2023 número 3
volumen 22

Revista Latinoamericana de PSIQUIATRÍA

Órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América Latina

Editorial
Danuta Wasserman

Prevalencia mundial del trastorno límite de la personalidad: una revisión bibliográfica sistemática y análisis de meta-regresión
Lucas Henrique Feitosa Soares, Anderson Sousa Martins da Silva, Eric Balliari, Giuliana Perrote, Felipe Ladeira Caracuel, Antonio Ventriglio, Julio Torales, João Maurício, Cataldelli-Maia

Revisión sistemática seguridad y eficacia de la psicoterapia asistida con Ketamina
Frank Lozano, Sebastián Lema

Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en personal no sanitario de un hospital de alto nivel de complejidad en Bogotá durante la pandemia de Covid-19
Andrés Sarmiento-Buitrago, María Daniela Rubiano-Castaño, Juanita Aguilera Almeida, Silvia Jurado, Daniela Riveros, María Paula Clavijo, Ana Milena Isaza Narváez, Juan Fernando Cano Romero

Pinel, la ilustración y la Revolución francesa. (O de qué manera aquellas ideas se expresaron en la naciente psiquiatría)
Dr. Ricardo Acuña Pomiés

Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Psiquiatras y Residentes de Psiquiatría de la República Dominicana ante la Salud LGBTQ
Carlos F. Domínguez R., José Agustín Rojas Alfau, Elly Pichardo, Laura Michelle Santana Rodríguez

Presentación de libros

3 Volumen 22
2023

Revista Latinoamericana de
PSIQUIATRÍA

Órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América Latina

COMITÉ EJECUTIVO APAL 2022 -2024

Presidente
Marisol Taveras Ulerio (República Dominicana)

Vice - Presidente
Santiago Andrés Levin (Argentina)

Secretaria General
Luz María Inoa Vargas (República Dominicana)

Secretario de Finanzas
Eddy Peralta Jiménez (República Dominicana)

Directora de Secciones
Myriam de La Ossa O' Reilly (Cuba)

Secretarios Regionales
Países del Cono Sur
Artigas Pouy Aguilera (Uruguay)
Países Bolivarianos
Andrea Otero Ospina (Colombia)
México, Centroamérica y el Caribe
Mirna Roxana Santos Ruano (Guatemala)

Director de Publicaciones
Rodrigo Nel Córdoba Rojas (Colombia)

COMITÉ DE REDACCIÓN

Director
Rodrigo Nel Córdoba Rojas

Miembros
Alexie Vallejo
Angela Vélez T.
Jairo Gonzales
Juan F. Cano R.

COMITÉ EDITORIAL

Argentina
Manuel Vilapriño
Maximiliano Cesoni

Brasil
Joao Castaldelli-Maia

Chile
Ulises Ríos Díaz
Leonor Bustamante Calderón

Colombia
José Manuel Santacruz

Cuba
Myriam de La Ossa O' Reilly

Ecuador
Carlos León Andrade

España
Luis Caballero

México
Jesús Ramírez Bermúdez

Panamá
Miguel Cedeño

Perú
Ricardo Bustamante Quiroz

República Dominicana
Eddy Peralta Jiménez

Uruguay
Cecilia Idiarte

Reglamento de Publicaciones *(ver detalle en pág. 66)*

La **Revista Latinoamerica de Psiquiatría**, órgano oficial de la Asociación Psiquiatríca 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.

3 Volumen 22
2023

Revista Latinoamericana de PSIQUIATRÍA

Órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América Latina

PRESIDENTES DE SOCIEDADES INTEGRANTES DE APAL

Argentina
Asociación de Psiquiatras de Argentina
Presidente: Cora Lugercho

Bolivia
Sociedad Boliviana de Psiquiatría
Presidente: Claribel Ramírez Hurtado

Brasil
Asociación Brasileña de Psiquiatría
Presidente: Antonio Geraldo Da Silva

Chile
Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía
Presidenta: Daniela Gómez Aguirre

Colombia
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Presidenta: Mauricio De La Espriella

Costa Rica
Asociación Costarricense de Psiquiatría
Presidente: Francisco Golcher Valverde

Cuba
Asociación Cubana de Psiquiatría
Presidenta: Myriam de La Ossa O' Reilly

Ecuador
Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría
Presidente: Adelaida Alvear Méndez

El Salvador
Asociación Salvadoreña de Psiquiatría
Presidente: Mario Ernesto Flores Pineda

Guatemala
Asociación Guatemalteca de Psiquiatría
Presidente: José Ricardo López Melgar

México
Asociación Psiquiátrica Mexicana
Presidenta: Jacqueline Cortés Morelos

Panama
Sociedad Panameña de Psiquiatría
Presidenta: Patricia Arroyo

Paraguay
Sociedad Paraguaya de Psiquiatría
Presidente: Marcos Capurro

Perú
Asociación Psiquiátrica Peruana
Presidente: José Lining Antícona

Puerto Rico
Asociación Puertorriqueña de Psiquiatría
Presidente: Isis María Sánchez

República Dominicana
Sociedad Dominicana de Psiquiatría
Presidente: Ampary Reyes

Uruguay
Sociedad de Psiquiatría del Uruguay
Presidente: Artigas Pouy Aguilera

Venezuela
Sociedad Venezolana de Psiquiatría
Presidenta: Petra Aponte Martínez

ÍNDICE

5 Editorial
Danuta Wasserman

7 Prevalencia mundial del trastorno límite de la personalidad: una revisión bibliográfica sistemática y análisis de meta-regresión
Lucas Henrique Feitosa Soares, Anderson Sousa Martins da Silva, Eric Balliari, Giuliana Perrote, Felipe Ladeira Caracuel, Antonio Ventriglio, Julio Torales, João Maurício, Cataldelli-Maia

17 Revisión sistemática seguridad y eficacia de la psicoterapia asistida con Ketamina
Frank Lozano, Sebastián Lema

29 Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en personal no sanitario de un hospital de alto nivel de complejidad en Bogotá durante la pandemia de Covid-19
Andrés Sarmiento-Buitrago, María Daniela Rubiano-Castaño, Juanita Aguilera Almeida, Silvia Jurado, Daniela Riveros María Paula Clavijo, Ana Milena Isaza Narváez, Juan Fernando Cano Romero

39 Pinel, la ilustración y la Revolución francesa. (O de qué manera aquellas ideas se expresaron en la naciente psiquiatría)
Dr. Ricardo Acuña Pomiés

53 Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Psiquiatras y Residentes de Psiquiatría de la República Dominicana ante la Salud LGBTQ
Carlos F. Domínguez R., José Agustín Rojas Alfau, Elly Pichardo, Laura Michelle Santana Rodríguez

64 Presentación de libros

66 Reglamento de Publicaciones

Diseño y Diagramación
D.I. Pilar Diez - Estudio de diseño
mdpdiez@gmail.com / (+53) 011 3373-1054 - Argentina
www.mdpdiez.wixsite.com/pdestudio

EDITORIAL

Plan de acción Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA)

El Plan de Acción de la WPA (octubre de 2023 - 2026) está diseñado para ganar terreno y sentar un precedente para extender los avances en salud mental más allá de los límites de la psiquiatría y la medicina y hacia el tejido mismo de la sociedad. Una buena salud mental es fundamental para la toma de decisiones individuales y colectivas, las relaciones armoniosas y las comunidades prósperas: es la base de un futuro mejor para todos. Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, adoptados por todos los Estados miembros de las Naciones Unidas en 2015, sonplanesparalaconstrucciódeunmundosostenible,inclusivoypróspero. El Plan de Acción de la WPA se basa en los ODS de las Naciones Unidas a través de relaciones recíprocas positivas entre una mejor salud mental, una disminución de la pobreza y el hambre, una buena salud y bienestar, una educación de calidad, la igualdad de género, el agua potable y el saneamiento, el empleo decente, las ciudades y comunidades sostenibles. e instituciones responsables, inclusivas y fuertes. Uno de los ODS más importantes para la WPA es el de Asociaciones para lograr el objetivo, que destaca la importancia de los esfuerzos colaborativos. Promover la salud mental y el bienestar requiere cooperación transectorial de todos los sectores de la sociedad: gubernamental, privada, civil y todos los sectores intermedios, incluida la atención sanitaria, la salud pública, la sostenibilidad, la acción climática, el trabajo, la vivienda, la educación, las finanzas, la filantropía y organizaciones comunitarias. A través de dichas asociaciones, es posible aprovechar los recursos, el alcance y la experiencia mancomunados de múltiples partes interesadas para abordar eficazmente los problemas de salud mental a nivel sistémico, no solo individual. Para hacer realidad los conceptos antes mencionados dentro de la WPA es necesario avanzar en la imagen de la psiquiatría y el papel del psiquiatra. Si la WPA aspira a lograr un cambio sistémico en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos de salud mental, debemos comenzar por cambiar nuestro propio papel en ese sistema. Los psiquiatras deben liderar la conversación sobre la prevención basada en evidencia y las posibilidades de tratamiento de los problemas de salud mental, pero también descubrir formas innovadoras de alentar a los sectores de la sociedad no relacionados con la salud a unirse a esa conversación. Dentro de la WPA, debemos fortalecer nuestra identidad buscando puntos en común, entendimiento mutuo y respeto por nuestras diferencias entre las Sociedades Miembro. Como un paso proactivo y transformador hacia un

campo de la psiquiatría más inclusivo y culturalmente competente, las directrices EDIT se aplicarán a todas las actividades de la WPA, incluidos los Comités Permanentes, el Comité de Ética, ACRE y el Programa Científico del WPC. El acrónimo EDIT significa Igualdad entre géneros, edades y etnias; Etapas de desarrollo desde la niñez hasta la edad adulta y más allá; Inclusión de grupos subrepresentados; y Conciencia y perspectivas transculturales. Este Plan de Acción pretende mejorar la salud mental de los pacientes, el personal psiquiátrico y el público en general alentando y permitiendo a los psiquiatras y al campo de la psiquiatría adoptar el nuevo papel de liderazgo en la sociedad.

Profesora Dra. Danuta Wasserman
Presidenta.WPA

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

Prevalencia mundial del trastorno límite de la personalidad: una revisión bibliográfica sistemática y análisis de meta-regresión

Global prevalence of borderline personality disorder: a systematic literature review and meta-regression analysis

Lucas Henrique Feitosa Soares
Secretaría de Salud de São Bernardo do Campo, São Paulo, SP, Brasil.

Anderson Sousa Martins da Silva
Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Eric Balliari
Secretaría de Salud de São Bernardo do Campo, São Paulo, SP, Brasil.

Giuliana Perrote
Departamento de Neurociencia, Facultad de Medicina, Centro Universitario FMABC, Santo André, SP, Brasil.

Felipe Ladeira Caracuel
Secretaría de Salud de São Bernardo do Campo, São Paulo, SP, Brasil.

Antonio Ventriglio
Departamento de Medicina Clínica y Experimental, Universidad de Foggia, Italia.

Julio Torales
Departamento de Psicología Médica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay.

Instituto Regional de Investigación en Salud, Universidad Nacional de Caaguazú, Coronel Oviedo, Paraguay.

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Sudamericana, Pedro Juan Caballero, Paraguay.

João Maurício Cataldelli-Maia
Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Departamento de Neurociencia, Facultad de Medicina, Centro Universitario FMABC, Santo André, SP, Brasil.

Departamento de Psicología Médica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay.

Correspondencia:
Prof. João Mauricio Castaldelli-Maia.
jmcmaia2@gmail.com
Departamento de Neurociência da Faculdade de Medicina do ABC, Avenida Lauro Gomes 2000, Vila Sacadura Cabral, Santo André, SP, 09060-870, Brazil.

Los autores no declaran conflicto de intereses

Resumen *Introducción:* El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno mental común que afecta a la población general. Este estudio tiene como objetivo evaluar la prevalencia global del TLP en la población general y examinar posibles variables moderadoras que puedan afectar la heterogeneidad en las tasas de prevalencia. *Método:* Se realizó una revisión sistemática de la literatura, meta-análisis, y meta-regresión. Se incluyeron estudios que proporcionaron tasas de prevalencia del TLP en la población general y que utilizaron criterios de diagnóstico estandarizados. Se realizó un metaanálisis de efectos aleatorios para calcular la tasa de prevalencia general, y se llevaron a cabo análisis de subgrupos y meta-regresión para examinar las variables moderadoras. *Resultados:* La tasa de prevalencia global del TLP en la población general fue del 5.9% (IC del 95%: 4.3% a 7.5%). Se encontró una heterogeneidad significativa entre los estudios. Los análisis de subgrupos revelaron diferencias en las tasas de prevalencia según la ubicación del estudio, los criterios de diagnóstico utilizados y el rango de edad de la población. El análisis de meta-regresión identificó que la ubicación y los criterios de diagnóstico fueron moderadores significativos de las tasas de prevalencia. *Conclusión:* La prevalencia global del TLP en la población general es del 5.9%, con variaciones significativas según la ubicación y los criterios de diagnóstico. Estos hallazgos tienen implicaciones importantes para la planificación de la salud mental y la asignación de recursos. Se necesita más investigación para comprender las razones de la variación en las tasas de prevalencia y explorar el impacto del TLP en la calidad de vida de los individuos y la efectividad de diferentes enfoques de tratamiento.

Palabras Claves: Trastorno Límite de la Personalidad, Prevalencia, Meta-Análisis, Revisión Sistemática, y Meta-Regresión

Abstract Introduction: *Borderline personality disorder (BPD) is a common mental disorder that affects the general population. This study aims to evaluate the global prevalence of BPD in the general population and examine potential moderating variables that may affect heterogeneity in prevalence rates.* Method: *A systematic literature review, meta-analysis and meta-regression were conducted. Studies that provided prevalence rates of BPD in the general population and used standardized diagnostic criteria were included. A random-effects meta-analysis was performed to calculate the overall prevalence rate, and subgroup analyses and meta-regression were conducted to examine moderating variables.* Results: *The overall pooled prevalence rate of BPD in the general population was 5.9% (95% CI: 4.3% to 7.5%). Significant heterogeneity was found among studies. Subgroup analyses revealed differences in prevalence rates based on the location of the study, diagnostic criteria used, and age range of the population. Meta-regression analysis identified location and diagnostic criteria as significant moderators of prevalence rates.* Conclusion: *The global prevalence of BPD in the general population is approximately 5.9%, with significant variations based on location and diagnostic criteria. These findings have impor-*

tant implications for mental health planning and resource allocation. Further research is needed to understand the reasons for prevalence rate variation and to explore the impact of BPD on individuals' quality of life and the effectiveness of different treatment approaches.

Keywords: *Borderline Personality Disorder, Prevalence, Meta-Analysis, Systematic Review, Meta-Regression Analysis*

Introducción

El concepto de personalidad como conjunto de características estables en un individuo es tanto antiguo como complejo. Los intentos de describir tipos humanos han ocurrido tanto en la Antigua China como en la Antigua Grecia, con la teoría humoral de Galeno. En el siglo XIX, varias escuelas y autores intentaron conceptualizar los trastornos de la personalidad, como por ejemplo Pinel, quien describió la "manie sans delire", una alteración del afecto sin alteración de la comprensión (1).

De manera breve, Widiger (2) define la personalidad como "la forma característica en que una persona siente, piensa, reacciona, se comporta y se relaciona con los demás". Dentro de la personalidad, se pueden destacar los rasgos de personalidad como patrones continuos de pensamiento, percepción y relación con el entorno, que varían según las culturas y aspectos sociales (3).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (3), un trastorno de personalidad: Es un patrón persistente de experiencia interna y comportamiento que se desvía significativamente de las expectativas de la cultura del individuo, es difuso e inflexible, comienza en la adolescencia o al comienzo de la adultez, es estable a lo largo del tiempo y causa sufrimiento o deterioro.

Actualmente, los trastornos de personalidad se dividen en 10 tipos, agrupados en 3 grupos o clústers según sus similitudes. En el grupo A se encuentran los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico; en este grupo, los individuos suelen ser "extraños" y/o desconfiados. En el grupo B, se incluyen los trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista; en esta categoría, los individuos tienden a ser dramáticos, emocionales, inestables, manipuladores o erráticos. En el grupo C se encuentran los trastornos de personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsivo, en los cuales los individuos parecen ser temerosos o controladores (3).

Los trastornos de personalidad son comunes en la práctica clínica y pueden encontrarse en hasta un 45% de los pacientes ambulatorios, ya sea como trastorno único o en combinación con otros diagnósticos. Más específicamente, el trastorno de personalidad límite (TPL) es, con mucho, el más estudiado debido a los desafíos que presenta (4).

El TPL tiene sus raíces en el psicoanálisis, con una primera definición a fines de la década de 1970, fue incluido en el DSM-III en 1980 y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) una década después, bajo el nombre de trastorno de personalidad emocionalmente inestable5. Sus características incluyen una extrema sensibilidad a los desprecios interpersonales, emociones intensas y volátiles, comportamientos impulsivos, relaciones interpersonales inestables y una autoimagen inestable (4,5). En términos de prevalencia, varía según el entorno evaluado: en la población general, las tasas oscilan entre el 0,5% y el 5,9%; en poblaciones clínicas, el TPL se convierte en el trastorno de personalidad más común, presente en aproximadamente el 10% de los pacientes en tratamiento psiquiátrico ambulatorio y hasta en un 25% de los pacientes hospitalizados. En cuanto a aquellos que buscan servicios de salud, entre el 10% y el 15% de los pacientes en salas de emergencia presentan TPL (5); la prevalencia del TPL en entornos de atención primaria puede ser hasta 4 veces mayor que en la población en general, sugiriendo que las personas con este trastorno psiquiátrico son usuarios frecuentes de servicios médicos generales (6).

El uso frecuente de servicios de salud por parte de pacientes con TPL genera un alto costo para el sistema

en su conjunto. El tratamiento psicoterapéutico ambulatorio se lleva a cabo en aproximadamente el 70% al 95% de los pacientes durante su vida; las tasas de hospitalización psiquiátrica varían según el país, oscilando entre el 13% y el 78%7. En Estados Unidos, alrededor del 60% de los pacientes con TPL utilizan algún psicofármaco, y el 42% utiliza tres o más medicamentos. Aunque no se encuentran cifras exactas sobre la tasa de uso de servicios de salud por parte de pacientes con TPL, su uso es mucho mayor que el de personas con otros diagnósticos psiquiátricos y que la población en general (7).

El TPL suele estar acompañado de varios trastornos comórbidos, en particular trastornos del estado de ánimo (50-60%), trastornos de ansiedad (60-80%), consumo de sustancias (alrededor del 50%), trastorno de estrés postraumático (31% a 55%) y trastornos alimentarios (7). También es importante destacar la tasa más alta de intentos de suicidio, que es aproximadamente tres veces mayor que en la población en general, así como la tasa más alta de comportamientos autolesivos (alrededor del 90% de las personas con TPL presentan episodios de autolesiones a lo largo de su vida), utilizados como un intento de aliviar el dolor y la angustia (4,7).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - 10 (CIE-10), de manera análoga al trastorno de personalidad límite, se encuentra el "trastorno de personalidad con inestabilidad emocional", que se caracteriza por una tendencia a actuar de manera impredecible, sin considerar las consecuencias, con un humor impredecible, una tendencia a tener un comportamiento beligerante y a entrar en conflicto con los demás, acceso de ira e incapacidad para controlar los impulsos (8). Desde una perspectiva etiológica, se observa que el riesgo de TPL surge de una interacción entre factores genéticos y ambientales. Los factores ambientales identificados incluyen traumas en la infancia (abuso, maltrato, negligencia) y comportamiento parental aversivo, principalmente durante los primeros años de vida, que son elementos importantes y frecuentes.

Justificación

El trastorno de personalidad límite es común en la población, con tasas en torno al 5,9% de forma aislada; adquiere relevancia cuando se evalúa en servicios psiquiátricos (25% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados) y en servicios primarios de salud (6). La búsqueda frecuente de atención en servicios psiquiátricos y primarios de salud genera como consecuencia un alto costo para el presupuesto público en el corto y largo plazo (7). El tratamiento, incluso con remisión de varias características diagnósticas, mantiene una funcionalidad peor en comparación con otros trastornos, con la necesidad en muchas ocasiones de recibir asistencia financiera, lo que aumenta aún más la carga sobre el sistema público (1,5). Por lo tanto, establecer parámetros epidemiológicos confiables y precisos permite una planificación integral y efectiva en salud mental, reduciendo la carga financiera de los servicios de salud, optimizando el pronóstico y la funcionalidad de los pacientes.

Objetivo

El objetivo general de este trabajo es evaluar la tasa de prevalencia mundial del trastorno de personalidad límite en la población en general, independientemente de la edad promedio a mínima.

Como objetivos específicos, proponemos examinar las posibles variables moderadoras que pueden afectar la heterogeneidad en las tasas de prevalencia del trastorno de personalidad límite, así como sus factores asociados, como características de la población, entornos, ubicación y criterios y escalas utilizados para el diagnóstico del trastorno de personalidad.

Metodologia

El enfoque metodológico utilizado en este trabajo es una revisión sistemática de la literatura y un análisis de meta-regresión. Para ello, se empleó la estrategia de búsqueda utilizando Medical Subject Headings (Mesh): “("Borderline Personality Disorder"[Mesh]) AND ("Prevalence"[Mesh]) AND ("Epidemiology"[Mesh])” en la base de datos MEDLINE. Se incluyeron en la revisión: 1) búsqueda computarizada en bases de datos, 2) revisión de las listas de referencias de todos los artículos selecionados, y 3) contacto con autores y expertos en Epidemiología de Transtornos de Personalidad.

Se establecieron como criterios de inclusión los artículos seleccionados hasta abril de 2021 en inglés, portugués y español. No se aplicaron restricciones en cuanto a poblaciones, edades, entornos, fechas y

países de origen. Se excluyeron los artículos en idiomas distintos a los mencionados anteriormente, las publicaciones que no proporcionaban información sobre la edad de la muestra o la prevalencia, aquellas que no utilizaban ningún criterio diagnóstico o que no empleaban ninguna escala o cuestionario. También se excluyeron las publicaciones que se centraban en clústeres, síntomas borderline, así como aquellas que no proporcionaban prevalencias de trastornos de personalidad en general.

La evaluación y selección de los trabajos se llevaron a cabo siguiendo el protocolo PRISMA *(ver Figura 1)*. En esta etapa inicial, se identificaron 1831 artículos a partir de los descriptores mencionados anteriormente. Dos revisores (Soares LHF y Martins-da-Silva AS) evaluaron de manera independiente la estrategia de búsqueda y, en caso de discrepancia, se consultaba a un tercer autor (Castaldelli-Maia JM). De estos artículos, 1393 fueron excluidos después de la lectura de los resúmenes al no ajustarse al tema. Se seleccionaron 438 artículos para una evaluación completa por parte de los mismos revisores de la primera fase, de los cuales 333 fueron excluidos por razones específicas descritas en los critérios de exclusión, quedando finalmente 105 artículos. El proceso de selección y la justificación de la exclusión en ambas fases se registraron en una hoja de cálculo de Excel, con actualizaciones automáticas. Uno de los revisores (Castaldelli-Maia JM) supervisó periódicamente posibles fallos o inconsistencias en los registros. Todo este proceso se llevó a cabo entre mayo y julio de 2021.

Después de la selección de los artículos, el primer autor registró los siguientes datos en una tabla de Excel: año de publicación, número total y número de participantes de género femenino en el estudio, características de la población, lugar del artículo, entorno, si la población era carcelaria, criterios diagnósticos, escala utilizada para el transtorno de personalidad, edad de la muestra, prevalencia y número de la prevalencia de TPB. Estos datos fueron revisados y confirmados por el segundo autor. Con los datos mencionados, se calcularon las tasas de prevalencia de manera global y en 4 subgrupos (criterios diagnósticos, población, lugar de realización de lós artículos y entorno). Esta fase se llevó a cabo entre julio y agosto de 2021.

A partir de estas divisiones, también se realizaron análisis de meta-regresión y sensibilidad.

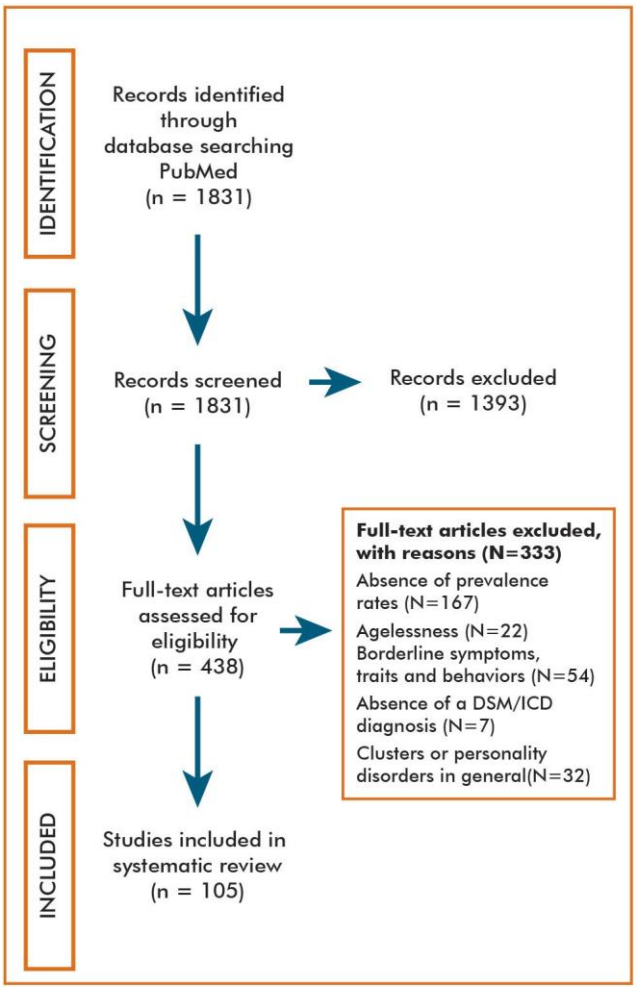

Figura 1. Progresión decenal en publicaciones sobre temas de TBE de acuerdo con la base de datos Medline PubMed y Scielo. Las investigaciones incluyen 28 ensayos clínicos, 1 metaanálisis, 21 ensayos clínicos aleatorizados, 21 revisiones, 2 revisiones sistemáticas.

Resultados

De acuerdo con el análisis general basado en la evaluación de todos los estudios, se encontró una prevalencia global del trastorno de personalidad borderline (TPB) del 18% (IC 95% 17,3-18,8%). A partir de los estudios elegibles y este primer valor, se establecieron subgrupos, diferenciados por criterios diagnósticos, población estudiada, continente de la población estudiada y entorno (ya sea población general, pacientes ambulatorios, entre otros).

Al dividir los estudios según los criterios diagnósticos, se observó una prevalencia promedio de TPB del 19,1% (IC 95% 18,1-20,1%) en los estudios que utilizaron el DSM-IV, en comparación con el 16,1% (IC 95% 11,2-21%) en aquellos que se basaron en el DSM-5. En relación con los estudios que utilizaron el DSM-III, se observó una prevalencia más alta que en los demás

(24,5% - IC 95% 18,6-30,3%). En los trabajos que utilizaron más de un criterio diagnóstico, se encontró una prevalencia del 14,9% (IC 95% 6,5-23,4%). Por último, se encontró una prevalencia mucho menor de TPB cuando se utilizó el CID-10 como criterio diagnóstico (0,2% - IC 95% 0,1-0,2%). Es importante destacar dos aspectos en este subgrupo. En primer lugar, en relación con la prevalencia significativamente más baja al considerar los trabajos que utilizaron el CID-10, esto puede deberse a que solo 2 artículos forman parte de esta categoría. En segundo lugar, en cuanto a la diferencia en la prevalencia con el DSM-III en comparación con los demás criterios; al analizar los datos en una meta-regresión (*ver Tabla 2*), no se observa una diferencia estadísticamente significativa, lo que podría explicar la discrepancia en los valores no debido a diferencias en los criterios diagnósticos, sino a que estos artículos abarcan subpoblaciones específicas, naturalmente más prevalentes que la población general.

En cuanto al subgrupo de población, encontramos diferencias significativas en la prevalencia entre la población carcelaria y las personas con algún trastorno psiquiátrico (31,3% y 21,8%, con un IC del 23,7% al 38,9% y del 20,3% al 23,2%, respectivamente) en comparación con la población general (5,7% - IC del 4,4% al 7%), población con alguna enfermedad orgánica (8,4% - IC del 7,4% al 9,5%) y estudiantes (14,4% - IC del 6,2% al 22,5%), lo que ilustra claramente la influencia de la comorbilidad psiquiátrica y el encarcelamiento como factores de riesgo importantes para la ocurrencia del TPB.

En relación con la prevalencia del TPB en cada continente, encontramos prevalencias similares en las Américas (21,7% - IC del 20,2% al 23,3%) y Asia (20,8% - IC del 17,7% al 24%); en Europa, se estima una prevalencia más baja (14,9% - IC del 13,7% al 16,1%) y diferencias más notables en prevalencias más bajas en Oceanía (4,5% - IC del 0,4% al 8,5%), así como en estudios que abarcaron más de un continente (8,3% - IC del 6,8% al 9,9%). Sin embargo, al analizar estos datos en un metaanálisis de regresión, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las prevalencias, lo que se explica por la existencia de subpoblaciones más específicas o por la cantidad de personas presentes en los estudios de cada continente.

