

Revista
Latinoamericana de
PSIQUIATRÍA

Órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina

Editorial

Alfredo Cía

El rol de las expectativas en TCC

Alberto Chertok

Depresión posparto: enfoque psiconeuroinmunoendocrinológico

Elvira Covini, Andrea Marquez López Mato, Fiorela Velasco

Musicoterapia de Grupo y Adherencia a la Medicación

Ruby C. Castilla-Puentes

Espectro del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, un enfoque dimensional del Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Ricardo Pérez Rivera, Tania Borda

1

volúmen 12
2013

Revista Latinoamericana de PSIQUIATRÍA

Órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina

COMITÉ EJECUTIVO APAL

Presidente

Alfredo H. Cía

Vice - Presidente

Rodrigo Nel Córdoba Rojas

Secretario General

Juan Carlos Stagnaro

Secretario de Finanzas

Darío Lagos

Secretaria Ejecutiva

Fátima Vasconcellos

Coordinadora de Secciones

Graciela B. Onofrio

Secretarios Regionales

México, Centroamérica y Caribe

José Miguel Gómez

Países Bolivarianos

Aitor Castillo

Países del Cono Sur

Fredy Pagnussat

CONSEJO DE REDACCIÓN

Coordinador

Juan Carlos Stagnaro

Miembros

Juan Tenconi

Daniel Matusevich

Santiago Levín

COMITÉ CIENTÍFICO

Argentina

Manuel Suárez Richards

Juan Carlos Stagnaro

Uruguay

Álvaro Lista Varela

Álvaro Dottone

Brasil

Marco Antonio Brasil

Carlos Alberto Crespo de Souza

Colombia

Rodrigo Nel Córdoba

Roberto Chaskel

Perú

Renato Alarcón

Alberto Perales

Guatemala

Luis Pedro Torrebiarte

See Emilio Quinto

Puerto Rico

Margarita Alegría

Bárbara Díaz

Dominicana

César Mella

José Angel Saviñón Tirado

México

María Elena Medina Mora

Carlos Berlanga Cisneros

Humberto Nicolini Sánchez

Enrique Chávez León

Chile

Hernán Silva Ibarra

Cuba

Angel Otero

Ecuador

Fabrizio Delgado

Pacífico Gallegos Acosta

Reglamento de Publicaciones (ver detalle en pág. 38)

La **Revista Latinoamericana de Psiquiatría**, órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica 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.

Diseño y Diagramación Q+D diseño / 011 2255-9793 - CABA - Argentina / mdpdiez@gmail.com - virginia.quiles@gmail.com
<http://quilesdiezsolucionesgraficas.blogspot.com>

1

volúmen 12
2013

Revista Latinoamericana de PSIQUIATRÍA

Órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina

PRESIDENTES DE SOCIEDADES INTEGRANTES DE APAL

Argentina

Asociación de Psiquiatras Argentinos

Presidente: Horacio Vommaro

Bolivia

Sociedad Boliviana de Psiquiatría

Directiva 2012-2014

Presidente: Hernán Olivera Arauco

Brasil

Asociación Brasileña de Psiquiatría

Presidente: Antonio Geraldo da Silva

Distrito federal (Brasília)

Chile

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y

Neurocirugía

Presidente: Fernando Ivanovic-Zuvic R.

Colombia

Asociación Colombiana de Psiquiatría

Presidente: Juan Carlos Rojas F.

Costa Rica

Asociación Costarricense de Psiquiatría

Presidente: Virginia Rosabal Camarillo

Cuba

Sociedad Cubana de Psiquiatría

Presidente: Miguel A. Valdés Mier

Ecuador

Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría

Presidente: Carlos Jaramillo

El Salvador

Asociación Salvadoreña de Psiquiatría

Presidente: Tirza Merino Gomez

Guatemala

Asociación Psiquiátrica de Guatemala

Presidente: Nery Adolfo Ortiz Alvarez

Haiti

Jean Phillipe

Honduras

Asociación Hondureña de Psiquiatría

Presidente: Kennet Vittetoe

México

Asociación Psiquiátrica Mexicana

Presidente: Juan Luis Vázquez Hernández

Nicaragua

Asociación Nicaragüense de Psiquiatría

Presidente: Elda Jirón González

Panamá

Sociedad Panameña de Psiquiatría

Presidente: Lexma Ruiz

Paraguay

Sociedad Paraguaya de Psiquiatría

Presidente: Manuel Fresco

Perú

Asociación Psiquiátrica Peruana

Presidente: Juan Manuel Yori Umlauff

Puerto Rico

Sociedad Puertorriqueña de Psiquiatría

Presidente: Jesús M. Saavedra Caballero Díaz

República Dominicana

Sociedad Dominicana de Psiquiatría

Presidente: Vicente Vargas

Uruguay

Sociedad de Psiquiatría del Uruguay

Presidente: Cecilia Idiarte Borda

Venezuela

Sociedad Venezolana de Psiquiatría

Presidente: Yolanda Alvarado P.

ÍNDICE

5	Editorial <i>Alfredo Cía</i>
7	El rol de las expectativas en TCC <i>Alberto Chertok</i>
12	Depresión posparto: enfoque psiconeuroinmunoendocrinológico <i>Elvira Covini, Andrea Marquez López Mato , Fiorela Velasco</i>
20	Musicoterapia de Grupo y Adherencia a la Medicación <i>Ruby C. Castilla-Puentes</i>
31	Espectro del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, un enfoque dimensional del Trastorno Obsesivo-Compulsivo <i>Ricardo Pérez Rivera, Tania Borda</i>
38	Reglamento de Publicaciones

Nos congratulamos por la aparición de este nuevo número de la edición digital de la Revista Latinoamericana de Psiquiatría, órgano oficial de APAL, correspondiente al período Enero-Junio de 2013, a cargo de su nuevo Comité Editorial, presidido por el Prof. Dr. Juan Carlos Stagnaro.

En primer lugar, agradecemos, en nombre del Comité Ejecutivo al Dr. Enrique Camarena Robles, Presidente de APAL durante el período 2010-2012, al Presidente del Comité Editorial saliente, Prof. Enrique Chaves León, al Secretario de Publicaciones Dr. Wazcar Verduzco Fragoso, y a los integrantes de dicho Comité Editorial: César González González y Rafael Medina Dávalos, el esfuerzo realizado para lograr una excelente edición digital, con importantes aportes científicos, como la que nos proporcionaron durante su gestión, como así también sus esfuerzos para gestionar la indexación de la revista.

En abril del corriente año el Consejo Directivo actual decidió integrar un nuevo equipo garantizar la continuidad de la edición de la revista en la etapa que nos toca velar por el funcionamiento de APAL y así se hizo, procediendo a reunir los materiales y a preparar los dos números correspondientes al año 2013.

Al no haber artículos acumulados en espera, el Comité Editorial entrante fue recibiendo gradualmente a lo largo de los últimos meses las contribuciones necesarias a fin de ir completando los nuevos números. Logrado ese objetivo y terminado el nuevo diseño que fue necesario rehacer integralmente, estuvimos en condiciones de hacer llegar a nuestros asociados las entregas pendientes. Estábamos en ese quehacer cuando nos llegó de México el segundo número de 2012 elaborado por el Comité saliente que estaba pendiente y que tuvimos el gusto de distribuir inmediatamente antes del fin del año 2013. En el futuro nuestra Revista mantendrá su formato electrónico con una aparición de dos veces por año, incluyendo varios artículos por número y poniendo especial énfasis en las problemáticas propias de la psiquiatría latinoamericana. A tal efecto, el Comité Ejecutivo coincidió en apuntar a perfilar la Revista para consolidar la identidad latinoamericana de los miembros de APAL.

Para facilitar la inclusión de artículos de diverso tipo se decidió incluirlos en una sola categoría, reservando la aparición de Secciones específicas en función de los aportes a recibir en el futuro. Se dejó a criterio de la Redacción esa política editorial. Asimismo el Comité Ejecutivo recuerda la necesidad de que cada Asociación miembro cumpla con una efectiva difusión de la Revista a todos sus asociados.

También se revisó y actualizó el Reglamento de Publicaciones de nuestra Revista para ajustarlo a las exigencias de las bases de datos internacionales a las que haremos la presentación en el futuro, por lo tanto la Secretaría de Redacción solicita a quienes deseen enviar materiales consultar previamente dicho Reglamento a fin de acelerar el trámite de aceptación de los correspondientes artículos recibidos.

Otro de los puntos fundamentales del programa de gobierno de la actual gestión, ha sido fortalecer el desarrollo de las Secciones Científicas de nuestra entidad federativa, estimulando su nivel e intercambio, dentro de un marco plural, participativo y democrático.

Siguiendo estas directrices efectuamos la convocatoria a concurso de todas las Secciones Científicas por listas y méritos académicos, recibiendo una amplia respuesta de numerosos psiquiatras de toda Latinoamérica y el Caribe interesados en las diversas subespecialidades y áreas temáticas de la psiquiatría, contando con más de un centenar de postulantes y nombrando en Junio de 2013 a las nuevas autoridades de las Secciones seleccionadas por un prestigioso Jurado internacional conformado por profesores miembros de APAL.

Los Jurados convocados efectuaron una ardua y minuciosa labor de análisis y calificación de los antecedentes personales y académicos de todos los participantes. Todos los postulantes que han participado del Concurso podrán integrarse y trabajar sinérgicamente en el área de su interés, y con ello incrementar la producción, intercambio y nivel científico entre todas las regiones de APAL. Reiteramos nuestra invitación a los integrantes de las Secciones de APAL para que envíen sus trabajos científicos al Comité Editorial.

Esperamos vuestros aportes y colaboración para la difusión de estas iniciativas, para construir día a día una APAL más grande y con mejores servicios y participación plena de todos sus integrantes.

Con un fraternal abrazo, en nombre del Comité Ejecutivo.

Dr. Alfredo Cía

Presidente de APAL

El rol de las expectativas en TCC

The role of expectations on CBT

Alberto Chertok

Médico Psiquiatra,
Secretario para el Cono Sur
de la Sección de TCC de APAL.
Terapeuta Cognitivo - Conductual
Centro de Terapia Conductual
Lorenzo J. Pérez 3172/004, 11300,
Montevideo
albertochertok@gmail.com
www.psicologiatotal.com

Resumen La TCC cuenta con herramientas potentes y eficaces para ayudar a los consultantes a modificar su propia conducta. Sin embargo, las expectativas que los pacientes albergan acerca del tratamiento suelen interferir con el desarrollo exitoso de la terapia. Los terapeutas cognitivo – conductuales deberían examinar y revertir tales expectativas en dos áreas: la medida en que el sujeto espera modificar los hábitos que motivan su consulta y el papel que está dispuesto a desempeñar para el logro de tales cambios. Entre las expectativas referidas al propio rol durante la terapia, se identifican aquellas que no se ajustan a un modelo de reaprendizaje activo, por ejemplo: concurrir exclusivamente a “hablar sobre sus problemas”, a obtener comprensión y a desahogarse. Con relación a los logros que los interesados esperan alcanzar, se examinan expectativas erróneas habituales, como: control total de la ansiedad, supresión completa de las ideas obsesivas, obtención de certezas inalcanzables y motivación para desarrollar tareas sin esfuerzo. Se mencionan las ideas específicas que el terapeuta debe identificar y discutir para adecuar dichas expectativas a las necesidades de un programa de modificación conductual y se sugiere intervenciones para revertir tales ideas.

Palabras clave: expectativas, terapia cognitivo - conductual, objetivos del tratamiento, reaprendizaje, creencias erróneas

Abstract CBT has powerful and effective tools to help consultants to change their own behavior. However, patients harboring expectations about treatment often interfere with the successful development of the therapy. Therapists cognitive - behavioral should review and reverse such expectations in two areas: the extent to which the subject expects to modify the habits that drive their inquiry and the role he is willing to play in achieving these changes. Among the expectations relating to own role in therapy, identify those that do not conform to a model of active relearning, for example: attend exclusively to “talk about their problems”, to get understanding and vent. With regard to the achievements that stakeholders hope to achieve, we examine common erroneous expectations, such as: anxiety total control, complete suppression of obsessive ideas, obtaining unreachable certainties and motivation to perform tasks effortlessly. Specific ideas are mentioned that the therapist should identify and discuss these expectations to adapt to the needs of a behavioral modification program and suggest interventions to reverse such ideas.

Los autores no declaran
conflicto de intereses

Keywords: expectations, cognitive - behavioral therapy, treatment goals, relearning, misconceptions

La Terapia Conductual - Cognitiva (TCC) constituye una experiencia de reaprendizaje activa, donde el consultante se aplica a modificar los esquemas cognitivos responsables de sus emociones inconvenientes y estilos de conducta desadaptativos (1). El desarrollo de este proceso requiere la disposición del paciente a ensayar y poner en práctica nuevos hábitos de pensamiento y acción, ya que si bien el terapeuta efectúa un análisis conductual y propone una estrategia personalizada de modificación de conducta, es el paciente quien debe ejecutar las técnicas y procedimientos seleccionados para que el cambio tenga lugar. El sujeto debe revisar -por ejemplo- las ideas que alberga acerca de sí mismo, de los demás y del mundo; debe incorporar nuevas estrategias para enfrentar frustraciones y contratiempos, desarrollar habilidades sociales, aprender a manejar su ansiedad, enfrentar sus temores y obsesiones, controlar sus conductas adictivas y modificar hábitos como la postergación, la queja reiterada y la evitación. Semejante labor sólo es posible si el paciente comparte los objetivos del tratamiento, su metodología y el papel que debe desempeñar durante el mismo.

Durante las primeras sesiones, paciente y terapeuta establecen de común acuerdo las metas y objetivos del tratamiento. La TCC posee la ventaja de que los objetivos se establecen en términos de cambios de conducta, lo cual permite definirlos y evaluar luego en qué medida se alcanzan dichas metas (2). En esta etapa el terapeuta debe mantenerse alerta para identificar y revertir las expectativas desmedidas o equivocadas que su paciente alberga acerca de la terapia. Tales preconcepciones pueden referirse a los logros que el sujeto espera alcanzar como resultado del tratamiento y/o al papel que debe desempeñar durante las sesiones. Si se omite el examen detenido de tales supuestos y su eventual discusión, el resultado suele ser la falta de cumplimiento de las consignas terapéuticas -por ejemplo: resistencia a llevar a cabo los ejercicios propuestos- y la decepción del paciente respecto a los resultados obtenidos. En este trabajo mencionaremos las creencias erróneas que comprometen con mayor frecuencia el desarrollo de un programa de modificación conductual.

