaccional medido por satisfacción inmediata y repetibilidad. La clínica contemporánea, presionada por la lógica de la productividad y la economía de la atención, corre el riesgo de adoptar una estética de cuidado vacía. Como advierte Han (2012) al describir un "agotamiento de la autenticidad" en la cultura de la transparencia. El gesto se conserva, pero la profundidad se diluye. Un abordaje humano, aunque marque ritmos profesionales, requiere tiempo, ambigüedad y escucha no estructurada, pero esto se reemplaza por un guion diseñado para optimizar la percepción de valor más que la experiencia de encuentro (Fuchs, 2013).

El culto al servicio es un arte escénico pulido por el mercado: gestos medidos, lenguaje afectivo, seguimiento impecable, promesas de accesibilidad permanente. Es la liturgia de la satisfacción inmediata, donde el acto clínico se confunde con el desempeño de un servicio.

Todo está orientado a que el paciente "sienta" que ha sido atendido, incluso si lo que ha recibido es apenas un simulacro de escucha. No es mentira, pero tampoco es verdad; es lo que Goffman (1959) describiría como la "presentación de sí" adaptada al escenario institucional, un rol que el clínico desempeña bajo las reglas de un guion implícito. Este desplazamiento se alinea con una economía conductual de la vigilancia, donde cada interacción se optimiza para su trazabilidad y retroalimentación inmediata. En este contexto, la atención clínica se vuelve un producto empaquetado, con protocolos de empatía y frases estandarizadas, corriendo el riesgo de confundir el confort emocional superficial con la intervención terapéutica significativa (Illouz, 2007).

En términos fenomenológicos, se trata de un "acercamiento sin acceso" (Binswanger, 1958), un contacto aparente que no penetra la esfera del mundo vivido, dejando intactas las estructuras profundas del sufrimiento.

La atención real, en cambio, es áspera y exigente. No siempre es cómoda, porque no busca únicamente aliviar, sino también comprender; y comprender implica a veces confrontar, desmontar narrativas y tolerar la incertidumbre. Supone sumergirse en la temporalidad única del otro, incluso cuando esa temporalidad contradiga la urgencia del reloj o las demandas de la agenda institucional. Este "tiempo clínico", muy distinto del tiempo cronológico, ya lo describe Minkowski (1970) como una vivencia que se expande o se contrae según la densidad existencial del momento, y por Winnicott (1965) lo elabora como el sostén silencioso en el que el paciente puede desplegar su self verdadero. En esta forma de atención, la historia se organiza como se organiza el pensamiento cuando nadie lo apura: con desvíos, vacíos, repeticiones y revelaciones que no caben en formularios ni encuestas. No hay guion: hay presencia encarnada, o lo que Merleau-Ponty (1962) definía como "estar-en-el-mundo con el otro". Esta clase de encuentro resiste la estandarización, y por eso mismo está en riesgo de extinción en entornos dominados por la eficiencia y el consumo rápido de experiencias (Fuchs, 2010).

Sin embargo, hoy habitamos un ecosistema en el que el tiempo del clínico y el del paciente son moldeados por las mismas fuerzas que regulan el consumo digital. Igual que en la dinámica hipnótica del scroll infinito del TikTok, donde la mente salta de estímulo en estímulo sin sedimentar experiencia, la consulta corre el riesgo de fragmentarse en unidades breves, diseñadas para ser percibidas como satisfactorias más que para ser terapéuticamente transformadoras (Alter, 2017).

Este patrón forma parte de una "vigilia permanente" en la que el descanso y la pausa se vuelven improductivos, generando una clínica de inmediatez: diagnósticos rápidos, intervenciones breves y retroalimentación inmediata, todo para mantener el ritmo del mercado. El problema es que este tiempo acelerado favorece solo ciertas capas de la experiencia, las que son visibles, narrables y cuantificables mientras desplaza lo latente, lo ambiguo o lo doloroso a un plano marginal (Turkle, 2015). En términos clínicos,

significa que el síntoma se gestiona, pero no se comprende; se mitiga la incomodidad, pero no se transforma la estructura que la produce. Lo que se gana en velocidad se pierde en profundidad, y en ese intercambio se erosiona la esencia misma de la atención real (van Manen, 2014).