El último subgrupo analizado en este estúdio se relacionó con el entorno, es decir, en qué ambiente se encontraban los participantes. Se obtuvo una mayor prevalencia de TPB en las prisiones (31,4% - IC del 23,8% al 39,1%), seguido de prevalencias similares en un entorno hospitalario de internación (25,5% - IC del 21,1% al 30%) y ambulatorio (23,3% - IC del 17,6% al 28,9%). Las prevalencias más bajas se encuentran en estudios realizados en universidades (13,8% - IC del 8,1% al 19,4%) y en la comunidad en general (13,0% - IC del 11,9% al 14,1%). Dos artículos abordaron entornos no descritos anteriormente, con una prevalencia del 9,5% (IC del 8,7% al 10,2%).

En relación con la edad y el género, no observamos ninguna diferencia estadísticamente significativa en el análisis de la meta-regresión *(ver Tabla 1)*.

Discusión

El objetivo principal de este estudio fue analizar la tasa de prevalencia global del TPB y, de manera más específicas, observar los factores asociados que pueden modificar estas tasas. La prevalencia global del trastorno de personalidad borderline fue del 18%, un número mayor que el promedio de estudios recientes (entre el 0,7% y el 2,7%) (4,9) y cercano a las tasas encontradas en subpoblaciones con comorbilidades psiquiátricas (10-12). Estos valores respaldan la afirmación de que el TPB es un trastorno psiquiátrico frecuente en todo el mundo.

Cuando evaluamos las tasas de prevalencia desde la perspectiva de los criterios diagnósticos, observamos valores similares al comparar el subgrupo DSM-IV, DSM-5 y el subgrupo mixto (donde se utilizan más de un criterio diagnóstico). Estos números son consistentes con estudios más antiguos (13, 14) y aún más recientes (15). En cuanto al subgrupo relacionado con el DSM-III, observamos cierta discrepancia en la prevalencia entre los hallazgos de la literatura, con valores que oscilan entre el 10% y el 24%16-21, y nuestra revisión (23%). En relación con la población evaluada según el CID-10, observamos una tasa del 0,2%. Al realizar un análisis de meta-regresión, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en relación con esta subdivisión. En cuanto al subgrupo CID-10, esta disparidad se justifica por la presencia de solo 2 artículos bajo esta caracterización, lo que influye directamente en el resultado encontrado. Respecto a la disparidad observada en el grupo DSM-III, creemos que estos trabajos probablemente tengan muestras de subpoblaciones más específicas y, por lo tanto, más prevalentes, ya que desde la introducción del

Tabla 1. Resultados de modelos de metanálisis

	Total		Indivíduos com TPB		Heterogenidad	
	n (Amuestras)	n (Individuos)	n	% (95%CI)	I^2 (%)	*p*
TOTAL	159	458,818	38,844	18.0 (17.3-18.8)	99.6	<0.001
Criterios						
DSM-III	19	5.447	1,160	24.5 (18.6-30.3)	96.7	<0.001
DSM-IV	126	316,317	28,796	19.1 (18.1-20.1)	99.5	<0.001
DSM-5	6	109,279	8,667	16.1 (11.2-21.0)	99.9	<0.001
CIE-10	1	26,759	43	0.2 (0.1-0.2)	0.0	0.781
Mezclado	6	1,016	178	14.9 (6.5-23.4)	94.5	<0.001
Población						
General	22	219,800	13,230	5.7 (4.4-7.0)	99.8	<0.001
Estudiantes	6	1,110	158	14.4 (6.2-22.5)	99.6	<0.001
Clínico	10	70,757	4,653	8.4 (7.4-9.5)	99.8	<0.001
Psiquiátrico	92	156.270	17,679	21.8 (20.3-23.2)	99.5	<0.001
Forense	20	10,881	3,124	31.3 (23.7-38.9)	98.9	<0.001
Región						
Américas	35	249,030	25,642	21.7 (20.2-23.3)	99.6	<0.001
Asia	24	28,102	1,569	20.8 (17.7-24.0)	99.0	<0.001
Europa	41	21,646	1,853	14.9 (13.7-16.1)	98.3	<0.001
Oceanía	5	46,348	2,287	4.5 (0.4-8.5)	99.8	<0.001
Mezclado	8	113,692	7,493	8.3 (6.8-9.9)	98.9	<0.001
Local						
Comunidad	62	406,372	31,310	13.0 (11.9-14.1)	99.8	<0.001
Universidad	11	1,777	258	13.8 (8.1-19.4)	95.9	<0.001
Paciente externo	16	4,788	776	23.3 (17.6-28.9)	97.3	<0.001
Hospitalización	46	29,008	2,806	25.5 (21.1-30.0)	98.9	<0.001
Prisión	20	10,862	3,124	31.4 (23.8-39.1)	98.9	<0.001
Otro	2	6,011	570	9.5 (8.7-10.2)	0	0.678

diagnóstico de trastorno de personalidad borderline en las versiones más recientes del DSM, no ha habido cambios significativos en los criterios diagnósticos que justifiquen esta diferencia.

En relación con la prevalencia del TPB cuando consideramos las poblaciones presentes en la revisión, los valores encontrados en relación con la población general (5,7%) son congruentes con la literatura, ya sea en revisiones (0,6% a 5,9%) (9,22-25) o incluso en guías de diagnóstico (1,6% a 5,9%) (3). Un punto importante surge al comparar el subgrupo de pacientes con trastornos psiquiátricos con la población general, observando una prevalencia 4 veces mayor en el primer grupo. Esta discrepancia se amplía aún más (alrededor de 6 veces) cuando se comparan la población general y la población carcelaria/homicida (5,7% y 31,3%, respectivamente). Prevalencias más altas, así como proporciones mayores, también se encuentran con frecuencia en trabajos académicos (26-28). De acuerdo con Lieb et al. (29), estos valores ocurren tanto en trastornos del estado de ánimo, trastornos de la alimentación o incluso en trastornos por consumo de sustancias.

Tabla 2. Resultados de la metaregression

Covariable	Amuestras	Coef.	IC 95%		p
Población					
Psiquiátrico	100	(Reference)			
Clínico	10	-0,103	-0,201	-0,005	0,039
General	23	-0,131	-0,205	-0,056	<0.001
Prisión/Sexual	20	0,039	-0,163	0,241	0,706
Alumno	6	-0,016	-0,152	0,119	0,814
Región					
Europa	43	(Reference)			
Américas	79	0,053	-0,003	0,109	0,063
Asia	24	0,049	-0,026	0,124	0,2
Mezclado	8	0,087	-0,028	0,203	0,138
Oceanía	5	-0,037	-0,178	0,105	0,614
Local					
Paciente externo	16	(Reference)			
Comunidad	63	-0,095	-0,178	-0,011	0,026
Hospital	47	-0,019	-0,104	0,066	0,662
Otro	2	-0,223	-0,436	-0,01	0,04
Prisión	20	-0,004	-0,219	0,211	0,972
Universidad	11	-0,154	-0,286	-0,022	0,022
Criterios					
DSM-IV	126	(Reference)			
DSM-5	6	-0,011	-0,129	0,106	0,849
DSM-III	19	0,032	-0,044	0,108	0,409
CIE-10	2	-0,133	-0,338	0,072	0,072
Mezclado	6	-0,106	-0,224	0,012	0,078

Es importante resaltar que esta desproporción, considerada estadísticamente significativa, otorga a los trastornos psiquiátricos comórbidos un factor de riesgo para la ocurrencia del TPB, como menciona Oldham et al. (30), quienes presentan como ejemplo una probabilidad aumentada en 27 veces de trastornos alimentarios asociados al TPB; o también Stepp et al. (31), quienes mencionan, por ejemplo, la ocurrencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno opositor desafiante (TOD) como factores de riesgo para el TPB. Esto también se puede extender a la realidad del encarcelamiento, donde Nakic et al. (32) señala un riesgo aproximadamente 3 veces mayor de ser encarcelado para quienes tienen un diagnóstico de trastorno de personalidad borderline. Cuando abordamos las divisiones en relación con las regiones, observamos que algunas tasas están cerca de la prevalencia general y cercanas a los valores de poblaciones ya relacionadas de alguna manera con entornos de salud (33,34). También es importante destacar que no hay diferencias estadísticamente significativas entre las tasas después del análisis de meta-regresión; estas disparidades se justifican por el hecho de que en cada continente probablemente se utilizaron subpoblaciones más específicas, con una tendencia a un aumento de la prevalencia cuando se usan muestras relacionadas con entornos hospitalarios o muestras más relacionadas con la comunidad.

En Oceanía, destacamos que solo encontramos 5 artículos en nuestra revisión, lo que justifica una prevalencia mucho más baja que en otras áreas e incluso en comparación con otros trabajos, como el de Broadbear et al. (15), que informa una tasa de TPB mayor que la encontrada en nuestro análisis, pero a partir de un grupo con diagnósticos más probables.

Finalmente, al evaluar los grupos divididos por entorno, observamos tasas muy similares a las encontradas en el subgrupo de poblaciones. Esta similitud se puede justificar por los grupos previamente mencionados que se presentan en los entornos correspondientes. Además, resaltamos que existe una diferencia estadísticamente significativa entre las prevalencias en la comunidad (menos frecuente), el entorno hospitalario (tanto en internación como en ambulatorio) y el carcelario, siendo este último el de mayor tasa, al igual que la población carcelaria; estas diferencias también se pueden justificar de manera similar cuando consideramos los grupos poblacionales, donde las comorbilidades psiquiátricas (comúnmente encontradas en entornos hospitalarios) aumentan la prevalencia y el riesgo de TPB, por ejemplo.

Conclusión

A partir de la revisión de los artículos seleccionados en este estudio, hemos logrado identificar como puntos centrales que el trastorno de personalidad borderline es un trastorno común y frecuente en todo el mundo, con una tasa global del 18%. También observamos que el TPB es mucho más común en poblaciones carcelarias, en grupos con otros trastornos psiquiátricos y en pacientes que se encuentran en entornos hospitalarios, en comparación con la población en general. Los subgrupos relacionados con los criterios diagnósticos presentaron valores consistentes con los datos de la literatura, y aunque las tasas discordantes.

Referencias bibliográficas

1. Louzã MR, Cordás TA. Transtornos de Personalidade. 2ed – Porto Alegre: Artmed Editora, 2020
2. A Widiger T. Personality and psychopathology. World Psychiatry. 2011 Jun;10(2):103-6. doi: 10.1002/j.2051-5545. 2011.tb00024. x. PMID: 21633679; PMCID: PMC3104878.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th Edition, Washington: American Psychiatric Association, 2013.
4. Paris J. Suicidality in Borderline Personality Disorder. Medicina (Kaunas). 2019 May 28;55(6):223. doi: 10.3390/medicina55060223. PMID: 31142033; PMCID: PMC6632023.
5. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. Nat Rev Dis Primers. 2018 May 24;4:18029. doi: 10.1038/nrdp.2018.29. PMID: 29795363.
6. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. Lancet. 2011 Jan 1;377(9759):74-84. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61422-5. PMID: 21195251.
7. Doering S. Borderline Personality Disorder in Patients With Medical Illness: A Review of Assessment, Prevalence, and Treatment Options. Psychosom Med. 2019 Sep;81(7):584-594. doi: 10.1097/PSY.0000000000000724. PMID: 31232916.
8. World Health Organization (WHO). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Genève, Switzerland: World Health Organization, 2013.
9. Stoffers-Winterling J, Krause-Utz A, Lieb K, Bohus M. Was wissen wir heute über die Borderline-Persönlichkeitsstörung? Aktuelles zu Ätiologie, Diagnostik und Therapie [What do we know about borderline personality disorder? Current aspects of etiology, diagnostics and treatment]. Nervenarzt. 2021 Jul;92(7):643-652. German. doi: 10.1007/s00115-021-01140-x. Epub 2021 Jun 8. PMID: 34104974.
10. Zikos E, Gill KJ, Charney DA. Personality disorders among alcoholic outpatients: prevalence and course in treatment. Can J Psychiatry. 2010 Feb;55(2):65-73. doi: 10.1177/070674371005500202. PMID: 20181301.
11. Sansone RA, Sansone LA. BORDERLINE PERSONALITY DISORDER IN THE MEDICAL SETTING: Suggestive Behaviors, Syndromes, and Diagnoses. Innov Clin Neurosci. 2015 Jul-Aug;12(7-8):39-44. PMID: 26351624; PMCID: PMC4558791.
12. Ellison WD, Rosenstein LK, Morgan TA, Zimmerman M. Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. Psychiatr Clin North Am. 2018 Dec;41(4):561-573. doi: 10.1016/j.psc.2018.07.008. Epub 2018 Oct 16. PMID: 30447724.
13. Loftus ST, Jaeger J. Psychosocial outcome in bipolar I patients with a personality disorder. J Nerv Ment Dis. 2006 Dec;194(12):967-70. doi: 10.1097/01.nmd.0000243814.35854.10. PMID: 17164638.
14. Hasan S, Ali U, Shaheen A. Prevalence of personality disorders during the years 2003-2009 at institute of clinical psychology, university of Karachi. J Profess Psycho. 2011; 9:18-32.
15. Broadbear JH, Dwyer J, Bugeja L, Rao S. Coroners' investigations of suicide in Australia: The hidden toll of borderline personality disorder. J Psychiatr Res. 2020 Oct; 129:241-249. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.07.007. Epub 2020 Jul 29. PMID:

32823217.
16. Pepper CM, Klein DN, Anderson RL, Riso LP, Ouimette PC, Lizardi H. DSM-III-R axis II comorbidity in dysthymia and major depression. Am J Psychiatry. 1995 Feb;152(2):239-47. doi: 10.1176/ajp.152.2.239. PMID: 7840358.
17. Stuart S, Pfohl B, Battaglia M, Bellodi L, Grove W, Cadoret R. The cooccurrence of DSM-III-R personality disorders. J Pers Disord. 1998 Winter;12(4):302-15. doi: 10.1521/pedi.1998.12.4.302. PMID: 9891285.
18. Dahl AA. Diagnosis of the borderline disorders. Psychopathology. 1985;18(1):18-28. doi: 10.1159/000284212. PMID: 3901074.
19. Zimmerman M, Coryell W. DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity. Arch Gen Psychiatry. 1989 Aug;46(8):682-9. doi: 10.1001/archpsyc.1989.01810080012002. PMID: 2751402.
20. Senol S, Dereboy C, Yüksel N. Borderline disorder in Turkey: a 2- to 4-year follow-up. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1997 Feb;32(2):109-12. doi: 10.1007/BF00788929. PMID: 9050353.
21. Modestin J, Abrecht I, Tschaggelar W, Hoffmann H. Diagnosing borderline. A contribution to the question of its conceptual validity. Arch Psychiatr Nervenkr (1970). 1983;233(5):359-70. doi: 10.1007/BF00346086. PMID: 6651500.
22. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, Smith SM, Dawson DA, Pulay AJ, Pickering RP, Ruan WJ. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry. 2008 Apr;69(4):533-45. doi: 10.4088/jcp.v69n0404. PMID: 18426259; PMCID: PMC2676679.
23. Swartz, M., Blazer, D., George, L., & Winfield, I. (1990). Estimating the Prevalence of Borderline Personality Disorder in the Community. Journal of Personality Disorders, 4(3), 257–272. doi:10.1521/pedi.1990.4.3.257
24. Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ 3rd, Brown CH, Costa PT Jr, Nestadt G. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. Br J Psychiatry. 2002 Jun; 180:536-42. doi: 10.1192/bjp.180.6.536. PMID: 12042233.
25. Wong EK. Borderline personality disorder in the east. Asian J Psychiatr. 2013 Feb;6(1):80-1. doi: 10.1016/j.ajp.2012.05.004. Epub 2012 Jul 11. PMID: 23380325.
26. Trull TJ, Sher KJ, Minks-Brown C, Durbin J, Burr R. Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. Clin Psychol Rev. 2000 Mar;20(2):235-53. doi: 10.1016/s0272-7358(99)00028-8. PMID: 10721499.
27. Fornaro M, Orsolini L, Marini S, De Berardis D, Perna G, Valchera A, Ganança L, Solmi M, Veronese N, Stubbs B. The prevalence and predictors of bipolar and borderline personality disorders comorbidity: Systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2016 May; 195:105-18. doi: 10.1016/j.jad.2016.01.040. Epub 2016 Feb 5. PMID: 26881339.
28. Wetterborg D, Långström N, Andersson G, Enebrink P. Borderline personality disorder: Prevalence and psychiatric comorbidity among male offenders on probation in Sweden. Compr Psychiatry. 2015 Oct; 62:63-70. doi: 10.1016/j.comppsych.2015.06.014. Epub 2015 Jun 26. PMID: 26343468.
29. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. Lancet. 2004 Jul 31-Aug 6;364(9432):453-61. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16770-6. PMID: 15288745.
30. Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, Hyler SE, Doidge N, Rosnick L, Gallaher PE. Comorbidity of axis I and axis II disorders. Am J Psychiatry. 1995 Apr;152(4):571-8. doi: 10.1176/ajp.152.4.571. PMID: 7694906.
31. Stepp SD. Development of borderline personality disorder in adolescence and young adulthood: introduction to the special section. J Abnorm Child Psychol. 2012 Jan;40(1):1-5. doi: 10.1007/s10802-011-9594-3. PMID: 22116635; PMCID: PMC3865353.
32. Nakic M, Stefanovics EA, Rhee TG, Rosenheck RA. Lifetime risk and correlates of incarceration in a nationally representative sample of U.S. adults with non-substance-related mental illness. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2021 Aug 28. doi: 10.1007/s00127-021-02158-x. Epub ahead of print. PMID: 34453553.
33. Pascual JC, Córcoles D, Castaño J, Ginés JM, Gurrea A, Martín-Santos R, Garcia-Ribera C, Pérez V, Bulbena A. Hospitalization and pharmacotherapy for borderline personality disorder in a psychiatric emergency service. Psychiatr Serv. 2007 Sep;58(9):1199-204. doi: 10.1176/ps.2007.58.9.1199. PMID: 17766566.
34. Korzekwa MI, Dell PF, Links PS, Thabane L, Webb SP. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. Compr Psychiatry. 2008 Jul-Aug;49(4):380-6. doi: 10.1016/j.comppsych.2008.01.007. Epub 2008 Mar 25. PMID: 18555059.

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

Revisión sistemática seguridad y eficacia de la psicoterapia asistida con Ketamina

Systematic Review Safety and Efficacy of Ketamine-Assisted Psychotherapy

Frank Lozano

Doctor en Medicina, Especialista en Psiquiatría.

Maestrando en Ciencias Médicas, integrante del núcleo de investigadores en psicodélicos Arché.

Docente Asistente (interino) en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República de Uruguay.

Sebastián Lema

Doctor en Medicina, Especialista en Psiquiatría.

Máster en Ciencias Médicas.

Profesor Adjunto en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República de Uruguay.

Correspondencia:
Frank Lozano

psiq.lozano@gmail.com

Dirección Profesional:
Av. Italia S/N, Hospital de Clínicas, Piso 1 Ala Este, Montevideo, Uruguay

Lugar en que fue realizado el trabajo:
Unidad Docente Asistencial Hospital Vilardebó, Montevideo, Uruguay.

Los autores no declaran conflicto de intereses.

Resumen Ketamina racémica es utilizada para el tratamiento de trastornos mentales graves y persistentes con beneficios a corto plazo lo que obliga a la reiteración de dosis, administrada en psicoterapia asistida podría prolongar sus efectos. Para evaluar esta hipótesis realizamos una revisión sistemática siguiendo las normas PRISMA en las bases de datos: Scopus, Medline y Cochrane, hasta enero de 2023, potenciada por una evaluación de referencias cruzadas mediante la herramienta Research-Rabbit.

Seleccionamos 8 ensayos clínicos englobando a 273 participantes diagnosticados de trastorno depresivo refractario o trastornos por consumo de sustancias (cocaína, heroína, cannabis y alcohol). El análisis de resultados primarios de eficacia y seguridad reveló respuestas favorables a corto y largo plazo en los trastornos por consumo, pero sólo de seguridad en el trastorno depresivo. Se determinó en los estudios un alto riesgo de sesgo de detección y los grados de certeza para realizar recomendaciones oscilaron entre muy bajo a moderado. Por tanto, podemos concluir que existe evidencia de seguridad y eficacia prolongadas para la psicoterapia asistida con ketamina en el tratamiento de ciertos trastornos mentales, pero esta es de baja calidad y susceptible de sesgos. Es necesario superar limitaciones como su definición operacional o la elección de un modelo de administración y así desarrollar investigación regional.

Palabras clave ketamina, psicoterapia asistida, revisión sistemática, depresión, consumo, psicodélicos.

Abstract

Racemic ketamine is employed in the treatment of severe and persistent mental disorders, offering short-term benefits that require repeated doses. When administered in assisted psychotherapy, it has shown the potential to extend its therapeutic effects. In order to evaluate this hypothesis, we conducted a systematic review following PRISMA guidelines in the databases: Scopus, Medline, and Cochrane, up to January 2023, supplemented by a cross-reference evaluation using the Research-Rabbit tool. We selected 8 clinical trials encompassing 273 participants diagnosed with either refractory depressive disorder or substance use disorders (cocaine, heroin, cannabis, and alcohol). Analysis of primary efficacy and safety outcomes revealed favorable short and long-term responses in substance use disorders, but only safety data in depres-

sive disorder. High risk of detection bias was identified in the studies, and the levels of certainty for making recommendations ranged from very low to moderate. Therefore, we can conclude that there is evidence supporting prolonged safety and efficacy for ketamine-assisted psychotherapy in the treatment of certain mental disorders. However, it is imperative to acknowledge that this evidence is of low quality and susceptible to bias. Overcoming limitations such as operational definition and the choice of an administration model is necessary to advance regional research in this field.

Keywords *ketamine*, *assisted psychotherapy*, *systematic review*, *depression*, *substance use*, *psychedelics*.

Introducción

Ketamina es una molécula sintética desarrollada como anestésico (a dosis altas) y aprobada desde 1970. Por sus efectos sobre la conciencia en vigilia fue catalogada como disociativo, y rápidamente se trasladó al campo psiquiátrico, desde 1973 tuvimos reportes de su uso en ensayos clínicos para probar lo que se denominaba propiedades abreactivas (1). Sin embargo, también derivó al contexto recreacional y hoy es considerada una droga de abuso (2), esto ha limitado su investigación. Por otra parte, a dosis bajas funciona como analgésico y en la actualidad cuenta con un nivel de evidencia y recomendación 1A (revisión sistemática y metaanálisis) para su indicación en dolor crónico y perioperatorio (3). Pero además a dosis intermedias se descubrió experimentalmente sus propiedades antidepresivas y anti suicidas de acción rápida, lo que luego de una serie de ensayos sirvió como fundamento para que en 2019 fuera aprobada por las agencias regulatorias esketamina (análogo estructural) para el tratamiento de depresión resistente (TRD, por sus siglas en inglés) (4).

Ketamina se utiliza (*off-label*) en TRD por las propiedades descritas, pero también se han realizado ensayos clínicos para otros trastornos mentales con resultados favorables (5). Sin embargo, sus beneficios son a corto plazo con una duración limitada a pocas semanas tras la suspensión, en el caso del trastorno depresivo 10 días promedio, esto obliga a la reiteración de las dosis con incertidumbre en el plazo de mantenimiento, y aunque se han probado distintas estrategias para sostener sus beneficios en el tiempo ninguna ha sido concluyente (6). Se desprende entonces como una posible alternativa su uso en un modelo de psicoterapia asistida con ketamina (KAP, por sus siglas en inglés) con este fin. Es así como nos planteamos como objetivo principal responder a la pregunta de investigación: ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la KAP para las personas que padecen un trastorno mental?, y los objetivos específicos de analizar sus efectos a largo plazo, indagar las posibilidades de replicabilidad y ofrecer recomendaciones basadas en la evidencia respecto al estado del arte.

Materiales y métodos

Basados en las normas PRISMA (7), se realizó una revisión sistemática de ensayos clínicos en las bases de datos Scopus, MEDLINE y Cochrane publicados hasta el 31/01/2023. Sobre KAP para el tratamiento de trastornos mentales. Mediante el código: ("psychoterap*" OR "therap*") AND ("ketamine" OR "esketamine") adaptado en cada motor de búsqueda. Complementado con una búsqueda manual mediante la evaluación de referencias cruzadas en otras revisiones con la herramienta de inteligencia artificial researchrabbit.ai (8).

Nuestros criterios de inclusión fueron: ensayos clínicos en personas adultas con diagnóstico estandarizado de un trastorno mental, que investiguen uso de psicoterapia asistida con ketamina con o sin grupo de comparación terapéutico, y reporten objetivamente eficacia y seguridad, en idioma inglés o español.

Se excluyeron: estudios que involucren ingesta aguda combinada de otros psicodélicos, involucren pobla-

ción pediátrica y adolescente, no cuenten con resumen completo disponible, o que sean en contexto no terapéutico.

La selección y procesamiento de datos se llevó a cabo por los autores de manera independiente y resolvieron discrepancias por consenso. Con el fin de catalogar los resultados de seguridad se discernieron entre eventos adversos y eventos adversos serios (EAS), considerando a estos últimos como aquellos que puedan producir muerte, amenaza para la vida, hospitalización o prolongación de la misma, manejo por emergencia, discapacidad persistente y/o anomalía congénita. El riesgo de sesgos se estimó mediante Revised Cochrane Risk Bias Tool (RoB2) (9), y la calidad de la evidencia mediante el sistema Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) (10). Mediante la aplicación del software The Cochrane Collaboration Review Manager Versión 5.4 (RevMan) se hizo el reporte de datos en figuras.

Resultados

Como se presenta en el diagrama de flujo de la figura 1 producto de la búsqueda sistemática se obtuvieron en total 801 estudios para cribado, de los cuales fueron 8 finalmente incluidos, correspondientes a seis (ECA) ensayos clínicos aleatorios (11–16) y dos (EC) ensayos abiertos (17,18). La búsqueda manual potenciada se ilustra en la figura 2, del cruce de referencias se identificaron 4 artículos que se adicionaron en la fase de identificación a la búsqueda sistemática.

En total se consideraron 273 participantes de países del norte global (Estados Unidos, Rusia y Reino Unido). En población adulta con trastorno depresivo refractario (TRD) (16,18), y trastorno por consumo de heroína (HER) (11,12), cocaína (COC) (13), alcohol (OH) (14,15) y cannabis (THC) (17). Se utilizaron diversos tipos de psicoterapia sin un modelo de intervención estandarizado, terapia cognitivo conductual

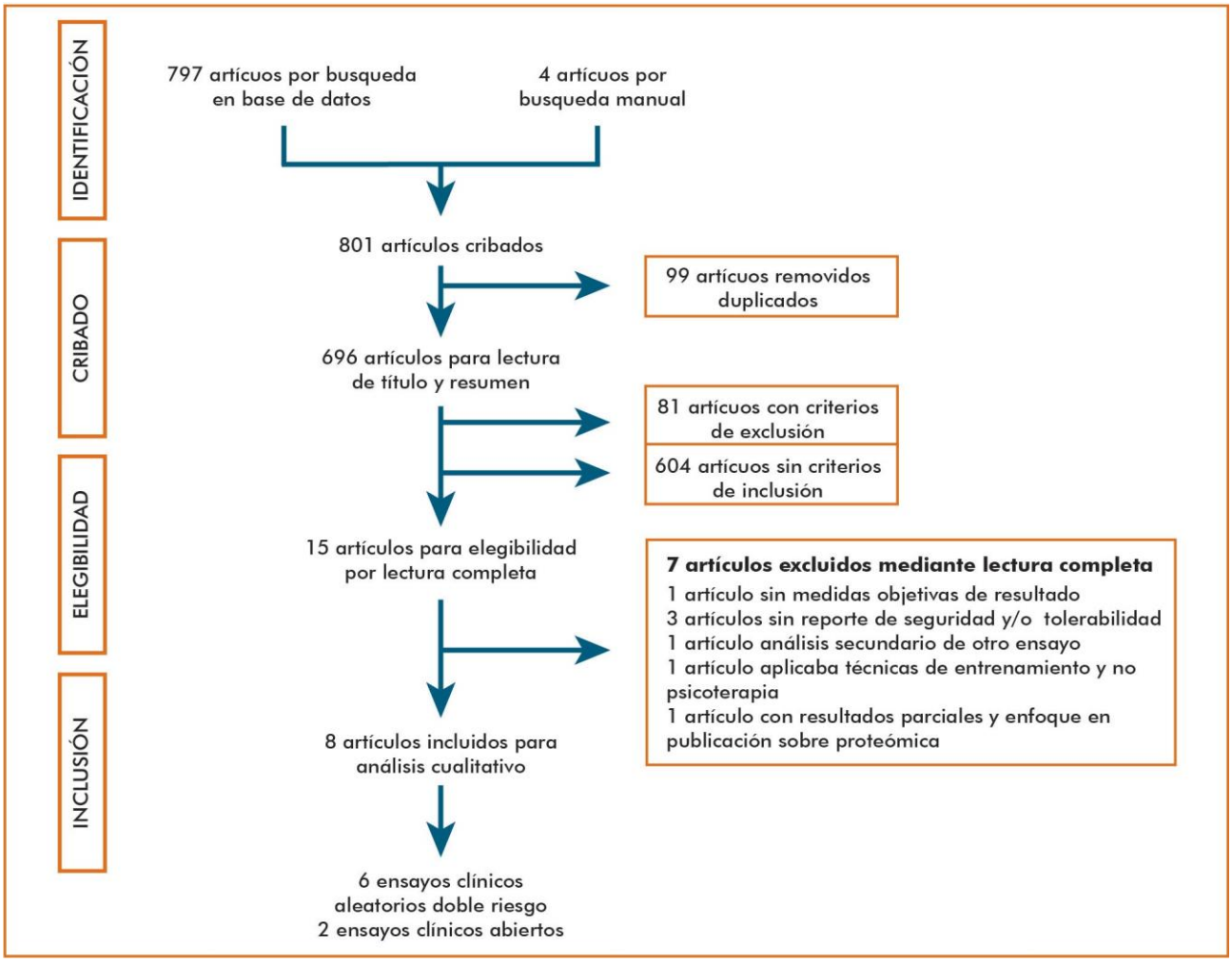

Figura 1. Diagrama de Flujo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

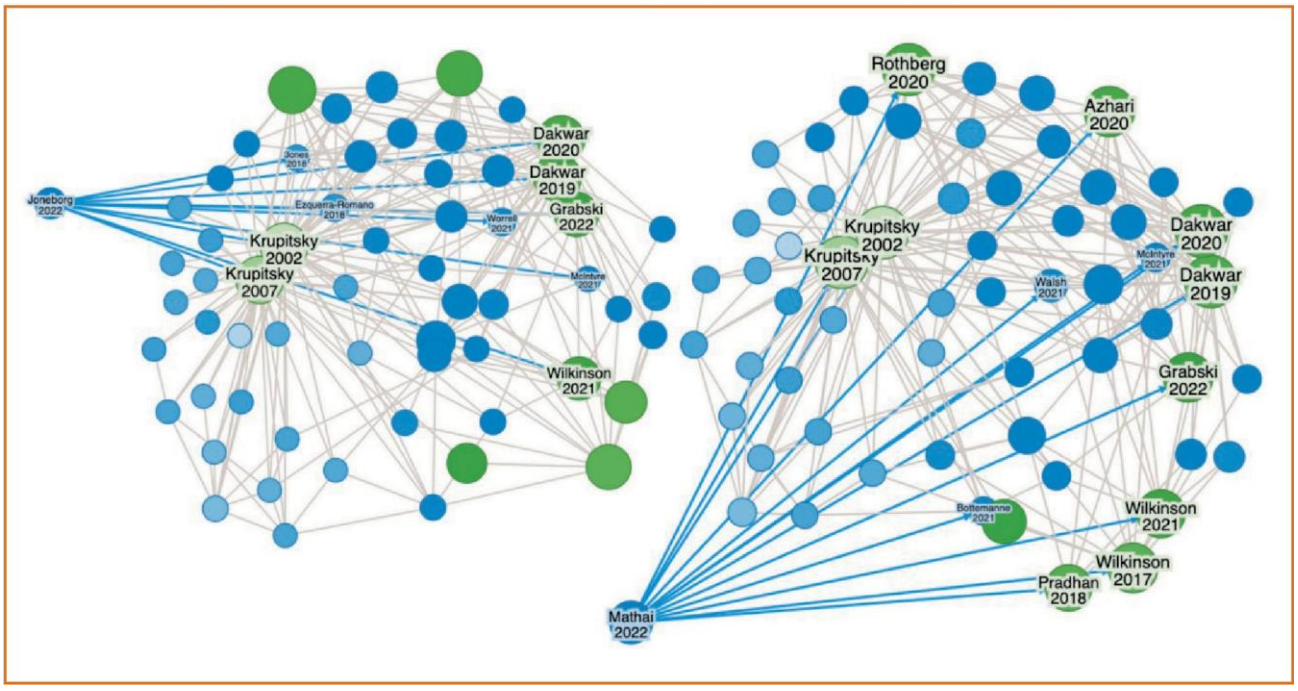

Figura 2. Red de referencias cruzadas entre revisiones contemporáneas: Mathai et al. (2022) y Joneborg et al. (2022). Elaborado: researchrabbit.ai

(TCC) (16,18), psicoterapia de orientación existencial (POE) (11,12), medidas de prevención de recaídas basada en mindfulness (MPRB) (13,15), terapia motivacional (MET) (14) y MET más MPRB (17).