Expectativas erróneas sobre el desarrollo del tratamiento

La TCC es una modalidad de tratamiento centrada en el aprendizaje y no en el descubrimiento. Aunque es necesario identificar las creencias equivocadas que están en la base de la perturbación emocional, su corrección y reemplazo por ideas más realistas requiere un entrenamiento activo y a veces engorroso, que implica muchas veces la repetición de lo que ya se sabe. Los pacientes deben estar advertidos de que la identificación de esquemas de pensamiento irracionales y su discusión racional no cambia instantáneamente sus pensamientos automáticos; por tanto, es probable que continúen reaccionando del modo habitual a pesar de haber descubierto y revisado las creencias responsables de su perturbación (3). Las respuestas emocionales y conductuales adaptativas ocurren cuando el sujeto cultiva el hábito de pensar en forma realista en el momento en que ocurren los sucesos que lo alteran, lo cual requiere ensayar y practicar las ideas e imágenes que se desea evocar.

Otra noción popular acerca de la psicoterapia es que el paciente concurre a las sesiones a "hablar sobre sus problemas". Según esta noción, el rol del paciente consiste en relatar sus dificultades para que el terapeuta comprenda cabalmente su situación. Al igual que con otras ideas, la validez de este supuesto es relativa. Resulta compatible dentro de ciertos límites. El terapeuta debe realizar un análisis funcional de la conducta, y esto requiere un relato pormenorizado por parte del paciente de sus reacciones inadecuadas, las situaciones en que se disparan, las imágenes y pensamientos que evoca en ese momento, la respuesta del entorno y la evolución del problema en el tiempo. Pero una vez examinados los hábitos inconvenientes es necesario abocarse a su modificación y sustitución por nuevos esquemas de pensamiento y acción. Los pacientes que concurren a la sesión a "hablar sobre sus problemas" se convierten en espectadores y relatores de su propia neurosis. Cuentan una y otra vez sus respuestas agresivas, sus rituales compulsivos, la recaída en sus adicciones o la angustia que experimentan, sin aplicarse a modificar y reemplazar tales hábitos. Con frecuencia estos pacientes exhiben escaso interés en las intervenciones del terapeuta y retornan a sus quejas, sean estas referidas a su propio desempeño o al de otras personas. El terapeuta debe

recordar en estos casos cuál es la finalidad del tratamiento; puede mostrar al consultante que su comportamiento durante las sesiones persigue la finalidad de reiterar y mantener el papel que asume en su vida cotidiana, por ejemplo un rol de víctima, sensor, juez, salvador o cualquier otro que suele exhibir. Es común que esta postura se acompañe de un estilo atribucional externo, el cual es necesario revertir antes de iniciar un tratamiento cognitivo – conductual que percibe al sujeto como un agente activo de su propio cambio. También es útil recordar que la TCC es una experiencia de aprendizaje, y que los largos monólogos no permiten incorporar puntos de vista diferentes de los que ya se poseen.

En otros casos, el propósito del paciente es obtener apoyo emocional por parte de su terapeuta. Es verdad que el psicólogo o el psiquiatra debe transmitir comprensión y empatía por las dificultades de su paciente, exhibiendo una aceptación básica de su persona sin juzgarlo globalmente (4); pero esto no implica que deba reforzar sus conductas inconvenientes, transmitiendo una excesiva aprobación o una complicidad que conduzca a mantener los hábitos que se pretende modificar. El propósito de la terapia es reemplazar dichos hábitos por otros más adaptativos, no relatarlos indefinidamente.

En otra parte nos hemos referido al “mito del desahogo” (5). Muchos pacientes concurren a la terapia con la expectativa de desahogar su pesar y otros sentimientos displacenteros que los embargan. Este objetivo puede ser razonable cuando el sujeto está atravesando, efectivamente, situaciones angustiantes. Pero recordar intencionalmente fracasos y frustraciones con objeto de experimentar nuevamente las emociones displacenteras para realizar una abreacción emocional, no resulta útil como herramienta de cambio. El propósito del tratamiento es ayudarle a procesar de otro modo las situaciones adversas para minimizar su respuesta cuando esta es desmedida, o para aceptarla cuando es natural e inevitable, por ejemplo: ansiedad, irritación o tristeza proporcionadas ante situaciones adversas como pérdidas, duelos o agresiones. Aunque en ocasiones el desahogo es necesario y la contención del terapeuta constituye una herramienta valiosa, nunca constituye el objetivo principal de un programa de modificación conductual.

El manejo y corrección de las expectativas que el paciente alberga acerca de la terapia no implica necesariamente la confrontación del sujeto con sus supuestos erróneos. Como señalan Goldfried y Davison (2), el terapeuta puede redefinir las quejas del paciente en términos conductuales e introducir los conceptos de aprendizaje y autodirección para encuadrar la terapia en el marco del enfoque comportamental. Ellis (6) alerta sobre las creencias equivocadas de los propios terapeutas acerca del compromiso que los pacientes supuestamente deberían exhibir o de su cumplimiento con las consignas terapéuticas.

Expectativas sobre los logros a alcanzar durante la terapia

Los pacientes albergan supuestos no expresados acerca de los cambios que esperan lograr en los desórdenes que motivan su consulta.

Quienes consultan por temores obsesivos o preocupaciones hipocondríacas intentan asegurarse de que aquello que temen no ocurrirá, preguntando una y otra vez al terapeuta si sus temores son irracionales o si, por el contrario, su preocupación es legítima y justificada. Plantean preguntas tales como: “¿Usted cree que pude contagiarme SIDA de esa manera...? O bien: “Este dolor no puede ser un infarto, ¿verdad?” O también: “¿Es esto una obsesión o una preocupación normal?” Si el terapeuta responde y tranquiliza al paciente está reforzando su necesidad de certeza y sus conductas de verificación y reaseguramiento, que son precisamente aquellas que debe modificar. Para omitir la respuesta tranquilizadora que demanda el consultante, es necesario explicarle que el objetivo del tratamiento es ayudarle a convivir con cierto margen de incertidumbre en lugar de eliminar por completo la duda de su vida. De no aclararse este punto, el sujeto se sentirá frustrado por no recibir las respuestas que –según cree– debería brindarle su terapeuta.

En la misma línea, muchos sujetos afectados de TOC suponen que la terapia conductual suprimirá totalmente sus obsesiones, y que una vez eliminadas desaparecerá su necesidad de ritualizar. El paciente debe aprender, en cambio, a convivir con sus obsesiones, ya que la lucha obsesiva suele acentuarlas. El intento de suprimirlas mediante detenidos análisis de su validez tampoco suele ser eficaz. Las técnicas más útiles son aquellas que enseñan al sujeto a cultivar indiferencia

a las ideas obsesivas y a considerarlas como tales, en lugar de concederles el estatus de preocupaciones legítimas que es necesario examinar y verificar. En otro lugar hemos desarrollado en detalle algunas de estas técnicas (5), pero su puesta en práctica requiere que el sujeto acepte que sus obsesiones y su necesidad de ritualizar no desaparecerán totalmente. Debe estar dispuesto, además, a tolerar la incomodidad que generan técnicas como la exposición con prevención de la respuesta.

Los pacientes fóbicos, incluyendo aquellos que padecen agorafobia, albergan la expectativa de que el tratamiento les permitirá controlar su ansiedad antes de exponerse a las situaciones que temen. Este supuesto les lleva a perpetuar sus conductas evitativas, y dado que la evitación impide que se extinga el temor, la fobia se prolonga indefinidamente (4). Es necesario explicarles que primero deben enfrentar los sucesos que temen y luego se reducirá su ansiedad. Un buen ejemplo es el modo como habitualmente los niños superan el temor a bañarse en el mar o a sumergirse en una piscina: primero deben introducirse en el agua y luego pierden el miedo. Si bien la exposición a los sucesos temidos se realiza de manera planificada y se instruye en técnicas para el control de la ansiedad, es necesario preparar a sujeto para que esté dispuesto a tolerar cierto monto de incomodidad si pretende superar sus temores y reestructurar sus anticipaciones catastróficas.

Los pacientes que sufren trastornos de ansiedad como los mencionados u otros (TEPT, TAG) suponen con frecuencia que el tratamiento suprimirá por completo sus respuestas ansiosas. Tal presunción es errónea y conduce a una decepción precoz con la intervención terapéutica. Antes de implementar técnicas para el control de la ansiedad o de ofrecer procedimientos de exposición o desensibilización, el terapeuta debe reestructurar las ideas que sostienen estas expectativas, por ejemplo: “no debería experimentar ansiedad o temor”, “la ansiedad siempre es anormal”, “no tengo por qué soportar el nerviosismo y el estrés” y otras similares. Con frecuencia estas ideas forman parte de esquemas cognitivos más amplios tales como “no debería soportar ninguna incomodidad” o: “las cosas deberían ser fáciles para mí”. Al instruir al sujeto en técnicas específicas para enfrentar la ansiedad, las consignas deberían transmitir también expectativas realistas. Es preferible decir al paciente que le ense-

ñaremos ejercicios de relajación y respiración para tolerar o manejar su ansiedad (o incluso para atravesarla), que presentar dichos ejercicios como técnicas para controlar o suprimir la respuesta ansiosa.

La incorporación de hábitos eficaces y productivos choca a veces con expectativas similares. Muchos jóvenes consultan por su falta de motivación para estudiar o trabajar, o su falta de constancia para persistir en un proyecto formativo. En ocasiones concurren a la terapia con la expectativa -compartida a veces por sus padres- de que deberían estar motivados para cumplir con sus obligaciones, y que las mismas, por tanto, no deberían demandarles mayor esfuerzo. Tal convicción los lleva a suponer que la terapia les proveerá de motivación, interés y voluntad para encarar sus compromisos, cuando en realidad el tratamiento debe ayudarles a aceptar que las actividades productivas (trabajo, estudio, ejercicio) siempre demandan esfuerzo. Si bien una adecuada anticipación de los resultados buscados genera con frecuencia mayor motivación, la distinción entre tareas productivas y recreativas es necesaria para encarar las obligaciones como tales en lugar de preguntarse sistemáticamente si “deseo o no realizarlas”. De omitirse este paso, la propia terapia puede constituirse en un pretexto para continuar evitando compromisos y obligaciones.

Las parejas suelen albergar creencias erróneas o desmedidas acerca de lo que pueden esperar de una terapia conjunta. Suponen, por ejemplo, que las sesiones cambiarán radicalmente a su cónyuge, noción esta que es necesario revertir al comienzo del tratamiento explicitando los límites del mismo y los cambios que es posible alcanzar. En ocasiones asumen que el terapeuta oficiará como juez para dirimir sus disputas, señalando quién tiene razón y quién se equivoca. Preguntas tales como: “¿qué cambios crees que podrías implementar en tu propia conducta para mejorar la convivencia?” Y también: “¿Qué estrategias de motivación has empleado para apoyar el cambio en él o en ella?” ayudan a transmitir la idea de que la respuesta de cada uno al comportamiento del otro suele ser determinante (7). A partir de allí, es posible examinar con detalle la disposición de cada miembro a revisar su propio comportamiento, así como las herramientas inadecuadas que emplea para promover cambios en su compañero (por ejemplo: control aversivo en lugar de reforzamiento de los cambios que se operan en su pareja).

Bibliografía

1. Lega, Leonor I., Caballo, Vicente E. y Ellis, Albert. Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo - Conductual, Madrid, Siglo XXI de España Editores, 1997.
2. Goldfried, M.R. y Davison, G.C. Técnicas Terapéuticas Conductistas, Buenos Aires, Editorial Paidós, 1981-
3. Chertok, A. 60 mentiras que nos complican la vida, Montevideo, Ediciones B, 2013.
4. Chertok, A. Las causas de nuestra conducta. Montevideo, Centro de Terapia Conductual, 8ª Edición (digital), 2006.
5. Chertok, A. El neurótico que llevamos dentro. Buenos Aires, Ediciones B, 2013.
6. Ellis, Albert. El camino de la tolerancia, España, Ediciones Obelisco, 2006.
7. Costa, Miguel y Serrat, Carmen. Terapia de Parejas: un enfoque conductual, Madrid, Alianza editorial, 1987.

Depresión posparto: enfoque psiconeuroinmunoendocrinológico

Postpartum depression: psychoneuroimmunoendocrinological approach

Elvira Covini
A. Márquez López Mato
Fiorela Velasco
Médicas Psiquiatras
Instituto de Psiquiatría
Biológica Integral (ipbi)
Buenos Aires, Argentina

Resumen La depresión posparto es un problema de salud mental grave con una alta prevalencia. El puerperio es el periodo de tiempo que más se asocia con trastornos de humor. Su causalidad es todavía indeterminada, pero las explicaciones para estos trastornos a menudo se centran en la desregulación y cambios psiconeuroendócrinos. Los factores de riesgo más importantes son la depresión pasada, los acontecimientos estresantes de la vida, las relaciones maritales pobres, el apoyo social y otros. Debido a la alta incidencia de trastornos del estado de ánimo durante el embarazo y después del parto y las implicaciones psicológicas y biológicas severas que éstas tienen en la madre y el niño requiere diagnóstico adecuado y precoz. Esta revisión tiene como objetivo conocer los procesos neurobiológicos posiblemente asociados con los trastornos afectivos en el embarazo y después del parto, las funciones de las hormonas gonadales y la hipófisis, aminas biogénicas, esteroides neuroactivos, colesterol y ácidos grasos en la psicofisiopatología.