En este contexto, la subjetividad del paciente llega filtrada: lo que antes era un relato crudo y fragmentario, ahora suele presentarse como una narración adaptada al consumo, ya sea para agradar, convencer o cumplir con lo que se espera en una consulta. Lo paradójico es que el clínico, si no mantiene una conciencia crítica, también adapta su escucha: atenúa la disonancia, simplifica la complejidad y administra intervenciones como si fueran productos con etiqueta. Este fenómeno se agrava cuando se comete el error de universalizar al clínico, como si todos operaran en las mismas condiciones, sin reconocer que la práctica se configura dentro de ecosistemas profundamente dispares.

No es lo mismo formarse y ejercer en un país con recursos, redes de apoyo interdisciplinario y baja presión asistencial, que hacerlo en un contexto donde el acceso es limitado, la burocracia es asfixiante y las oportunidades de desarrollo profesional dependen de favoritismos tácitos o de la capacidad de navegar monopolios institucionales (Farmer & Kim, 2008; Patel & Saxena, 2014). En los países en desarrollo, el clínico puede verse obligado a optimizar la consulta para sobrevivir al sistema, mientras que en entornos de abundancia se espera que encarne un ideal de atención holística que pocas veces se confronta con las restricciones materiales. Esta asimetría condiciona tanto la posibilidad de ofrecer atención real como la de resistir la lógica del culto al servicio. No se trata de juzgar la pericia individual, sino de comprender el entramado donde esa pericia se ejerce.

Lo irónico es que este vaciamiento se disfraza de exceso. Vivimos rodeados de lo que podría llamarse una coreografía del cuidado: recordatorios automatizados, sonrisas reglamentarias, guiones de empatía, protocolos de seguimiento y encuestas de satisfacción.

Todo esto puede generar la ilusión de cercanía, pero en realidad opera como un sustituto del contacto humano genuino. Illouz lo advierte (2018), en la era de la "mercantilización de las emociones" el afecto se convierte en una estrategia comunicacional más que en un vínculo emergente del encuentro. La psiquiatría no está exenta de este riesgo: un sistema saturado de rituales de cuidado visibles puede invisibilizar la ausencia de cuidado real. Lo que se ofrece no es falsedad, pero sí una versión domesticada de la presencia clínica, diseñada para no incomodar ni al paciente ni al sistema. El problema es que, cuando el gesto se convierte en protocolo y el vínculo en procedimiento, se pierde el potencial transformador que emerge de lo impredecible, lo incómodo o lo no programado (Mol, 2008; Mattingly, 2010).

Recuperar la atención real en un sistema que premia lo opuesto exige un acto deliberado de resistencia. Implica rechazar la comodidad del guion y volver a sostener el peso de la pausa, incluso cuando esta parezca improductiva o amenace con romper el flujo "eficiente" de la consulta. Significa defender la singularidad del relato del paciente frente a la presión de encajarlo en categorías prediseñadas, y aceptar que la incomodidad tanto del clínico como del paciente, el cual puede ser el terreno fértil para el cambio (Frank, 1995).

Esta resistencia no es romántica; es pragmática. Involucra decisiones concretas: proteger espacios libres de medición constante, crear tiempos de trabajo que permitan procesar la complejidad, y cultivar una escucha capaz de atravesar la superficie del discurso hasta encontrar la estructura viva del padecer. Como señalaba Merleau-Ponty (1968), el encuentro clínico es un entrelazamiento de existencias, y no un intercambio de datos. Recuperar esta visión exige que el clínico, incluso dentro de un sistema adverso, busque fisuras para ejercer una atención que no esté subordinada a la lógica del consumo. Allí, en esa práctica silenciosa pero firme, se preserva algo más que la ética profesional: se preserva la humanidad misma del acto clínico (Kleinman, 1988).