El análisis por RoB2 determinó un riesgo de sesgo de detección (objetivo y subjetivo) alto, otros sesgos fueron heterogéneos entre los ensayos como se ilustra en la *figura 3*. En los resultados primarios de eficacia y seguridad los grados de certeza para realizar recomendaciones oscilaron entre muy bajo a moderado según evaluación GRADE como se sintetiza en la *tabla 1*. Todos los estudios se asociaron con eventos adversos leves y transitorios, sin eventos crónicos o persistentes. Para los trastornos por consumo hubo una respuesta de eficacia favorable a corto y largo plazo. Para el trastorno depresivo los resultados de eficacia no fueron significativos.

En el material complementario se anexa la descripción individual de cada uno de los estudios seleccionados en la *tabla 2 y 3*, así como también las tablas GRADE agrupadas según diagnóstico.

Discusión

Ketamina es un anestésico disociativo con propiedades analgésicas, clasificado también como psicodélico sintético (5). Se ha establecido con indicación off-label para el tratamiento de TRD (19), y en general en contexto terapéutico ha demostrado seguridad ya que sus efectos adversos son principalmente leves y transitorios (20). Con dosis reiteradas la efectividad antidepresiva se mantiene hasta por un año, pero esto genera limitaciones de conveniencia y accesibilidad (21). Evidencia proveniente de revisiones sistemáticas y metaanálisis reporta mayor eficacia que el placebo en depresión unipolar (22), y que su análogo esketamina en TRD (23). Incluso aunque no es más eficaz frente a terapia electroconvulsiva alcanza tasas de respuesta significativas, sin diferencias en seguridad (24). Pero en esta revisión administrada en KAP para TRD tuvo resultados de efectividad modestos, con diferencias estadísticas mínimas, de relevancia clínica incierta (16,18). Es posible la intervención de factores como la implementación de TCC únicamente en el período posterior a la administración de KET (modelo psicoplastógeno) o el uso de dosis estándar.

Por otra parte, contradictoriamente al potencial de abuso de KET (2), en todos los ensayos incluidos para el tratamiento de trastornos por consumo mediante KAP se mantuvo una eficacia significativa tras suspender las infusiones variando entre 3 a 6 meses y no se reportaron eventos adversos persistentes, inclusive en dosis exploratorias (>0.5mg/kg IV) (11–15,17). En estos estudios la administración de psicoterapia fue

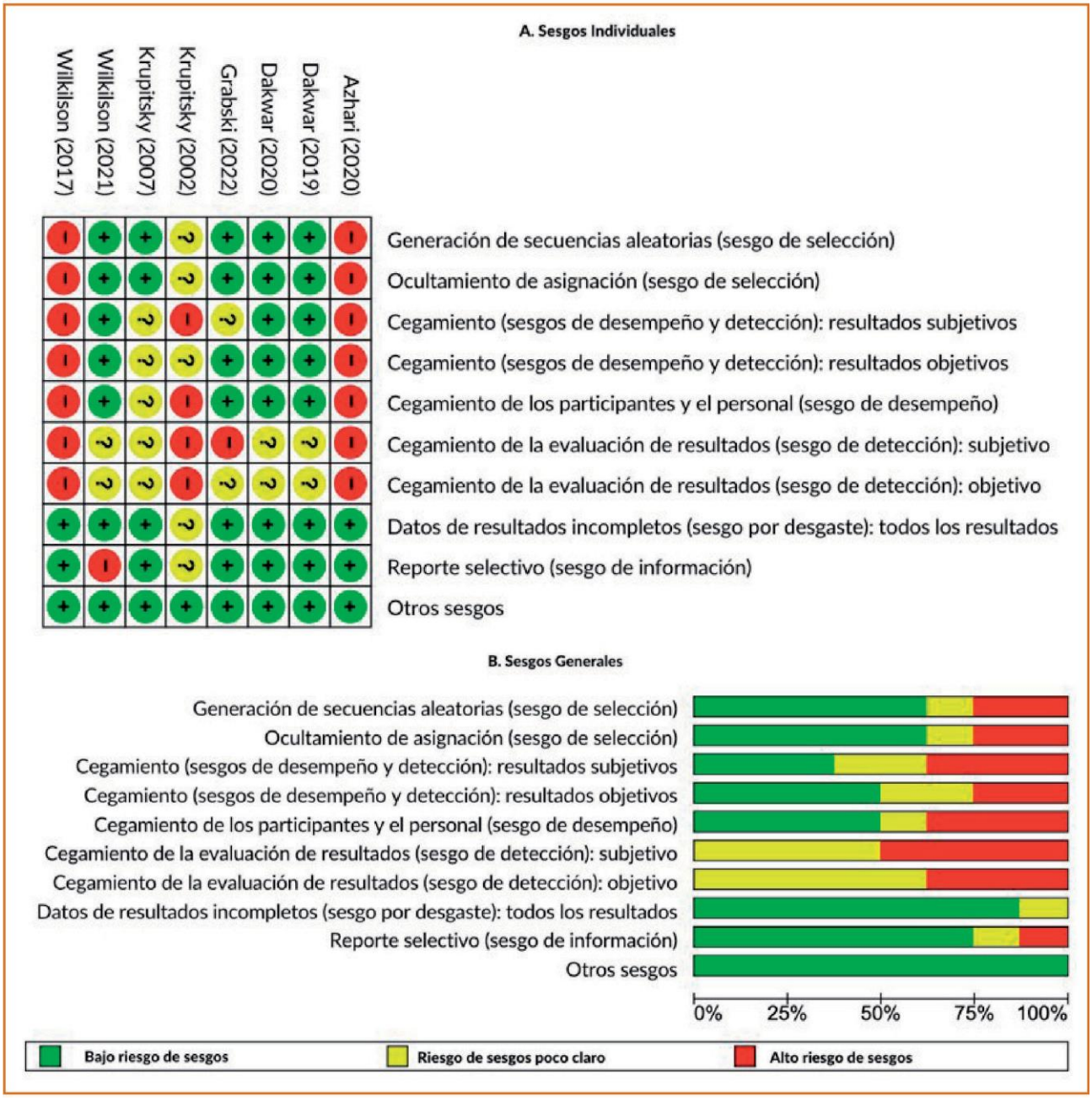

Figura 3. Gráfico de resumen del riesgo de sesgo en los artículos incluidos. A. Cuadro superior sesgos individuales, B. cuadro inferior sesgos generales por artículo. Elaborado en: RevMan Cochrane

muy disímil, haciendo una agrupación teórica resultan compatibles dos enfoques: reducción de resistencias caracterológicas (modelo psicolítico) o una experiencia trascendente de disolución egoica (modelo psicodélico) (25). Estos resultados son destacados ya que pese al auge epidemiológico no existe un tratamiento estándar en la mayoría de estos trastornos, y la información nos orienta hacia las intervenciones integrales.

En general la cantidad y calidad de la evidencia para la KAP aún es limitada. Los estudios seleccionados no son generalizables, concentrados en cuatro grupos de investigación con población principalmente occidental, educada, industrializada, rica y democrática (WEIRD).(26) Pudimos identificar dos revisiones previas, la primera de tipo narrativo con una valiosa descripción histórica (25), la segunda, sistemática, con hallazgos similares a los aquí reportados discute sobre la escasez de resultados y posibles mecanismos de acción (27). El presente trabajo se distingue por la actualización, búsqueda exhaustiva y análisis cualita-

Tabla 1. Resumen de la evaluación de la calidad de la evidencia según recomendaciones GRADE para los resultados primarios de los ensayos clínicos incluidos.

Estudio	Trastorno	Certeza	Eficacia	Certeza	Seguridad
*Azhari (2020)(17)	THC	Muy baja Muy baja	Días de consumo por semana: 1 a 3 sem. ↓ Abstinencia: 1 a 3 semanas ↑	Muy baja	Eventos adversos: 1 a 6 semanas (=) - EAS: ninguno.
+ Dakwar (2019) (13)	COC	Moderada Moderada Moderada	Abstinencia: 0 a 2 semanas ↓ Abstinencia: 1 a 6 meses ↑ Días de consumo excesivo: 1 a 21 días ↓	Moderada	Eventos adversos: 0 a 6 meses ↑ (transitorio PA) - EAS: ninguno
Dakwar (2020) (14)	OH	Moderada Baja	Abstinencia: 1 a 21 días ↑ Abstinencia: 0 a 6 meses ↑	Moderada	Eventos adversos: 0 a 6 meses (agitación leve aguda) - EAS: ninguno.
Grabski (2022) (15)	OH	Baja	Abstinencia: 0, 3 y 6 meses ↑	Moderada	Eventos adversos: 0 a 6 meses (=) 6 eventos uso recreacional - EAS: *4 eventos no persistentes.*
Krupitsky (2002) (11)	HER	Muy baja	Abstinencia: 1 a 24 meses ↑	Baja	Eventos adversos: 0 a 24 meses ↑ (transitorio PA) - EAS: ninguno
Krupitsky (2007) (12)	HER	Muy baja	Abstinencia: 0 a 12 meses ↑	Baja	Eventos adversos: 0 a 12 meses ↑ (transitorio PA) - EAS: ninguno
+*Wilkinson (2017) (18)	TRD	Muy baja Muy baja Muy baja	Respuesta clínica: 0 a 2 semanas ↑ Remisión clínica: 0 a 2 semanas ↑ Recaída: 2 a 10 semanas ↓	Muy baja	Eventos adversos: 0 a 10 semanas ↑ (transitorio PA) - EAS: 2 eventos no persistentes.
+Wilkinson (2021) (16)	TRD	Baja	Respuesta clínica: 3 a 14 semanas (=)	Baja	Eventos adversos: 0 a 10 semanas (=) - EAS: 5 eventos (depresión y conducta suicida)

*Nota: + dosis estándar (0,5mg/kg IV), *ensayos clínicos abiertos, EAS: eventos adversos serios, THC (cannabis), OH (alcohol) COC (cocaína), HER (Heroína), TRD (trastorno depresivo refractario), PA (presión arterial) (↑) aumento significativo, (↓) disminución significativa (=) sin diferencias significativas*

tivo orientado a la toma de decisiones. Pero no está exento de limitaciones, a destacar la definición operacional de KAP que no cuenta con criterios establecidos y determinó nuestra inclusión de ensayos. En ese sentido hay tensiones sin resolver como la relevancia del estado alterado de conciencia, ya que existen estudios bajo los cuales se justicia que mediaría el efecto terapéutico (28), y el rol de la psicoterapia serviría como un marco de preparación e integración de estos fenómenos (29), sin embargo en su indicación más frecuente como antidepresivo se busca minimizar este estado alterado conciencia, manteniendo una dosis mínima eficaz, ya que se explica como un fenómeno disociativo (6,19). En los estudios elegidos en esta revisión que utilizaron dosis exploratoria (todos en trastornos por consumo) (11–15,17) no reportaron disociación como efecto adverso, es plausible que según el marco conceptual estos sean valorados como el objetivo terapéutico (30,31). Es un campo en desarrollo y habrá que atender su devenir.

Conclusiones

La KAP es una posible estrategia terapéutica para la patología mental grave y resistente. Hay evidencia de eficacia y seguridad en el tratamiento de ciertos trastornos por consumo, y de seguridad en trastorno depresivo refractario. Sin embargo, los datos son de baja calidad y susceptibles de un alto riesgo de sesgos. Es necesario superar limitaciones como su definición operacional y desarrollar investigación regional conforme aumenta la experiencia en su administración para el tratamiento de trastornos mentales.

Referencias Bibliográficas

1. Khorramzadeh E, Lotfy AO. The use of ketamine in psychiatry. Psychosomatics. 1973;14(6):344–6.
2. Huang MC, Lin SK. Ketamine Abuse: Past and Present. In: Hashimoto K, Ide S, Ikeda K, editors. Ketamine: From Abused Drug to Rapid-Acting Antidepressant [Internet]. Singapore: Springer; 2020 [cited 2023 May 8]. p. 1–14. Available from: https://doi.org/10.1007/978-981-15-2902-3_1
3. McNicol ED, Schumann R, Haroutounian S. A systematic review and meta-analysis of ketamine for the prevention of persistent post-surgical pain. Acta Anaesthesiol Scand. 2014 Nov;58(10):1199–213.
4. Sanacora G, Frye MA, McDonald W, Mathew SJ, Turner MS, Schatzberg AF, et al. A Consensus Statement on the Use of Ketamine in the Treatment of Mood Disorders. JAMA Psychiatry. 2017 Apr 1;74(4):399–405.
5. Bravo G, Grant R, Bennet R. Ketamine. In: Handbook of Medical Hallucinogens. 1st ed. Guilford Publications; 2021. p. 327–65.
6. Swainson J, McGirr A, Blier P, Brietzke E, Richard-Devantoy S, Ravindran N, et al. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force Recommendations for the Use of Racemic Ketamine in Adults with Major Depressive Disorder: Recommandations Du Groupe De Travail Du Réseau Canadien Pour Les Traitements De L'humeur Et De L'anxiété (Canmat) Concernant L'utilisation De La Kétamine Racémique Chez Les Adultes Souffrant De Trouble Dépressif Majeur. Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. 2021 Feb;66(2):113–25.
7. Liberati A, Moher, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med. 2009 Jul 21;6(7): e1000097.
8. Research Rabbit [Internet]. [cited 2023 Oct 12]. Available from: https://researchrabbitapp.com/home
9. Risk of bias tools - Current version of RoB 2 [Internet]. [cited 2022 May 25]. Available from: https://sites.google.com/site/riskofbiastool/welcome/rob-2-0-tool/current-version-of-rob-2
10. Grading quality of evidence and strength of recommendations | The BMJ [Internet]. [cited 2022 Mar 29]. Available from: https://www.bmj.com/content/328/7454/1490
11. Krupitsky E, Burakov A, Romanova T, Dunaevsky I, Strassman R, Grinenko A. Ketamine psychotherapy for heroin addiction: immediate effects and two-year follow-up. J Subst Abuse Treat. 2002 Dec;23(4):273–83.
12. Krupitsky EM, Burakov AM, Dunaevsky IV, Romanova TN, Slavina TY, Grinenko AY. Single versus repeated sessions of ketamine-assisted psychotherapy for people with heroin dependence. J Psychoactive Drugs. 2007 Mar;39(1):13–9.
13. Dakwar E, Nunes EV, Hart CL, Foltin RW, Mathew SJ, Carpenter KM, et al. A Single Ketamine Infusion Combined with Mindfulness-Based Behavioral Modification to Treat Cocaine Dependence: A Randomized Clinical Trial. Am J Psychiatry. 2019 Jun 24;176(11):923–30.
14. Dakwar E, Levin F, Hart CL, Basaraba C, Choi J, Pavlicova M, et al. A Single Ketamine Infusion Combined With Motivational Enhancement Therapy for Alcohol Use Disorder: A Randomized Midazolam-Controlled Pilot Trial. Am J Psychiatry. 2020 Feb 1;177(2):125–33.
15. Grabski M, McAndrew A, Lawn W, Marsh B, Raymen L, Stevens T, et al. Adjunctive Ketamine With Relapse Prevention-Based Psychological Therapy in the Treatment of Alcohol Use Disorder. Am J Psychiatry. 2022 Feb;179(2):152–62.
16. Wilkinson ST, Rhee TG, Joormann J, Webler R, Ortiz Lopez M, Kitay B, et al. Cognitive Behavioral Therapy to Sustain the Antidepressant Effects of Ketamine in Treatment-Resistant Depression: A Randomized Clinical Trial. Psychother Psychosom. 2021;90(5):318–27.
17. Azhari N, Hu H, O'Malley KY, Blocker ME, Levin FR, Dakwar E. Ketamine-facilitated behavioral treatment for cannabis use disorder: A proof of concept study. Am J Drug Alcohol Abuse. 2021;47(1):92–7.
18. Wilkinson ST, Wright D, Fasula MK, Fenton L, Griepp M, Ostroff RB, et al. Cognitive Behavior Therapy May Sustain Antidepressant Effects of Intravenous Ketamine in Treatment-Resistant Depression. Psychother Psychosom. 2017;86(3):162–7.
19. McIntyre RS, Rosenblat JD, Nemeroff CB, Sanacora G, Murrough JW, Berk M, et al. Synthesizing the Evidence for Ketamine and Esketamine in Treatment-Resistant Depression: An International Expert Opinion on the Available Evidence and Implementation. Am J Psychiatry. 2021 May 1;178(5):383–99.
20. Short B, Fong J, Galvez V, Shelker W, Loo CK. Side-effects associated with ketamine use in depression: a systematic review. Lancet Psychiatry. 2018 Jan;5(1):65–78.
21. Sanne Y Smith-Apeldoorn, Jolien KE Veraart, Jan Spijker, Jeanine Kamphuis, Robert A. Schoevers. Maintenance ketamine treatment for depression: a systematic review of efficacy, safety, and tolerability. Lancet Psychiatry. 2022 Nov 1;9(11):907–21.
22. Dean RL, Hurducas C, Hawton K, Spyridi S, Cowen PJ, Hollingsworth S, et al. Ketamine and other glutamate receptor modulators for depression in adults with unipolar major depressive disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Sep 12;2021(9):CD011612.
23. Bahji A, Vazquez GH, Zarate CA. Comparative efficacy of racemic ketamine and esketamine for depression: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2021 Jan 1; 278:542–55.
24. Rhee TG, Shim SR, Forester BP, Nierenberg AA, McIntyre RS, Papakostas GI, et al. Efficacy and Safety of Ketamine vs Electroconvulsive Therapy Among Patients With Major Depressive Episode: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2022 Dec 1;79(12):1162.

25. Mathai DS, Mora V, Garcia-Romeu A. Toward Synergies of Ketamine and Psychotherapy. Front Psychol. 2022; 13:868103.
26. Henrich J, Heine SJ, Norenzayan A. Most people are not WEIRD. Nature. 2010 Jul;466(7302):29–29.
27. Joneborg I, Lee Y, Di Vincenzo JD, Ceban F, Meshkat S, Lui LMW, et al. Active mechanisms of ketamine-assisted psychotherapy: A systematic review. J Affect Disord. 2022 Oct; 315:105–12.
28. Dakwar E, Nunes EV, Hart CL, Hu MC, Foltin RW, Levin FR. A sub-set of psychoactive effects may be critical to the behavioral impact of ketamine on cocaine use disorder: Results from a randomized, controlled laboratory study. Neuropharmacology. 2018 Nov 1; 142:270–6.
29. Dore J, Turnipseed B, Dwyer S, Turnipseed A, Andries J, Ascani G, et al. Ketamine Assisted Psychotherapy (KAP): Patient Demographics, Clinical Data and Outcomes in Three Large Practices Administering Ketamine with Psychotherapy. J Psychoactive Drugs. 2019;51(2):189–98.
30. Ballard ED, Zarate CA. The role of dissociation in ketamine's antidepressant effects. Nat Commun. 2020 Dec 22;11(1):6431.
31. Berrios GE. The concept of dissociation in psychiatry. Concept Dissociation Psychiatry. 2018;29–50.

Material complementario

Tabla 2. Descripción de los ensayos clínicos incluidos en la selección final. Aspectos demográficos y metodológicos

Dosis estándar	
Estudio	Wilkinson et al. (2017) (New Haven, Estados Unidos)[46]
Diseño	EC abierto
n	16
Población	Trastorno depresivo refractario
Dosis	0,5 mg/kg IV
Psicoterapia	TCC
Control	n/a
Método	Ambulatorio. Fase inicial (2 semanas): se inicia TCC+ KET 2 sesiones semanales. Fase mantenimiento (8 semanas): TCC semanal.
Instrumentos	MADRS, QIDS-SR16, COG
Estudio	Dakwar et al. (2019) (Nueva York, Estados Unidos)
Diseño	ECA doble ciego
n	55
Población	Trastorno por consumo de COC
Dosis	0,5 mg/kg IV
Psicoterapia	MBPR
Control	Midazolam IV (0,025 mg/kg)
Método	Mixto. Fase inicial (5 días): hospitalización, día 1 inició sesiones de MBRP, día 2 infusión única, día 5 egreso. Fase seguimiento (1 a 6 meses): sesiones MBRP 2 veces por semana durante 4 semanas, luego derivación a otros tratamientos y entrevista telefónica al final.
Instrumentos	HDRS, CADSS, CUD-VAS, FFMQ, PSS. HMS, NDES, TLFB, TOX.
Dosis estándar	
Estudio	Wilkinson et al. (2021) (New Haven, Estados Unidos)
Diseño	ECA doble ciego
n	42
Población	Trastorno depresivo refractario
Dosis	0,5 mg/kg IV

Tabla 2. Descripción de los ensayos clínicos incluidos en la selección final. Aspectos demográficos y metodológicos

Psicoterapia	TCC
Control	TAU
Método	Ambulatorio. Fase 1 (3 semanas): población con respuesta a 6 infusiones KET. Fase 2 (14 semanas): se asignaron aleatoriamente para recibir TCC (bisemanal primeras dos semanas y luego 1 vez por semana) o TAU (controles médicos semanales o pasando una semana), y mantener seguimiento.
Instrumentos	MADRS, QIDS-SR-16, COG
Dosis exploratoria	
Estudio	Krupitsky et al. (2002) (San Petersburgo, Rusia)
Diseño	ECA doble ciego
n	70
Población	Trastorno por consumo de HER
Dosis	2mg/kg IM
Psicoterapia	POE
Control	KET (0.2mg/kg) IM
Método	Mixto. Fase inicial: (3 a 5 días) hospitalización para desintoxicación, 10 horas POE preparación, 1 sesión KET (Grupo dosis alta vs dosis baja) y 5 horas POE posteriores para integración. Fase seguimiento (24 meses): evaluaciones médicas inicialmente mensual, luego trimestral hasta el final.
Instrumentos	SIDI, ZDS, SAS, VASC, SA, HRS, MMPI,LCS, CTA, PLT, SCS, ECG, TOX
Estudio	Krupitsky et al. (2007) (San Petersburgo, Rusia)
Diseño	ECA doble ciego
n	59
Población	Trastorno por consumo de HER
Dosis	2 mg/kg IM x 3 dosis
Psicoterapia	POE → ED
Control	KET (2 mg/kg) IM x 1 dosis
Método	Mixto. Fase inicial: en hospitalización para desintoxicación, 1 sesión de KET antes del egreso con 5 horas de POE previas y 5 posteriores para integración, y luego aleatorización (grupo sesión múltiple vs única). Fase seguimiento (12 meses): terapia mensual para ED (herramientas de TCC + MET), entrevistas personales (cada 3 meses) y controles médicos telefónicos (cada mes).
Instrumentos	ZDS, SAS, VASC, PLT, TLFB, TOX
Estudio	Dakwar et al. (2020) (Nueva York, Estados Unidos)
Diseño	ECA doble ciego
n	40
Población	Trastorno por consumo de OH
Dosis	0.71 mg/kg IV
Psicoterapia	MET
Dosis exploratoria	
Control	MID (0.025 mg/kg) IV
Método	Ambulatorio. Fase inicial (5 semanas): semana 1 preparación de objetivos motivacionales y evaluaciones, semana 2 con abstinencia de al menos 24 horas aleatorización (KET vs MID) → MET a las 24 horas, semana 3 a 5 MET semanal. Fase seguimiento: derivación a tratamiento y evaluación telefónica a los 6 meses.
Instrumentos	VAS-A, CIWA, DCQ, PSS, FFMQ, BIS, TOX

Tabla 2. Descripción de los ensayos clínicos incluidos en la selección final. Aspectos demográficos y metodológicos

Estudio	Azhari et al. (2020) (Nueva York, Estados Unidos)
Diseño	EC abierto
n	8
Población	Trastorno por consumo de THC
Dosis	0.71mg/kg → 1.41mg/kg IV
Psicoterapia	MET+ MBRP
Control	n/a
Método	Ambulatorio. Semana 1 Evaluación basal + MET, Semana 2: 1ra infusión + MET. Semanas 3 a 6 MBPR dos veces por semana. Semana 4 reevaluación de respuesta si no fue favorable 2da infusión + MET.
Instrumentos	DCQ, TLFB, VAS-C
Estudio	Grabski et al. (2022) (Exeter-Londres, Reino Unido)
Diseño	ECA doble ciego
n	96
Población	Trastorno por consumo de OH
Dosis	0,8mg/kg IV
Psicoterapia	MBRP
Control	4 grupos: KET+MBRP, KET+ED, SS+MBRP, SS+ED
Método	Ambulatorio. Al menos 24 horas sobrios, se realiza selección y randomización 1:1:1:1 (4 grupos) para 1.5 horas de terapia o educación, seguido de sesión KET o SS respectivamente, esto repetido en 3 ocasiones (visita 2-3. 4-5, 6-7), para terminar con una sesión final (visita 8) y seguimiento posteriores a los 3 y 6 meses (visitas 9 y10).
Instrumentos	BDI, HDRS, SF-12, PSI, TND, ACQ, SCRAM

Notas: ↑ (aumenta), ↓ (disminuye), ⟶ (luego), > (mayor que), < (menor que) , COC (cocaína), EAS (Eventos adversos serios), EC (ensayo clínico), ECA (ensayo clínico aleatorio), ED (Psicoeducación), HER (heroína), KET (ketamina), MID (Midazolam), MBRP (Prevención de recaídas basada en mindfullness), MET (Terapia Motivacional), OH (alcohol), PA (Presión Arterial), POE (Psicoterapia de orientación existencial), SS (Solución salina), TAU (Tratamiento Usual), TCC (terapia cognitivo conductual), THC (cannabis).
ACQ (Cuestionario de deseo de alcohol), AASES (Escala de autoeficacia para la abstinencia de alcohol), BIS (Escala de impulsividad de Barrett), BDI (Inventario de depresión de Beck), CADSS (Escala de estados disociativos administrada por el clínico), CIWA (Evaluación de abstinencia clínica), CTA (Prueba de actitudes por color), CUD-VAS (Escala analógica visual para el trastorno por consumo de cocaína), DCQ (Cuestionario de confianza en la toma de drogas), ECG (Electrocardiograma), FFMQ (Cuestionario de atención plena de cinco facetas), HRS (Escala de calificación de alucinógenos), HDRS (Escala de calificación de la depresión de Hamilton), LCS (Escala de locus de control), MADRS (Escala de calificación de la depresión de Montgomery-Asberg), MMPI (Inventario multiphasic de personalidad de Minnesota), PSS (Escala de estrés percibido), PLT (Prueba de propósito en la vida), PSI (Inventario de estados psicóticos), QIDS-SR16 (Inventario rápido de sintomatología depresiva de autoinforme de 16 ítems), SAS (Escala de ansiedad de estado-rasgo de autoevaluación de Spielberger), SCRAM (Monitor continuo de eliminación transdérmica de alcohol), SCS (Escala de cambios en la espiritualidad), SF-12 (Cuestionario abreviado de 12 preguntas para medir la salud general), SIDI (Entrevista clínica estructurada para trastornos psiquiátricos según la Clasificación Internacional de Enfermedades), TLFB (Registro retrospectivo del consumo de sustancias a lo largo del tiempo), TND (Test para la dependencia de la nicotina), TOX (Análisis de tóxicos en orina), VAS-A (Escala analógica visual para el deseo de alcohol), VAS-C (Escala analógica visual para el deseo de cannabis), VAS-H (Escala analógica visual para el deseo de heroína) y ZDS (Escala de autoevaluación de la depresión de Zung).