Palabras clave: puerperio, tristeza posparto, depresión posparto, hormonas sexuales, eje adrenal

Abstract *Postpartum depression is a serious mental health problem with a high prevalence. Puerperium is the period of time most associated with mood disorders. Its causality is still undetermined, but explanations for these disturbances often focus on psychoneuroendocrinology dysregulation and its changes. Major risk factors include past depression, stressful life events, poor marital relationships, social support and others. Because of the high incidence of mood disorders during pregnancy and postpartum and severe psychological and biological implications that these have on the mother and the child require adequate and early diagnosis. This review aims to know possibly neurobiological processes associated with affective disorders in pregnancy and postpartum, roles of gonadal and pituitary hormones, biogenic amines, neuroactive steroids, cholesterol and fatty acids in the psychopathophysiology.*

*Los autores no declaran
conflicto de intereses*

Keywords: *puerperium, maternity blues, postpartum depression, sexual hormones, adrenal axis*

Introducción

Las semanas posteriores al parto son una época de vulnerabilidad para padecer sintomatología depresiva en las mujeres. (1, 2). La depresión posparto (DPP) comienza en las semanas posteriores al mismo, aunque hay casos de comienzo meses después. Debe coincidir con la etapa puerperal.

No hay una categoría de depresión posparto en el DSM V pero existe consenso que se requieren los criterios diagnósticos para depresión mayor con labilidad emocional y preocupación excesiva por el niño (3), pudiendo coexistir síntomas de ansiedad importantes.

Clínica y epidemiología

Su prevalencia es de un 7,1% aproximadamente, para episodios depresivos mayores y se amplía a 19.2% cuando se incluye la depresión menor. (4, 5, 6, 7)

Es importante diferenciar esta entidad de la Tristeza Posparto o *Maternity Blues* (Victoroff 1952) caracterizada por cambios de humor, irritabilidad, hipersensibilidad interpersonal, insomnio, ansiedad, llanto (y en ocasiones euforia)(8) y aparición en los primeros días postparto con desaparición espontánea. Este último fenómeno afecta a un 50-80% de las mujeres (9) y puede ser considerada un fenómeno adaptativo normal.

Las mujeres con depresión durante el embarazo tienen mayor riesgo de pre eclampsia (10), ansiedad, abuso de sustancias y un pobre cuidado propio y del embarazo. Entre las consecuencias en los hijos de estas madres se incluyen: bajo peso al nacer, partos pre términos y una reducción de la actividad neuromotora; (11,12,13,14) además de problemas de comportamiento y una menor función cognitiva durante la infancia (15). Los bebés de depresivas mantienen menos la mirada durante la alimentación, juegan menos, tienen menor afecto positivo así como niveles más altos de retraimiento, mayor somnolencia y se presentan más molestos que los bebés de madres sin depresión (16, 17) (18, 19). También muestran mayores niveles de apego inseguro (20), ya que las mujeres deprimidas difieren en la mirada hacia sus hijos y en la respuesta a las expresiones de los mismos, con aplanamiento del afecto, bajo nivel de actividad y falta de respuestas asertivas (18). Además se alteran los ritmos de alimentación y sueño de ambos, y se asocia con un menor número de visitas al pediatra, vacunas

y prácticas de seguridad (21). Es decir, que las interacciones con sus hijos son limitadas y negativas (22). Los factores de riesgos descritos son: las edades extremas de las puérperas, los problemas con los padres, el bajo apoyo social y la mala relación marital (23, 24) También se asocia a bajo nivel socioeconómico y mala situación laboral, al embarazo no deseado o no planificado (23), antecedente de pérdida de embarazos anteriores, acontecimientos vitales estresantes, problemas médicos durante el embarazo o el nacimiento (5). El número de depresiones previas, asociadas o no al periparto son significativos factores de riesgo. (25, 26, 5). Otros fuertes predisponentes psiquiátricos son el Síndrome Disfórico Premenstrual (27), el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno por Pánico durante el embarazo (28, 29). También inciden los trastornos alimentarios (30) los trastornos por consumo de sustancias (31), y los rasgos de personalidad perfeccionista (32)

Para la evaluación de la depresión post parto se utilizan escalas diagnósticas como el Inventario de Beck y la Escala de Depresión de Postparto de Edimburgo, siendo esta más específica para detectar síntomas depresivos, ansiosos y fóbicos (33).

Fisiopatología

La hiperactividad del eje HHA (hipotálamo hipófisis adrenal) es uno de los hallazgos característicos en la Depresión Mayor. Su disfunción en asociación a alteración de las hormonas sexuales tiene gran implicancia en la fisiopatología de esta entidad (34, 35). Recordemos que tanto los estrógenos como la progesterona tienen potentes efectos neuroreguladores sobre el comportamiento, el estado de ánimo y la cognición (36).

Hormonas adrenales

Los niveles de CRH, ACTH y cortisol incrementan sustancialmente durante el embarazo para declinar 4 días luego de parir, y normalizarse a las 12 semanas posparto (37), ya que es el resultado de la producción placentaria de CRH.

Varios investigadores estudiaron la relación entre los niveles de cortisol plasmático y urinario y la DPP, sin resultados positivos. (38, 39, 40, 41). El más complejo fue el de O'Hara, en el cual participaron 182 mujeres, no observándose asociación entre las variables adre-

nales y el estado de ánimo, aun al descartarse las variables estresantes (39).

Otros autores sí encuentran relación. Un estudio encontró una asociación entre los niveles séricos de cortisol matutino posparto y el grado de disforia, aunque este resultado podría llevar a confusiones debido a la falta de control para los eventos estresantes de la vida y el tiempo de lactancia, factores que pueden producir una elevación o una reducción, respectivamente, de los niveles de cortisol (42).

En otro estudio prospectivo de 17 mujeres eutímicas evaluadas desde el segundo trimestre hasta la semana 12 posparto, no se encontró ninguna relación entre el estado de ánimo y los niveles de cortisol, pero sí se observó un aumento significativamente mayor y duradero de la ACTH en respuesta a la CRH en las mujeres que desarrollaron depresión posparto en comparación con las mujeres que permanecieron eutímicas (43).

Experiencias más recientes hallaron que el cortisol plasmático basal está incrementado en mujeres con depresión posparto, y que el DST es positivo, como en la DM (44).

Hormonas sexuales

Los estrógenos tienen acción en diferentes sistemas neuronales incluyendo los serotoninérgicos, noradrenérgicos, dopaminérgicos, colinérgicos y gabaérgicos; además de generar incremento de D2 y 5-HT2A (45, 46, 47). Además, tienen gran cantidad de efectos intracelulares (48), que incluyen la transcripción de genes que codifican enzimas del metabolismo de neurotransmisores, neuropéptidos, factores de crecimiento, proteínas de transducción y hormonas de liberación hipotalámica. (49, 50, 51).

Por un lado, Feksi describe un alto nivel de estradiol en la saliva de mujeres con Maternity Blues. (52). Pero, en el estudio de O'Hara, ya citado, se encontró que las mujeres que cumplían los criterios para ello tenían altos niveles de estradiol durante el embarazo y en algunos días posparto. No hubo diferencias significativas en los niveles de estradiol, progesterona, prolactina, cortisol o DST. Estas mujeres fueron también más propensas a sufrir PPD. Sin embargo, en una lectura más específica del trabajo, se observó que aquellas que desarrollaron un PPD tenían niveles bajos de estradiol en el día 2 del posparto, sin diferen-

cias del mismo en los días 1, 3, 4, 6 y 8 posparto. No hubo diferencias en los niveles de estradiol, progesterona y prolactina en ningún día del posparto (39, 53). Vemos que en el mismo estudio los resultados pueden ser controvertidos y dependen extremadamente del ritmo circadiano del día de testeo.

Otro estudio no mostró diferencias entre los niveles de estradiol tomados el día 1 y el día 56 posparto, comparando puerperios normales con PPD (38, 54). Tampoco se demostró, en estudios que diferenciaban entre hormona total y hormona libre (55).

En forma opuesta, Bloch M. apoya la hipótesis de la participación de las hormonas sexuales al realizar un estudio experimental, con simulación de las dos condiciones hormonales relacionadas con el embarazo y el parto en mujeres eutímicas; mediante la inducción de hipogonadismo con acetato de leuprolide, un agonista GnRH, sumándole luego dosis suprafisiológicas de estradiol y progesterona durante 8 semanas (embarazo), y luego procediendo a la retirada de los dos esteroides en condiciones de doble ciego (parto). Todos los días se midieron los síntomas mediante escalas estandarizadas. Solo las mujeres con historia de depresión o síntomas afectivos significativos durante el período de suspensión revelaron síntomas depresivos (56).

Consecuente con estos hallazgos, en otros trabajos, se previno el inicio de síntomas depresivos en 10 de 11 mujeres predispuestas con la administración de estrógenos inmediatamente luego del parto (57).

Del mismo modo, 34 mujeres con PPD mejoraron con parche transdérmico de estradiol, comparadas con 27 PPD que recibieron placebo, valuados por EPDS (58).

Otro estudio examinó los efectos del tratamiento con estradiol SL (8 semanas) en un grupo de 23 mujeres con PPD severa, en tratamiento con antidepresivos o psicoterapia, sin mejoría. 16 mujeres tenían concentraciones de estradiol sérico compatible con insuficiencia gonadal. Todas presentaron recuperación clínica, y una MADRS no depresiva al adicionar estrogénoterapia (59).

Respecto de la progesterona, Nott revela una pobre asociación entre su disminución y el desarrollo de depresión posparto en 27 pacientes (54). Pero, Harris demuestra en 147 mujeres lactadoras, niveles salivares de progesterona más bajos en mujeres con PPD, comparadas con eutímicas (38).

Otro estudio no muestra diferencias significativas en niveles de progesterona al mes del parto entre mujeres depresivas y no depresivas (60).

También se estudió la importancia de los metabolitos esteroideos neuroactivos (derivados de alopregnenolona) basados en las observaciones que en la DM, los niveles de $3\alpha,5\alpha$ -THP y $3\alpha,5\beta$ -THP son bajos y que los niveles de $3\beta,5\alpha$ THP están incrementados; normalizando con tratamiento antidepresivo (61). Así, Murphy evidencia que el 5α -DHP es significativamente alto en mujeres embarazadas deprimidas en las semanas 27 y 37 en comparación con mujeres embarazadas no deprimidas (62).

Recordemos que los esteroides neuroactivos actúan sobre la subunidad delta del receptor GABA A. (63). Estudios genéticos podrán determinar el polimorfismo de receptores GABA A, prediciendo una vulnerabilidad para la DPP (64).

Por último, las alteraciones de la prolactina han sido correlacionado a ansiedad, depresión y hostilidad en mujeres no embarazadas (65). En un estudio de 147 mujeres en las semanas 6-8 después del parto se encontraron niveles bajos de prolactina en mujeres en periodo de lactancia deprimidas, en comparación con las mujeres en periodo de lactancia que no lo estaban (38).

Ácidos Grasos

Se ha sugerido que la causa de la depresión post parto podría ser una consecuencia de la depleción de DHA (Acido docosahexaenoico) en la madre. Recordemos que este ácido graso, es esencial para la formación del cerebro y se encuentra en altas cantidades en placenta y leche materna. Este proceso fisiológico produciría depleción de DHA en la madre (66, 67).

Un estudio retrospectivo evaluó la presencia de depresión en 112 mujeres mediante la aplicación de la EPDS, comparando con los niveles de DHA en los fosfolípidos plasmáticos y el ácido graso omega-6 docosapentanoico (DPA) en la madre. Las depresivas presentaron una disminución significativa de la razón DHA/DPA (68).

En otro estudio, 10 de 48 mujeres en posparto desarrollaron depresión puerperal, coincidente con una disminución de DHA y un aumento de las razones omega-6/omega-3 y AA/EPA (69).

En 2003, se reportó por primera vez el tratamiento de un episodio de depresión mayor en una mujer embarazada de 28 semanas, con 4g de etil-EPA y 2 g de DHA al día; mostrando mejoría en el ánimo depresivo, a la semana 4 y desaparición de ideación suicida a la semana 6. El examen físico del recién nacido fue normal (70).

Alteraciones Genéticas

Otro punto importante es si existe una vulnerabilidad genética al desarrollo de PDD

Hay demostrado riesgo familiar (71).

Un reciente estudio comparó 9 mujeres con PPD y 10 sin PPD y se observó un patrón distinto en la expresión genética la cual fue correlacionada con la severidad de los síntomas y con el curso de la enfermedad. Las mujeres con PPD mostraron una reducción en la transcripción genética posparto, distinta activación inmunológica, disminución de la activación de la transcripción, la proliferación celular, la unión de nucleótidos y la replicación del ADN (72).

En un reciente estudio demostraron que un polimorfismo genético en la región 5-HTTLPR del transportador de la serotonina predecía el inicio de PPD en las primeras 8 semanas después del parto (73).

Así, no podemos ignorar que algunos genes pueden hacer más susceptibles a las mujeres a desarrollar stress durante el posparto.

Alteraciones inmunológicas

Una desregularización inmune especial fue sugerida como contribuyente al desarrollo de PPD (74).

Durante el embarazo, se elevan las citoquinas anti-inflamatorias, que promueven el mantenimiento del embarazo. El momento del parto cambia abruptamente a un estado proinflamatorio, lo cual tiene una duración de varias semanas (75). Las pacientes con depresión tienden a tener altos niveles de citoquinas proinflamatorias durante su embarazo y la administración de estas citoquinas tiende a asociarse con inicio de depresión (76). Recordemos que estas citoquinas proinflamatorias (IL1, IL6, TNF) están habitualmente elevadas en los estados depresivos severos.

Hormonas tiroideas

La disfunción tiroidea aumenta después del parto. En los 6 meses posteriores al parto, las mujeres experimentan disfunción tiroidea en una tasa de hasta

el 7%, en comparación con una tasa de 3% a 4% en la población general (77, 78).

Aunque esta disfunción no puede ser causal de PPD (79), jugaría un papel importante en un subgrupo de ellas. (80)(38), en asociación con la disminución de la actividad central de 5-HT. Así, la respuesta de la prolactina y el cortisol a la fenfluramina (agonista de 5HT) está aplanada en pacientes con hipotiroidismo en comparación con pacientes eutiroides, lo que sugiere una disminución en la actividad central de 5-HT (81).

En un estudio prospectivo de 303 embarazadas eutiroides, 21 de ellas (7%) desarrollaron alteraciones tiroideas. La depresión fue identificada en el 38% de esas 21 mujeres y respondieron al tratamiento de la disfunción tiroidea (77).