En última instancia, la elección entre el culto al servicio y la atención real no es meramente técnica: es ética, política y existencial. Lo que está en juego no es solo la calidad de un acto médico, sino la forma en que concebimos el lugar del ser humano en el mundo. En la superficie, ambas atenciones pueden parecer idénticas: mismas palabras, mismo gesto, mismo protocolo. Pero una está orientada a sostener la experiencia, la otra a producir una impresión. La primera asume que el sufrimiento merece ser escuchado en su espesor, aunque ello requiera incomodidad, lentitud y riesgo; la

segunda lo adapta a los ritmos y formas que el mercado tolera, convirtiéndolo en mercancía emocional. Levinas nos recuerda (1969), "la relación con el otro es anterior a toda forma de poder", y es allí donde la atención real se afirma como resistencia: no en la perfección del servicio, sino en la decisión consciente de acompañar al paciente más allá de lo que es visible, medible o rentable. Esa decisión, invisible a los algoritmos y ajena a las encuestas, es la que preserva la posibilidad de que la psiquiatría siga siendo un lugar donde el mundo, por un instante, se detenga lo suficiente para que alguien pueda habitarlo de nuevo (Scarry, 1985).

Referencias

1. Binswanger, L. (1963). *Being-in-the-world: Selected papers of Ludwig Binswanger*. New York: Basic Books.
2. Han, B.-C. (2012). *La sociedad de la transparencia*. Barcelona: Herder.
3. Fuchs, T. (2013). Temporality and psychopathology. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 12(1), 75–104. https://doi.org/10.1007/s11097-010-9189-4
4. Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. New York: Anchor Books.
5. Zuboff, S. (2019). *The age of surveillance capitalism*. New York: PublicAffairs.
6. Illouz, E. (2007). *Cold intimacies: The making of emotional capitalism*. Cambridge: Polity Press.
7. Binswanger, L. (1958). *Existenzphilosophie und Psychotherapie*. Bern: Francke Verlag.
8. Minkowski, E. (1970). *Lived time: Phenomenological and psychopathological studies*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
9. Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Hogarth Press.
10. Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of perception*. London: Routledge & Kegan Paul.
11. Fuchs, T. (2010). Subjectivity and intersubjectivity in psychiatric diagnosis. *Psychopathology*, 43(4), 268–274. https://doi.org/10.1159/000315126
12. Alter, A. (2017). *Irresistible: The rise of addictive technology and the business of keeping us hooked*. New York: Penguin Press.
13. Crary, J. (2013). *24/7: Late capitalism and the ends of sleep*. London: Verso.
14. Turkle, S. (2015). *Reclaiming conversation: The power of talk in a digital age*. New York: Penguin Press.
15. van Manen, M. (2014). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. New York: Routledge.
16. Farmer, P., & Kim, J. Y. (2008). Surgery and global health: A view from beyond the OR. *World Journal of Surgery*, 32(4), 533–536. https://doi.org/10.1007/s00268- 008-9525-9
17. Patel, V., & Saxena, S. (2014). Transforming lives, enhancing communities: Innovations in global mental health. *New England Journal of Medicine*, 370, 498–501. https://doi.org/10.1056/NEJMp1314776
18. Illouz, E. (2018). *The end of love: A sociology of negative relations*. Oxford: Oxford University Press.
19. Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. London: Routledge.
20. Mattingly, C. (2010). *The paradox of hope: Journeys through a clinical borderland*. Berkeley: University of California Press.
21. Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*. Chicago: University of Chicago Press.
22. Merleau-Ponty, M. (1968). *The visible and the invisible*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
23. Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
24. Levinas, E. (1969). *Totality and infinity*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
25. Scarry, E. (1985). *The body in pain: The making and unmaking of the world*. New York: Oxford University Press.