Tabla 3. Medidas de resultado Significativas en los Ensayos Clínicos Seleccionados

Dosis estándar*	
Estudio	Wilkinson et al. (2017) (New Haven, Estados Unidos)
Seguridad	Eventos adversos: náuseas (25 %), cefalea (25 %) y fatiga (12,5 %). EAS: 1 caso ↑ ideas sobrevaloradas hipocondríacas (crónicas) que volvieron a nivel basal, 1 caso de crisis hipertensiva con manejo sintomático que no implicó retirada.
Eficacia	8 sujetos(50%) obtuvieron respuesta mientras 7 (43.8%) alcanzaron remisión en las primeras 2 semanas. En el seguimiento 2 (25%) recayeron a la semana 8. Del grupo en remisión sólo 3 la sostenian a la semana 12,y 2 hasta la semana 16.
Específicas	CADSS puntuaciones medias previas a la infusión fueron de 0,40 a los 40 minutos después de la infusión fueron 5,77 y a los 80 minutos fueron 0,05 (Disociación transitoria).
Estudio	Dakwar et al. (2019) (Nueva York, Estados Unidos)
Seguridad	Eventos adversos: ↑ PA una media de 19.5 mmHg en Ket vs. 8 mmHg en MID (x2=20.14, df=1, p,0.001), Sedación leve en 7 participantes MID y 3 de KET. EAS: sin reportes de eventos agudos o crónicos.
Eficacia	Abstinencia ↑ a las 2 semanas grupos KET 48,2% vs MID 10.7% (OR=5.7). Riesgo de recaída ↓ en KET 53% vs. MID (HR=0.47). Uso de cocaína ↓ MID > KET (OR=7.8). Ansias por consumo ▫ siendo 58.1% KET<MID (t=22.57), uso y ansias mantuvieron su diferencia en el seugimiento.
Específicas	A los 6 meses abstinencia ↑, 44% (12) del grupo KET y ninguno de MID (x2=15.92, df=1, p,0.001).
Estudio	Wilkinson et al. (2021) (New Haven, Estados Unidos)
Seguridad	Eventos adversos: cefalea (24,4%) y náuseas (12,2%). EAS: 5 (3 TCC y 2 TAU) ↑ síntomas depresivos, conducta suicida y necesidad de hospitalización.
Eficacia	Respuesta: en fase 1 en 28 participantes en ambas escalas. En fase 2 se mantuvo un tamaño del efecto favorable con predominio para TCC en MADRS fue moderado (Cohen's d = 0.65), y en la QIDRS-16 fue moderado a alto (Cohen's d = 0.71) en ambos casos no significativo, pero en el análisis de supervivencia se encontró en la QIDRS una interacción tiempo-tratamiento significativa (F = 4.58; p = 0.033).
Específicas	Se realizó COG en un subgrupo de pacientes pacientes de los cuales los respondedores KET tuvieron mejor desempeño en el Stroop emocional, pero no hubo diferencias en otras pruebas.
Dosis exploratoria	
Estudio	Krupitsky et al. (2002) (San Petersburgo, Rusia)
Seguridad	Eventos adversos: ↑ PA un promedio entre un 20-30% durante la sesión. EAS: sin reportes de eventos agudos o crónicos.
Eficacia	Abstinencia ↑ dosis alta > baja a partir del mes 1 hasta el 24, final del seguimiento 17,1% vs 2,9% (p <0.05).
Específicas	Sin diferencias significativas en: ↓ ansias por consumo, anhedonia, ansiedad y depresión, locus de control más interno, ↑ compresión sobre el significado de la vida y espiritualidad.
Estudio	Krupitsky et al. (2007) (San Petersburgo, Rusia)
Seguridad	Eventos adversos: ↑ PA entre un 20 a 30% durante la sesión. EAS: sin reportes de eventos agudos o crónicos.
Eficacia	Abstinencia ↑ al final del seguimiento grupo KET múltiple (50%) vs. KET única (22,2%).
Específicas	Todas las demás mediciones mostraron mejorías similares entre ambos grupos que fueron gradualmente reduciéndose.
Estudio	Dakwar et al. (2020) (Nueva York, Estados Unidos)
Seguridad	Eventos adversos: sedación (MID 12 > KET 8), cefalea (MID 4 > KET 6) de hasta 12 horas de duración. EAS: En grupo KET tuvieron 2 casos de agitación leve 1 hora postinfusión. No se reportar efectos persistentes.
Eficacia	A los 21 días abstinencia ↑ proporción modelada en el grupo de KET permaneció estable con interacción tiempo tratamiento significativa (F=25.1, df=1, 797, p 0.001); consumo excesivo ↓ KET (OR = 0,98) vs MID (OR = 1,19). En el seguimiento recaída ↓ KET con tiempo significativamente más largo para primer día de consumo o retirada (x2 = 4,2, p = 0,04). A los 6 meses (datos de 19 de los 40 participantes) abstinencia ↑ KET 75% vs MID 27.3 %.
Específicas	CADSS no se asoció significativamente con la abstinencia al final del estudio (OR= 1,11, p = 0,068). Las entrevistas telefónicas a los 6 meses después. 6 participantes se retiraron del grupo MID, ninguno de KET.

Tabla 3. Medidas de resultado Significativas en los Ensayos Clínicos Seleccionados

Dosis exploratoria	
Estudio	Azhari et al. (2020) (Nueva York, Estados Unidos)
Seguridad	Reportan que no hubieron eventos adversos ni EAS en ninguno de los participantes.
Eficacia	↓ días de consumo por semana (TLFB = 5,1) semana 3 (TLFB= 0,8), y siguió siendo disminuyendo hasta el final del estudio (B = 0,5). ↑ Confianza para abstenerse del cannabis DCQ media de 44,7 al final del estudio DCQ media de 87,5.
Específicas	No hubieron diferencias significativas en los resultados finales entre quienes necesitaron una segunda dosis. 6 de los 8 participantes consiguieron una abstinencia al menos de 3 semanas.
Específicas	Grabsky et al. (2022) (Exeter-Londres, Reino Unido)
Seguridad	Eventos adversos: 53 eventos leves en 20 pacientes. En el seguimiento 6 participantes usaron ketamina recreacionalmente en 1 ocasión por su cuenta (3 SS y 3 KET). EAS: en KET 4 eventos agudos y transitorios (humor disminuído, hipertensión, taquicardia y euforia) en 3 pacientes, sin eventos crónicos.
Eficacia	Abstinencia ↑ a los 6 meses en quienes utilizaron KET vs. Placebo `por diferencia de media (MD de 10.1%, 95% IC 1.1-19.0). KET+BPRS grupo con mejor desempeño (MD de 15.9%, 95% CI 3.8- 28.1) pero sin diferencias significativas con KET+ED o SS+BPRS.
Específicas	Grupo KET+MBPRS tuvo mejores resultados en cuanto a porcentaje de días de abstinencia en comparación con SS+ED, y una ↓ en puntaje BDI a los 3 meses, pero no en la HDRS. Los demás resultados no fueron significativos.

Notas: ↑ (aumenta), ↓ (disminuye), → (luego), > (mayor que), < (menor que) , COC (cocaína), EAS (Eventos adversos serios), EC (ensayo clínico), ECA (ensayo clínico aleatorio), ED (Psicoeducación), HER (heroína), KET (ketamina), MID (Midazolam), MBRP (Prevención de recaídas basada en mindfullness), MET (Terapia Motivacional), OH (alcohol), PA (Presión Arterial), POE (Psicoterapia de orientación existencial), SS (Solución salina), TAU (Tratamiento Usual), TCC (terapia cognitivo conductual), THC (cannabis).
ACQ (Cuestionario de deseo de alcohol), AASES (Escala de autoeficacia para la abstinencia de alcohol), BIS (Escala de impulsividad de Barrett), BDI (Inventario de depresión de Beck), CADSS (Escala de estados disociativos administrada por el clínico), CIWA (Evaluación de abstinencia clínica), CTA (Prueba de actitudes por color), CUD-VAS (Escala analógica visual para el trastorno por consumo de cocaína), DCQ (Cuestionario de confianza en la toma de drogas), ECG (Electrocardiograma), FFMQ (Cuestionario de atención plena de cinco facetas), HRS (Escala de calificación de alucinógenos), HDRS (Escala de calificación de la depresión de Hamilton), LCS (Escala de locus de control), MADRS (Escala de calificación de la depresión de Montgomery-Asberg), MMPI (Inventario multiphasic de personalidad de Minnesota), PSS (Escala de estrés percibido), PLT (Prueba de propósito en la vida), PSI (Inventario de estados psicóticos), QIDS-SR16 (Inventario rápido de sintomatología depresiva de autoinforme de 16 ítems), SAS (Escala de ansiedad de estado-rasgo de autoevaluación de Spielberger), SCRAM (Monitor continuo de eliminación transdérmica de alcohol), SCS (Escala de cambios en la espiritualidad), SF-12 (Cuestionario abreviado de 12 preguntas para medir la salud general), SIDI (Entrevista clínica estructurada para trastornos psiquiátricos según la Clasificación Internacional de Enfermedades), TLFB (Registro retrospectivo del consumo de sustancias a lo largo del tiempo), TND (Test para la dependencia de la nicotina), TOX (Análisis de tóxicos en orina), VAS-A (Escala analógica visual para el deseo de alcohol), VAS-C (Escala analógica visual para el deseo de cannabis), VAS-H (Escala analógica visual para el deseo de heroína) y ZDS (Escala de autoevaluación de la depresión de Zung).

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

Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en personal no sanitario de un hospital de alto nivel de complejidad en Bogotá durante la pandemia de Covid-19

Prevalence of anxiety and depression symptoms in non-health personnel at a hospital of high level of complexity in Bogotá during the Covid-19 pandemic

Andrés Sarmiento-Buitrago
MD, Residente de Psiquiatría, Universidad Del Rosario.
MSc en Epidemiología, Universidad CES, Colombia.
Coordinador, Grupo de Investigación en Salud Mental, Universidad del Rosario (SOMA). Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.
andresf.sarmiento@urosario.edu.co

María Daniela Rubiano-Castaño
MD, Residente de Psiquiatría, Universidad Del Rosario.
Miembro, Grupo de Investigación en Salud Mental, Universidad del Rosario (SOMA). Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.
mariad.rubiano@urosario.edu.co

Juanita Aguilera Almeida
MD, Residente de Psiquiatría, Universidad Del Rosario.
Miembro, Grupo de Investigación en Salud Mental, Universidad del Rosario (SOMA). Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.
juanita.aguilera@urosario.edu.co

Silvia Jurado
MD, Psiquiatra, Universidad Del Rosario.
Clínica Psiquiátrica Santo Tomás, Bogotá D.C.
Miembro, Grupo de Investigación en Salud Mental, Universidad del Rosario (SOMA).
siljur16@gmail.com

Daniela Riveros
Estudiante de Medicina, Universidad del Rosario, Bogotá D.C.
Miembro, Grupo de Investigación en Salud Mental, Universidad del Rosario (SOMA), Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.
danielas.riveros@urosario.edu.co

María Paula Clavijo
Estudiante de Medicina, Universidad del Rosario, Bogotá D.C.
Miembro, Grupo de Investigación en Salud Mental, Universidad del Rosario (SOMA), Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.
mariap.clavijo@urosario.edu.co

Ana Milena Isaza Narváez
MD, Psiquiatra.
MSc en Medicina Naturopática Biológica, Psicooncología, Fibromialgia, Cuidados Paliativos, Cuidados Paliativos Pediátricos y Neurociencia y Dolor.
Centro de Salud Mental Rosarista - CeRSaMe.
Instructora de Práctica, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud - EMCS.
Coordinadora, Departamento de Clínica del Dolor, Universidad del Rosario.
Líder, Instituto del Cerebro. Hospital Universitario Mayor Mederi. Bogotá D.C.
anamilenaisazanarvaez@gmail.com

Juan Fernando Cano Romero
MD, Psiquiatra.
MSc en Epidemiología Clínica.
Estudiante de Doctorado en Investigación Clínica, Universidad del Rosario.
Director, Centro de Salud Mental Rosarista - CeRSaMe. Profesor Asistente, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud - EMCS. Universidad del Rosario. Centro de Investigación del Sistema Nervioso - Grupo CISNE.
juanf.cano@urosario.edu.co

Correspondencia:
Juan Fernando Cano Romero
+573006158167
Cl. 173a #65-85, Bogotá, Colombia.
juanf.cano@urosario.edu.co

Los autores no declaran conflicto de intereses.
El financiamiento de este artículo fue proporcionado por los autores.

Resumen *Introducción:* El COVID-19 ha impactado significativamente en la salud mental, especialmente entre los trabajadores hospitalarios. Hay pocos datos sobre las repercusiones en el personal no sanitario que opera en entornos de alto riesgo sin ser parte directa del personal de salud. *Objetivo:* Evaluar prevalencia e identificar factores de riesgo asociados con los síntomas de ansiedad y depresión entre el personal no sanitario que trabajó durante la pandemia de COVID-19. *Métodos:* Estudio observacional analítico transversal. Los síntomas de salud mental se evaluaron utilizando la PHQ-9 y GAD-7, junto con variables relacionadas con la exposición al COVID-19. Se emplearon regresiones multivariadas para el análisis de datos. *Resultados:* Los factores de riesgo para la ansiedad clínicamente significativa incluyeron antecedentes de enfermedad mental y trabajar en la cocina o en servicios generales. Trabajar en el servicio de cocina fue un factor de riesgo para la depresión clínicamente significativa. Las variables relacionadas con el COVID-19 no fueron significativas en ninguna de las dos condiciones. *Discusión y conclusión:* Se encontró un riesgo elevado de síntomas de ansiedad y depresión entre los trabajadores no sanitarios, especialmente en servicios generales y de cocina. Es imperativo realizar más investigaciones para elucidar los factores subyacentes que contribuyen a estos resultados.

palabras clave: Salud mental, Ansiedad, Depresión, Personal hospitalario, COVID-19.

Abstract Introduction: *The COVID-19 pandemic has significantly impacted mental health, particularly among healthcare workers. However, limited research has explored the repercussions on non-healthcare personnel operating in high-risk environments without being directly part of the healthcare staff.* Objective: *This study aims to assess the prevalence and identify risk factors associated with anxiety and depression symptoms among non-healthcare personnel who worked during the COVID-19 pandemic in the past year.* Methods: *An analytical cross-sectional observational study was conducted. Mental health symptoms were assessed using the PHQ-9 and GAD-7 instruments, along with variables related to COVID-19 exposure. Multivariate regressions were employed for data analysis.* Results: *Risk factors for clinically significant anxiety included a history of mental illness (OR= 6.68), working in the kitchen or in general services (OR 3.64). Similarly, working in the kitchen service was a risk factor for clinically significant depression (OR 6.20). Variables related to COVID-19 were not significant in either condition.* Discussion and Conclusion: *The findings indicate a heightened risk of anxiety and depression symptoms among non-healthcare workers in general hospitals, particularly in general and kitchen services. Despite these outcomes, further research is imperative to elucidate the underlying factors contributing to these results.*

keywords: Mental Health, Anxiety, Depression, Hospital Personnel, COVID-19.

Introducción

La actividad laboral es uno de los elementos más importantes en el desarrollo del individuo, teniendo importantes repercusiones sobre la salud mental de los estos (1). Las exigencias laborales, entendidas como necesidades específicas del proceso laboral que requieren esfuerzo físico y/o psicológico, están fuertemente asociadas al agotamiento emocional y activación de respuestas de estrés (2).

En esta relación entran en juego múltiples factores, tanto laborales como personales, tales como la carga laboral, estilo de vida, apoyo social, estrategias de afrontamiento y nivel de realización personal (3). Lo anterior, enmarcado en la complejidad, ya que como planteo Vogel et al. el trabajo se trata un fenómeno polifacético y la población de trabajadores es tan heterogénea como lo son sus puestos de trabajo (4).

Lo anterior, se vio exacerbado en contexto de la pandemia de COVID-19, tanto en población general como en trabajadores de la salud (5–7). En Bogotá, Colombia, la demanda de los servicios de los centros de atención en salud aumentó alcanzando cifras de ocupación de UCI mayores al 95% en julio de 2020 (8,9). Lo anterior contribuyó al aumento de los niveles de estrés, síntomas ansiosos, depresivos y empeoro la calidad del sueño en los trabajadores de la salud (5,10). Dentro de este grupo el uso de medidas de protección personal fue la principal estrategia de afrontamiento utilizada para compensar esta situación (5).

Pese al aumento de publicaciones sobre este tema, otros grupos de trabajadores que fueron expuestos a la labor dentro de los hospitales no fueron ampliamente estudiados, como es el caso del personal no asistencial compuesto por personal de servicios generales, cocina, seguridad, entre otras labores. En este contexto se plantea el presente estudio con el objetivo de determinar la prevalencia y explorar factores de riesgo asociados a síntomas de salud mental en personal no asistencial en una institución privada de alto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá D.C. que laboraron durante la pandemia de COVID-19. Lo anterior en miras de detectar factores de riesgo que apunten a posibles perfiles de riegos en esta importante población que en posteriores estudios permitan implementar acciones con el objetivo de impactar de manera positiva en la salud mental de estos.

Metodología

Tipo de estudio y población

El presente es un estudio de tipo corte transversal analítico cuya población son todos los trabajadores mayores de edad, no asistenciales de un hospital general en la ciudad de Bogotá D.C., que tuvo que adaptarse para responder a la alta demanda de camas para pacientes infectados durante la pandemia por COVID-19. Se incluyeron en el estudio aquellos sujetos considerados como personal no asistencial mayor de 18 años que trabaja de manera presencial (servicios generales, seguridad, mantenimiento de las instalaciones, cocina, administrativos que tengan contacto con público) que llevaran por lo menos un año ejerciendo sus funciones en la respectiva institución.

Se realizó un muestro no probabilístico por conveniencia, fueron excluidos del estudio aquellos sujetos que no brindaran consentimiento informado o que manifiesten su deseo de no participar en el estudio, que no completaran la encuesta de factores sociodemográficos o que no completen los cuestionarios de síntomas psiquiátricos o afirmaron haber interrumpido por más de un mes (>1 mes) sus labores durante la pandemia o que durante este periodo hayan estado realizando sus labores en modalidad no presencial.

Variables y método de recolección

Por medio de formulario aplicado de manera presencial con apoyo de los investigadores principales se recolectó datos con respecto a información sociodemográfica, antecedentes de enfermedades físicas y mentales, área del hospital donde se desempeñaban laboralmente. De igual manera, se evaluó el antecedente de infección por COVID-19, uso de equipos de protección personal durante sus labores, el estado de inmunización e historial de contacto estrecho con individuos positivos para la condición.

También fueron evaluados la presencia y severidad de sintomatología ansiosa y depresiva por medio de escalas de auto reporte. Se utilizó la Escala de trastorno de ansiedad Generalizada de 7 ítems (GAD-7); cuestionario multidimensional autoadministrable de 7 ítems diseñado por Spitzer (11). La misma se encuentra validada en Colombia y ha sido aplicada en contextos similares con adecuadas valoraciones psicométricas (12).

Además, se utilizó el Patient Health Questionnaite (PHQ-9): diseñada inicialmente por Kroenke et al. siendo un instrumento de nueve ítems enfocado en

síntomas depresivos (13). Este ha sido validado en múltiples poblaciones a nivel mundial, haciéndolo un instrumento confiable para la evaluación del constructo de depresión (14–17). En Colombia, fue validada en un estudio llevado a cabo por Cassiani-Miranda et al. que incluyó 243 pacientes adultos en la ciudad de Bucaramanga con unas excelentes características psicométricas (18,19).

Cálculo de muestra y métodos estadísticos

Para el cálculo de muestra se utilizó el programa estadístico EPI INFO versión 7.2.4.0. Teniendo en cuenta el Informe de gestión del hospital en cuestión se usó como tamaño de la población los 1470 colaboradores reportados por la corporación(20). Utilizando la prevalencia 13.8% de síntomas depresivos durante la pandemia por COVID-19 en población general china detectada por Wang et al.(7,20) se determinó un tamaño de muestra necesario de 163 sujetos para un intervalo de confianza de 95% (IC95%) para sintomatología depresiva. Por otro lado, dado prevalencia de 28.8% de síntomas ansiosos se calculó un tamaño de muestra de 250 sujetos para un IC95% para estos síntomas (7).

Se realizó análisis de datos utilizando como sistema estadístico el programa STATA SE versión 16. Teniendo como variables dependientes las categorías de síntomas mentales obtenidos con GAD-7 PQH-9. Las independientes son las variables sociodemográficas, cargo actual, variables asociadas al COVID-19 y la comorbilidad médica o psiquiátrica. Se realizo análisis bivariado y modelo multivariado dado por regresión logística multivariada binomial.

Para esto, se utilizaron los puntos de cortes planteados como de significancia clínica de Cassiani Miranda et al, siendo mayor o igual a 7 para el PHQ-9, y por Spitzer, siendo mayor o igual a 10 puntos para GAD-7, que han evidenciado adecuada sensibilidad y especificidad en estudios previos (11,18). La adecuación del modelo fue estudiada por medio de revisión de supuestos, prueba de bondad de ajuste de Hosmer- Lemeshow y área bajo la curva (AUC) de curva ROC para el modelo. Los resultados fueron reportados con sus respectivas medidas de asociación e intervalos de confianza.

Consideraciones éticas

La presente investigación se adhiere a los principios éticos enmarcados en la normativa nacional e internacional. Se trata de una investigación clasificada por la Resolución 8430 de 1993 de la República de Colombia como “Investigación de riesgo mínimo”, al utilizar técnicas de investigación tipo cuestionario que no realizan ningún tipo de intervención o modificación en variables de los individuos participantes. Adicionalmente, se adhiere a los principios consagrados en la Declaración de Helsinki - Fortaleza del año 2013 y el informe Belmont (21). Fue evaluado y aprobado por el Comité de ética de la Universidad del Rosario de Bogotá D.C. y por el centro de investigaciones del hospital. Se aseguro anonimidad y seguridad de los datos con el fin de que la participación no repercutiera en la actividad laboral o personal de los participantes (22). El uso de estos datos fue únicamente por parte de los investigadores principales del estudio. La base de datos se encuentra resguardada en unidad de almacenamiento cifrado donde solo los investigadores principales tienen acceso.

Resultados

Participantes

Entre los meses julio y octubre del año 2022, fueron evaluados 255 sujetos por medio de reuniones previamente solicitadas con cada una de las áreas encargadas, que se encontraban laborando en el hospital en ocupaciones no asistenciales que tenían contacto con pacientes. Cada uno de los participantes resolvió el formulario en acompañamiento con alguno de los investigadores principales. En mayoría se trató de mujeres (75.7%; n=193) con una edad media de 35.2 años, solteros y residentes en la zona urbana de la ciudad *(ver Tabla 1)*. La mayoría de la muestra se encontraba en etapa de adultes media con un 52.1% (n=133) de esta entre los 30 y los 49 años *(ver Tabla 2)*.

En general la muestra contaba con un nivel socioeconómico bajo y medio, con un nivel educativo alcanzado de secundaria o educación superior, teniendo a la mayoría de la muestra en labores de aseo, administración y transporte de pacientes *(ver Tabla 1)*. Dentro de las labores en el hospital, se encontró que aquellos que trabajaban en servicio de aseo tenían una mayor proporción, entre todos los grupos, de mayores de 50 años (43.4%; n= 18); en cuanto a sujetos más jóvenes, en el grupo de camilleros se encontró la proporción más alta siendo menores 30 años (66.1%; n=37) *(ver Tabla 2)*.

En general la mayoría de los sujetos no reportaron haber sido diagnosticados con ninguna enfermedad tanto física como mental, pese a eso un 4.3% (n=11)

Tabla 1. Descripción de variables sociodemográficas, comorbilidades y exposición al COVID-19 de la muestra

Variable	Categoría	N=255 (%)
Sexo	Masculino	62 (24.3%)
	Femenino	193 (75.7%)
Edad	Media (SD)	35.2 (10.8)
Estado Civil	Casado	27 (10.6%)
	Separado	14 (5.5%)
	Soltero	131 (51.4%)
	Unión libre	80 (31.4%)
	Viudo	3 (1.2%)
Área de residencia	Rural	26 (10.2%)
	Urbana	229 (89.8%)
Nivel Socioeconómico	Bajo	170 (66.7%)
	Medio	84 (32.9%)
	Alto	1 (0.4%)
Nivel educativo	Básica	10 (3.9%)
	Secundaria	127 (49.8%)
	Superior	118 (46.3%)
Ocupación en el hospital	Administrativo	79 (31.0%)
	Cocina	22 (8.6%)
	Aseo	76 (29.8%)
	Seguridad	22 (8.6%)
	Camilleros	56 (22.0%)
Antecedente de enfermedad mental	Sí	11 (4.3%)
	No	244 (95.7%)
Cuales	Esquizofrenia	1
	T. Ansiedad	3
	T. Depresivos	7
	Otros	0 (0%)
Enfermedad médica	Sí	44 (17.3%)
	No	211 (82.3%)
Diagnóstico de COVID-19	Sí	44 (17.3%)
	No	163 (63.2%)
Contacto Estrecho	Sí	141 (55.3%)
	No	114 (44.7%)
Disponibilidad de elementos de bioseguridad	Sí	234 (91.8%)
	No	21 (8.2%)

de la muestra refirieron antecedente de enfermedad mental siendo los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos los más comunes.

Al momento de la medición, la mayoría de los sujetos refirieron haber contado con implementos de bioseguridad que consideraron apropiados durante sus labores, así mismo todos refieren haber recibido al menos una dosis de vacuna para SARS-COV2, contando la mayoría con refuerzos de su esquema inicial (58.8%; n=150). Del total de la muestra solo un 17.3% (n=44) refirieron haber sido diagnosticados COVID-19 en algún momento, pese a esto una mayoría (53.3%; n=141) de los sujetos refirieron haber mantenido una interacción clasificable como contacto estrecho con algún individuo positivo para esta infección *(ver Tabla 1)*.

En cuanto a las escalas de sintomatología, utilizando la escala GAD-7 se encontró que un 3.9% (n=19) de la muestra podía ser clasificado como con síntomas severos de ansiedad y un 8.2% (n=21) con síntomas moderados *(ver Tabla 3)*. En cuanto al total de sujetos con síntomas de ansiedad con relevancia clínica (GAD-7 10), se encontró que un 12.2% (n=31) podían considerarse con estos.

En torno a los resultados de la PHQ-9, un 1.2% (n=3) clasificaron como con síntomas severos de depresión y un 10.6% (n=27) con cuadros moderados y moderados a severos *(ver Tabla 4)*. Usando los puntos de corte descritos, se encontró que un 22.7% (n=58) podían clasificarse como con síntomas depresivos con relevancia clínica. Así mismo, se evidencio que hasta un 8.7% (n=22) habían presentado ideas de muerte, suicidas o autolesivas recientemente. Estos sujetos fueron evaluados por los investigadores, descartando riesgo inminente de suicidio y se les redirigir a las rutas de atención enfocadas en estos casos.

Usando las calificaciones cuantitativas de las escalas sintomáticas, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad, nivel educativo, sexo, estado civil, nivel socioeconómico, área de residencia, diagnóstico de COVID-19, disponibilidad de elementos de bioseguridad o comorbilidad física con las calificaciones sintomáticas por medio de análisis bivariado, pero si fue detectable una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las calificaciones en las escalas PHQ-9 y GAD-7 ($r=0.724$; $p<0.00$). Así mismo, los individuos con diagnósticos previos de enfermedad mental presentaron mayores calificaciones en la PHQ-9 (diferencia de medias: -3.44; $p=0.01$) y GAD-7 (diferencia de medias: -3,43; $p=0.01$) que resultaron significativas.