Otro hecho cocausal a ser tenido en cuenta es que el efecto inmunosupresor de los altos niveles de cortisol durante el embarazo puede ser seguido por un “rebote” inmunológico posparto, seguido por un aumento en la producción de anticuerpos tiroideos (82, 83).

En un estudio se observó que a las 6 semanas posteriores al parto, el 43% de las mujeres con anticuerpos positivos tenían síntomas depresivos leves a moderados, en comparación con el 28% de las mujeres con anticuerpos negativos. Además, muchas mujeres con anticuerpos positivos llegan a desarrollar hipotiroidismo manifiesto dentro de 4 años (83).

Diagnósticos diferenciales

La DPP debe ser distinguida ante todo, de los *Maternity Blues*, que como ya explicamos, resuelve solo en días, sin requerir tratamiento como fenómeno adaptativo biopsicosocial.

La psicosis posparto, en cambio, representa una emergencia psiquiátrica y requiere una intervención inmediata ya que en la misma hay riesgo de infanticidio y de suicidio. En general el inicio ocurre en las dos semanas posteriores al parto. Está caracterizado por extrema desorganización del pensamiento, comportamiento extraño, alucinaciones inusuales (que pueden ser visuales, olfatorias o táctiles) y delirios. La psicosis posparto es generalmente una manifestación del Trastorno Bipolar (85).

Otra entidad, que aumenta su prevalencia es el stress postraumático posparto. Se relaciona con partos difíciles o con sus posteriores complicaciones. Puede

superponerse a una depresión post-parto, confundirse con la depresión post-parto, o evolucionar a una depresión post-parto. Las secuelas son comparables a las del PTSD de cualquier etiología, con pesadillas, episodios de *flashback*, conductas evitativas y distrés psicológico extremo. Hay evidencia que eventos traumáticos previos predisponen a la mujer a desarrollar stress post-traumático post-parto. La fisiopatología debiera coincidir con la del PTSD clásico(86).

Conclusiones

La elevada incidencia de trastornos afectivos durante el embarazo y puerperio y las graves implicancias psicológicas y biológicas que estos tienen sobre la madre y el niño nos obligan a un adecuado y precoz diagnóstico. El abordaje interdisciplinario de estas patologías nos asegurará en esta delicada instancia en la vida de ambos un obrar certero y completo de estos dos sistemas psiconeuroinmunoendócrinos, materno y del niño, en permanente interrelación.

Las intervenciones psicofarmacológicas, psicoterapéuticas y familiares de las mujeres en estas instancias especiales de la vida también merecen un adecuado tratamiento, recordemos que se puede incurrir en iatrogenia tanto por medicar como por no hacerlo. En cualquiera de las situaciones el objetivo será mantener la estabilidad psiquiátrica de la madre con la protección necesaria del hijo. Hemos dedicado este apartado a la salud materna. Las repercusiones de la depresión perinatal en el bebé será objeto de otras publicaciones. Solo consignemos que conocemos desde hace mucho tiempo, tanto intelectual como instintivamente, la magnitud de las huellas mnésicas preverbiales que los traumas tempranos o los ambientes cálidos tienen en la vida de un niño. No descuidemos los primeros pasos que dará este nuevo ser en su construcción como persona.

Bibliografía

1. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. *American Journal Obstetric Gynecology* 1995; 173:639–645.
2. O'Hara MW. Postpartum depression: causes and consequences. Springer-Verlag, New York, 1995.
3. López Mato AM. Psicopatología femenina. En: López Mato AM. PNIE 3. Los últimos serán los primeros, 2° Ed. Buenos Aires: Ed Sciens, 2012, 393-417.
4. O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, Wright EJ. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchild-

- bearing women. *Journal Abnorm Psychol.* 1990 Feb; 99(1):3-15.
5. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: A metaanalysis. *International Review of Psychiatry.* 1996. 88: 37–54
 6. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr K, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Journal Obstetrics and Gynecology.* 2005. 106, 1071–1083
 7. Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in USA. *Archives of General Psychiatry.* 2008 (65) p 805–815.
 8. O'Hara MW, Segre LS. Psychologic disorders of pregnancy and the postpartum period. In: Gibbs et al Eds. *Danforth's Obstetrics and Gynecology*, 10th Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia. 2008. p 504–514.
 9. Vieitez A, Lopez Mato A. *Psicopatología de la mujer.* En: *Psiconeuroinmunología II. Nuevos dilemas para viejos paradigmas. Viejos dilemas para neoparadigmas.* Ed Polemos. Buenos Aires. 2004. p: 321-345.
 10. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Journal Obstet Gynecol.* 2000 (4):487-90.
 11. Hoffman S, Hatch MC. Depressive symptomatology during pregnancy: Evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class women. *Health Psychology*, 2000 (19): 535–543.
 12. Hedegaard M, Henriksen TB, Sabroe S, Secher N J. Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *British Medical Journal*, 1993. (307): 234–239.
 13. Rini CK, Dunkel-Schetter C, Wadhwa PD, Sandman CA. Psychological adaptation and birth outcomes: The role of personal resources stress and socio-cultural context in pregnancy. *Health Psychology*, 1999. (18) 333–345.
 14. Lundy BL, Prenatal Depression Effects On Neonates. *Infant Behavior & Development.* 1999. 22 (1): 119-129
 15. Tatano Beck C. The effects of postpartum depression on child development: A meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing* 1998 (12):12–20
 16. Cohn JF, Matias R, Tronick E.Z, Connell D, Lyons-Ruth K. Face-to-face interactions of depressed mothers and their infants. In: Tronick & Fields Eds. *Maternal depression and infant disturbance.* Jossey-Bass. San Francisco 1986. p 31–45
 17. Cohn JF, Campbell SB, Matias R, Hopkins J. Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at two months. *Developmental Psychology.* 1990. (26). 185–193
 18. Field T, Sandberg D, Garcia R, Vega-Lahr N, Goldstein S, Guy, L. Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology.* 1985 (21): 1152–1156
 19. Goodman SH, Brand R. Parental psychopathology and its relation to child psychopathology. In: Hersen & Gross (Eds.). *Handbook of clinical psychology, Vol 2: Children and adolescents.* John Wiley & Sons. New York. 2008. p 937–965
 20. Martins C, Gaffan EA. Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: a meta-analytic investigation. *Journal Child Psychol Psychiatry.* 2000 (41-6):737-46.
 21. Field T. Individual and Combined Effects of Postpartum Depression in Mothers and Fathers on Parenting Behavior. *Infant Behavior & Development*, 2010 (33-1):22
 22. Paulson JR, Dauber S, Leiferman J. Individual and Combined Effects of Postpartum Depression in Mothers & Fathers on Parenting Behavior. *Pediatrics.* 2006. (118-2): 659-668
 23. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res.* 2001 (50-5):275-85
 24. Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw SC. Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression *Journal of Personality & Social Psychology.* 1993. (65-6):1243-1258.
 25. Robertson Blackmore E, Côté-Arsenault D, Tang W, Glover V, Evans J, Golding J, et al. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *British Journal Psych.* 2011.
 26. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry.* 2006 (28): 3-8,
 27. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *Journal of Affective. Disorders.* 2005. (88-1):9–18
 28. Coelho HF, Murray L, Royal-Lawson M, Cooper PJ. Antenatal anxiety disorder as a predictor of postnatal depression: a longitudinal study. *Journal of Affective Disorders.* 2011, 129 (1-3). 348-353.
 29. Rambelli MS, Montagnani A, Oppo S, Banti C, Borri C, M. Mula et al. Panic disorder as a risk factor for postpartum depression: Results from the Perinatal Depression-Research & Screening Unit study. *Journal of Affective Disorders* 2011 (131): 150–157
 30. Micali N, Simonoff <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032710007135> - af0005 E, Treasure J. Pregnancy and post-partum depression and anxiety in a longitudinal general population cohort: The effect of eating disorders and past depression. *Journal of Affective Disorders.* 2010 (122-1-2):139–145
 31. Lori E, Cindy-Lee D. The Prevalence of Postpartum Depression among Women with Substance Use, an Abuse History, or Chronic Illness: A Systematic Review. *Journal of Women's Health.* 2009, 18(4): 475-486.
 32. Mazzeo SE, Slof-Op't Landt M, Jones I, Mitchell KBS, Kendler KS, Neale N et al. Associations among post-

- partum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. Published online: 23 Feb 2006.
33. Cox JM, Holden JM, Sagovsky R. Escala de Depresión de Postparto de Edimburgo. *British Journal of Psychiatry* 1987.
 34. Greenwood J, Parker G. The dexamethasone suppression test in the puerperium. *Aust New Zeland Journal Psychiatry*. 1984 (18):282-284
 35. Bloch M, Rubinow DR, Schmidt PJ, Lotsikas A, Chrousos GP, Cizza G. Cortisol response to corticotropin-releasing hormone in a model of pregnancy and parturition in euthymic women with and without a history of postpartum depression. *Journal Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2005 (90):695-69941.
 36. Rubinow DR. Reproductive steroids in context. *Archives Women Mental Health*. 2005 (8):1-5
 37. Mastorakos G, Ilias I. Maternal and fetal hypothalamic-pituitary-adrenal axes during pregnancy and postpartum. *Ann N Y Acad Sci*. 2003 (997):136-49.
 38. Harris B, Johns S, Fung H, et al: The hormonal environment of postnatal depression. *British Journal Psychiatry* 1989. (154):660-667.
 39. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, et al: Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal variables. *Journal Abnormal Psychology* 1991; (100):63-73
 40. Gard PR, Handley SL, Parsons AD et al: A multivariate investigation of postpartum mood disturbance. *British Journal Psychiatry* 1986; (148) :567-575.
 41. Handley SL, Dunn TL, Waldron G et al: Tryptophan, cortisol and puerperal mood. *British Journal Psychiatry* 1980 (136):498-508)
 42. Altemus M, Deuster PA, Galliven E, et al. Suppression of hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to stress in lactating women. *Journal Clinical Endocrinology Metabolism* 1995. (80):2954-2959.
 43. Magiakou MA, Mastorakos G, Rabin D, et al: Hypothalamic-corticotropin-releasing hormone suppression during the postpartum period: implications for the increase in psychiatric manifestations at this time. *Journal Clinical Endocrinology Metabolism* 1996; (81):1912-1917
 44. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive Psychiatry*. 2003 (44-3):234-246.
 45. Fink G, Sumner BE, Rosie R, Grace O, Quinn JP. Estrogen control of central neurotransmission: effect on mood, mental state, and memory. *Cell Mol Neurobiology* 1996; (16):325-344
 46. Rubinow DR, Schmidt PJ, Roca CA. Estrogen-serotonin interactions: implication for affective regulation. *Biological Psychiatry*. 1998 (44):839-850.
 47. Luine VN, Khylichevskaya RI, McEwen B. Effects of gonadal steroids on activities of monoamine oxidase and choline acetylase in rat brain. *Brain Research*. 1975; (86):293-306.
 48. McEwen BS. Nongenomic and genomic effects of steroids on neural activity. *Trends in Pharmacology Sci*. 1991 ;(12)141-147
 49. O' Malley BW, Means AR. Female steroid hormones and target cell nuclei. *Science*. 1974; (183):610-620.
 50. Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *British Journal Psychiatry*. 1996; (168):139-144.
 51. Payne JL. The role of estrogen in mood disorders in women. *Int Rev Psychiatry*. 2003; (15):280-290.
 52. Feksi A, Harris B, Walker RF, Riad-Fahmy D, Newcombe RG. Maternity blues and hormone levels in saliva. *Journal Affect Disord*. 1984; (6):351-355.
 53. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Archives General Psychiatry*. 1991; (48):801-806
 54. Nott PN, Franklin M, Armitage C, et al: Hormonal changes and mood in the puerperium. *British Journal Psychiatry* 1976; (128):379-383
 55. Heidrich A, Schleyer M, Spingler H, et al: Postpartum blues: relationship between not-protein bound steroid hormones in plasma and postpartum mood changes. *Journal Affective Disorders* 1994; (30):93-98.
 56. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *American Journal Psychiatry*. 2000; (157):924-930
 57. Sichel DA, Cohen LS, Robertson LM, Rutenberg A. Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorders. *Biological Psychiatry*. 1995. (38): 814-818.
 - 58-Gregoire AJ, Kumar R, Everitt B, Henderson AF, Studd JW. Transdermal estrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet*. 1996 (9006):930-3.
 59. Ahokas A, Kaukoranta J, Wahlbeck K, Aito M. Estrogen deficiency in severe postpartum depression: successful treatment with sublingual physiologic 17beta-estradiol: a preliminary study. *Journal Clinical Psychiatry*. 2001 (5):332-6
 60. Harris B, Lovett L, Newcombe R, et al: Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study. *British Medical Journal*. 1994; (308):949-953
 61. Romeo E, Strohle A, Spalletta G, et al. Effects of antidepressant treatment on neuroactive steroids in major depression. *American Journal Psychiatry*. 1998;(155):910-913
 62. Pearson Murphy BEP, Steinberg SI, Fen-Yun H, Allison CM. Neuroactive ring A reduced metabolites of progesterone in human plasma during pregnancy: elevated levels of 5a-dihydroprogesterone in depressed patients during the latter half of pregnancy. *Journal Endocrinology Metabolism*. 2001;(86) :5981-5987 .
 63. Stell BM, Brickley SG, Tang CY, Farrant M, Mody I. Neuroactive steroids reduce neuronal excitability by selectively enhancing tonic inhibition mediated by delta