Revista Latinoamericana de PSIQUIATRÍA
Órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América Latina

APAL
Asociación de Psiquiatras de América Latina

Imaginar la democracia

(Grupo Sura – Revista Cambio, 2025)

El libro *Imaginar la democracia* reúne cuarenta ensayos de Alejandro Gaviria, Jorge Orlando Melo, Mauricio García Villegas, Rodrigo Uprimny, Sandra Borda, Viridiana Molinares y varios invitados. Se trata de textos breves: más largos que una columna de opinión, pero más concisos que un capítulo académico. En conjunto, ofrecen lecturas ágiles que no sacrifican profundidad. Entre ellos conviven reflexiones teóricas, análisis de coyuntura, miradas históricas y diagnósticos sobre la crisis contemporánea de los sistemas democráticos.

Desde las primeras páginas, el libro recuerda que la democracia puede entenderse de dos maneras: como realidad institucional, con reglas, normas y procedimientos; y como ideal, un horizonte de expectativas ciudadanas. Ambas dimensiones se complementan y también se tensionan: sin el ideal, la democracia corre el riesgo de reducirse a un ritual vacío; sin instituciones, el ideal queda relegado a simple consigna.

La primera parte del libro explora esas tensiones desde diversas tradiciones. Se contrasta la plaza pública de la Atenas clásica con el constitucionalismo moderno; la noción rousseauniana de "voluntad general" con las cautelas liberales que limitan a las mayorías; la promesa de la participación con la necesidad de reglas que la encaucen. Los ensayos se mueven entre un maximalismo democrático y un minimalismo institucional, en busca de un equilibrio que combine apertura y límites, entusiasmo y contención.

La segunda parte adopta un tono más sombrío: examina el declive actual de la democracia. Describe nuevas amenazas: la concentración de la riqueza y su capacidad para capturar instituciones; el papel ambivalente de las tecnologías digitales, capaces de expandir la información pero también de manipularla; el debilitamiento del derecho internacional y el avance de populismos autoritarios. Se advierte cómo las redes sociales distorsionan el debate público, privilegiando el escándalo y la radicalidad sobre la deliberación razonada, y cómo la política se convierte en espectáculo, moldeado y financiado por grandes corporaciones. Varios textos sugieren que la democracia se ha vuelto rehén de un ecosistema mediático que premia la polarización y margina la moderación.

La tercera parte centra la mirada en Colombia y América Latina, con un tono más íntimo. Se revisan momentos críticos de la historia democrática colombiana, desde transiciones políticas hasta pactos de élites que han restringido la participación efectiva. Se discute la desigualdad como obstáculo estructural; se analizan las críticas al modelo democrático desde la izquierda marxista y desde el conservadurismo; y se exploran alternativas institucionales como el parlamentarismo. Otros textos enlazan pasado y presente, mostrando cómo rasgos persistentes de nuestra cultura política —la desconfianza, el clientelismo, la exclusión— continúan moldeando los límites y posibilidades de la democracia.

Rev Latam Psiquiatría 2025; 24(2): 45-46

http://www.doi.org/xxxxxxxxx

www.revistalatampsiquiatria.com

© 2025 Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL). Este es un artículo open access bajo la licencia **CC BY 4.0.** Publicado con index

Lo que une a estos ensayos, más allá de la diversidad de enfoques, es la certeza de que la democracia exige algo más que buenos diseños institucionales: necesita virtudes cívicas, compromiso ciudadano, sentido de comunidad. Sin esas bases éticas y culturales, las constituciones más sofisticadas pueden vaciarse de contenido, y las elecciones más libres pueden dar lugar a gobiernos que erosionen las libertades que las hicieron posibles.

En tiempos en los que el debate público oscila entre el cinismo y la nostalgia, *Imaginar la democracia* se ubica en un lugar incómodo, pero fértil: reconoce la dificultad del ideal democrático sin renunciar a él. Es, en definitiva, un recordatorio de que la democracia es frágil porque depende de nosotros —de nuestras instituciones, pero también de nuestros hábitos, conversaciones y capacidad de imaginarla distinta y mejor.

Como afirman sus autores: la democracia es difícil. Y quizá en esa dificultad resida su verdadero encanto.

Dr. Alexei Vallejo Silva

Presidente

Asociación Colombiana de Psiquiatría