Al evaluarse usando puntos de cortes descritos para las escalas sintomáticas, se encontraron resultados similares, teniéndose un OR crudo de 4.59 (IC95%

Tabla 2. Distribución por edad del personal

Edad	Administrativos	Cocina	Aseo	Camilleros	Vigilancia	Otros
< 30	16 (20.3%)	8 (36.4%)	19 (25%)	37 (66.1%)	11 (55%)	1 (50%)
30-39	43 (54%.4)	6 (27.3%)	19 (25%)	11 (19.6%)	4 (20%)	1 (50%)
40-49	15 (19%)	6 (27.3%)	20 (26.3%)	4 (7.1%)	4 (29%)	0 (0%)
50-59	5 (6.3%)	2 (9.1%)	13 (17.1%)	4 (7.1%)	1 (5%)	0 (0%)
≥60	0 (0%)	0 (0%)	5 (6.6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Tabla 3. Gravedad de los síntomas de ansiedad y síntomas de ansiedad clínicamente significativos en la muestra

GAD-7 *	General	Hombres	Mujeres
Ansiedad mínima	154 (60.4%)	43 (69.4%)	111 (57.5%)
Ansiedad leve	70 (27.5%)	13 (21.0%)	57 (29.5%)
Ansiedad moderada	21 (8.2%)	5 (8.1%)	16 (8.3%)
Ansiedad severa	19 (3.9%)	1 (1.6%)	9 (4.7%)
Total	255 (100%)	62 (100%)	255 (100%)
Síntomas ansiosos clínicamente significativos **			
Sí	31 (12.2%)	6 (9.7%)	25 (13%)
No	224 (87.8%)	56 (90.3%)	168 (87%)

**p=0.33; **p=0.66*

Tabla 4. Gravedad de los síntomas de depresivos y síntomas de depresión clínicamente significativos en la muestra

PHQ-9*	General	Hombres	Mujeres
Mínima	164 (64.3%)	45 (72.6%)	119 (61.7%)
Leve	61 (23.9%)	11 (17.7%	50 (25.9%)
Moderada	21 (8.2%)	3 (4.8%)	18 (9.3%)
Moderada- Severa	6 (2.4%)	3 (4.8%)	3 (1.6%)
Severa	3 (1.2%)	0 (0.0%)	3 (1.6%)
Total	255 (100%)	62 (100%)	255 (100%)
Síntomas depresivos clínicamente significativos **			
Sí	58 (22.7%)	10 (16.1%)	48 (24.9%)
No	197 (77.3%)	52 (83.9%)	145 (75.1%)

** p=0.17; **p=0.15*

1.26-16.7; p=0.032) para asociación de síntomas ansiosos de significancia clínica con antecedente de enfermedad mental, pero no se logró encontrar la misma para el caso de síntomas depresivos clínicamente significativos (OR=0.50 IC95% 0.14-1.76; p=0.28). En cuanto a los grupos de trabajadores, se encontró diferencias significativas (p=0.02) dentro de estos, habiendo mayores proporciones de síntomas depresivos de relevancia clínica en el personal de cocina (45.5%) y en personal de servicios generales (26.3%) pero no se encontraron diferencias significativas en cuanto a síntomas de ansiedad (p=0.20).

Las variables con evidencia en la literatura fueron incluidas dentro de modelos de regresión logística binomial múltiple usando el método insertar, con el fin de realizar análisis multivariado. No fueron incluidas en estos modelos las variables de vacunación y de bioseguridad en miras de fomentar el principio de la parsimonia al no encontrarse cambios importantes al incluirse en estos. Tras evaluar el cumplimiento de los supuestos requeridos: desenlace dicotómico, distribución binomial y no colinealidad entre variables ni autocorrelación. Se realizó un modelo independiente para los síntomas de ansiedad y para los síntomas depresivos.

En cuanto a los resultados de GAD-7, se obtuvo un modelo con una adecuada bondad de ajuste dado por la prueba de Hosmer- Lemeshow (p=0.10), no se encontraron colinealidades de importancia según cálculo de factores de inflación de varianza (VIF) y se obtuvo una adecuada capacidad predictiva del modelo con un AUC de 0.73 en la curva ROC. En este modelo se pudo evidenciar como factores de riesgo para síntomas ansiosos clínicamente significativos, el antecedente de enfermedad mental con OR= 6.68 (IC95% 1.56- 28.51) y trabajar en cocina (OR 5.16 IC95% 1.23-21.74) o en servicios generales/aseo (OR 3.64 IC95% 1.11-11.87) frente a trabajar como administrativo con contacto con el público, que no se explicó por el nivel educativo, estado civil, antecedentes médicos, antecedente de enfermedad mental, diagnostico COVID-19 o lugar de residencia.

En cuanto a los síntomas depresivos, de manera similar al modelo anterior, se encontró una adecuada bondad de ajuste (p=0.09), no se evidencio colinealidad de importancia y conto con una capacidad predictiva adecuada dada por AUC de 0.68. Como diferencia, el antecedente de enfermedad mental no se asoció con presencia de síntomas depresivos clínicamente signi-

Tabla 5. Modelo multivariado para Ansiedad clínicamente significativa

Variable	OR	IC95%	Z	p
Edad	0.97	0.92-1.01	-1.50	0.13
Masculino-Femenino	0.71	0.24-2.12	-0.61	0.54
Escolaridad				
Básica Primaria	-	-	-	-
Secundaria/Superior	1.08	0.11-10.40	0.07	0.94
Estado civil				
Soltero/separado/viudo	-	-	-	-
Casado/Unión libre	0.67	0.29-1.56	-0.93	0.35
Nivel socioeconómico				
Bajo	-	-	-	-
Medio/alto	1.05	0.42-2.67	0.11	0.91
Ocupación				
Administrativos	-	-	-	-
Cocina	5.16	1.23- 21.74	2.24	0.02
Servicios Generales/Aseo	3.64	1.11- 11.87	2.14	0.03
Camilleros	2.00	0.54-7.45	1.03	0.30
Seguridad	0.73	0.07- 7.25	-0.27	0.79
Zona rural- Urbana	0.49	0.15-1.58	1.19	0.23
Enfermedad mental	6.68	1.56-28.5	2.56	0.01
Enfermedad física	2.13	0.80- 5.67	1.51	0.13
Diagnostico COVID-19	1.49	0.65-3.40	0.95	0.34

Tabla 6. Modelo multivariado para síntomas depresivos clínicamente significativos

Variable	OR	IC95%	Z	p
Edad	0.992	0.96- 1.02	-0.50	0.62
Masculino-Femenino	0.44	0.18-1.03	-1.88	0.06
Escolaridad				
Básica Primaria	-	-	-	-
Secundaria/Superior	1.08	0.20-5.70	0.09	0.93
Estado civil				
Soltero/separado/viudo	-	-	-	-
Casado/Unión libre	0.56	0.29-1.089	-1.72	0.08
Nivel socioeconómico				
Bajo	-	-	-	-
Medio/alto	1.10	0.55-2.23	0.28	0.78
Ocupación				
Administrativos	-	-	-	-
Cocina	6.20	2.04- 18.88	3.21	<0.00
Servicios Generales/Aseo	2.14	0.90- 5.09	1.72	0.08
Camilleros	2.06	0.80-5.32	1.50	0.13
Seguridad	0.66	0.13-3.35	-0.50	0.62
Zona rural- Urbana	1.83	0.56-5.91	1.00	0.31
Enfermedad mental	2.20	0.56-8.68	1.13	0.26
Enfermedad física	1.37	0.61- 3.07	0.77	0.44
Diagnostico COVID-19	0.84	0.43-1.63	-0.51	0.61

ficativos a la evaluación (OR= 2.20 IC95% 0.56-8.68; p=0.26). En cuanto a trabajos dentro de la institución, se encontró que el personal de cocina contaba con un mayor riesgo de síntomas depresivos clínicamente significativos frente al personal administrativo (OR 6.20 IC95% 2.04-18.88). A diferencia del análisis bivariado, no se encontró que trabajar servicios generales/aseo se comportara como factor de riesgo al tener en cuenta el resto de las variables.

Discusión

El presente estudio, evaluó la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en el personal no asistencial que trabajo durante la pandemia por COVID-19 en una de las redes hospitalarias de Bogotá, Colombia. En cuanto a síntomas de ansiedad, se encontró una prevalencia de síntomas clínicamente significativos en 12.2% de la población, sin diferencias significativas según sexo. En cuanto a síntomas depresivos, se encontró que hasta un 22.7% de los sujetos presentaron síntomas depresivos clínicamente significativos. En ninguno de los casos se encontró asociación con las variables asociadas a la situación de salud pública.

Lo anterior contrasta con los datos presentados en estudios anteriores, realizados en personal de salud y población general durante los momentos más álgidos de la pandemia por COVID-19, encontrándose prevalencias inferiores en el presente estudio. Un metaanálisis publicado en el año 2020 por Nader et al. encontró una prevalencia de síntomas depresivos de 24.3% y de ansiedad de 25.8% en equipos de salud que atendían pacientes COVID-19 positivos (23). En cuanto a población general, un metaanálisis publicado por Luo et al. encontró prevalencias de 32% para ansiedad y 27% para síntomas depresivos, en estudios publicados principalmente en Europa entre 2019 y 2020 (24). Estas diferencias podrían deberse a que el presente se realiza tras el levantamiento de múltiples medidas establecidas por el Gobierno Nacional en respuesta a la vacunación masiva realizada en el país, reducción en casos fatales de la enfermedad y la menor cobertura mediática a la situación de salud pública.

En cuanto a factores de riesgo, investigaciones previas habían sugerido como factores de riesgo: ser mujer, tener menor nivel socioeconómico y el aislamiento social, por otro lado, como factores protectores se encontraba tener medidas de protección personal y acceso a información actualizada. Además, el antecedente de enfermedad física resulto un factor asociado a mayores niveles de sintomatología en ambos estudios (23,24).

A diferencia de estos resultados, no encontró asociaciones significativas entre factores sociodemográficos con la prevalencia síntomas. El antecedente de enfermedad mental fue factor de riesgo para ambas sintomatologías en el análisis bivariado pero solo se mantuvo como tal en los síntomas ansiosos tras el análisis multivariado. Esto sugiere que otras variables pueden modificar la asociación o explicar mejor los síntomas en la muestra estudiada más allá del antecedente en cuestión, pero también puede deberse a temas estadísticos dado por limitado número de individuos que reportaron esté.

Dentro del ámbito laboral, en al análisis multivariado, se encontró asociaciones estadísticamente significativas con respecto a los síntomas ansiosos de relevancia clínica en los grupos de cocina y servicios generales/aseo, actuando estos como factores de riesgo. De manera similar, en el modelo multivariado para síntomas depresivos, el personal de cocina evidencio mayor riesgo de sintomatología, al compararlo con el personal administrativo. Este resultado no se ve explicado por las variables sociodemográficas, los antecedentes de enfermedad física o mental o el antecedente de diagnóstico de COVID-19.

Para entender estos resultados, es necesario situarse desde una perspectiva biopsicosocial, desde la cual se han establecido modelos teóricos para entender la relación del trabajo con la salud mental. Se trata de un proceso complejo y dinámico, donde transitan y se relacionan diversos factores que van desde predisposiciones de los individuos, forma de vida, condiciones laborales, aspecto normativo del lugar del trabajo y a nivel nacional, relación con redes de apoyo tanto familiares como entre colegas, carga laboral, experiencia subjetiva y mecanismos de afrontamiento frente al estrés .Estos modelos tienen como base el entendimiento que el trabajo, al ser uno de los ejes centrales de la vida de los individuos, incide sobre la salud mental de las personas (25).

Un estudio por Marchand et al. realizado en 77,377 trabajadores en Canadá había encontrado una asociación significativa entre estas dos ocupaciones, así como otras dentro del ámbito de los servicios, con una pobre salud mental reportada, tras controlar otras variables como los ingresos y perfil sociodemográfico (26). Como posibles explicaciones a esto, los autores han considerado que los horarios de trabajo estrictos, la inseguridad laboral, las demandas emocionales y las actividades repetitivas podrían estar asociadas a estos hallazgos (26,27).

El presente estudio, es uno de los primeros que ha evaluado sintomatología ansiosa y depresiva en población no asistencial dentro de un contexto hospitalario. Ha contado con una muestra diversa, donde se han incluido trabajadores de variadas áreas permitiendo realizar una evaluación general de la condición de estos al momento de su aplicación. Así mismo, se logró construir modelos estadísticos con la suficiente robustez para poder establecer conclusiones que sean una base para futuras investigaciones en el tema.

Frente a posibles limitaciones de este estudio, en primer lugar, fue realizado hacia la llamada “cuarta ola” de COVID-19 en Colombia, donde gran parte la población ya se encontraba inmunizada y las medidas restrictivas habían sido desmontadas, por lo cual la pandemia había perdido el foco central; en segundo lugar, dentro del presente no se indagó sobre otros posibles factores estresores a nivel personal de los participantes, las altas prevalencias de sintomatología sin asociación estadística con variables COVID sugieren que en estudios posteriores se debería hacer mayor énfasis en estos puntos.

Por último, el presente estudio se utilizaron instrumentos de auto reporte de síntomas de salud mental, que son susceptibles a dificultades en interpretación por los participantes, pese a esto, se encuentran validados en Colombia y se realizaron pruebas para evaluar el funcionamiento de la plataforma y comprensión de las preguntas previamente a la aplicación en la muestra poblacional.

Finalmente, se recomienda continuar investigando sobre los factores asociados a esta sintomatología, con el objetivo de desarrollar planes a niveles institucionales que puedan tener impactos positivos sobre la salud mental de estas personas.

Bibliografía

1. Bakker AB, Demerouti E, Verbeke W. Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. Hum Resour Manage. 2004;43(1):83-104.
2. Bakker AB, Geurts SAE. Toward a Dual-Process Model of Work-Home Interference. Work Occup. agosto de 2004;31(3):345-66.
3. Putnik K, Houkes I. Work related characteristics, work-home and home-work interference and burnout among primary healthcare physicians: A gender perspective in a Serbian context. BMC Public Health. diciembre de 2011;11(1):716.
4. Vogel M, Braungardt T, Meyer W, Schneider W. The effects of shift work on physical and mental health. J Neural Transm. octubre de 2012;119(10):1121-32.
5. Hummel S, Oetjen N, Du J, Posenato E, Resende de Almeida RM, Losada R, et al. Mental Health Among Medical Professionals During the COVID-19 Pandemic in Eight European Countries: Cross-sectional Survey Study. J Med Internet Res. 18 de enero de 2021;23(1): e24983.
6. Jones EAK, Mitra AK, Bhuiyan AR. Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 3 de marzo de 2021;18(5):2470.
7. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. Int J Environ Res Public Health. 6 de marzo de 2020;17(5): E1729.
8. Instituto Nacional de Salud Observatorio Nacional de Salud, Andre C, Camacho CAD, Castan S, Orjuela E. COVID-19 en Colombia, consecuencias de una pandemia en desarrollo. 2020;443.
9. SaluData. Ocupación de Unidades de Cuidado Intensivo Adulto en Bogotá D.C [Internet]. 2021. Disponible en: https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-trasmisibles/ocupacion-ucis/
10. Haor B, Antczak-Komoterska A, Kozyra J, Grączewska N, Głowacka M, Biercewicz M, et al. System of Work and Stress-Coping Strategies Used by Nurses of a Polish Hospital during the COVID-19 Pandemic. Int J Environ Res Public Health. 10 de marzo de 2023;20(6):4871.
11. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. Arch Intern Med. 22 de mayo de 2006;166(10):1092.
12. Camargo L, Herrera-Pino J, Shelach S, Soto-Añari M, Porto MF, Alonso M, et al. Escala de ansiedad generalizada GAD-7 en profesionales médicos colombianos durante pandemia de COVID-19: validez de constructo y confiabilidad. Rev Colomb Psiquiatr. julio de 2021; S0034745021001098.
13. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. septiembre de 2001;16(9):606-13.
14. Wisting L, Johnson SU, Bulik CM, Andreassen OA, Rø Ø, Bang L. Psychometric properties of the Norwegian version of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) in a large female sample of adults with and without eating disorders. BMC Psychiatry. 5 de enero de 2021; 21:6.
15. Urtasun M, Daray FM, Teti GL, Coppolillo F, Herlax G, Saba G, et al. Validation and calibration of the patient health questionnaire (PHQ-9) in Argentina. BMC Psychiatry. 18 de septiembre de 2019;19:291.
16. Sebera F, Vissoci JRN, Umwiringirwa J, Teuwen DE, Boon PE, Dedeken P. Validity, reliability and cut-offs of the Patient Health Questionnaire-9 as a screening tool for depression among patients living with epilepsy in Rwanda. PLoS ONE. 12 de junio de 2020;15(6):e0234095.
17. Cumbe VFJ, Muanido A, Manaca MN, Fumo H, Chiruca P, Hicks L, et al. Validity and item response theory properties of the Patient Health Questionnaire-9 for primary care depression screening in Mozambique (PHQ-9-MZ). BMC Psychiatry. 22 de julio de 2020; 20:382.
18. Cassiani-Miranda CA, Cuadros-Cruz AK, Torres-Pinzón H, Scoppetta O, Pinzón-Tarrazona JH, López-Fuentes WY, et al. Validez del Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) para cribado de depresión en adultos usuarios de Atención Primaria en Bucaramanga, Colombia. Rev Colomb Psiquiatr. enero de 2021;50(1):11-21.
19. Whiting PF, Rutjes AWS, Westwood ME, Mallett S, Deeks JJ, Reitsma JB, et al. QUADAS-2: a revised tool for the quality assessment of diagnostic accuracy studies. Ann Intern Med. 18 de octubre de 2011;155(8):529-36.
20. Mederi. Informe de Gestión 2020 [Internet]. Bogotá D.C.; 2020. Disponible en: https://www.mederi.com.co/sites/default/files/Informe-Gestion-2020.pdf

21. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/
22. Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. Ley 1581 de 2012. 1581 2012.
23. Salari N, Khazaie H, Hosseinian-Far A, Khaledi-Paveh B, Kazeminia M, Mohammadi M, et al. The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. Hum Resour Health. diciembre de 2020;18(1):100.
24. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res. septiembre de 2020; 291:113190.
25. Fernandes JD, Melo CMM, Gusmão MCCM, Fernandes J, Guimarães A. Mental health and work: meanings and limits of theoretical models. Rev Lat Am Enfermagem. octubre de 2006;14(5):803-11.
26. Marchand A. Mental health in Canada: are there any risky occupations and industries? Int J Law Psychiatry. 2007;30(4-5):272-83.
27. Stansfeld SA, Rasul FR, Head J, Singleton N. Occupation and mental health in a national UK survey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1 de febrero de 2011;46(2):101-10.

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

Pinel, la ilustración y la Revolución francesa. (O de qué manera aquellas ideas se expresaron en la naciente psiquiatría)

Pinel, the Enlightenment and the French Revolution. (Or how those ideas were expressed in the nascent psychiatry)

Dr. Ricardo Acuña Pomiés
Médico Psiquiatra
ricardoacunapomies@gmail.com

Resumen Es frecuente encontrar afirmaciones que sostienen que la forma de "ver" al hombre mentalmente enfermo varía de acuerdo con el contexto histórico y social del que se trate.
En este trabajo intento colocar la obra de Pinel precisamente en su contexto histórico, en el campo de las ideas de su tiempo y la manera en que esas ideas pueden encontrarse implícitas en su obra.
El camino que seguiremos va del contexto histórico, la filosofía del siglo XVIII y la medicina de ese tiempo a la síntesis pineliana: las pasiones como causa de la alienación mental, al tratamiento moral y al asilo especializado. Finalmente, una reflexión sobre tres aspectos: epistemológico, la cuestión del dualismo y una perspectiva sociopolítica de la naciente psiquiatría.

palabras clave: Pinel, tratamiento moral, alienismo, movimiento, higienista.

Abstract *It is common to find assertions that the way of "seeing" the mentally ill man varies according to the historical and social context in question.*
In this paper I intend to place Pinel's work precisely in its historical context, in the field of the ideas of his time and the way in which those ideas can be found implicit in his work.
The path we will follow goes from the historical context, the philosophy of the eighteenth century and the medicine of that time to the Pinellian synthesis: the passions as the cause of mental alienation, to moral treatment and specialized asylum. Finally, a reflection on three aspects: epistemological, the question of dualism and a socio-political perspective of the nascent psychiatry.

keywords: *Pinel, moral treatment, alienism, hygienist movement.*

El autor no declara conflicto de intereses

Introducción

Pinel (1745-1826) se asocia casi automáticamente al nacimiento de la clínica psiquiátrica a la vez que a "la liberación de los locos de las cadenas" en los asilos de Bicetre y en Salpetriere. Este último aspecto quedó inmortalizado también en el arte, en los lienzos de Charles Louis Lucien Muller (1815-1892) y el de Tony Robert-Fleury (1837-1912) que se encuentran en la Academia Nacional de Medicina de París y en Salpetriere respectivamente. Sin duda estas imágenes del mito han contribuido a asociar el nombre de Pinel a la aparición de la medicina mental en el contexto de la Revolución Francesa la "Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano" con sus componentes humanistas y filantrópicos.

Pero esta visión idealizada y simplificada sobre el nacimiento de la especialidad y los cambios que la atención de los "locos" que tuvo lugar por aquel entonces, implicó un proceso de enorme complejidad y muy extendido, con representantes en distintos países de Europa, y en algunos de ellos, antes que él se plantearon modelos similares fundados en los mismos ideales. De hecho, en el siglo XVIII estaba ya generalizada la práctica de calmar la furia de las pasiones y la excitación nerviosa por aislamiento asociado a un ambiente de seguridad, incluso trabajo y placer. Algunos ejemplos representativos de aquellas experiencias más allá de Francia lo constituyen, en Gran Bretaña William Battie y John Monro, John Haslam, Alexander Crichton, sin olvidar el York retreate fundado por W. Tuke, en Florencia Vincenzo Chiarugi, en Alemania J.C. Reil, en la Saboya italiana Joseph Daquin, J. Theodor Held en Praga y, tiempo después, F. Sabler en Moscú. (1)

En pleno siglo XIX la disputa sobre la paternidad de la medicina mental tuvo dos hechos que recogen los especialistas que parecen ser los más significativos, por una parte, Louis Guilland en 1852 en su publicación Notice biographique sur le médecin Daquin, sostiene que los principios de la obra de Pinel se encontraban antes en la obra de Joseph Daquin, Philosophie de la folie de 1791. (2) Otro italiano, Vincenzo Chiarugi, escribió Trattato della Pazzia publicado en Florencia en 1793, el que sirvió de modelo al tratado del célebre alienista francés de 1801.

Pinel ignoró a Daquin y criticó vivamente a Chiarugi a la vez que tuvo reconocimiento hacia otros colegas ingleses y alemanes.

Louis Guilland en su "*Notice*" y Carlo Livi en *"Frenologia forense. Delle frenopatie considerate relativamente alla medicina legale"* (1863) reivindican respectivamente el lugar de Daquin y Chiarugi. En ambos casos tuvo intervención Brierre de Boismont (co-editor de los *Annales médico-psychologiques* y presidente de la *Société Médico-Psychologique*). En el primer caso Brierre responde a Guilland restando trascendencia al hecho de omitir reconocimiento a Daquin, y años después, responde con dureza al psiquiatra italiano Carlo Livi que puso de manifiesto que, el *Trattato della Pazzia* de Chiarugi, sirvió de modelo a la obra de Pinel. Livi respondió a la reprimenda del Brierre de Boismont con una famosa y exquisita carta abierta en la que reafirma y fundamenta la necesidad de reconocimiento a Chiarugi. Las pasiones nacionales tampoco quedaban por fuera de estos altercados.

Si bien parece claro que Pinel no fue el pionero de aquellos que pensaron un mejor destino para los "locos", a estas alturas parece irrelevante discutir sobre tal asunto. Parece mejor pensar en que por aquellos tiempos, un conjunto de médicos en muchos lugares de Europa, y movidos todos por un profundo humanismo, integraron un movimiento para la mejora en las condiciones de vida de aquellas personas y el restablecimiento de un estado de salud que les permitiera el reintegro a la sociedad. Dentro de aquel grupo, Pinel, sin dudas, tiene un lugar destacado, más como clínico que como teórico como veremos después.

Poniendo en contexto la obra de Pinel: apuntes necesarios de historia

Pinel desarrolla su obra en tiempos de la gran transición que caracterizó al siglo XVIII, el tiempo de la Ilustración, del movimiento filantrópico y la Revolución francesa. Fueron tiempos de la "doble revolución", industrial y política, de la caída del *ancien régim* y el ascenso de la burguesía, el tiempo del nacimiento del liberalismo clásico que debatía entre el utilitarismo y la metafísica del "derecho natural", de una filosofía materialista y empirista, de un exultante individualismo objetivista, de los que aceptaban los cambios y de los que se oponían a ellos. Es el nacimiento del sujeto moderno, del individualismo secular y progresivo, del racionalismo libre del tradicionalismo ignorante de la Edad Media, de la superstición de las iglesias en favor de una perspectiva "racional" o "natural" de la reli-

gión (3), libre también de los prejuicios sociales que dividía a los hombres en clases altas o bajas con roles predefinidos por voluntad divina según su cuna o pertenencia al clero. Ese sujeto moderno que a partir del renacimiento colocó su mundo "en la órbita de las estrellas" y se colocó a sí mismo como objeto de profunda reflexión, desechó las explicaciones sobrenaturales de la locura (hechicería y posesión) para considerarla como un hecho de la naturaleza. Comenzaba a recorrerse el largo camino de reconocimiento del "hecho psicopatológico" que conlleva a la desorganización misma del sujeto (4).

Aquellos hombres que llevaron adelante semejante cambio no eran ateos, pero rompieron con la vieja hermenéutica escolástica y con aquella visión de Dios como factor causal de fenómenos naturales y sociales, adoptaron una nueva forma de demostración de la verdad o la falsedad de los hechos basados en la racionalidad y en la objetividad. Sus impulsores aspiraban por este medio al aumento de los conocimientos, de la riqueza y del bienestar, todo ello en un marco de libertad, igualdad y fraternidad.

La Revolución francesa traía un proyecto de ciudadanía universal, de igualdad ante la ley, de derechos y deberes, de responsabilidad sobre sus actos y de posibilidad de realización de objetivos personales. Pero la realidad de los insensatos o insanos, tal como se los llamaba en aquellos tiempos a quienes padecían trastornos mentales, estaba muy lejos de aquellos ideales, más lejos, aunque la población general. Aquellos integraban el ejército de indigentes, enfermos, prostitutas, niños abandonados que poblaban las calles de ciudades que, en su crecimiento, se constituyeron en polos de atracción para muchos de los que antes vagaban por campos y caminos (5).

Las medidas dirigidas a estas personas en Europa desde el siglo IV estuvo centrada en la prohibición de la mendicidad y el encierro en diferentes instituciones establecidos por edictos reales, decisiones de los papas y decretos parlamentarios según las épocas. (6) Pero el viejo principio de "amor por el ser humano" se organizó desde el siglo XVII dando lugar al llamado movimiento filantrópico, con el que se embanderaron la Ilustración y el progresismo político.

A partir de entonces, la responsabilidad de dar solución a la miseria correspondía a la sociedad que la había engendrado y al gobierno por lo que a partir de los últimos años del antiguo régimen se suceden una serie de medidas para dar solución al problema. Turgot, Inspector General de Finanzas creó una comisión de investigación 1774, de la que resultará un plan para la reorganización de la asistencia, en 1776, una nueva comisión creada por Neker (sucesor de Turgot), tuvo como cometido la mejora del régimen de los hospitales y en 1781 se creó la Inspección General y Permanente de Prisiones. La dirección de dicha comisión estará a cargo de Colombier, que junto a Doublet realizarán en 1785 la famosa circular *"Instruction sur la maniere de gouvemer les insensés el de travailler a leur gué- rison dans les asyles qui leur sont destines"* la que constituye el nacimiento del asilo terapéutico y base de la psiquiatría en Francia. (6) Estas medidas previas a las implementadas por el Comité de Mendicidad creado por la Asamblea Nacional en 1790, evidencian la preocupación por mejorar las condiciones en que se encontraban los internos en las instituciones francesas antes de la caída del ancien regim.

La filosofía del siglo XVIII y su expresión en la clínica de Pinel.

Las ideas filosóficas que estaban detrás de posiciones políticas y concepciones sobre la ciencia en el siglo XVIII daban sustento a las acciones que iban delineando un nuevo mundo. Desde el punto de vista filosófico, Bréhier entiende al siglo XVIII como de menor espesor conceptual, comparado con los sistemas teológicos de Malebranche, Leibnitz o Espinoza u otros diseños filosóficos como los de Schelling, Hegel o Compte, aunque son por demás destacables la obra de Hume y sobre todo de Kant. Bunge, por otra parte, realiza un análisis muy crítico del siglo XVIII caracterizándolo como el siglo de la "contra revolución" filosófica, en respuesta a la revolución científica del siglo XVII.

El hombre de la Ilustración, en su búsqueda referencia filosóficas que se alejaran de los postulados de la iglesia, encontró en los Estoicos esa referencia. Para Anthony Pagden esta concepción estoica del siglo XVIII tiene dos rasgos distintivos: el primero, es la insistencia en el autodominio; el segundo, la indivisibilidad de la persona, cuerpo, alma, familia y humanidad existen sólo integradas con las demás. (7) Había una coincidencia en su concepción materialista y la posibilidad de explicar el universo racionalmente. Esa perspectiva concebía la integración del hombre a ese

universo, ya no como una creación especial, la necesidad del conocimiento de los hechos verdaderos, "en qué consiste su verdad y como una proposición verdadera se relaciona con otra" y que las acciones humanas deberían estar conformes a la Naturaleza. (8) También la ética estoica, que iguala virtud a sabiduría y naturaleza, se constituye en la necesaria alternativa a la ética cristiana. Además de la referencia estoica, tal vez la característica principal de la filosofía del siglo XVIII es la caída de la metafísica clásica, del sistema cartesiano que se habían esforzado en unir la filosofía de la naturaleza y la filosofía del espíritu, separación radical que se mantendrá durante este siglo.