- subunit-containing GABA A receptor. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2003; (100):14439-14444
64. Nemeroff CB. Understanding the Pathophysiology of Postpartum Depression: Implications for the Development of Novel Treatments. *Neuron previews*. 2008: 185-186.
 65. Fava M, Fava GA, Kellner R, et al. Psychosomatic aspects of hyperprolactinemia. *Psychotherapy Psychosomatic* 1983; (40) :257-262.
 66. Al MD, van Houwelingen AC, Kester AD, Hasaart TH, de Jong AE, Hornstra G. Maternal essential fatty acid patterns during normal pregnancy and their relationship to the neonatal essential fatty acid status. *British Journal Nutrition* 1995; 74 (1): 55-68
 67. Holman RT, Johnson SB, Ogburn PL. Deficiency of essential fatty acids and membrane fluidity during pregnancy and lactation. *Proc National Academy Science USA* 1991; 88(11): 4835-9.
 68. Otto SJ, de Groot RH, Hornstra G. Increased risk of postpartum depressive symptoms is associated with slower normalization after pregnancy of the functional docosa-hexaenoic acid status. *Prostaglandins Leukotriens Essential Fatty Acids*. 2003; 69(4): 237-43
 69. De Vriese SR, Christophe AB, Maes M. Lowered serum n-3 poly unsaturated fatty acid (PUFA) levels predict the occurrence of postpartum depression: Further evidence that lowered n-PUFAs are related to major depression. *Life Sci* 2003; 73 (25):3181-7.
 70. Chiu CC, Huang SY, Shen WW, Su KP. Omega-3 fatty acids for depression in pregnancy. *American Journal Psychiatry* 2003; 160(2): 385.
 71. Forty L, Jones L, Macgregor S, Caesar S, Cooper C, Hough et al. Familiality of postpartum depression in unipolar disorder: results of a family study. *American Journal of Psychiatry*. 2006; 163 (9): 1549-53
 72. Segman RH, Goltser-Dubner T, Weiner I, Canetti L, Galili-Weisstub <http://www.nature.com/mp/journal/v15/n1/abs/mp200965a.html> - affl E, Milwidsky A, et al. Blood mononuclear cell gene expression signature of postpartum depression. *Mol. Psychiatry*. 2010 (15): 93-100
 73. Binder EB, Newport J, Zach EB, Smith AK, Deveau TC, Altshuler LL, Cohen LS, et al. A serotonin transporter gene polymorphism predicts peripartum depressive symptoms in an at-risk psychiatric cohort. *Journal of Psychiatric Research*. 2009.
 74. Corwin EJ, Pajer K. The psychoneuroimmunology of postpartum depression. *Journal Womens Health (Larchmt)*. 2008 (9):1529-34.
 75. Corwin EJ, Brownstead J, Barton N, Heckard S, Morin K. The Impact of Fatigue on the Development of Postpartum Depression. *Journal Obstetrics Gynecology. Neonatal Nurs*. 2005 (5):577-86.
 76. Raison CL, Capuron L, Miller AH. Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. *Trends Immunology*. 2006 (1):24-31
 77. Pop VJM, de Rooy HAM, Vader H, et al: Postpartum thyroid dysfunction and depression in an unselected population. *New England Journal Medicine* 1991; (324):1815-1816
 78. Amino N, Mori H, Iwatani Y et al: High prevalence of transient postpartum thyrotoxicosis and hypothyroidism. *New England Journal Medicine* 1982; (306):849-852
 79. George AJ, Wilson KCM: Beta-endorphin and puerperal psychiatric symptoms. *British Journal of Pharmacol* 1983; (80):493
 80. Harris B, Fung H, Johns S, et al: Transient postpartum thyroid dysfunction and thyroid antibodies and depression. *Journal Affective Disorders* 1989; (17):243-249
 81. Upadhyaya L, Agrawal JK, Dubey GP, et al: Biogenic amines and thyrotoxicosis. *Acta Endocrinologia* 1992 (126) :315-318
 82. Learoyd DL, Fung HYM, McGregor AM: Postpartum thyroid dysfunction. *Thyroid*. 1992; (2):73-80
 83. Surks MI, Ocampo E. Subclinical thyroid disease. *Am J Med* 1996; (1009):217-223.
 84. Wisner KL, Peindl KS, Hanusa BH. Symptomatology of affective and psychotic illnesses related to childbearing. *J Affective Disorders*. 1994 (30):77-87.
 85. Wisner KL, Peindl KS, Hanusa BH. Psychiatric episodes in women with young children. *Journal Affective Disorders* 1995; (34) :1-11
 86. Vieitez A, Vicente S. Trastornos psiquiátricos durante el embarazo y el puerperio. En: Lopez Mato A, Vieitez A, Bordalejo D. Afrodita, Apolo y Esculapio. Diferencias de género en salud y enfermedad. Ed. Polemos. Buenos Aires. 2004. p 233-251

Musicoterapia de Grupo y Adherencia a la Medicación

Group Music Therapy and Medication Adherence

Ruby C. Castilla-Puentes

*Profesora adjunta
del Departamento de Psiquiatría,
Facultad de Medicina,
Universidad de Carolina del Norte
en Chapel Hill,
y la Facultad de Farmacia,
Universidad Temple, Filadelfia, PA.
Directora Médica - Seguridad,
Codman Neuro-DePuy Synthes,
Johnson and Johnson Families.*

*Ruby C. Castilla-Puentes 3811,
530 South 2nd St, Suite 743,
Filadelfia, Pensilvania 19147,
Teléfono: 610-864-2528
Fax : 267-305-6981
rcastil4@its.jnj.com*

Resumen Contexto: Se reconocen los beneficios de los psicotrópicos en el tratamiento de pacientes con Esquizofrenia, Psicosis No Especificada, Trastorno Bipolar y Esquizoafectivo. La adherencia a los regímenes psicotrópicos dista de ser satisfactoria.

Objetivo: Investigar los efectos de la musicoterapia de grupo (MTG) en la adherencia a los regímenes psicotrópicos en pacientes con los trastornos anteriormente mencionados.

Diseño, Ámbito y Pacientes: Ensayo prospectivo, randomizado y controlado realizado en 4 centros médicos académicos, en 85 adultos (entre 15 y 65 años de edad) con Esquizofrenia (n=38), Psicosis No Especificada (n=19), Trastorno Bipolar (n=18) y Esquizoafectivo (n=10) diagnosticados según los criterios del DSM III-R.

Intervención: Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos. Ninguno de ellos había sido tratado previamente con MTG. El Grupo 1(n=42) recibió 60 minutos de MTG una vez por semana. Los pacientes participaron en el estudio durante 8 semanas. El Grupo 2 (n=43) fue aceptado como el grupo de control. Por consenso, los miembros de la familia (o cuidadores primarios), enfermeros psiquiátricos y psiquiatras completan la evaluación de adherencia a la medicación inicialmente, al finalizar la terapia y después de 6 meses, con el número, el tipo y la frecuencia de medicamentos psicotrópicos y el grado de adherencia total a ellos.

Principales Medidas de Resultados: Puntuaciones = 3 en el grado de adherencia total a la medicación. La evaluación consistió en una escala de 4 puntos (0=no adherencia, 3=mejor adherencia).

Resultados: En el grupo 1, pudieron verse diferencias estadísticamente significativas en el grado de adherencia a la medicación luego del programa de MTG (73,8% vs. 16,2% , $P<0.001$). Además, 6 meses más tarde, en el grupo 1 persistía la mejora en la adherencia a la medicación (69,0% vs. 16,3%, $P<0.001$). Por el contrario, los pacientes con trastorno bipolar mantuvieron un grado similar de adherencia durante el período de 6 meses.

Conclusiones: La MTG combina los principios básicos de la música, la psicoterapia con técnicas grupales para ayudar a los pacientes a adherirse a los regímenes de medicamentos psicotrópicos. La MTG mejora la adherencia total a los regímenes psicotrópicos en pacientes con esquizofrenia, psicosis no especificada, trastorno bipolar y esquizoafectivo.

Palabras clave: psicoterapia, trastornos psicóticos, adherencia a la medicación, musicoterapia

*Los autores no declaran
conflicto de intereses*

Abstract Context: The benefits of psychotropics on the treatment of patients with Schizophrenia, Psychosis NOS, Bipolar and Schizoaffective Disorder are recognized. Adherence to psychotropic regimens is far from satisfactory.

Objective: To investigate the effects of group music therapy (GMT) on the adherence to psychotropic regimens in patients with the above mentioned disorders.

Design, Setting, and Patients: Prospective, randomized and controlled trial conducted in 4 academic medical centers to 85 adults (between 15 and 65 years old) with Schizophrenia (n=38), Psychosis NOS (n=19), Bipolar Disorder (n=18) and Schizoaffective Disorder (n=10), diagnosed according to DSM III-R criteria.

Intervention: Patients were randomly divided into two groups. None of them had had a previous treatment with GMT. Group 1 (n=42) received 60 minutes of GMT once a week. Patients participated in the study for 8 weeks. Group 2 (n=43) was accepted as the control group. By consensus, family members (or primary caregivers), psychiatric nurses and psychiatrists completed the medication adherence assessment at the beginning, after the therapy and at the end of the 6th month, stating the number, type and frequency of psychotropic medications, as well as the overall degree of adherence.

Main Outcome Measures: Scores = 3 in the overall degree of medication adherence. The evaluation consisted in a 4-point scale (0=non adherence, 3=best adherence).

Results: In group 1, there were statistically significant differences in the degree of medication adherence after the GMT program (73.8% vs. 16.2%, $P < 0.001$). Six months later, there was still in group 1 an improvement in the medication adherence (69.0% vs. 16.3%, $P < 0.001$). However, patients with bipolar disorder kept a similar degree of adherence during the six-month period.

Conclusions: GMT combines the basic principles of music and psychotherapy with group techniques to help patients adhere to psychotropic medication regimens. GMT improves overall adherence to psychotropic regimens in patients with schizophrenia, psychosis NOS, bipolar and schizoaffective disorder.

Keywords: psychotherapy, psychotic disorders, medication adherence, music therapy

Introducción

A pesar de los recientes avances en tratamientos psicotrópicos, muchos pacientes que padecen esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar y/o psicosis no especificada experimentan problemas persistentes relacionados con la adherencia a la medicación, y la remisión total es poco frecuente (Sheitman y Lieberman 1998). La falta de efectividad con los psicotrópicos parece estar relacionada con la no adherencia al tratamiento. Se ha sugerido que estas respuestas son significativas para el pronóstico/curso de la enfermedad psiquiátrica. Puede suponerse que un mayor grado de no adherencia esté relacionado con más recaídas, más síntomas psicóticos graves y aislamiento social.

La influencia de la música puede extenderse sobre muchas áreas de las funciones humanas, desde las fisiológicas hasta el bienestar psicológico y la calidad de vida. A mediados del siglo pasado, los investigadores se centraron en el desarrollo de teorías sobre la base neurológica para los efectos de la música, llevaron a cabo estudios experimentales sobre los tipos de música que influyen en los parámetros fisiológicos y formalizaron programas educativos relacionados con la musicoterapia. Merecidamente, se han podido reconocer las aplicaciones de la música para el tratamiento de diversas enfermedades. En la *tabla 1* se resume el análisis crítico sobre la investigación previa con aplicación clínica de musicoterapia. La eficacia de la musicoterapia para mejorar la adherencia a la medicación en pacientes que padecen esquizofrenia, psicosis no especificada, trastorno bipolar y esquizoafectivo, trastornos psicóticos no se ha probado hasta ahora.

Según se afirma, el comienzo de una tarea sistemática de musicoterapia para los pacientes fue una actividad reconfortante de los músicos en los hospitales psiquiátricos a principios del siglo pasado (Boxberger R., 1962). A partir de entonces, gracias a los esfuerzos innovadores para ampliar su aplicabilidad, se han utilizado cada vez más diversos tipos de musicoterapias en la práctica clínica para pacientes con psicosis. En Colombia SA, influenciada por los logros de los pioneros de otros países (principalmente orientales), varios psicólogos y terapeutas ocupacionales iniciaron en la década de 1970 sus esfuerzos sistematizados para incluir la práctica de la musicoterapia en el tratamiento de pacientes psiquiátricos (Murai Y, 1996).

Esta situación resalta la necesidad de verificar la eficacia de la coadministración de musicoterapia en los regímenes psicotrópicos de pacientes con psicosis. Para un mayor desarrollo de la terapia, también es indispensable buscar respuestas aplicables a la práctica desde ella: qué métodos de evaluación sirven para detectar los efectos, específicamente para mejorar la adherencia, y cuánto tiempo duran los efectos. Sin embargo, el número de estudios previos que aborden este tema es nulo. En la búsqueda de literatura, pudimos encontrar solamente cuatro estudios controlados que revelaron los efectos de ciertas formas de musicoterapia en los pacientes (Pfeiffer H. y col., 1987; Tang W. y col., 1994; Leung C. y col., 1998; Hayashi N. y col., 2001). Para remediar esta situación, y aunque este trabajo fue llevado a cabo por el primer autor en 1992, presentamos el informe de este estudio para examinar los efectos de la musicoterapia de grupo en la adherencia a la medicación en una muestra de pacientes con esquizofrenia, psicosis no especificada, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo.