El racionalismo cartesiano condenaba la imaginación como una de las grandes fuentes de errores y oponía la evidencia de la razón a sus creencias ficticias. Pero los críticos del siglo XVIII ven en los grandes sistemas salidos del racionalismo, obras de pura imaginación, no se habla más que de "visiones", de un Descartes o un Malebranche siendo acusados de lo que precisamente quisieron combatir. A partir de ese momento se asiste a una razón más prudente, apoyada en la experiencia, más fiel a la razón común o vulgar. (9) Locke, es fiel representante de ese influyente pensamiento, tuvo seguidores en Francia (Condorcet, Helvetius, Condillac, entre otros) todos ellos referentes del joven Pinel que interesan por la particular forma en que sus ideas pueden encontrarse en la concepción de la clínica del afamado parisino.

Locke, médico, miembro de la Iglesia de Inglaterra, además de filósofo, el más destacado representante del empirismo, dará fin al innatismo cartesiano dando lugar a una teoría epistemológica a la vez que psicológica.(10) La teoría epistemológica del empirismo lockeano, que el conocimiento depende de la experiencia a través de los sentidos, hace que tan solo podamos aspirar a una aprehensión de las cualidades secundarias de la materia, pero no al conocimiento de sus cualidades primarias y de sus "conexiones". (11) Locke nos remite a Bacon (12) "el padre de la filosofía experimental" de la cual, la observación y la descripción serán sus hijas. De ahí esa obsesión del siglo XVIII en descomponer los elementos, "remontarse hasta el origen". La búsqueda de la verdad en ese terreno no tiene otro método que el inductivo y la inducción es analítica. Esta concepción llevada al campo psicológico planteaba que la experiencia pasa a tener la primacía y si las ideas no pueden venir sino de los sentidos, el análisis del pensamiento consiste en reducirlo a ideas simples, de la percepción a las sensaciones o impresiones elementales. De lo anterior se traduce en el planteo de un método genético, de las ideas simples a los pensamientos, de las sensaciones a las percepciones, del individuo hasta la sociedad. El racionalismo cartesiano quedaba por el camino, su mecanicismo dio paso al concepto de una naturaleza dinámica, (13) y su propuesta de ideas innatas como fruto y sustancia de todo conocimiento posible dejaba lugar a su majestad: la experiencia.

El correlato específico en el campo de la medicina de aquellos días de las ideas de Locke, tuvieron en Sydenham uno de los más destacados representantes. El "empirismo clínico", y particularmente Sydenham, planteaban un abordaje del enfermo basado en el contacto ingenuo, inmediato y constante de su realidad, tal como ésta se ofrece a los sentidos. El método consistía en agrupar hechos formando casos o especies, (al modo de Lineo), con el que elaboró una nosografía y una nosotaxia empíricas. La clínica resultaba ser una combinación de coordinación lógica, experiencia y comprobación práctica que guardaba una concepción de la enfermedad que se oponía a la que sostenía Galeno, basada en encontrar una base fisiopatológica en los diferentes modos de enfermar; acercándose a los iatroquímicos y los iatromecánicos del siglo XVII. Sydenham decía que los cultivadores de esa medicina se alejaban de la experiencia clínica y asignaban a las enfermedades "fenómenos que jamás han acontecido, como no sea en su propio cerebro" (14).

Laín Entralgo describe el punto como *"una precisa percepción de la apariencia concreta del caso clínico, y por tanto de los «signos» (semeia) ...el criterio principal de su certidumbre en tanto que médicos, fue siempre «la sensación del cuerpo», la experiencia sensorial ante la realidad somática del enfermo. De ahí el ahínco y la minucia con que supieron aplicar todos sus sentidos a la exploración de sus pacientes..."*. El paralelismo con el empirismo filosófico de Locke es patente.

Esa es la medicina que Pinel practicó, con la perspectiva filosófica empirista de Locke que tenía su expresión médica en Sydenham, que armonizaba además perfectamente con la clínica de Hipócrates, *"...ejemplo del más riguroso método descriptivo..."*. En su ejercicio esa medicina era *"...el arte de observar las enfermedades internas, y conocerlas por sus carac-*

terísticas exteriores", y el rechazo de *"...mezclar cuestiones metafísicas, y disgresiones del ideologismo con una ciencia pura de hechos"* (15). En respuesta a la escuela anátomo clínica Pinel dirá que la alienación mental es reacción y no lesión, después de haber abandonado la idea de relaciones causales entre lesión y enfermedad mental (16).

La idea de vis naturae medicatrix, a la que Pinel también adhirió, no solo es hipocrática y sydemhamiana, también es vitalista (Bordeau, Sthal). En efecto, el vitalismo "psicofisiológico" suma su perspectiva al entramado de ideas de finales del siglo XVIII. La "fuerza psíquica" que anima animal humano se asimilaba a la energía nerviosa, asociada a la concepción excitabilidad y depresión de von Haller, la de bioneuroenergética de John Brown y la electricidad animal descubierta por Galvani.

En definitiva, este periodo representa un claro ejemplo de la influencia de las ideas filosóficas sobre la forma en que la medicina pensaba la enfermedad, a la vez que Pinel es un ejemplo de la aplicación de esa perspectiva a la naciente psiquiatría. Pero esa influencia tiene otros aspectos que se describen a continuación.

Las pasiones y el tratamiento moral en la filosofía y en Pinel.

El fundamento empirista y descriptivista de la clínica se complementó con una especulación etiopatogénica de la alienación mental en la que, la concepción de las pasiones juega un papel central. Históricamente fueron consideradas de manera opuesta, unas veces como defecto, (Platón, Cicerón, Descartes, Espinoza), otras veces connotadas positivamente (Aristóteles, Hume). En la filosofía griega predomina una consideración negativa de las pasiones, por una parte, vinculadas a lo particular y cambiante como la opinión (doxa), contrarias a la razón, a las ideas fundamentadas y de carácter universal (episteme). M. Meyer escribe sobre las pasiones: *"Vieron en él el revés de lo universal y lo asimilaron a la diferencia, la que opone a los individuos entre sí o a veces los acerca, en todo caso lo que los singulariza"*. (17) Pinel difícilmente podría eludir la atmósfera de su tiempo, estudió especialmente la filosofía antigua y como buen ilustrado, tomó como referencia la fuente estoica a través de Cicerón y de ahí hasta Crichton. Con Crichton el concepto de "pasión" se medicalizó, y en base a esta perspectiva médica, Pinel propuso una teoría etiológica de la alienación mental: el exceso de las pasiones, pero agregando las "pasiones sociales" a la concepción orgánica de supervivencia, reproducción y cuidado de la prole sostenida por Crichton.

Al mismo tiempo, en medicina irrumpió una "medicina moral", no en términos de establecer juicios morales, sino entendiendo "lo moral" como *"El conjunto de las facultades y afectos naturales del alma, concebido como un estado opuesto al estado material o físico, como un modo de ser separado y distinto en la naturaleza humana..."* tal como lo entendían Cabanis o Moreau de la Sarthe. (18) Pinel que, como afirman D. Weiner y Lantéri Laura, no era un moralista, adhirió a esta definición que refiere "lo moral" a lo que hoy entendemos como psicológico o mental. El exceso de las pasiones es el que provoca el trastorno de las "facultades morales". Este aspecto implicó un cambio trascendente en la comprensión de la enfermedad mental, una nueva conceptualización que reconoció en ella una naturaleza distinta de "lo físico", lo que a su vez implicó tomar partido por el dualismo. El sujeto se aliena, en su naturaleza "moral", específica y diferenciada de su naturaleza física.

Junto a ello, una nueva concepción del ser humano al influjo del Romanticismo y de las corrientes idealistas se habilitaría una reflexividad y una introspección libres del dogma de la fe. El nacimiento de una nueva subjetividad apareció en un contexto más amplio que, desde Descartes, traía con el dualismo una nueva manera de pensar "lo subjetivo" (19) lo que dio lugar a la dimensión de lo moral (psicológico). La medicina trajo a su campo a la "locura" y con ello comenzó su "psicologización", así como el problema de la relación mente / cuerpo, el concepto "mente enferma". Toda esta revolución en la forma de concebir "lo moral" requirió un nuevo lenguaje, una necesaria precisión terminológica y conceptual hizo, por ejemplo, que "loco" o "insano", denominación de orden social y/o cultural, diera lugar al concepto médico de alienado (20).

Ninguno de estos aspectos se daba en forma independiente, todos se iban articulando con los demás de manera que, una nueva subjetividad y terminología se asociaron a un desarrollo especulativo de "lo moral" que avanzó hasta el diseño de una forma de tratamiento: el consabido tratamiento moral.

Esta forma de tratamiento incorporó a su vez una novedad técnica, "el diálogo con el insensato", tal la as-

piración de Pinel o Daquin, actuar sobre las pasiones a través de las palabras (21). Este diálogo formando parte de la terapéutica, implicaba el reconocimiento de persistencia cierto grado de razón o "parte sana" en el alienado y, por lo tanto, "abierta a un proyecto terapéutico". El "aliéné" tenía importantes momentos de lucidez, suficientes, de hecho, para llegar a lo que se creía que era un núcleo indestructible de racionalidad en el núcleo de su trastorno. (22) Pero esta idea, como sostiene Bergo, se basaba en las observaciones de la "manie intermittente" o la "manie sans délire", que permitió a Pinel insistir en que, con la excepción de varias formas de idiotez, prácticamente toda la locura podía curarse o, al menos, educarse.

La terapéutica "moral", que se apoyaba en esa disponibilidad de un cierto entendimiento, estaba en clara oposición a lo que sostenía Kant que, en su *Antropología en sentido pragmático*, habló de "locura completa" e incurabilidad. Ahora la descripción se nutriría de la ayuda mutua del cuidador y del cuidado. El "cambio radical en la comprensión de la enfermedad mental" consistió precisamente en la comunicación con los pacientes y no fue resultado del ejercicio sin cortapisas del poder médico (23).

Una visión alternativa a la estricta oposición entre razón y locura, en tanto aquella se pierde a causa de pasiones exaltadas, hace que el retorno desde la locura sea posible. Las teorías evolutivas de Rousseau y Condillac son un telón de fondo a la concepción pineleana del tratamiento moral, el loco se concibe entonces "en un continuo con el cuerdo con quien comparte las mismas estructuras mentales" (24).

La "filosofía moral" de Pinel es la que dará lugar al tratamiento moral y la doctrina de las pasiones humanas le sirven a su vez como lazo que asocia un modelo de enfermedad, su concepción de la clínica, la etiopatogenia y en consecuencia, la forma que adoptará su tratamiento.

Todos estos aspectos teórico-especulativos acerca de la enfermedad mental y su tratamiento procuraron una praxis que se distinguiera por los valores éticos que guiaran las intervenciones, sintetizados en el respeto de "los sagrados derechos de la humanidad" y por oponerse a tratos groseros, maltrato físico o al trato cruel o violento. Con este presupuesto ético, seguían las medidas concretas, siendo la primera el aislamiento institucional en el asilo especializado, en primer lugar, por el grado de alteración de las conductas que hacía muy difícil que esta población pudiera compartir espacios con otros enfermos. Luego las correspondientes especificaciones, los patios, la policía interna, los horarios, las actividades, la alimentación, el aseo, los lugares para cada patología, las características propias de esos lugares, las figuras que sirven de modelo, los vigilantes, el conserje, el psiquiatra. La recuperación se da en el diálogo, "dulce y paciente", en el trabajo, en el ejercicio, en el rigor, cuando corresponda, medido, proporcional. En la teoría todo cerraba. Los aportes de Pinel a la medicina general y a la psiquiatría de su tiempo fueron inmensos. En medicina general sus estudios nosográficos de las enfermedades físicas y sus estudios descriptivos en medicina clínica (Weiner, 1999), en psiquiatría, diferenció las enfermedades orgánicas de aquellas propias del cerebro que, por otra parte muchas veces pueden compartir similares formas de presentación, de establecer el concepto médico de "alienación" en sustitución del concepto social o cultural de "locura",(25) y de entenderla como una enfermedad única en la que la manía, la melancolía, la demencia y la idiocia concibió como diferentes formas de presentación, definió el tratamiento moral para la misma y bregó por un lenguaje preciso para describir los síntomas y signos para llegar a los cuadros clínicos. Pinel fue el primero que destacó la necesidad de evaluar la enfermedad mental a lo largo del tiempo (enfoque evolutivo – longitudinal retomado después por Kraepelin), (26) todo lo cual lo colocan como el primer gran clínico de la enfermedad mental. Pero no puede decirse lo mismo respecto de su faceta como teórico. Como vimos al comienzo de este trabajo y como dice Ey: "Su concepción del tratamiento y la naturaleza moral de la enfermedad mental es más tradicional que original". (27) Se puede agregar, siguiendo al mismo autor, que el resultado de la filosofía moral, fue una reducción de la naturaleza del hombre a una unidimensionalidad, sin jerarquía estructural y sin tiempo, a una naturaleza plana. Tal concepción se traslada a la acción terapéutica, el hombre enfermo es concebido como víctima del error al que lo empujan las pasiones, por lo tanto, ese error debe ser subsanado por medio del convencimiento, que es en última instancia a lo que se reduce el tratamiento moral en su mezcla de filantropía, orden y buena voluntad. El loco nunca es concebido como afectado en su organización del ser, organización que hace posible una integración en sí, con otros y libres. Sobre el final comentaré algunas implicancias adicionales asociadas a este asunto.

Discusión

1. Una aproximación a la perspectiva epistemológica.

Respecto de este punto es necesaria una aclaración previa. Si bien es cierta la afirmación de Berrios respecto de que "la visión «epistémica» en su interpretación más fuerte es que los acontecimientos sólo tienen significado y valor dentro de un periodo determinado y no pueden compararse con los acontecimientos de otra *episteme*", entendiendo por "*episteme* [a] los dominios ideológicos autónomos contenidos dentro de algunas fronteras temporales" y que " quienes trabajan dentro de una episteme dada tienen más posibilidades de compartir un número mayor de estructuras conceptuales que los procedentes de epistemes diferentes", (28) esto no nos inhibe de evaluar que tan cerca o que tan lejos puede estar de la verdad, en este caso el aporte de Pinel, sobre todo cuando una "visión epistémica" del pasado pueda sostenerse en la actualidad como novedosa o vigente.

Hecha la aclaración, primero decir que la propuesta empirista entraña un escepticismo filosófico, que puede observarse también en Hume y antes, de manera radical, en Berkeley. Dicho escepticismo consiste en que no es posible alcanzar el conocimiento acerca de la realidad, en la medida que "nuestro conocimiento sólo versa acerca de ideas". El pensamiento de Locke implica sí, un realismo ontológico en tanto reconoce una realidad externa, pero, en la medida solo podamos aspirar a la aprehensión de las cualidades secundarias de la materia y no de sus cualidades primarias, implica una negación de la existencia de leyes universales o de existir, son inaccesibles al conocimiento. (11) Estas ideas tendrán expresión en la concepción pinelenana de la alienación mental, en su concepción de la clínica y su propuesta de tratamiento. El empirismo al que Pinel adhirió, lo coloca, al decir de M. Bunge, en el bando "anticientífico" a pesar del reconocimiento de la realidad objetiva de la enfermedad mental y su correlato metodológico: la observación sistemática para su descripción. Por otra parte, su concepción de las pasiones como razón etiológica del trastorno mental, a la vez que el cerebro como base material del mismo resulta ambigua e insuficientemente aclarada.

Es por esta razón que, desde una perspectiva ontológica materialista, se puede afirmar que su propuesta no alcanza a ser científica.

Una afirmación tan categórica sobre lo alejado que estaba Pinel de una "medicina científica" amerita una fundamentación precisa. Para Pinel, una medicina científica es una medicina basada en hechos y su correspondiente descripción. Siguiendo a Bunge y sumarísimamente decimos que la ciencia no se limita a los hechos observados, que su actividad va más allá de las apariencias, implica necesariamente trascender la experiencia inmediata para dar el salto del nivel observacional al teórico; su resultado es la racionalización de la experiencia, o sea, es mucho más que considerar que su descripción y ordenamiento son suficientes. El objetivo de la ciencia es la explicación o, lo que es igual, la dilucidación de los mecanismos por los cuales las cosas son lo que son, funcionan como funcionan y/o se nos presentan tal como se nos presentan. La elaboración teórica de los hechos y la comparación de las consecuencias de las teorías con los datos observacionales constituyen la principal fuente de descubrimiento de nuevos hechos, los mecanismos y las regularidades de la naturaleza. Por otra parte, las discrepancias entre las previsiones teóricas y los hallazgos empíricos figuran entre los estímulos más fuertes para edificar las nuevas teorías y diseñar los nuevos experimentos.

El punto de partida para la dilucidación de los mecanismos detrás de los hechos puede ser una conjetura, de ello puede surgir la invención de conceptos (átomo, campo, masa, energía, adaptación, enfermedad, integración, selección natural, clase social, o tendencia histórica), que carecen de correlato empírico, esto es, que no corresponden a "perceptos", aun cuando presumiblemente se refieran a cosas, cualidades o relaciones existentes objetivamente. No percibimos los neurotransmisores, inferimos su existencia a partir de hechos experimentales (29).

La psiquiatría nace con pretensiones científicas, pero Pinel no fue consecuente para seguir en esa línea en la medida que adhiere al descriptivismo. Con los fundamentos ontológicos correspondientes emparentados al escepticismo empirista, al igual que Locke, manifestó su claudicación a conocer las causas y se opuso a las teorías asociadas a la observación que intentaban dar una explicación a la enfermedad.

El empirismo filosófico es fenomenismo, y el descriptivismo es su correlato. Al respecto dice Bunge: *"Se trata de la perspectiva que sostiene que ha de preferirse la descripción a la explicación, porque (a) esta*

última va necesariamente más allá de los fenómenos, y (b) no puede haber enunciados legales porque no hay conexiones ni patrones objetivos, solo conjunciones constantes y secuencias regulares. Según esta concepción, que la noche sucede al día, beber agua calma la sed o los pellizcos duelen no necesitan explicación; se trata de inducciones bien confirmadas. En contraposición, el realista considera estas generalizaciones como datos (dados) que deben ser reexplicados por medio de leyes de nivel superior que incluyen conceptos transfenoménicos, tales como los de campo, gen, nación." (30).

A pesar de estas consideraciones, que muestran la debilidad del método pineleano para la construcción de una "medicina científica", si miramos con perspectiva histórica, el empirismo clínico racionalizado significó, para la medicina en general, un considerable avance en lo que podríamos llamar una metodología clínica en tanto, puso orden en la observación, sistematizó cuadros sintomáticos. Pinel fue el encargado de aplicarlo al estudio de la alienación mental. Lo que ocurrió, fue que los médicos no se resignaron a sistematizar los datos aportados por la observación y agruparlos ordenadamente para construir los cuadros morbosos. El descriptivismo del empirismo clínico estaba cediendo terreno por aquellos años al empirismo anátomopatológico, que surgió por la frecuente práctica de autopsias a partir del siglo XV en cadáveres humanos. Era el propio médico tratante que, si podía, realizaba la autopsia y trataba de establecer relaciones causales entre los hallazgos lesionales y la enfermedad que había diagnosticado. La anatomía general alumbró una nueva patología en la que el orden descriptivo, predominante hasta entonces, es sustituido por un orden sistemático de las enfermedades habituales de cada estructura o, lo que es lo mismo, de cada tejido. Las palabras de Bichat son la gran proclama de la mentalidad anatomoclínica que Lain-Entralgo recoge: «Tendrá (la medicina) derecho a acercarse a ellas (a las ciencias exactas), por lo menos en lo tocante al diagnóstico de las enfermedades, cuando a la rigurosa observación (del enfermo) se haya unido el examen de las alteraciones que presentan sus órganos» (31). Esta concepción tenía una "actitud científica" al decir de Lee McIntyre (32) y el deseo de avanzar en modelos explicativos de la patología era ya dominante en la medicina del siglo XVIII y es en la que empiezan a pensar los propios alumnos de Pinel y Esquirol. La causa de la alienación mental tendría como origen una probable lesión que habría que descubrir y en esa línea estaba el localizacionismo frenológico de Gall y la descripción de la parálisis general como entidad nosológica descrita por Bayle en 1822. Pero esta perspectiva racionalista, materialista e ilustrada tenía su oponente que, desde la "sturm und drang", elevó al subjetivismo a su máxima expresión, prefiguraba al Romanticismo, todo lo cual resultó en un movimiento anticientífico, alcanzaría a la filosofía y a la psiquiatría a través de las corrientes idealistas que llegarían después al siglo XX, como el existencialismo y la fenomenología, (presentes en la psiquiatría en Jaspers, Minkowsky, Binswanguer) y en el constructivismo entre otras. Pero esto es otra historia.

2. La concepción dualista de la alienación mental

La vieja tradición dualista a la que Pinel adhirió se pone de manifiesto en su concepción sobre las pasiones. J. Pigeaud describe estupendamente el asunto. La oscilación entre dualismo y monismo en la antigüedad es clara, hay concepción dualista en Platón que se expresa en la definición de pasión como enfermedad del alma. En Hipócrates y en los estoicos, por ejemplo, Crisipo, el concepto es monista: pasión y fenómenos orgánicos son uno. Fue Galeno quien hizo una lectura dualista de Crisipo, restaura el dualismo como concepción dominante que después tomó Pinel. Aquí surge una paradoja, Pinel fue hiocrático en la concepción de la clínica, y a pesar del rechazo a Galeno, tomará de éste y de otros, la concepción dualista de las pasiones. La importancia de esta compleja tradición dualista, que involucra aspectos filosóficos, históricos, sociales y hasta semánticos, radica en dos asuntos, el primero de ellos la partición del estudio de la locura en dos territorios claramente definidos con su correspondiente disciplina: el de las pasiones como enfermedad del alma y por lo tanto materia de la reflexión filosófica, y por otra parte el "territorio" del tratamiento somático de la locura, por lo tanto, materia de la medicina. El segundo asunto es que esa tradición dualista greco-romana será la que recogerá Pinel y con ella introduce "sin justificación" en el nacimiento de la psiquiatría, "un problema histórico que no fue capaz de resolver" (33).

Pinel eludió pronunciarse sobre si monismo o dualismo, no problematizó la influencia del cuerpo sobre la mente o viceversa, a pesar de que en la tradición

galénica hay un claro determinismo humoral de las pasiones. Pinel habilitará de esa forma a que la filosofía explique "la naturaleza humana". Esta concepción implicaba un necesario "interaccionismo" entre el nivel del alma y el nivel del cuerpo. La enfermedad será la "reacción" del cerebro con la consecuente objetivación de la enfermedad.

Pero no hay una explicación sobre la relación entre ambos niveles.

Sí se pronunciaron en uno u otro sentido Crichton, Cabanis, Daremberg, Marat, P. Roussel, J.Fr. Dufour, Brussais, hasta Kant en su "Ensayo sobre las enfermedades de la cabeza" (34), que deja meridianamente claro y explicitado el dualismo y establece cuales aspectos incumben a los médicos y cuales, a filósofos, aunque rescata lo que podríamos llamar "un trabajo en equipo" entre estos y los médicos.

Así, la psiquiatría como especialidad, con Pinel, nacerá dualista -dice Pigeaud- cediendo terreno a la filosofía para la especulación sobre el interaccionismo alma-espíritu-mente / cerebro.

Un elemento adicional y casi contrario a lo que plantea Pigeaud, Guillermo de Eugenio Pérez sostiene que, a finales del siglo XVIII, los campos divididos entre médicos y filósofos van a quedar unificados en la figura del médico en la medida en que es este quien traerá no solamente los remedios cuerpo, sino también los del alma (35).

Si bien esto resulta cierto, a la vez no se evitó que la reflexión filosófica continuara por parte de filósofos y de médicos respecto de la naturaleza de la enfermedad mental dando lugar a una deriva que no ha dado frutos. La reflexión de Jaspers es por demás elocuente en este sentido:

> *"Para un hombre de ciencia es lo peor de todo que la filosofía carezca por completo de resultados universalmente válidos y susceptibles de sabidos y poseídos. Mientras las ciencias han logrado los respectivos dominios conocimientos imperiosamente ciertos y universalmente aceptados, nada semejante ha alcanzado la filosofía a pesar de esfuerzos sostenidos durante milenios. No hay que negarlo: en la filosofía no hay unanimidad alguna acerca de lo conocido definitivamente. Tampoco tiene el pensar filosófico, como lo tienen las ciencias, el carácter de un proceso progresivo. Estamos ciertamente mucho más adelantados que Hipócrates ... pero apenas podemos decir que estemos más adelantados que Platón" (36).*

La falta de resultados concluyentes que apoyaran la etiología orgánica de la enfermedad mental se constituyó en terreno fértil para mantener el dualismo habilitado por el subjetivismo romántico, el Idealismo filosófico alemán y sus derivados, la fenomenología, el existencialismo, el constructivismo. En definitiva, todo ese proceso no hizo más que levantar un muro entre la filosofía y la ciencia perpetuando así una gran confusión, que en última instancia es ontológica además de epistemológica, y que impacta inevitablemente en la psiquiatría hasta hoy.

3. La perspectiva Política

Desde Platón y también con Aristóteles, hubo un límite difuso entre filosofía y medicina dado que esta última se aventuraba a explicar los polos hombre-sociedad, cuerpo-alma, dios-naturaleza. Sin embargo, hay una distancia metodológica enorme, por ejemplo, entre el recuerdo de las ideas perfectas de Platón y la observación-descripción y resultados en Hipócrates (Peset).

En Pinel la presencia de la filosofía es ostensible, su Nosografía filosófica y su Tratado médico-filosófico, su "filosofía moral" hasta su consejo del estudio de los filósofos clásicos dan testimonio de ello.

La influencia, por ejemplo, de Platón y de Rousseau sobre Pinel en este tópico, permite observar ciertos paralelismos donde las diferencias estriban en los puntos de partida en la reflexión de la obra de cada autor. Platón y Rousseau, tienen en su perspectiva política el ámbito de lo social como punto de partida, para después alcanzar al hombre individual. A la inversa, Pinel, en tanto médico, parte del hombre enfermo y alcanza a posteriori el plano social y, por lo tanto, obviamente también político: el "Arte de equilibrar las pasiones humanas... oponerlas una a otra, se aplica indistintamente a la Medicina y a la política, y no es este el único ejemplo de la relación que hay entre el arte de gobernar a los hombres, y el de curar sus enfermedades... " (37) Queda claramente establecida en este pasaje la continuidad entre plano de lo individual y el plano de lo social, a la vez que el alcance moral, (entendida como la moral), de dichas perspectivas, en el contexto particular de las grandes turbulencias políticas en las que vivieron los tres pensadores.

Platón fue testigo de la decadencia de Atenas a finales

del siglo IV y siglo V AC.

La disgregación de la polis se constituyó en preocupación y estímulo para desarrollar su pensamiento relacionado a las diferentes formas de organización política del Estado. (36) Aparece en República una teoría del Estado y un proyecto educativo donde está presente su concepción de las pasiones. El control de las pasiones por medio de la lucha contra el lujo y el exceso, y la búsqueda de la simplicidad, (39). -enfoque ya había sido tratado en Gorgias- (40) no implica otra cosa que continuidad entre su concepción del hombre, de la sociedad y de la política plasmando un proyecto moral en respuesta a la crisis que vivía la Atenas. (55). Los valores que deben regir la vida de los hombres para su verdadera felicidad son para Platón objetivos, por lo tanto, pueden ser aprendidos e incorporados en el alma por medio de la educación de futuros gobernantes y de los guardianes, de ahí las pautas correspondientes en los libros II y III de República.

Este proceso educativo, esta visión del hombre y del Estado, tiene en su centro su concepción de las pasiones, tanto en el plano individual, por ejemplo, en Fedro, (41) (la alegoría del carro alado en la que refiere el imprescindible control por parte de la razón encarnada en el auriga), como a nivel social en República (42).

En el caso de Rousseau puede verse esta continuidad entre el individuo y lo social de las pasiones como correlato político "en paralelo" a la psiquiatría de finales de siglo XVIII. Rousseau abordó este tema, por ejemplo, en el libro IV de *l'Emile*. Peset dice a este respecto: *"sitúa las pasiones en la pelea, no entre órganos o partes del alma, sino con la evolución temporal del propio cuerpo y con la adaptación del joven al cuerpo social. Las imágenes con que describe el nacimiento de la adolescencia —que toma del cosmos, de la política, de la ciencia, de la biología y de la patología— nos muestran las pasiones como un proceso a la vez temporal y relacional. Para controlarlas recomienda la ilustración, el maestro, el orden, la moral, la religión y la razón."* (43) En definitiva, la educación es para Rousseau la forma de orientar adecuadamente las pasiones hacia *"los adecuados objetos como la amistad, la familia, la piedad, la ciudadanía y no los falsos o inadecuados como la riqueza, la posición social, los bienes efímeros."* La lucha del hombre tiene que ver con la resignación o postergación de los sentimientos primitivos que buscan el bienestar propio por la razonable aceptación de la voluntad general. Dice Peset, hay una extensión de la educación a lo político como en Platón, para la consumación de un proyecto político regulando las exigencias de la sociabilidad.

Esta preocupación de Platón y de Rouseau por establecer las pautas de una sociedad que permita una mejor convivencia entre los hombres, que incluye, como fue dicho, una teoría psicológica en Platón (la teoría del alma), y un proyecto educativo en Rousseau, alcanzan inevitablemente el plano de la moral. En Pinel se observa una situación análoga, pero ya no partiendo de la filosofía o de la política, sino de la medicina. A finales del siglo XVIII y en el siglo XIX, la medicina comienza a tener influencia en el plano político alcanzando justamente lo social y la moral. Los múltiples entrecruzamientos entre ellas tienen tal vez su máxima expresión en el higienismo.