En muchos centros psiquiátricos de América del Sur se aplicó la musicoterapia como parte de programas integradores en terapia ocupacional durante la fase aguda y subaguda de la estabilización psicótica. Los principales centros académicos de formación en psiquiatría en Colombia, tales como el Hospital Santa Clara, San Ignacio y Centro "Los Alcazares" en Bogotá, y el Hospital Federico Lleras Acosta en Ibagué, fueron algunos de los lugares que aplicaron la musicoterapia. Hay muchos programas de musicoterapia que incluyen sesiones grupales y/o individuales, y las características de las sesiones y los procedimientos difieren. Los programas de musicoterapia son similares a los de terapia ocupacional y la mayoría de los musicoterapeutas desarrollan sus propios programas sin ninguna capacitación previa. En los cuatro centros seleccionados, la autora (psiquiatra con cinco años de educación musical formal) desarrolló y coordinó directamente los programas de musicoterapia. El programa estaba estructurado en cinco sesiones básicas, basadas en experiencias previas y técnicas de intervención con musicoterapia grupal en pacientes psicóticos (ver Schmuttermayer R. en 1983, and Bollea E. y Guarino A. en 1991) y todas las sesiones se llevaban a cabo bajo la supervisión directa del investigador principal. El programa de musicoterapia contenía princi-

Tabla 1. Análisis crítico de los informes clínicos que aplican musicoterapia

AUTOR	OBJETIVO	DISEÑO	CONCLUSIONES
Colt, H. y col., 1999	Niveles de ansiedad en pacientes sometidos a una fibrobroncoscopia flexible	Ensayo clínico con pretest y postest	La música no tuvo un efecto favorable en los resultados del estado de ansiedad
Koch, M. E. y col., 1999	Requerimientos sedantes y analgésicos intraoperatorios	Dos ensayos randomizados y controlados	La utilización de música intraoperatoria en pacientes despiertos disminuye los requerimientos de sedantes y analgésicos controlados por el paciente
Doyle, A. F. y col., 1999	Disminución del dolor y la ansiedad durante las pruebas de electrodiagnóstico	Transversal, descriptivo	Disminuye la ansiedad y el malestar relacionados con el procedimiento
Jacobson, A. F. y col., 1999	Intensidad y angustia por el dolor de la inserción del catéter intravenoso	Prospectivo, randomizado, controlado	Escuchar la música favorita atenúa los efectos del dolor causado por las dificultades de la inserción intravenosa
Augustin, P. y col., 1996	La música como método para reducir la ansiedad preoperatoria de los pacientes con cirugía ambulatoria	Estudio experimental. Diseño de investigación cuantitativa experimental	Enfermería perioperatoria ofrece música como una opción viable para reducir la ansiedad en pacientes con cirugía ambulatoria que creen que la música es un método de relajación
Dubois, J.M. y col., 1995	Determinar el efecto de la música durante una broncoscopia sobre la percepción que tiene el paciente del procedimiento.	Ensayos prospectivos, randomizados y controlados	Los pacientes que escucharon música presentaron niveles de confort significativamente mayores y menos tos que aquellos que no escucharon música durante el procedimiento.
Arts S.E. y col., 1994	Comparar la eficacia de una crema anestésica local y de la música como medio de distracción para reducir el dolor del pinchazo de la aguja en los niños	Ensayo randomizado, doble ciego, prospectivo	Los niños que recibieron una emulsión de lidocaína y prilocaína presentaron menos dolor que con una emulsión que contiene placebo y la música como distracción.
Gaberson K. y col., 1995	El efecto del humor y la música como medios de distracción en la ansiedad preoperatoria	Ensayo clínico con pretest y postest	Este estudio no aporta evidencia acerca de que el humor o la música disminuyen la ansiedad preoperatoria.
Mandle C.L. y col., 1990	Audios de relajación vs. audios de música en la disminución de los niveles de ansiedad y dolor durante la angiografía femoral	Ensayo prospectivo, controlado doble ciego	Los audios de relajación fueron más efectivos que los de música en cuanto a la reducción de los niveles de ansiedad y dolor de los pacientes.
Udpike P.A. y col., 1987	Respuestas fisiológicas y emocionales de los pacientes que aguardan una cirugía plástica electiva	Estudio observacional no randomizado	La música parecía efectuar cambios de patrones deseables en los estados fisiológicos y emocionales dentro de ese ambiente
Heitz L.S. y col., 1992	Evaluar los efectos de la música en el dolor, las variables hemodinámicas y la respiración en la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA)	Ensayo randomizado, doble ciego y prospectivo	No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto al nivel de dolor, valores hemodinámicos, necesidad de sulfato de morfina, frecuencia respiratoria o tiempo de permanencia en la UCPA.

AUTOR	OBJETIVO	DISEÑO	CONCLUSIONES
Fratianne R.B. y col., 2001	Probar los efectos de la visualización de la música al asistir a los pacientes con quemaduras en el manejo del dolor y la ansiedad durante el desbridamiento.	Ensayo clínico randomizado	Los autoinformes de aquellos que recibieron musicoterapia mostraron una reducción significativa del dolor. La musicoterapia es una valiosa intervención no invasiva para el tratamiento del dolor ocasionado por las quemaduras.
Beck SL. y col., 1991	Evaluar en qué medida el uso terapéutico de la música puede disminuir el dolor en pacientes con cáncer que recibían analgésicos programados	Estudio experimental, randomizado, cruzado	Los resultados apoyan la utilización de la música como intervención de asistencia independiente para aliviar el dolor.

palmente los siguientes elementos con una gama de expresión musical: escuchar música, cantar, bailar y tocar instrumentos. El propósito de este estudio era examinar la eficacia de un tratamiento integrado y estandarizado con musicoterapia de grupo para la adherencia a medicamentos psicotrópicos en pacientes con esquizofrenia, psicosis no especificada y trastorno bipolar y esquizoafectivo. Las principales características de este estudio fueron las siguientes: un grupo representativo de pacientes con los trastornos anteriormente mencionados, una duración relativamente larga del curso de la terapia estudiada y la inclusión del análisis de la escala de adherencia a la medicación en la evaluación.

MÉTODOS

Diseño del Estudio

Este estudio fue diseñado para examinar los efectos de un programa de musicoterapia en la adherencia a la medicación de los pacientes con esquizofrenia, psicosis no especificada, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo, según reflejan los resultados de la evaluación sobre adherencia a la medicación. La hipótesis nula del estudio fue la siguiente: 1. No habrá diferencia en la adherencia a la medicación entre los pacientes con esquizofrenia, psicosis no especificada, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo que participan en un programa de musicoterapia y aquellos que continúan con su programa de actividades diarias de hospitalización o ambulatorias, según el grado de adherencia total medido, basado en una escala Likert de cuatro puntos (0=no adherencia, 3=mejor adherencia) inmediatamente después de 8 y 24 semanas de tratamiento.

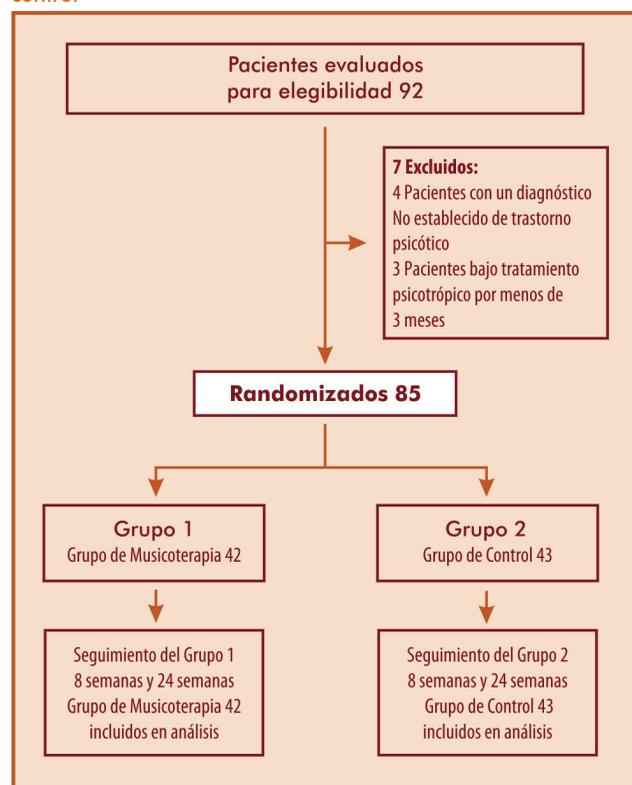
Entre marzo y diciembre/92, todos los pacientes potencialmente elegibles (n=92) con las siguientes características fueron seleccionados en las unidades psiquiátricas de cuatro centros diferentes: 1) un diagnóstico establecido de trastorno psicótico que incluye algunos de los siguientes diagnósticos: esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo y trastorno psicótico no especificado; 2) al menos dos episodios en la vida con síntomas psicóticos agudos y 3) bajo un tratamiento psicotrópico por más de tres meses como tratamiento primario de los síntomas psicóticos. El diagnóstico de los sujetos se realizó en base a la examinación de la historia clínica según los criterios del DSM-III-R y fue confirmado en una evaluación posterior por un psiquiatra independiente en función de quiénes de ellos deberían tener un diagnóstico establecido de esquizofrenia, psicosis no especificada, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo. Los pacientes que no estaban medicados con psicofármacos, con un diagnóstico de enfermedad cerebral orgánica grave, con la presencia de una enfermedad clínicamente crónica o incapacitante y la utilización previa de musicoterapia dentro de los treinta días del estudio fueron excluidos del mismo. Había tres sujetos con habilidades musicales específicas (*Figura 1*).

Eligibilidad del Paciente

Un total de 85 pacientes psicóticos (33 mujeres, 52 hombres) participaron en el estudio. Se reclutaron de cuatro clínicas psiquiátricas (Hospital Santa Clara, Hospital San Ignacio, Centro de Atención Los Alcazares en Bogotá y Hospital Federico Lleras Acosta in Ibagué). El diagnóstico de los sujetos se realizó

en base a la examinación de la historia clínica según los criterios del DSM-III-R y fue confirmado en una evaluación posterior por un psiquiatra independiente en función de quiénes de ellos deberían tener un diagnóstico establecido de esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno psicoafectivo y trastorno psicótico no especificado. Además, todos los pacientes habían tenido al menos dos episodios con síntomas psicóticos agudos y recibido un tratamiento psicotrópico durante más de tres meses como tratamiento primario de los síntomas psicóticos. Antes del tratamiento, el comité científico de cada institución y todos los participantes dieron su consentimiento por escrito.

Figura 1. Randomización y distribución de pacientes con Esquizofrenia, Psicosis No Especificada, Trastorno Bipolar y Esquizoafectivo en el grupo de Musicoterapia y el grupo de control



Sesiones de Musicoterapia de Grupo

Después de un examen psiquiátrico, también se evaluó a todos los pacientes mediante un hemograma completo y un examen físico. Ninguno de ellos registraba clínicamente abuso de sustancias como un problema primario anterior. Los pacientes fueron asignados a dos grupos al azar, lanzando una moneda al aire. El Grupo 1 (n=42) recibió MTG en el centro correspondiente. Cada sesión de MTG era llevada a

cabo por el investigador principal (coordinador de investigación) y al menos un terapeuta (cuatro terapeutas profesionales, tres mujeres y un hombre con un promedio de experiencia clínica de 5 años, DE 3,4; rango 2–12). Los pacientes recibieron sesiones de musicoterapia de una duración total de 60 minutos una vez por semana. Todos los pacientes participaron en MTG durante 8 semanas (por un total de 8 sesiones). Recibieron las sesiones en diferentes momentos del día, principalmente a la tarde. La primera sesión comenzó con una introducción (reglas, estructura y objetivos). Cada sesión de MTG estaba basada en la combinación de métodos musicoterapéuticos de grupo en el tratamiento de pacientes psicóticos desarrollado y publicado por Schmuttermayer R. en 1983, y Bollea E. y Guarino A. en 1991. Durante las sesiones, los participantes se sentaban formando un círculo. Ocasionalmente, se utilizaba una guitarra, un tiple (instrumento musical típico de Colombia, parecido a la guitarra) o tambor como instrumento principal. La fase inicial de la terapia se caracterizó por la participación más bien pasiva de los pacientes y una gentil invitación, principalmente a escuchar a los terapeutas tocando música. Gradualmente, se fue incrementando el grado de participación y cantaron canciones tradicionales y populares en coro, y luego se introdujeron movimientos y ritmo corporal utilizando música. En la fase posterior, el énfasis se puso en la participación activa de los pacientes y en facilitar la comunicación interpersonal uniéndolos en la percusión de pandere-tas, maracas, triángulos y castañuelas. Todas las sesiones incluían básicamente los siguientes elementos estructurales:

1. “Introducción” (duración: 10 minutos). Objetivo: invitación, contacto inicial utilizando instrumentos musicales y materiales para superar los umbrales de la comunicación con un lenguaje no verbal.
2. “Sesión de calentamiento” (duración: 10 minutos). Objetivo: la música y los movimientos se basan y centran en funciones básicas tales como el canto y la expresión musical; una fase motora donde los pacientes bailan, realizan juegos con movimiento y hacen ejercicios físicos
3. “Sesión de tarea estructurada” (duración: 20 minutos). Objetivo: diferentes intervenciones tales como ‘música’/role playing/ estímulos musicales; una fase receptiva basada en escuchar música; se abordan características psicopatológicas comunes

relacionadas con la música, como las alucinaciones auditivas, delirios, discurso desorganizado y fenómenos de agitación motora.

4. "Sesión de movimiento creativo" (duración: 10 minutos). Objetivo: se experimenta la música como una fuente de creatividad y fiabilidad; una fase activa durante la cual los pacientes componen música y cantan; una fase de placer y autoexpresión, por ejemplo, con elementos de la música y la danza.
5. "Círculo de cierre" (duración: 10 minutos). Objetivo: se comparten, verbalizan e integran las experiencias; una fase predominantemente verbal, en la cual los pacientes hablan de las emociones, pensamientos y fantasías experimentadas mientras escuchaban música dentro del grupo.

Como la terapia era parte de los procedimientos de la terapia ocupacional, los pacientes recibieron sesiones de musicoterapia como parte del tratamiento interno y/o ambulatorio, según los planes terapéuticos previamente diseñados.

El resto del tiempo, los pacientes continuaron con su programa de actividades diarias de hospitalización o ambulatorias. El Grupo 2 (n=43) fue aceptado como el grupo de control y se le indicó que continuara con sus actividades diarias. No se ofrecieron otros programas de arte terapias. Durante el programa terapéutico, a ambos grupos se les permitió tomar otros medicamentos no psicotrópicos y, de ser necesario, tener una charla/asesoramiento de apoyo.

Análisis de Datos

Un observador independiente (enfermero psiquiátrico) estuvo a cargo de cuantificar la adherencia a medicamentos psicotrópicos antes y al final de la musicoterapia, y 6 meses después de esta, basándose en la información obtenida de un miembro de la familia (o cuidador primario). La adherencia a la medicación se estimó mediante una evaluación específica. En un encuentro semanal de 20-30 minutos y como parte de un tratamiento psiquiátrico individual, un psiquiatra, un enfermero psiquiátrico experimentado (ambos observadores independientes, ciegos al tratamiento asignado) con al menos un miembro de la familia (o cuidador primario) completaban la evaluación semanal de adherencia al medicamento. Los parámetros incluidos en la evaluación, tales como el número actual y el tipo de medicamento psicotrópico, utilizan la duración del uso, el malestar con el uso y los efectos

secundarios. Considerando la información obtenida y por consenso, el grado de adherencia total basado en la escala Likert de 4 puntos (0=no adherencia, 3=mejor adherencia) al final de cada encuentro se registró en la historia clínica. En nuestro análisis, incluimos los resultados basados en los registros de las tres siguientes evaluaciones: inicial (después de la primera semana), después de la terapia (después de 8 semanas) y después de 6 meses.