González de Pablo (44) realiza una síntesis tan didáctica como rigurosa sobre el punto. Comenzando con la Edad Media, donde la higiene y la moral estaban subordinadas a la religión, el cuerpo se consideraba como mero receptáculo del alma o vía de ascesis o perdición. Para esta concepción, la salud no era un bien para preservar, la enfermedad era vista como una forma de castigo o prueba de superación. Posteriormente la modernidad, que implicó a la vez el consabido repliegue de la virtud religiosa como fundamento de la moral, "habilitada" en lo filosófico por el empirismo y el racionalismo, da lugar a un cambio en la concepción del cuerpo, ahora orientada a fines terrenales. La salud aparece entonces como meta, ya no como gracia divina y, en consecuencia, aparecen también la prescripción de conductas y responsabilidad para su cuidado. Es la etapa de la concepción teológica secularizada en la que, manteniendo la referencia religiosa, la misma no interferirá con el conocimiento del mundo y de sus leyes a través de la ciencia, tal como lo plantearon Bacon y Descartes (45) por diferentes vías, la inducción y el racionalismo. Estas ideas aplicadas a la salud permitieron al hombre embarcarse en el conocimiento de su propio cuerpo en forma independiente del dogma de la fe, pero sin olvidar su fundamento. Para Descartes, Dios se mantenía como responsable del orden interno de la naturaleza, para Bacon, la obra del hombre culto debía ser la imagen visible de la impronta divina. (46) Resulta claro que, tanto Bacon como Descartes, en última instancia, dejaban un espacio para que la iglesia pudiera continuar dando sus pautas morales.

Pero a finales del siglo XVIII y durante el siglo XIX, en ese proceso gradual de avance secular, la razón kantiana terminaría por alejar en forma definitiva la referencia teológica que aún se mantenía en el corazón del racionalismo y del empirismo. (47) Junto con ello, la medicina y la higiene tenían ahora el crédito suficiente para ocupar el lugar que dejaba la iglesia en el dictado de pautas morales y de conducta asociadas al cuidado de la salud.

Cabanis, ideólogo de la revolución como Pinel, sostiene que la medicina y la higiene son las herramientas que hacen posible el conocimiento del cuerpo con el cual es posible el conocimiento de los fenómenos sociales. Tomando como punto de partida la higiene, concibe un nuevo orden moral y social que se constituye en una teoría del Estado. Entendiendo, por ejemplo, que la suciedad es causa de enfermedad, promueve el alcantarillado y la retirada de la basura, a la vez que luchó contra el alcoholismo, la prostitución o las conductas asociales, sosteniendo las bondades del trabajo, la limpieza, la disciplina social. En definitiva, aparecen pautas de comportamiento en fomento de la salud que resultan también pautas morales y de educación. (48) La higiene se convirtió en parte de los valores dominantes a lo que Armus llamó "catecismo laico" sobre lo prohibido y lo permitido, (49) es el "orden disciplinario" de Foucault (50).

En ese terreno nace la psiquiatría. La nueva disciplina, que necesariamente incorporó esa perspectiva, no se limitó distinguir las peculiaridades del loco dentro de la heterogénea población que integraban junto a delincuentes, pordioseros vagabundos, enfermos, prostitutas, ancianos indigentes, niños abandonados. Partiendo de esa distinción, Pinel pensó la locura desde una nueva perspectiva, postuló una forma de tratamiento y una nueva institución para llevarlo adelante, respectivamente el resultado fue: el concepto de alienación mental, el tratamiento moral y el asilo especializado (monovalente). La Ilustración repite una de las máximas de los Estoicos: el hombre debería seguir el orden natural en lo individual y en lo social y respetar los límites propios dominando las pasiones. El apartamiento del orden natural por los excesos de las pasiones es lo que precipita la alienación mental, que pasó desde entonces, a ser el objeto de la nueva especialidad que en 1808 Reil llamará "Psiquiatría".

El tratamiento moral fue la herramienta terapéutica para el retorno a ese orden natural caracterizado por el trato humanitario y el diálogo orientado a la modificación de las costumbres basado en un método pedagógico y normativo que establece las rutinas, los horarios, la higiene, la alimentación, las actividades, el ejercicio y el trabajo, la relación con los enfermos, médicos y cuidadores y los distintos lugares especiales para cada tipo de "enajenación". Pero como dice Huertas, hay un componente de subjetivación en tanto el sujeto debe hacer suyas las normas que se le imponen, la institución aparece como una práctica normalizadora y la técnica dirigida a convencer al loco de su "error".

La revolución dio lugar a una institución que incluye un orden espacial, que también es social, donde se procura la cura moral en sus dos sentidos: primero médico explícito, en tanto terapéutica individual, y en segundo lugar político-social implícito, o sea, ajustado a ese nuevo orden, al nuevo sistema productivo de la revolución industrial que requería, como nos dice González de Pablo, ciudadanos correctos en el cumplimiento de sus obligaciones laborales, el aseo personal además de la virtud religiosa. La salud se configuraba de esta manera sobre el trípode virtud, trabajo y aseo. Libre de los excesos de las pasiones el nuevo ciudadano se incorporaba a una sociedad libre de la abyección y el vicio para la mejor convivencia.

Dicho de otro modo, en lo ideológico hay una relación entre el nuevo orden y el tratamiento moral de Pinel en el que éste es expresión de ese nuevo orden en un área específica y nueva de la medicina: la psiquiatría.

La resultante es clara en cuanto que, la prescindencia explícita de juicios en términos de "la moral", no liberó a la psiquiatría de un componente "moralista" implícito e inseparable del tratamiento moral. Dicho de otro modo, Pinel no era un moralista, sin embargo, lo moral- psicológico descansará inevitablemente en juicios morales, relacionados con los propios valores de la Revolución francesa y las exigencias de la higiene médica que prescribía normas para mantener la salud. El carácter "civilizatorio" de la modernidad en la perspectiva.

N. Elías, o la llamada "medicalización" de la sociedad, refiere a que el acto médico no queda circunscripto al orden del individuo, es una práctica social (51) y por tanto tiene inevitablemente un alcance político, filosófico y moral imposible de separar, difiriendo la connotación positiva o negativa, mejor o peor fundamentada, que se haga del tal acto. La difundida perspectiva de Foucault tiene como idea central de su

obra al entramado del poder dirigido al control social, y particularmente al manicomio como un ámbito institucional normalizador donde los discursos y saberes justifican una "verdad" de maniobras regladas basadas en prohibiciones, represión, exclusión y violencia. Este enfoque antipsiquiátrico suma otros autores en esa misma época como Szasz, Goffman, Laing, Cooper, Basaglia, entre otros.

G. Swain, M. Gauchet se ubican como una visión alternativa a esta la perspectiva en la que se valora la irrupción del estudio de la subjetividad, el carácter "moral" de la locura y que en definitiva el asilo se constituyó en institución terapéutica y que, a pesar de los abusos y malas prácticas, no fue concebido como una institución represora o de control social.(52) Lo que Foucault cuestiona, no es más que el comienzo de un proceso que inició en el siglo XVIII, caracterizado primero por la protesta sobre las condiciones de la población que se hacinaba en los hospitales, asilos en el contexto de la aparición del movimiento filantrópico moderno y la Ilustración, luego siguió la identificación de la locura desde la nueva perspectiva médica, se constituyó así en alienación, después la implementación de medidas humanitarias a la que continuó una propuesta terapéutica. Obviamente que ese camino se transitó con aciertos y errores, a veces horrores, con rezagos y fracasos, tanto en lo referente a la organización institucional como en resultados terapéuticos, de forma inhomogénea, con el lastre cultural de siglos de incomprensión y prejuicios contra ese loco social agitado y peligroso. La confluencia inicialmente arbitraria de la terapéutica, la clínica y el "ordre disciplinaire" o la "medicalización de la locura", en la práctica, seguramente convivió con el celo para la insaturación de una nueva forma de pensar la locura y de tratar a los locos, el intento científico, a la vez que humanista, de abordar el fenómeno. Como dice G. Swain es claramente identificable un proyecto terapéutico que hace foco en la perturbación psíquica y en línea con esto lo sostenido por Gauchet que se asiste al intento de exploración del campo subjetivo. Sin dudas que esto significó un claro avance, y a la vez, tal afirmación no implica negar los múltiples atravesamientos que pueden observarse en el tratamiento moral como fue dicho más arriba, pero es un error realizar una connotación negativa in totum del mismo, en el que la atmósfera que se respiraba en torno a dicho tratamiento fuera persecutoria y/o disciplinaria. La gran ausente en la obra de filósofos e historiadores, sociólogos y antropólogos es la enfermedad mental. Nada aporta a su alivio o a la búsqueda constante de los mecanismos por los cuales se produce el trastorno mental, consideraciones tales como: "la explicación mecánica de los fenómenos de la naturaleza provocó la des-simbolización del mundo" o que "a fines del siglo XVIII la razón dejó de necesitar a la sin-razón por contraste o por inversión". La enfermedad mental genera la des- integración del sujeto en su doble condición, de ser individual, (de su vivencia de sí mismo) y de su ser social (de su ser con otros). Es este aspecto el que presenta una enorme dificultad de comprensión fuera del campo de la psiquiatría y de la psicología y muchas veces, aún dentro de ellas. Es la enfermedad mental la que conduce a la pérdida de la libertad del sujeto. A partir de los primeros alienistas el objetivo es la "reintegración" de su ser individual y social y, con ello, la restauración de la libertad perdida. Para decirlo en términos actuales, el tratamiento apuntaba al "empoderamiento" del sujeto volviéndolo dueño de su voluntad y al reintegro a la sociedad. Ese objetivo, que inició sobre finales del siglo XVIII, es el verdadero objetivo de la psiquiatría hasta hoy.

Referencias bibliográficas

1. Stagnaro, J.C. (2015), Introducción: En torno al origen del primer alienismo, Asclepio 67(2) p104 doi http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2015.22
2. Huertas Rafael (2015) De la filosofía de la locura a la higiene del alma. Joseph Daquin (1732-1815), Asclepio, 67(2) pag 106 Doi http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2015.24
3. Eric Hobsmawm La era de la revolución- La era del capital- La era del imperio Ed. Crítica Barcelona 2013 Pag 30
4. Ey H. Naissance de la Psychiatrie (Centenaire de l'hópital du Vinatier, Lyon, 1976), in L'Actualité Psychiatrique, n 5 1977
5. González de Rivera J.L. Evolución histórica de la psiquiatría Psiquis, 1998; 19 (5):183-200
6. Postel Jacques Quétel Claude Nueva historia de la psiquiatría / VIII El problema del encierro de los insanos Fondo de Cultura Económica Segunda edición en español 2000 pag 112 -126.
7. Pagden A. La Ilustración y sus enemigos. Dos ensayos sobre los orígenes de la modernidad, Ediciones Península 2002 Pag 60-65
8. Long A. Filosofía helenística Alianza Editorial, S.A., Madrid, 1984 pag. 112
9. Bréhier E. Los maestros del siglo XVIII: Newton y Locke Editorial Sudamericana 1944 Pag. 273- 279

10. Pinker S. La tabla rasa Paidos 2019 pag. 27.
11. Locke, John, Ensayo Sobre el Entendimiento Humano, Biblioteca Grandes Pensadores, Ed. Gredos, Madrid, 2013 Pág. 87 y 93
12. Klein Jürgen, Gliglioni Guido, Francis Bacon, The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Fall 2020 Editio), Edward N. Zalta (ed.), URL https://plato.stanford.edu/archives/entries/francis- bacon/
13. Belaval Y. El siglo de las luces. Historia de la Filosofía. Racionalismo, Empirismo, Ilustración. Siglo XXI Editores 1977 pag 195
14. Fresquet José L., Thomas Sydenham (1624-1689), Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación (Universidad de Valencia-CSIC). Julio, 2000.
15. Tratado Médico-Filosófico de la enajenación del alma, o manía. Imprenta Real Madrid 1804 I n - troducción Universidad Complutense de Madrid Biblioteca https://patrimoniodigital.ucm.es Pag. 5 a 42
16. Sanjurjo Castelao G. Philippe Pinel y Terapia Ocupacional: Mitos, leyendas, hechos y evidencias / Gabriel Sanjurjo Castelao.- Málaga: e- critical training, 2014 pag. 39
17. Meyer, M. Les passions ne sont plus ce qu'elles étaient. Bruselas, Labor, 1998, p. 9.
18. Encyclopédie Methodique, Médecine Tome Dixieme Paris 1821 pag 250. Versión electrónica en https:// archive.org, Encyclopédie Methodique ou far ordre de matieres; par une société de gens de lettres, de savans et d`artistes.
19. Novella, E. (2009), De la historia de la psiquiatría a la historia de la subjetividad, Asclepio, 61 (2), 261-280.
20. Suzuki, A. (1995), Dualism and the Transformation of Psychiatric Language in the Seventeenth and Eighteenth Centuries, History of Science, 38, 417-447, 1995
21. Huertas Rafael Locura y subjetividad en el nacimiento del alienismo. Releyendo a Gladys swain Frenia Vol. X-2010, 11-28, ISSN: 1577-7200
22. Bergo, Bettina What Sujet de la folie ? Gladys Swain and Marcel Gauchet's Search for an Alternative History of Madness PhaenEx: Journal of Existential and Phenomenological Theory and Culture VL - 5 DO - 10.22329/p. v5i2.3085 2010/01/01.
23. Pelletier Jean-François, Davidson Larry À l'origine même de la psychiatrie comme nouvelle spécialité médicale: le partenariat Pinel-Pussin https://id.erudit.org/iderudit/1032380ar https://doi.org/10.7202/1032380ar Online publication: July 22, 2015
24. Goldstein J. Console and Classify: The French psychiatric profession in the nine- teenth century, Chicago, Chicago University Press, 2001, 2.a ed., pag 109. (1.a ed. 1987) [ISBN: 0-226-30161-3]
25. Lantéri-Laura G. Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna Georges. Fundación Archivos de Neurobiología Editorial Triacastela Pag. 73 -76
26. Kendler, K.S. Philippe Pinel and the foundations of modern psychiatric nosology Psychological Medicine; Cambridge Tomo 50, Nº 16 (Dec 2020): 2667
27. Ey H. La Notion de "Maladie morale" et de "Traitment moral" dans la Psychiatrie francaise et allemande du debut du XIX siecle (Les péripéties d´une contradictio in adjecto) Perspectives Psychiatriques 1978 I N° 65 Pag 12-35
28. Berrios G. Historia de los Síntomas de los Trastornos La psicopatología descriptiva del siglo XIX Fondo de Cultura Económica Versión electrónica 2013 Introducción, pag. s/n.
29. Bunge M. La ciencia, su método y su filosofía. Ed. Siglo Veinte, 1971 Pag. 21-24.
30. Bunge M. A la Caza de la realidad Gedisa 2008 Pag 89-90
31. Lain Entralgo P. Historia de la medicina, Salvat Ed. 1978 Pag 465
32. Mc Intyre L. La actitud científica Ed Cátedra 2020 Pag 55-120
33. Pigeaud J. (2015) The Triumph of Dualism in Ancient Psychopathology. J Psychol Psychother 5: 184. doi:10.4172/2161-0487.1000184
34. Kant I. Ensayo sobre las enfermedades de la cabeza https://www.researchgate.net/publication/312529477
35. de Eugenio Pérez, Guillermo El remedio de las pasiones: la construcción de la persona del médico a finales del siglo XVIII Universidad Carlos III de Madrid, España Revista Internacional de Humanidades Médicas Volumen 1, Número 2, Pag. 15-27
<http://tecnociencia-sociedad.com/revistas/>, ISSN 2254-5859 © Global
36. Jaspers K. La Filosofía desde el punto de vista de la existencia, 1978 Fondo de Cultura Económica, séptima reimpresión 1984, Pág. 7.
37. Pinel P Tratado Médico Filosófico pag 326
38. Romero Francisca Tomar Ética y política en platón: la función de la virtud (I) Espíritu XLVII (1998) 243-267
39. Platón República 404 e / pag181 Gredos, primera edición 1986
40. Platón Gorgias (492 a-b-c /pag 92-93) (508 a/ pag. 118) Gredos, primera edición 1983
41. Platón Diálogos III Fedro Gredos 1986 pag. 345 - 360 sec 246 – 256
42. Vallejo Campos A. Platón, las pasiones y el populismo ISSN2445-2297 www.uc3m.es/pege DOIhttps://doi.org/10.20318/fons.2019.4909
43. Peset J.L. La revolución hiocrática de Pinel Asclepio-Vol. LV-1-2003 270 276
44. González de Pablo, Ángel Sobre la configuración del modelo de pensamiento de la higiene actual: el caso español DINAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. ílius., 15, 1995, 267-299
45. Descartes, Discurso del método, Colección Austral 1937, Sexta Parte pag. 87.

46. Bacon Francis (1985). Instauratio Magna. Novum Organum. Nueva Atlántida [1620- 16271, México, Porrúa, (pp. 22-23)
47. KANT I. El poder de las facultades afectivas para dominar los sentimientos patológicos mediante el simple propósito, Buenos Aires, Aguilar, 1968 51 pp
48. Cabanis P.J.J. Ralaciones entre lo físico y lo moral del hombre. https//books.google. Tomo segundo pag. 279- 283
49. Armus Diego, "El descubrimiento de la enfermedad como problema social", en Mirta Lobato, (dir.), El progreso la modernización y sus limites, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 2000, vol. V. Nueva Historia Argentina, pp. 546, 547.
50. Foucault M, El poder psiquiátrico, Fondo de Cultura Económica 2007 pag. 17
51. Foucault M. Historia de la medicalización Educación médica y salud OPS Vol. 11, No. 1 1977 pag. 3-26
52. Swain, G. (1977), Le sujet de la folie: Naissance de la psychiatrie, Toulouse, Privat. También GAUCHET, M. y SWAIN, G. (1980), La pratique de l'esprit humain: L'institution asilaire et la révolution démocratique, París, Gallimard.

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

Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Psiquiatras y Residentes de Psiquiatría de la República Dominicana ante la Salud LGBTQ

Knowledge, Attitudes, and Practices of Psychiatrists and Psychiatry Residents in the Dominican Republic Towards LGBTQ Mental Health

Carlos F. Domínguez R.
Psiquiatra
Hospital Regional Universitario José María Cabral y Baéz (HRUJMCyB)
carlos.dgez@gmail.com

José Agustín Rojas Alfau
Doctor en medicina
Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC)
joe.rojas1000@gmail.com

Elly Pichardo
Doctor en medicina
Pontificia Universidad Madre y Maestra (PUCMM)
eapichardo6@gmail.com

Laura Michelle Santana Rodríguez
Doctor en medicina
Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC)
laura.santana-2021@ppcr.org

Los autores no declaran conflicto de intereses

Resumen *Introducción*: Esta investigación tiene como objetivo explorar los conocimientos, actitudes y prácticas de la Sociedad Dominicana de Psiquiatría y los programas de residencias médicas de psiquiatría en la República Dominicana, hacia la salud física y mental de personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales y queer (LGBTQ). Estudios previos han demostrado que un mayor nivel de conocimiento se asocia con actitudes más favorables, lo que promueve mejores prácticas clínicas hacia este grupo en la atención profesional. (1, 2). *Métodos:* Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal mediante una encuesta virtual. *Resultados*: Aun cuando un 77% afirma nunca recibió formación académica específica, la mayoría de los participantes poseen buen conocimiento sobre la salud del colectivo LGBTQ, sin embargo, persisten estereotipos. La gran mayoría se opone a que se trata de una enfermedad mental y tener que buscarle una "cura" a pertenecer a este grupo. A pesar de que educarse en el tema fue muy común, es importante eliminar la práctica de "terapia de conversión". *Conclusión*: Las implicaciones de la diversidad sexual en las enfermedades se omiten en la formación psiquiátrica, llevando a discriminación y atención inadecuada para personas LGBTQ en el ejercicio profesional. Es fundamental promover una formación inclusiva y respetuosa para disminuir daños ocasionados.

palabras clave: Minoría sexual, Psiquiatras, Mentalidad, Atención profesional, educación.

Abstract Introduction: *This research aims to explore the knowledge, attitudes, and practices of the Dominican Society of Psychiatry and psychiatry residency programs in the Dominican Republic towards the physical and mental health of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer (LGBTQ) individuals. Previous studies have shown that a higher level of knowledge is associated with more favorable attitudes, promoting better clinical practices towards this group in professional care (1, 2).* Methods: *A descriptive, prospective, cross-sectional study was conducted*

using an online survey. Results: *Despite 77% of participants claiming to have never received specific academic training, the majority demonstrated good knowledge about LGBTQ health, although stereotypes persisted. The vast majority opposed considering it a mental illness or seeking a "cure". Although educating oneself on the topic was widespread, the elimination of the practice of "conversion therapy" remains crucial.* Conclusion: *The implications of sexual diversity in diseases are overlooked in psychiatric training, leading to discrimination and inadequate care for LGBTQ individuals in professional practice. In order to reduce harm caused, it is essential to promote inclusive and respectful training*.

keywords: *Sexual minority, Psychiatrists, Mentality, Professional care, Education*

Introducción

Los estudios publicados revisados para este proyecto de investigación sobre los conocimientos, actitudes y prácticas del gremio médico hacia la salud física y mental del colectivo de personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero y queer (LGBTQ) han revelado que a medida que existe mayor nivel de conocimiento, las actitudes hacia este grupo son más positivas y, en consecuencia, promueven las buenas prácticas clínicas en el desarrollo y atención profesional. (1, 2) Lo cual incide de manera favorable en los indicadores de salud de dicho colectivo ya que las experiencias reportadas de las minorías sexuales usuarias de servicios de salud, replican escenarios desfavorables (3, 4).

En el 2017, un estudio del COIN donde un 45% de los participantes se identificaron como personas LGBT se evidenció que el 83.2% había sufrido alguna forma de violencia o discriminación en los últimos tres años. Siendo el subgrupo de la población transexual y transgénero las más afectadas por todas las formas de violencia. (5) Esto refleja una clara discriminación y exclusión de las personas LGBTQ en la sociedad dominicana y evidencian la necesidad de políticas y acciones que promuevan la igualdad y el respeto a la diversidad sexual.

A consecuencia de la exposición a actos de discriminación y violencia contra las personas LGBTI, la mayoría (60%) dijo haberse deprimido, mientras otras han expresado haber considerado el suicidio (33%) llegando en algunos casos a intentarlo (18%). 9 de cada 10 personas ocultan su identidad sexual. Entre otras experiencias de inequidad, 17.1% de las 7,122 personas que participaron en esta primera encuesta nacional LGBTI 2020 expresaron haber vivido alguna experiencia a lo largo de la vida de un tratamiento psicológico o intervención religiosa a consecuencia de su identidad sexual y de género (6). No es casual que en todo el país una parte importante de las personas LGBTI no se permitan a sí mismas realizar diversas actividades, como aquellas que implican una manifestación pública de la identidad de género u orientación sexual.

Los esfuerzos por cambiar la orientación sexual e identidad de género (también denominadas “terapia de conversión”) ya sea en la adultez por voluntad propia o en la niñez/adolescencia sin poder dar consentimiento, han demostrado luego de alrededor de seis décadas de revisión sistemática de estudios, que lejos de probar ser eficaces, generan un aumento considerable en el riesgo de pensamientos e intentos suicidas, así como de trastornos depresivos, ansiosos y de consumo de sustancias a quienes viven esas experiencias en comparación a sus pares que no lo experimentaron (7, 8, 9, 10).

Es importante abordar estos problemas y fomentar la inclusión y la igualdad en todos los ámbitos de la sociedad, incluyendo la atención médica. Su desenvolvimiento puede tener un impacto negativo o positivo en la salud mental de esta población. (11, 12, 13) Con el objetivo de explorar los conocimientos, las actitudes y las prácticas de quienes conforman la Sociedad Dominicana de Psiquiatría y los programas de residencias médicas de psiquiatría en la República Dominicana hacia la salud de pacientes LGBTQ se realiza esta investigación.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal, en un período de recolección de 29 días durante el mes de septiembre de 2022. El cuestionario se construyó teniendo como base La Escala de Práctica Afirmativa Gay (GAP): una nueva medida para evaluar la competencia cultural con clientes gay y lesbianas (14), la utilizada en Experiencias y conocimientos de los proveedores de atención primaria rural sobre la salud LGBTQ en un estado del Medio Oeste de los Estados Unidos de America (15) y la empleada en Actitudes y conocimiento de los proveedores de salud hacia la salud de lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (1) las primeras dos escalas se les solicitó autorización a los autores para su uso.

Fueron incluidos todas las personas que pertenecen a la Sociedad Dominicana de Psiquiatría (SDP) o pertenecían a cualquier programa de residencias de psiquiatría y tenían un correo registrado, que aceptaran participar de manera virtual y voluntaria firmando el consentimiento informado. Aquellas personas que fueron reclutadas completaron un cuestionario.

Se recolectaron características demográficas y generales, profesionales y preguntas dirigidas a explorar los conocimientos, actitudes y prácticas hacia la salud de pacientes lesbianas, gays, bisexuales, transgénero y queer.

El cuestionario fue alojado en el servicio de Google Docs, y fue distribuido a través de correo electrónico utilizando MailChimp y de la aplicación Whatsapp. La información que proporcionaron fue totalmente confidencial, y solamente usada para fines de análisis de esta investigación u otras, sin embargo, los datos de correo electrónico no fueron capturados o guardados, lo que les permitió a los participantes estar en total anonimato.

La encuesta estuvo compuesta por 40 preguntas, separadas en 4 secciones distintas tomando de 10 a 15 minutos, aproximados en completarse. La sección 1 cuenta con las preguntas sociodemográficas y generales. La sección 2 incluye 11 preguntas sobre conocimientos de asuntos específicos de la salud de las personas LGBTQ. Sección 3 agrupa 8 preguntas sobre actitudes diseñadas para medir sus pensamientos, sentimientos y comportamientos previstos sobre las personas LGBTQ. Por último, la sección 4 con 9 preguntas diseñadas para medir la atención clínica hacia pacientes LGBTQ y sus comportamientos en entornos clínicos denominada prácticas.

Análisis de datos

Los resultados obtenidos se tabularon en Excel 2019 y fueron analizados en Stata versión 17. Se utilizaron estadísticas descriptivas (frecuencias y porcentajes) para resumir las respuestas de la encuesta. Relaciones significativas entre las respuestas demográficas o clínicas y los elementos de experiencia se examinaron para determinar su importancia mediante pruebas de Fisher's exact. El nivel de significancia para todos los test estadísticos realizados fue $\alpha \leq 0.05$.

Resultados

De un total de 289 médicos especialistas y en residencias de psiquiatría que se le enviaron copia de la encuesta, 61 (21.1%) respondieron afirmativamente a participar en el estudio. Ninguno fue excluido del análisis.

La *Tabla 1* resume los datos sociodemográficos y generales. La muestra 61 incluye 42 psiquiatras y 19 residentes, distribuidos en psiquiatría general 68.42% (n=13), psiquiatría forense 5.26% (n=1) y psiquiatría infanto/juvenil 26.32% (n=5).

La distribución de los participantes en el sector donde laboran fue principalmente: Público y privado (n=24; 39.34%), Público (n=14; 22.95%), Público, Privado y Pedagogía (n=9; 14.75%), Privado (n=8; 13.11%). Otras contaron con un n=6 y 9.84% respectivamente, como, por ejemplo: Retirado/pensionado y Privado y Pedagogía, en diferentes combinaciones.

La edad de los participantes estuvo comprendida en un rango de 26 -74 años, con una media de 41.45 y una moda de 32 años. Un total de 32 (52.46%) participantes corresponden al sexo femenino mientras que el resto 29 (47.54%) al masculino.

Respecto a cuántos años lleva ofreciendo servicios de salud, se observó con un rango de 2- 47 años, una media de 13.79 y una moda de 5 años de servicios.

De las 61 personas, 52.46% (n=32) respondieron pertenecer al catolicismo, 21.31% (n=13) creyentes sin religión, 14.75% (n=9) al cristianismo, 8.20% (n=5) agnóstico y 3.28 (n=2) ateísmo.

Sin embargo, al momento de responder Qué tanto se considera religioso/a, solo 21 (34.43%) participantes se considera religioso/a, seguido de no religioso/a para nada y un poco religioso/a con 18 (29.51%) ambos respectivamente y solo 4 (6.56%) muy religioso/a.

Tabla 1. Información demográfica y clínica

Características	n (%)
Sector donde trabaja	
Público y privado	24 (39.34)
Público	14 (22.95)
Público, privado y Pedagogía	9 (14.75)
Privado	8 (13.11)
Retirado/Pensionado, privado, pedagogía	6 (9.84)
Tiempo de práctica	
≤10	35 (57.38)
>11 <20	8 (13.11)
≥21	18 (29.51)
Grupo de edad	
≤40	39 (63.93)
41-55	10 (16.39)
≥56	12 (19.67)

Experiencia con pacientes LGBTQ y salud

Las preguntas relacionadas a la experiencia de los proveedores de salud con los pacientes y educación están representadas en la *Tabla 2*. Casi todos los proveedores se le han presentado pacientes que se identifican como una persona LGBTQ (96.72%), sintiéndose cómodos de brindarle servicios (93.44%). Aunque refirieron, que durante su formación como especialista nunca recibieron formación académica específica sobre la salud mental de la población LGBTQ (77.05%) y si cree que la educación enfocada en los temas de salud LGBTQ deben ser un requisito para todos los proveedores de salud en su especialidad (83.61%).

Correlación de los psiquiatras según su religiosidad y sentirse cómodos brindando servicios de salud a pacientes si fuesen a revelarle que se identifican como LGBTQ no encontró diferencia estadísticamente significativa. No se encontró diferencias estadísticas (0.377) con la religiosidad y si prefiere no atender a pacientes LGBTQ.

Al momento de comparar si durante su formación como especialista recibió formación académica específica sobre la salud mental de la población LGBTQ con el grupo de edad o tiempo de práctica en la especialización, tampoco se encontró diferencias significativas. Pero las personas dentro del rango ≤40 años y ≤10 años de tiempo de práctica afirman en mayor porcentaje (19.67 y 16.39% respectivamente).

Tabla 2. Preguntas generales sobre la experiencia con pacientes LGBTQ y educación con los proveedores de salud

Pregunta	n (%)
¿Alguna vez se le han presentado pacientes que se identifican como una persona LGBTQ?	
Sí	59 (96.72)
No	2 (3.28)
¿Sentiría comodidad brindándole servicios de salud a pacientes si fuesen a revelarle que se identifican como LGBTQ?	
Sí	57 (93.44)
No	4 (6.56)
¿Durante su formación como especialista recibió formación académica específica sobre la salud mental de la población LGBTQ?	
Sí	14 (22.95)
No	47 (77.05)
¿Cree usted que la educación enfocada en los temas de salud LGBTQ deben ser un requisito para todos los proveedores de salud en su especialidad?	
Sí	51 (83.61)
No	10 (16.39)

Tabla 3. Correlaciones significativas de experiencias con pacientes LGBTQ y salud entre los proveedores de salud

Variable	%Si	P Value
¿Sentiría comodidad brindándole servicios de salud a pacientes si fuesen a revelarle que se identifican como LGBTQ?		
Religiosidad		P=0.270
Muy religioso/a	5.3	
Religioso/a	33.34	
Un poco religioso/a	31.53	
No religioso/a para nada	29.83	
¿Durante su formación como especialista recibió formación académica específica sobre la salud mental de la población LGBTQ?		
Grupo de Edad		P=0.197
≤40 años	19.67	
41-55	1.64	
≥56	1.64	
Tiempo de práctica		P=0.062
≤10	16.39	
11-20	4.92	
≥21	1.64	
¿Cree usted que la educación enfocada en los temas de salud LGBTQ deben ser un requisito para todos los proveedores de salud en su especialidad?		
Género		P=0.496
Femenino	45.9	
Masculino	37.7	

Según el género y si cree usted que la educación enfocada en los temas de salud LGBTQ deben ser un requisito para todos los proveedores de salud en su especialidad, el género femenino afirmó en un 45.9% mientras el masculino en un 37.7% el que debería ser un requisito, pero no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre estas variables.

Conocimientos acerca de la salud de las personas LGBTQ

Preguntas de conocimientos, sus respuestas y el porcentaje de respuesta para cada pregunta está representado en la *tabla 4*. Un 59.02% consideran que no tienen menos acceso para buscar servicios de salud que las personas que no pertenecen a la población. Sin em-

Tabla 4. Conocimientos acerca de la salud de las personas LGBTQ

Pregunta	n (%)
1. Tienen menos acceso para buscar servicios de salud que las personas que no pertenecen a esta población	
Sí	25 (40.98)
No	36 (59.02)
2. Experimentan una prevalencia mayor de depresión y ansiedad que las personas que no forman parte de esta población debido a la falta de aceptación social	
Sí	54 (88.52)
No	7 (11.48)
3. Experimentan una prevalencia mayor de problemas con el uso de alcohol y de sustancias psicoactivas que las personas que no forman parte de esta población	
Sí	40 (65.57)
No	21 (34.43)
4. Experimentan tasas más elevadas de trauma físico y sexual que las personas que no forman parte de esta población	
Sí	52 (85.25)
No	9 (14.75)
5. En edades jóvenes, están en riesgo más elevado de intento suicida en comparación con sus pares que no forman parte de esta población	
Sí	56 (91.80)
No	5 (8.20)
6. Experimentan un riesgo más elevado de infecciones de transmisión sexual que las personas que no forman parte de esta población	
Sí	46 (75.41)
No	15 (24.59)
7. Experimentan un riesgo más elevado de enfermedades crónicas que las personas que no forman parte de esta población	
Sí	17 (27.87)
No	44 (72.13)
8. Experimentan tasas más elevadas de obesidad/sobrepeso que las personas que no forman parte de esta población	
Sí	13 (21.31)
No	48 (78.69)
9. La mayoría de las personas homosexuales quieren ser del sexo opuesto	
Sí	5 (8.20)
No	56 (91.8)
10. Para ser considerado como una persona transgénero, se deben de someter a cirugía de reasignación sexual	
Sí	9 (14.75)
No	52 (85.25)
11. Hacia las personas transgénero debemos dirigirnos utilizando los pronombres del género con el que se identifica en lugar de los pronombres del sexo biológico	
Sí	43 (70.49)
No	18 (29.51)

bargo, a la pregunta de si experimenta una prevalencia mayor de depresión y ansiedad (88.52%), con el uso de alcohol y de sustancias psicoactivas (65.57%), tasas más elevadas de trauma físico y sexual (82.25%), un riesgo más elevado de infecciones de transmisión sexual (75.41%), la mayoría afirmó las preguntas.

En edades jóvenes, 91.80% afirmó que consideran están en riesgo mas elevado de intento suicida en comparación con sus pares que no forman parte de esta población.

En su mayoría, el personal no consideró que las personas LGBTQ experimentaran un riesgo más elevado de enfermedades crónicas (72.13%), ni tasas más elevadas de obesidad/sobrepeso (78.69%). Tampoco consideraron que la mayoría de las personas homosexuales quieren ser del sexo opuesto (91.8%) ni que, para ser considerado como una persona transgénero, se deben de someter a cirugía de reasignación sexual (85.25%). Un 70.49% considera que deben dirigirse utilizando los pronombres del género hacia las personas transgénero con el que se identifica en lugar de los pronombres del sexo biológico.

Actitudes para medir pensamientos, sentimientos y comportamientos previstos sobre las personas LGBTQ

Los profesionales de la salud estuvieron neutrales en su mayoría (34.43%) sobre las uniones civiles entre las personas del mismo sexo debería ser legalizadas seguida de muy de acuerdo (22.95%) y un estoy de acuerdo (16.39%).

Al momento de que si las personas que componen familias de parejas del mismo sexo son incapaces de ofrecer una buena crianza 39.34% no está de acuerdo, seguido de muy en desacuerdo y neutral con 22.92% ambos. Mientras que, si es moralmente incorrecto para una mujer o un hombre presentarse en público como una persona del sexo opuesto al suyo, un 34.43% no estuvo de acuerdo, seguido de muy en desacuerdo (32.79%) y neutral (16.39%).

Referente a si una persona que sienta que su sexo biológico no corresponde a su identidad de género (masculino o femenino) simplemente está mal el 39.34% del personal respondió que muy en desacuerdo, seguido de no estoy de acuerdo (36.07%) y 13.11% neutral.

El 44.26% no está de acuerdo con la pregunta de si el lesbianismo, la homosexualidad, la bisexualidad y el transgenerismo son enfermedades psicológicas, muy en desacuerdo (42.62%) seguido de 6.56% está de acuerdo. Ante la pregunta de si las personas profesionales del área de la medicina y la psicología deberían esforzarse por encontrar una cura para las personas LGBTQ, prevaleció muy en desacuerdo (52.46%) seguido de neutral (9.84) y no estoy de acuerdo (3.79%). Todo esto se resume en la *Tabla 5*.

Al momento de correlacionar la religiosidad con la pregunta de si el lesbianismo, la homosexualidad, la bisexualidad y el transgenerismo son enfermedades psicológicas no hubo diferencias estadísticamente significativas (0.094).

Prácticas médicas sobre el trato hacia pacientes LGBTQ y sus comportamientos en entornos clínicos

El personal de salud respondió preguntas relacionadas a prácticas médicas sobre el trato hacia los pacientes LGBTQ que se resumen en la *Tabla 6*. Destacando que el personal respondió que siempre ayuda a los pacientes a reducir los sentimientos de culpa por su orientación homosexual (52.46%), a afrontar los problemas creados por los prejuicios sociales (47.54%), le reconoce el impacto de vivir en una sociedad homofóbica (44.26%), demuestra comodidad sobre los temas relacionados a la orientación sexual y tiene una mentalidad abierta a la hora de adaptar el tratamiento a pacientes LGBTQ (60.66%).

Al momento de educarse sobre las preocupaciones de las personas LGBTQ siempre (32.79%), a veces (27.87%) y usualmente (26.23%). Siempre (72.13%) habla de forma no amenazante sobre las orientaciones sexuales con pacientes, seguido de usualmente (18.03%). Mientras que el 81.97% no ha referido a terapia de conversión un 3.28% sí lo ha hecho. Si la ha practicado un 1.64% respondió que sí mientras que el 85.25% respondió que no. Las demás refirieron no haber tenido contacto con dicha población.

Cuando se relaciona religiosidad con la pregunta Yo me educo sobre las preocupaciones de las personas LGBTQ no hubo diferencias significativas (0.255) con estas dos variables.

Discusión

Esta encuesta distribuida por correo a proveedores de atención de psiquiatría en República Dominicana trató de evaluar las experiencias de los proveedores y el conocimiento de la salud LGBTQ. Los análisis revelaron correlaciones significativas para estas medidas,

Tabla 5. Actitudes para medir pensamientos, sentimientos y comportamientos previstos sobre las personas LGBTQ

Pregunta	n (%)
12. Las uniones civiles entre dos personas del mismo sexo deberían ser legalizadas	
Estoy de acuerdo	10 (16.39)
Muy de acuerdo	14 (22.95)
Muy en desacuerdo	6 (9.84)
Neutral	21 (34.43)
No estoy de acuerdo	10 (16.39)
13. Las personas que componen familias de parejas del mismo sexo son incapaces de ofrecer una buena crianza	
Estoy de acuerdo	5 (8.20)
Muy de acuerdo	4 (6.56)
Muy en desacuerdo	14 (22.95)
Neutral	14 (22.95)
No estoy de acuerdo	24 (39.34)
14. Es moralmente incorrecto para una mujer o un hombre presentarse en público como una persona del sexo opuesto al suyo	
Estoy de acuerdo	5 (8.20)
Muy de acuerdo	5 (8.20)
Muy en desacuerdo	20 (32.79)
Neutral	10 (16.39)
No estoy de acuerdo	21 (34.43)
15. Una persona que sienta que su sexo biológico no corresponde a su identidad de género (masculino o femenino) simplemente está mal	
Estoy de acuerdo	6 (9.84)
Muy de acuerdo	1 (1.64)
Muy en desacuerdo	24 (39.34)
Neutral	8 (13.11)
No estoy de acuerdo	22 (36.07)
16. El lesbianismo, la homosexualidad, la bisexualidad y el transgenerismo son enfermedades psicológicas	
Estoy de acuerdo	4 (6.56)
Muy de acuerdo	1 (1.64)
Muy en desacuerdo	26 (42.62)
Neutral	3 (4.92)
No estoy de acuerdo	27 (44.26)
17. Las personas profesionales del área de la medicina y la psicología deberían esforzarse por encontrar una cura para las personas LGBTQ	
Estoy de acuerdo	2 (3.28)
Muy de acuerdo	1 (1.64)
Muy en desacuerdo	32 (52.46)
Neutral	6 (9.84)
No estoy de acuerdo	20 (3.79)
18. Las personas LGBTQ deberían someterse a terapia para cambiar su orientación sexual e identidad de género	
Estoy de acuerdo	3 (4.92)
Muy de acuerdo	2 (3.28)
Muy en desacuerdo	31 (50.82)

Tabla 5. Actitudes para medir pensamientos, sentimientos y comportamientos previstos sobre las personas LGBTQ *(continuación)*

Pregunta	n (%)
Neutral	5 (8.20)
No estoy de acuerdo	20 (32.79)
19. Siento que sería capaz de dirigirme a pacientes que se identifique como LGBTQ de una manera apropiada y sensible	
Estoy de acuerdo	16 (26.23)
Muy de acuerdo	36 (59.02)
Muy en desacuerdo	2 (3.28)
Neutral	5 (8.2)
No estoy de acuerdo	2 (3.28)

que pueden ser útiles en el desarrollo de intervenciones de educación para la salud LGBTQ dirigidas a la población de estudio.

A pesar de ser uno de los primeros en examinar las actitudes de profesionales médicos en el área de la salud mental hacia las personas LGBTQ en República Dominicana, este estudio no está exento de limitaciones. El reclutamiento de participantes fue limitado al basarse únicamente en los psiquiatras en formación y graduados. Dada la cantidad de servicios médicos que están disponibles no pueden generalizarse a los proveedores de todo el país.

Sólo 21% de los participantes potenciales completó la encuesta. La falta de respuesta pudo deberse al uso de encuesta digital en vez de la tradicional física o por no poder tener dirección electrónica actualizada. No se puede descartar la posibilidad de un sesgo social al responder a los ítems de las escalas de actitudes, que podría haber sobreestimado la prevalencia de actitudes favorables hacia los pacientes LGBTQ observada en esta muestra.

Por último, los autores reconocen que la falta de información sobre las actitudes de los profesionales sanitarios hacia las personas LGBTQ impide una comparación con otros profesionales o servicios de atención.

Conclusión

Actualmente está demostrado que las diferencias entre sexos y géneros tienen efectos en múltiples enfermedades, diferencias que tienden a omitirse en la educación y formación médica. Entre las principales consecuencias de dicha omisión se encuentra la atención inadecuada a pacientes y la existencia de distintas formas de discriminación dentro de la enseñanza médica, lo cual incide en el ejercicio profesional pudiendo causarles más daños a las personas LGBTQ.

Recomendaciones

Realizar más estudios con preguntas que tal vez no pudieron ser respondidas dentro de este estudio. Evaluar a la comunidad LGBTQ sobre sus experiencias y pensamientos sobre los servicios no solo de psiquiatría, sino de todos los ámbitos médicos para fortalecer el sistema de salud para esta comunidad.

Debido a la ausencia de perspectiva de género en la educación médica, diseñar e introducir un currículum académico en los programas de residencias en psiquiatría que disminuya las implicaciones en pacientes mujeres y LGBTQ, estudiantes y profesores.

Los psiquiatras y médicos en formación de esta especialidad sienten la necesidad de tener cursos o talleres educativos para tener herramientas de abordaje hacia la comunidad LGBTQ por lo que debería ser evaluado por la Sociedad y las universidades quienes deben implementar la educación continua sobre sensibilización y perspectiva de género en la educación en la salud. En particular, en la formación inicial de los profesionales de la medicina.

Abogar por la creación de un instructivo con pautas para los abordajes en salud mental tanto en psiquiatría como psicología con la población LGBTQ dominicana en práctica clínica pública y privada en coordinación con las autoridades de salud y respectivos gremios.

Agradecimientos: *Por el apoyo, soporte técnico, colaboración y tiempo brindado al Dr. Pedro Reyes, Lic. Abril Vargas, Lic. Cristhian Jiménez, Lic. Inka Mattila y Lic. Juana Cooke del equipo del Programa de Desarrollo para las Naciones Unidas (PNUD) en República Dominicana.*

Tabla 6. Prácticas médicas sobre el trato hacia pacientes LGBTQ y sus comportamientos en entornos clínicos

Pregunta	n (%)
20. Ayudo pacientes a reducir los sentimientos de culpa por su orientación homosexual	
A veces	5 (8.20)
Nunca	5 (8.20)
Raramente	2 (3.28)
Siempre	32 (52.46)
Usualmente	17 (27.87)
21. Ayudo a pacientes LGBTQ a afrontar los problemas creados por los prejuicios sociales	
A veces	7 (11.48)
No aplica	1 (1.64)
Nunca	2 (3.28)
Raramente	2 (3.28)
Siempre	29 (47.54)
Usualmente	20 (32.79)
22. Le reconozco a pacientes LGBTQ el impacto de vivir en una sociedad homofóbica	
A veces	4 (6.56)
No aplica	2 (3.28)
Nunca	3 (4.92)
Raramente	7 (11.48)
Siempre	27 (44.26)
Usualmente	18 (29.51)
23. Demuestro comodidad sobre los temas relacionados a la orientación sexual de pacientes LGBTQ	
A veces	5 (8.2)
No aplica	1 (1.64)
Nunca	2 (3.28)
Raramente	3 (4.92)
Siempre	35 (57.38)
Usualmente	15 (24.59)
24. Yo me educo sobre las preocupaciones de las personas LGBTQ	
A veces	17 (27.87)
Nunca	1 (1.64)
Raramente	7 (11.48)
Siempre	20 (32.79)
Usualmente	16 (26.23)
25. Tengo una mentalidad abierta a la hora de adaptar el tratamiento a pacientes LGBTQ	
A veces	7 (11.48)
Nunca	1 (1.64)
Siempre	37 (60.66)
Usualmente	16 (26.23)

Tabla 6. Prácticas médicas sobre el trato hacia pacientes LGBTQ y sus comportamientos en entornos clínicos *(continuación)*

Pregunta	n (%)
26. Hablo de forma no amenazante sobre las orientaciones sexuales con pacientes	
A veces	2 (3.28)
Nunca	4 (6.56)
Siempre	44 (72.13)
Usualmente	11 (18.03)
27. He referido pacientes para terapia de conversión	
No	50 (81.97)
No he tenido contacto con dicha población	9 (14.75)
Sí	2 (3.28)
28. He practicado alguna forma de terapia de conversión	
No	52 (85.25)
No he tenido contacto con dicha población	8 (13.11)
Sí	1 (1.64)

Al Dr. Julio Chestaro en calidad de presidente de la Sociedad Dominicana de Psiquiatría y a los profesionales de la psiquiatría que participaron, así como residentes en formación y a la coordinación de los programas docentes.

Referencias bibliográficas

1- Rowe D, Ng YC, O'Keefe L, Crawford D. Providers' Attitudes and Knowledge of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health. Fed Pract. 2017 Nov;34(11):28-34. PMID: 30766240; PMCID: PMC6370394.

2- Parameshwaran, V., Cockbain, B. C., Hillyard, M., & Price, J. R. (2017). Is the Lack of Specific Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Queer/Questioning (LGBTQ) Health Care Education in Medical School a Cause for Concern? Evidence From a Survey of Knowledge and Practice Among UK Medical Students. Journal of homosexuality, 64(3), 367–381. https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1190218

3- Barrientos, Jaime, & Cárdenas, Manuel. (2013). Homofobia y Calidad de Vida de Gay y Lesbianas: Una Mirada Psicosocial. Psykhe (Santiago), 22(1), 3-14. https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.22.1.553

4- Borja Martínez, L. A. (2019). Factores que intervienen en la atención integral de salud a la comunidad LGBTI, hospital San Vicente de Paúl 2018-2019 [Tesis de pregrado, Universidad Técnica del Norte]. Recuperado de http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/9477

5- Org.do. [cited 2023 Apr 7]. Available from: http://coin.org.do/wp-content/uploads/2017/08/Acceso-a-justicia-final.pdf

6- Informe de Resultados Encuesta Nacional LGBTI 2020 [Internet]. UNDP. [cited 2023 Apr 7]. Available from: https://www.undp.org/es/dominican-republic/publications/informe-de-resultados-encuesta-nacional-lgbti-2020

7- American Psychological Association (2009a). 'Report of the task force on appropriate therapeutic responses to sexual orientation'. American Psychological Association. https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf

8- American Psychological Association (2009b). 'Report of the APA task force on gender identity and gender variance'. American Psychological Association. https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/policy/gender-identity-report.pdf

9- American Psychological Association. (2012). 'Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients'. American Psychologist, 67(1), 10-42. Available at: https://doi.org/10.1037/a0024659

10- American Psychological Association (2015). 'Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people'. American Psychologist, 70(9), 832-864. Available at: http://dx.doi.org/10.1037/a0039906

11- ILGA World: Lucas Ramón Mendos, Kellyn Botha, Rafael Carrano Lelis, Enrique López de la Peña, Ilia Savelev y Daron Tan, Homofobia de Estado 2020: Actualización del Panorama Global de la Legislación (Ginebra; ILGA, diciembre de 2020).

12- Cosme, G., & Arturo, J. (2006). Medicina y homosexualidad: prácticas sociales en tensión. volumen 13, número 36, enero-abril, 2006, México, issn 1405-7778.

13- Pecheny, Mario. (2013). Desigualdades estructurales, salud de jóvenes LGBT y lagunas de conocimiento: ¿qué sabemos y qué preguntamos? Temas en Psicología, 21(3), 961-972.
14- Crisp C. (2006). The Gay Affirmative Practice Scale (GAP): a new measure for assessing cultural competence with gay and lesbian clients. Social work, 51(2), 115–126. https://doi.org/10.1093/sw/51.2.115
15- Shaver, J., Sharma, A., & Stephenson, R. (2019). Rural Primary Care Providers' Experiences and Knowledge Regarding LGBTQ Health in a Midwestern State. The Journal of rural health: official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association, 35(3), 362–373. https://doi.org/10.1111/jrh.12322

PRESENTACIÓN DE LIBROS

ENTRE LA RAZÓN Y LA ILUSIÓN: DESMITIFICAR LA ESQUIZOFRENIA

Jorge Cândido de Assis, Rodrigo Affonseca Bressan, Cecília Cruz Villares

"Entre la razón y la ilusión: desmitificar la esquizofrenia" es el resultado de la colaboración entre tres amigos que se propusieron combinar sus conocimientos y experiencias sobre el tema de la esquizofrenia para producir un texto informativo y esperanzador: Jorge Cândido de Assis, que conoce desde dentro la experiencia de entrar y salir del delirio y utiliza a favor de la razón los recursos médicos, psicoterapéuticos y de grupos de pares que le han permitido participar activamente en proyectos académicos como profesor, escritor y conferenciante; Rodrigo Affonseca Bressan es psiquiatra que atiende a personas con esquizofrenia y a sus familias y un destacado neurocientífico reconocido por sus aportaciones al conocimiento de la esquizofrenia; y Cecília Cruz Villares, terapeuta ocupacional y familiar, que viene desarrollando proyectos con personas con esquizofrenia y sus familias para combatir el estigma de la enfermedad y generar actividades que les lleven a salir del aislamiento, reconocer y desarrollar sus capacidades y emprender caminos de superación.

El proceso de escritura del libro se desarrolló a lo largo de 18 meses, entre 2007 y 2008, partiendo del reto de elaborar un texto que tratara de contemplar la complejidad de la experiencia de la esquizofrenia, transmitir conceptos científicos en un lenguaje accesible y presentar perspectivas para que las personas afectadas por la enfermedad puedan superarla. Teníamos en común una formación profesional y un largo tiempo de práctica y experiencia, y sabíamos que el estigma que marca la esquizofrenia provoca un sufrimiento que a menudo es mayor que la propia enfermedad, dificultando la búsqueda de ayuda y tratamiento a largo plazo.

El principio de multivocalidad hizo del proceso de redacción del libro una experiencia única de confianza y respeto mutuos, aunando colaboración y creatividad, y dio como resultado un texto que invita a los lectores, ya sean personas que viven con esquizofrenia, familiares, legos o profesionales, a enriquecer y ampliar su comprensión, a dialogar y a buscar caminos conjuntos para afrontar las dificultades y el sufrimiento que conlleva la esquizofrenia. En este sentido, también fue fundamental la colaboración de 23 personas - profesionales de la salud, personas que viven con esquizofrenia y familiares - que escribieron textos basados en sus experiencias. Estos relatos apoyan y refuerzan la polifonía e integran los puntos de vista y las experiencias de cada una de las personas que conviven con personas que viven con esquizofrenia y de sus familiares.

El libro aborda la experiencia de la esquizofrenia desde cuatro perspectivas principales: quienes viven el proceso, quienes conviven con estas personas, quienes las tratan y quienes estudian la esquizofrenia. Este enfoque polifacético ofrece una comprensión holística, incorporando diferentes voces para enriquecer la narración. Partimos del entendimiento compartido de que es necesario tener esperanza en la esquizofrenia, una esperanza realista que se renueva a través de los logros cotidianos. Este entendimiento es el telón de fondo del libro.

Escrito en un lenguaje accesible y atractivo, introduce al lector en el delicado equilibrio entre la razón y el delirio en la esquizofrenia. La exploración de los aspectos subjetivos de la mente, como los delirios y las alucinaciones, y la oscilación entre la cordura y la locura se abordan con habilidad. El énfasis en la humanización de la salud mental impregna toda la narración, haciendo que la obra no sólo sea informativa, sino también empática.

El libro se publicó por primera vez en 2008. La segunda edición, publicada en 2016, aportó cambios significativos, entre ellos un nuevo capítulo que presenta la esquizofrenia a través de su neurobiología. Esta adición científica contribuye a una comprensión más profunda de la enfermedad, proporcionando a los lectores una visión más completa. El glosario y el apéndice actualizado añaden utilidad al libro, convirtiéndolo en una referencia práctica para profesionales y legos interesados en el tema.

En 2022 llegó la 3ª edición y la publicación casi simultánea en inglés, ampliando el alcance del libro y permitiendo que su impacto positivo llegue a un público más amplio. Un agradecimiento especial a los colaboradores, revisores y traductores pone de relieve la colaboración internacional que ha reforzado aún más el propósito del libro. En resumen, "Entre la razón y la ilusión: desmitificar la esquizofrenia" es una obra que trasciende las barreras entre la ciencia y la humanidad. Los autores consiguen equilibrar la complejidad científica con un lenguaje accesible, ofreciendo un viaje esclarecedor y compasivo a través de la esquizofrenia. Esta obra no es sólo una valiosa fuente de conocimientos, sino también un testimonio inspirador de esperanza y superación.

LOS NUEVOS RETOS EN GENÓMICA PSIQUIÁTRICA

Dr. Humberto Nicolini y Dra. Alma Delia Genis (México)
Editores

En este libro editado por la Asociación Psiquiátrica Mexicana, gracias al trabajo de los Dres. Rafael Medina y Jaqueline Cortés (presidente APM-2023), y al de 19 investigadores del campo de la psiquiatría que contribuyeron en los 14 capítulos que comprende.
La genómica psiquiátrica experimenta un crecimiento importante, por lo que esta obra llega en un momento clave para acceder a información confiable.
El libro "Genómica psiquiátrica: los nuevos retos" contiene material claro y general que es de utilidad tanto para las y los profesionales de la Salud, como para las médicas y médicos residentes en el campo de la psiquiatría.
La investigación en genómica psiquiátrica permite formar grandes equipos a nivel nacional (en México) e internacional y obtener un mejor conocimiento de las enfermedades tras estudiar a miles, incluso a millones de personas.
Por otro lado, el libro cuenta con diversos capítulos que van desde la historia de la genómica psiquiátrica, las bases generales de diferentes técnicas moleculares y “ómicas” aplicadas a la psiquiatría, el uso de la fármacogenómica en la psiquiatría, y los debates éticos. legales y neuroéticos que se han dado en este campo. Todo esto buscando y poder explicar este campo en un lenguaje fácil y sencillo de entender para el lector, que a veces puede resultar algo lejano al clínico.

Dr. Rodrigo Córdoba
Md. Psiquiatra

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

apalrevista@gmail.com

CUESTIONES GENERALES

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

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

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

Originalidad

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

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

Autoría

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

Agradecimientos

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

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

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

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

Transferencia de derechos y envío del manuscrito

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

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

Aclaración de conflictos de intereses

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

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

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

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

Preservación del anonimato de los pacientes

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

Consentimiento informado

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

Proceso de revisión de manuscritos

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

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

Envío de trabajos

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

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

Tipos de trabajos

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

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

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

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

ORGANIZACIÓN INTERNA DE CADA TIPO DE MANUSCRITO

Instrucciones generales

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

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

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

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

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

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

El resumen de 200 palabras deberá proporcionar los antecedentes del trabajo, los propósitos del mismo, los medios de que se valió para lograrlo, los resultados obtenidos y las conclusiones que de los mismos se desprenden. Cuando se trate de revisiones debe aclararse cuáles son los puntos esenciales que se exploraron y la conclusión principal a la que se llegó.

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

Agradecimientos

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

Referencias bibliográficas

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

Ejemplo:

"Algunos autores observaron que la administración de un placebo, acompañada de un seguimiento clínico que no incluía ni siquiera una psicoterapia formal, proporcionaba alivio sintomático duradero a alrededor de un 50% de los pacientes con depresión leve (1,2).
Referencias bibliográficas
1.- *Shea MT, Elkin I, Imber SD, Sotsky SM, Watkins JT, Collins JF, Pilkonis PA, Beckham E, Glass DR, Dolan RT. Course of depressive symptoms over follow-up: findings from the NIMH treatment of depression collaborative research. Arch Gen Psychiatry 1992, 49: 782-787.*
2.- *Rabkin JG, McGrath P, Stewart JW, Harrison W, Markowitz JS, Quitkin F. Follow-up of patients who improved during placebo washout. J Clin Psychopharmacol 1986, 6: 274-278.*

La forma de cita se ajusta a las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas y pueden ser consultados en http://www.hospitalarias.org/publiynoti/libros/art%C3%ADculos/163/art1.htm

Se ilustran a continuación los principales casos:

Artículos de revistas

1. Artículo estándar
Incluir los seis primeros autores y a continuación escribir et al.
Molto J, Inchauspe JA. Libertad de prescripción en España. VERTEX 2005; XVI (59): 130-132.

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

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

Libros y otras fuentes de información impresa

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

5. Editor(es) como autores
Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingston; 1996.

6. Capítulo de libro
Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2.ª ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

7. Actas de conferencias

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

8. Ponencia presentada en un Congreso

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

9. En prensa

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

Material Informático

10. Artículo de revista en formato electrónico

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

Comunicación personal

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

Figuras

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

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

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

Leyendas de las figuras

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

Tablas

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

Abreviaturas

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

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

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

ANTES DE ENVIAR EL MANUSCRITO

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

Hoja de título

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

Resumen

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

Resumen en inglés

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

Cita correcta de la bibliografía

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

Figuras

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

Tablas

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

Declaración de posibles conflictos de intereses

- ¿Están debidamente aclarados?

2023 *número 3*
volumen 22