Análisis estadístico

El estudio fue diseñado para tener un 80% de potencia. Los estudios de musicoterapia reclutaron menos sujetos (54 personas), lograron una potencia de 0,8 con un tamaño de efecto de 0,40 (15). Se compararon las características de los pacientes utilizando la prueba t para las variables continuas, y la prueba de Pearson² o la prueba exacta de Fisher para las variables dicotómicas. Se utilizó $P < .05$ para determinar la significación estadística. Los datos del ensayo se analizaron en base a una estrategia de análisis por intención de tratar. Los resultados de la adherencia a la medicación durante la primera semana de tratamiento se calcularon para distintos subgrupos mediante análisis de regresión logística, incluidos los términos para el tipo de medicación, el número de medicamentos, la duración y el tipo de diagnóstico, y los términos para ajustar a las posibles diferencias por factores que no estaban directamente relacionados con la MTG (es decir, sexo, género). A excepción de las estratificaciones de sitio, todos los valores P se ajustaron a los efectos del sitio. Los datos se analizaron con software SPSS-PC (version 9.0 para Windows).

Resultados

Como se muestra en la *Tabla 2*, la muestra consistió en 85 pacientes (52 hombres y 33 mujeres). Sus edades oscilaban entre 15 y 65 años (media: 34, 61 años; DE: 12,94). De los 85 sujetos que participaron en este estudio, 76 vivían con al menos un miembro de la familia y 9 vivían solos. Más de la mitad de los participantes (n = 53) eran solteros, 18 estaban casados, 12 estaban separados/divorciados y 2 eran viudos. La mayoría de ellos padecía esquizofrenia (n = 40), 18 trastorno bipolar, 17 otras psicosis no identificadas y 10 trastorno esquizoafectivo como diagnóstico primario. Casi la mitad de los sujetos estaban empleados (n = 45) y 40 estaban desempleados. Solamente 4 de los sujetos informaron

Tabla 2. Características demográficas de la Musicoterapia de Grupo y los grupos de control

	GRUPO 1 (MUSICOTERAPIA DE GRUPO)	GRUPO 2 (GRUPO DE CONTROL)	CHI-CUADRADO
Nro. de pacientes	42	43	
Edad (años ± DE)	33,5±12,6	35,7±13,3	
Género (F/M)	16/26	17/26	1,0
Duración de la enfermedad			
<5 años	20	22	.09
5-10 años	17	13	
>10 años	5	8	
Diagnóstico			
Trastorno Bipolar	10	8	.74
Trastorno Esquizoafectivo	6	4	
Esquizofrenia	19	21	
TPNE	7	10	
Estado civil			
Casado(a)	9	9	1,0
Viudo(a)	1	1	
Separado/Divorciado(a)	6	6	
Soltero(a)	26	27	
Empleado	23	22	.83
Vive con la familia	38	38	1,0
Número de psicotrópicos (más de 3)	6	7	1,0
Uso de medicamentos			
Antipsicóticos	21	21	0,71
Litio o Estabilizador del estado de ánimo	2	4	
Combinación	19	18	

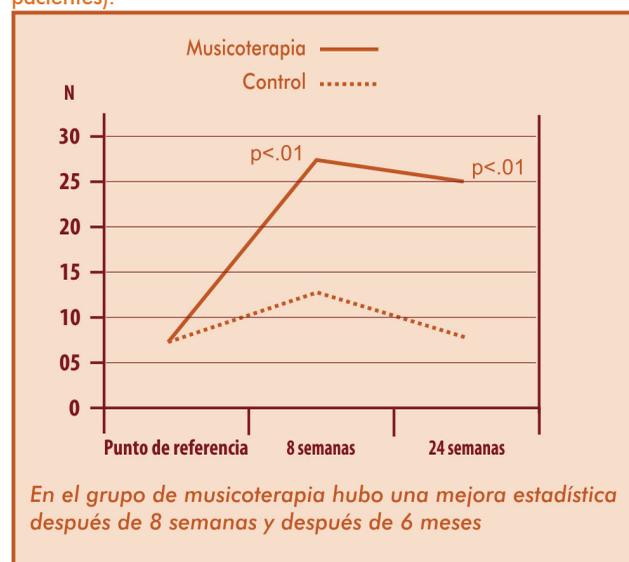
el uso previo o actual de técnicas de relajación, como la música (n = 2) y la oración (n = 2).

La diferencia de características demográficas entre los dos grupos no fue significativa al principio del estudio (Tabla 2). Los resultados de las comparaciones en cuanto al número de psicotrópicos, los efectos secundarios, la duración del tratamiento, el diagnóstico psiquiátrico y otros parámetros psicosociales se distribuyeron uniformemente en ambos grupos. Inicialmente, no se encontraron diferencias en pacientes con un resultado de 3 puntos (mejor puntaje, n=14) en la adherencia a la medicación entre grupos. El tipo de uso de la droga psicotrópica se distribuyó equitativamente en ambos grupos. Todos los pacientes completaron el estudio y nadie del grupo de musicoterapia (grupo 1) perdió más de una sesión.

En el grupo 1, luego de la terapia, hubo diferencias estadísticamente significativas en los valores de la Escala de Adherencia al Medicamento al compararlo con el grupo de control (73,8% vs. 16,2% , P<0.001). Después de 6 meses, a pesar de una disminución en los efectos del tratamiento durante el período de seguimiento, en el grupo de tratamiento persistía una significativa mejora en la Escala de Adherencia al Medicamento (69,0% vs. 16,3%, P<0.001) (Tabla 3). En la Figura 2 se muestran los valores de la Escala de Adherencia a la Medicación.

Además, en un modelo de regresión logística posterior al control de covariables (sexo, edad, número de medicación y diagnóstico), se mantuvieron las diferencias entre los grupos después de 8 semanas (gl=1; p .003) y después de 24 semanas (gl=1; p.014).

Figura 2. Comparación del Cumplimiento de la Medicación entre los grupos en el punto de referencia y después de 8 y 24 semanas (N=85). (Los datos se expresan como número de pacientes).



Comentarios

La esquizofrenia, la psicosis no especificada, el trastorno bipolar y el trastorno psicoafectivo se caracterizan por la presencia de alucinaciones, delirios, agitación psicomotora, conductas agresivas y síntomas asociados. La falta de efectividad con los psicotrópicos parece deberse relativamente a la no adherencia al tratamiento. Se ha sugerido que estas respuestas son significativas para el pronóstico curso de la enfermedad psicótica. Puede suponerse que un mayor grado de no adherencia esté relacionado con más recaídas, más síntomas psicóticos graves y rechazo social. Se están investigando modalidades terapéuticas auxiliares para mejorar la adherencia a la medicación en los pacientes psicóticos.

En la práctica diaria, en forma conjunta con la farmacoterapia, se utilizan ampliamente las psicoterapias para el tratamiento de pacientes que padecen las enfermedades psiquiátricas anteriormente mencionadas. En este estudio examinamos los efectos de la musicoterapia en pacientes psiquiátricos que usan psicotrópicos y observamos una mejora significativa en la adherencia al medicamento.

Se han realizado varios estudios sobre la aplicación de diversas técnicas de musicoterapia en ámbitos clínicos. Además, los efectos de la musicoterapia en pacientes con trastornos no psicóticos están bien documentados (Updike P., 1987; Mandle C., 1990; Koch

M., 1999; Doyle A., 1999; Jakobson A., 1999; Fratianne R., 2001).

También se encontró que era efectiva para el manejo del dolor agudo en el tratamiento del dolor causado por las quemaduras (Fratianne R., 2001). Recientemente, se ha informado acerca de la efectividad de algunos estudios sobre musicoterapia en el tratamiento de la ansiedad y el dolor relacionados con procedimientos médicos (Koch M., 1999; Doyle A., 1999; Jakobson A., 1999; Fratianne R., 2001). No obstante, últimamente se realizaron solamente dos estudios controlados en pacientes con trastornos crónicos, tales como trastornos esquizoafectivos y esquizofrenia. En el estudio llevado a cabo por Leung C. y col., en 1998, el grupo de karaoke mostró una interacción social mayor que el grupo de canto simple. En el segundo estudio, la musicoterapia demostró sus efectos positivos pero no durables en las mediciones de las relaciones personales y la sensación subjetiva de participación en un coro (Hayashi N. et al, 2001).

No hemos encontrado estudios sobre los efectos beneficiosos de la musicoterapia vinculados a la adherencia a la medicación de pacientes con esquizofrenia, psicosis no especificada, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo. En nuestro estudio, la mejora en el grado de adherencia total a la medicación persistió durante 6 meses. Los factores psicológicos y aquellos relacionados con la presencia de los efectos secundarios de los psicotrópicos son muy conocidos por su importancia en la adherencia de los pacientes con trastornos psicóticos. Pero nuestros pacientes fueron tratados independientemente (ya sea como internos o ambulatorios) y los efectos secundarios evaluados por el psiquiatra no presentaron diferencias entre los grupos. Además, en nuestro estudio, la mejora en la adherencia al medicamento parece ser independiente del tipo y/o número de medicamentos y duración del diagnóstico.

Después de ocho semanas de terapia, observamos mejoras en los resultados de adherencia a la medicación en el subgrupo de pacientes bipolares que se mantuvieron durante el período de seis meses. Pensamos que esto puede depender de los efectos rítmicos de la estructura de la musicoterapia en la modulación del estado de ánimo. Se desconoce si el mecanismo es complejo y de vías múltiples. Los pacientes pueden liberar sus sentimientos de un modo no agresivo tocando los tambores o cantando una canción, o expresar sus necesidades con represión. Davis y Boster (1988)

describieron cómo descubrieron que la música ayudaba a los pacientes psiquiátricos violentos internados a expresar diversos grados de emociones relacionadas con las canciones.

La música no se percibe con facilidad como biológicamente adaptable, no nos alimenta o protege contra el peligro, o prolonga nuestras vidas (Storr, A. 1999); sin embargo, algunas sensaciones molestas, como el dolor y la ansiedad, son disminuidas por su acción en la relajación y el aumento del umbral del dolor (Chlan, L. y col. 2000). Al causar relajación, ayuda a eliminar los mediadores del dolor y la ansiedad. Esto puede desempeñar un papel en los síntomas dolorosos de las quemaduras. La musicoterapia activaría también los sistemas neurotransmisores. Podemos pensar que para la activación de los sistemas serotoninérgico y simpático y el aumento de acumulación secundaria de norepinefrina (NE), esta actividad de la NE, que resulta de la inhibición de recaptación 5-HT más el antagonismo del receptor 5-HT (2A) en el sistema nervioso central, puede ser un factor de su efecto sedante (Szabo S. and Blier P., 2002). Los estudios han demostrado el efecto relajante de la música en pacientes esquizofrénicos (Glicksohn J. and Cohen Y., 2000) y su tendencia a percibir la música como algo atractivo (Nielzén S. and Cesarec Z., 1982).

Las debilidades del presente estudio deben ser mencionadas. Las personas que administraron la musicoterapia no estaban ciegas a las condiciones de tratamiento de los sujetos. En segundo lugar, no hubo tratamiento placebo para el grupo de control. Por lo tanto, el efecto de haber tenido simplemente reuniones no pudo distinguirse de la ventaja de la MTG encontrada en este estudio. Además, los sujetos de este estudio no eran representativos de los pacientes comunes hospitalizados con estas cuatro enfermedades (Esquizofrenia, Psicosis No Especificada, Trastorno Bipolar y Trastorno Esquizoafectivo). La investigación futura necesita adoptar un diseño para superar estas desventajas. Estos hallazgos indicaron que la evaluación de los psiquiatras, la del personal de enfermería clínica y las respuestas de los pacientes dieron resultados positivos en forma simultánea. Además, la calidad de las de las calificaciones de los psiquiatras estaba favorablemente controlada mediante la realización de un estudio de confiabilidad entre evaluadores o el logro de puntuaciones por consenso durante

el período de estudio. Asimismo, aunque la ventaja podría ser atribuible simplemente a los encuentros y no específica de la terapia, puede deberse al potencial de la musicoterapia para lograr la experiencia de un alto índice de asistencia por parte del grupo cohesivo. Como resultado, el tratamiento de trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, psicosis no especificada, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo es complejo y hay razones obvias para utilizar una combinación de modalidades terapéuticas. La musicoterapia parece ser efectiva contra la no adherencia en pacientes con estos trastornos. Nuevas investigaciones serían útiles para los siguientes fines:

1. confirmar el mecanismo de la musicoterapia en los resultados directos, como la adherencia al medicamento en pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos
2. apoyar el rol de la musicoterapia en los sistemas neurotransmisores y las respuestas de otros sistemas del cuerpo y
3. como la musicoterapia no tiene efectos secundarios y es relativamente económica, merece una mayor evaluación y aplicación total.

Referencias Bibliográficas

1. Sheitman, B. B. and Lieberman, J. A. The Natural History and Pathophysiology of Treatment Resistant Schizophrenia. *J Psychiatr Res* 1998;32(3-4):143-50.
2. Boxberger R. History of the national association for music therapy. In: National Association for Music Therapy (eds). *Musical Therapy*. Allen Press, Lawrence, 1962: 133-201.
3. Murai Y. Musical therapy in mental hospitals. In: Sakurai H (ed.). *Musical Therapy Studies*. Ongakunotomoshia, Tokyo, 1996: 151-170
4. Colt, Henri G. MD, FCCP. Powers, Anne NP. Shanks, Thomas G. MPH. Effect of Music on State Anxiety Scores in Patients Undergoing Fiberoptic Bronchoscopy*. *Chest*. 116(3):819-824, September 1999.
5. Koch, M. E., Kain, Z. N., Ayoub, C., Rosenbaum, S. H.. The Sedative and Analgesic Sparing Effect of Music. *Journal of Urology*. 161(4):1411, April 1999.
6. Doyle, A., McAlpine, M., Winke B., Effect of Music in reducing pain and anxiety during electrodiagnostic testing. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 1999; 78(2):184
7. Jacobson, Ann F. PhD, RN. Intradermal normal saline solution, self-selected music, and insertion difficulty effects on intravenous insertion pain. *Heart & Lung: Journal of Acute & Critical Care*. 1999; 28(2):114-122
8. Augustin, Penny RN, MS. Hains, Anthony A. Phd. Effect of Music on Ambulatory Surgery Patients' Preoperative Anxiety. *AORN Journal*. 1996; 63(4):750-758

9. Dubois, James M. MHA RRT. Bartter, Thaddeus MD FCCP. Pratter, Melvin R. MD FCCP. Music Improves Patient Comfort Level During Outpatient Bronchoscopy*. Chest. 1995; 108(1):129-130
10. Arts, S. E.. Abu-Saad, H. H. Champion, G. D. Crawford, M. R. Fisher, R. J.. Juniper, K. H.. Ziegler, J. B. Age-Related Response to Lidocaine-Prilocaine (EMLA) Emulsion and Effect of Music Distraction on the Pain of Intravenous Cannulation. Pediatrics. 1994; 93(5):797-801.
11. Gaberson, K.B., "The effect of humorous and musical distraction on preoperative anxiety," AORN Journal 1995; 62 784-791.
12. Mandle CL. Domar AD. Harrington DP. Leserman J. Bozadjian EM. Friedman R. Benson H. Relaxation response in femoral angiography. Radiology. 1990; 174:737-9
13. Heitz L. Symreng T. Scamman FL. Effect of music therapy in the postanesthesia care unit: a nursing intervention. Journal of Post Anesthesia Nursing. 1992; 7(1):22-31
14. Beck SL. The therapeutic use of music for cancer-related pain. Oncology Nursing Forum. 1991; 18(8):1327-37.
15. Chlan L. Effectiveness of a music therapy intervention on relaxation and anxiety for patients receiving ventilatory assistance. Heart Lung 1998;27:169-76.
16. Pfeiffer H, Wunderlich S, Bender W, Els U, Horn B. Freie Musikimprovisation mit schizophrene Patienten. Kontrollierte Studie zur Untersuchung der therapeutischen Wirkung. Rehabilitation 1987; 26: 184-192
17. Tang W, Yao X, Zheng Z. Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia. Br. J. Psychiatry 1994; 165 (Suppl. 24): 38-44.
18. Leung CM, Lee G, Cheung B et al. Karaoke therapy in the rehabilitation of mental patients. Singapore Med. J. 1998; 39: 166-168.
19. Hayashi N. Tanabe Y. Nakagawa S. Noguchi M. Iwata C. Koubuchi Y. Watanabe M. Okui M. Takagi K. Sugita K. Horiuchi K. Sasaki A. Koike I. Effects of group musical therapy on inpatients with chronic psychoses: a controlled study. Psychiatry & Clinical Neurosciences. 2002; 56(2):187-93
20. Schmuttermayer R. Possibilities for inclusion of group music therapeutic methods in the treatment of psychotic patients. Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie. 1983; 35(1):49-53,
21. Bollea E. Guarino A. Group music therapy in the comprehensive management of psychosis. Minerva Psichiatrica. 1991; 32(2):109-17
22. Davis DL, Boster L Multifaceted therapeutic interventions with the violent psychiatric inpatient. Hospital and Community Psychiatry. 1988; 39 (8): 867-869.
23. Chlan L. Evans D. Greenleaf M. Walker J. Effects of a single music therapy intervention on anxiety, discomfort, satisfaction, and compliance with screening guidelines in outpatients undergoing flexible sigmoidoscopy. Gastroenterology Nursing. 2000; 23(4):148-56
24. Szabo ST. Blier P. Effects of serotonin (5-hydroxytryptamine, 5-HT) reuptake inhibition plus 5-HT(2A) receptor antagonism on the firing activity of norepinephrine neurons. Journal of Pharmacology & Experimental Therapeutics. 2002; 302(3):983-91
25. Glicksohn J, Cohen Y. Can music alleviate cognitive dysfunction in schizophrenia? Psychopathology 2000; 33: 43-47.
26. Nielzén S, Cesarec Z. Emotional experience of music by psychiatric patients compared with normal subjects. Acta Psychiatr. Scand. 1982; 65: 450-460.
27. Updike, P. A. and Charles, D. M. Music Rx: Physiological and Emotional Responses to Taped Music Programs of Preoperative Patients Awaiting Plastic Surgery. Ann Plast. Surg 1987;19(1):29-33.
28. Fratianne, R. B., Prensner, J. D., Huston, M. J., Super, D. M., Yowler, C. J., and Standley, J. M. The Effect of Music-Based Imagery and Musical Alternate Engagement on the Burn Debridement Process. J Burn Care Rehabil. 2001;22(1):47-53.

Aportes de la autora: Concepto y diseño del estudio, adquisición de datos, análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito, revisión crítica del contenido intelectual importante del manuscrito, conocimientos especializados en estadística, obtención de fondos y respaldo administrativo, técnico o material, supervisión del estudio, comisión de control y seguridad de datos: Ruby Castilla, MD.

Personal del estudio: personal del Hospital Santa Clara, personal del Hospital San Ignacio, personal del Hospital Federico Lleras Acosta y personal del Centro de Atención Los Alcazares.

Agradezco a Nora Danies, MD; Orlando Gongora, MS; Yaneth Valero MSW; Yaneth Vargas, RN; Carmen L. Pava, MS; Fernando Guzman, MD; María Cristina de Taborda, MD; Cecilia de Santacruz, PhD; Pablo Rodriguez, MD; Elena de Restrepo, MD; al personal y miembros de la familia que participaron en esta investigación, de Colombia, por su diligencia y el enorme esfuerzo realizado para el éxito de este estudio; y al Dr. James Perel de la Universidad de Pittsburgh, por su revisión y por el impulso para publicar este estudio.

Espectro del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, un enfoque dimensional del Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Obsessive-Compulsive Spectrum Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder dimensional approach

Dr. Ricardo Pérez Rivera

Médico Psiquiatra
Director Médico del Bio-behavioral
Institute, Buenos Aires
Coordinador de la Sección
Trastornos de la Ansiedad, APAL
Av. Del Libertador 930, 4to piso
2do cuerpo. C.A.B.A.
Argentina
rperezrivera@hotmail.com

Dra. Tania Borda

Doctora en Psicología
Investigadora CONICET
Titular Cátedra Terapia
Cognitivo-Conductual,
Facultad de Psicología UCA
Av. Del Libertador 930, 4to piso
2do cuerpo. C.A.B.A.
Argentina
taniaborda@hotmail.com

Los autores no declaran
conflicto de intereses

Resumen El artículo presenta una revisión histórica del espectro obsesivo-compulsivo. Se explica el enfoque dimensional del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y su aplicación en la clínica y terapéutica del mismo.

El concepto del espectro obsesivo-compulsivo es un buen punto de partida, todavía ampliamente abarcativo y poco definido. La ausencia de criterios operacionales, nos lleva a plantear cuan parecido al TOC debe ser un trastorno para ser considerado parte del espectro. El TOC a su vez es muy heterogéneo y desordenes que se asemejan a un subtipo de TOC se distancian de otro, como ejemplo, la hipocondriasis desde lo ideatorio y la tricotilomania desde lo compulsivo.

Es imperativo conocer la historia del concepto, para entender el sentido de la creación del nuevo capítulo del TOC y trastornos relacionados en el DSM-5 de reciente publicación.

Palabras clave: Espectro, TOC, Obsesivo, Compulsivo, DSM-5

Abstract This article presents a historical overview of obsessive-compulsive spectrum. It explains the Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) dimensional approach and its application in the clinical and therapeutic field.

The concept of obsessive-compulsive spectrum is a good starting point, still widely comprehensive and poorly defined. The absence of operational criteria leads us to consider how similar to OCD should be a condition to be considered part of the spectrum. OCD is very heterogeneous, and disorders resembling a subtype of OCD are distanced from the other; as an example, hypochondriasis from its ideatorian aspect and trichotillomania from the compulsive aspect.

It is imperative to know the history of the concept, to understand the meaning of creation of the new chapter of OCD and related disorders in the DSM-5 recently published.

Keywords: Spectrum, OCD, Obsessive, Compulsive, DSM-5

Introducción

Uno de los eventos más importantes de la psiquiatría en el presente año es la publicación del DSM-5 (Manual Estadístico y Diagnóstico de las Enfermedades Mentales en su quinta versión). En el mismo aparece como novedad el capítulo del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y trastornos relacionados (1). Para poder entender la existencia de este capítulo hay que tener en cuenta las investigaciones publicadas en los últimos veinte años en relación al espectro obsesivo-compulsivo.

La propuesta es primero entender que es un espectro, luego focalizar en el espectro obsesivo-compulsivo con la descripción de los modelos más aceptados y evaluar las modificaciones propuestas a través del tiempo.

Espectro Obsesivo-Compulsivo

Un espectro es una manera abarcativa de abordar un grupo de trastornos tomando como eje un trastorno psiquiátrico mayor, están propuestos Espectros Afectivos, de Psicosis, de Autismo y entre otros el Obsesivo-Compulsivo (2, 3, 4).

Los desordenes propuestos para estar incluidos dentro del espectro del TOC, deben compartir algunas de estas características (2):

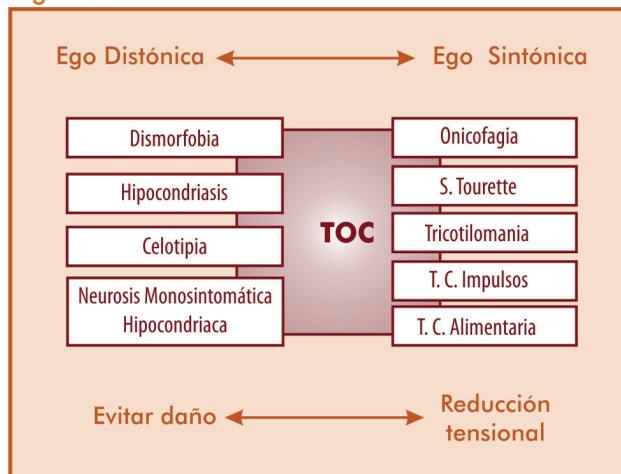
- Perfil sintomático: caracterizado por pensamientos obsesivos intrusivos o conductas repetitivas
- Características asociadas
 - Demográficas (prevalencia por sexo, edad de comienzo)
 - Curso clínico
 - Comorbilidad
 - Historia Familiar
- Neurobiología (estudios farmacológicos, imágenes, inmunológicos)
- Respuesta a terapia conductual específica para fenómenos obsesivos, farmacoterapia
- Etiología: genética, factores del medio ambiente

Así se fueron proponiendo distintos espectros obsesivo-compulsivo, se puede decir tanto como investigadores hay en el tema, diferenciándose según el eje que se tenga en cuenta al pensarlo o confeccionar.

Los Drs. Rasmussen y Eisen (5), hace veinte años, en un artículo donde revisan los diagnósticos diferenciales y patologías comórbidas del TOC, concluyen el mismo proponiendo uno de los primeros espectros

del TOC tomando como eje ego-sintonía – ego-distonia y evitar el daño – reducción tensional. De esta manera separaron por un lado los trastornos asociados al TOC en donde los pacientes tienen más conciencia de enfermedad y a través de la sintomatología buscan un alivio del malestar, como sucede en el TOC con los rituales (6); y por otro lado están los trastornos con menor conciencia de enfermedad y más ideatorios como en las obsesiones del TOC sobre todo cuando se presenta con moderado o bajo *insight* (7). (Fig. 1)

Figura 1

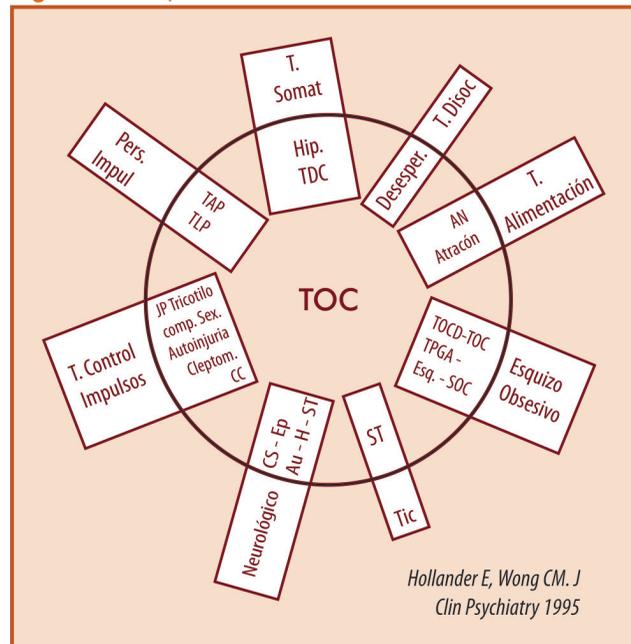


El espectro obsesivo-compulsivo más citado y ampliamente aceptado en la actualidad es el propuesto por los Drs. Eric Hollander y Cheryl Wong, en el año 1993/95 (8, 2, 9). La mayor crítica que recibe este supuesto teórico es su amplitud en cuanto a cantidad de trastornos incluidos en el mismo. (Fig. 2).

Los autores subdividen el espectro en tres grandes grupos. El primer grupo de desordenes está conformado por trastornos en donde lo que predomina es una marcada preocupación con la apariencia física, sensación o imagen corporal, asociadas con conductas dirigidas a reducir la ansiedad o malestar que producen estas preocupaciones. Se incluyen en este grupo “somático”, el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), Hipocondriasis, Trastornos de la conducta alimentaria como la Anorexia Nerviosa (AN) y el desorden por Atracónes Alimenticios. Este grupo de pacientes tienen una tendencia a presentar ideación sobrevalorada, bajo *insight*, lo que genera cierta resistencia al tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico (cognitivo-conductual) y empobrece su pronóstico. De este grupo el TDC es el único trastorno incluido en el capítulo del TOC y Trastornos Relacionados en

el DSM-5 (1), dejando de pertenecer al capítulo de los Trastornos Somatoformes como figuraba en el DSM-IV-TR (10).

Figura 2. El Espectro de los Trastornos Relacionados con el TOC



Abreviaciones: AU (autismo), AN (anorexia nerviosa), CC (compulsión compulsiva), Cleptom. (cleptomanía), Comp. Sex. (compulsión sexual), CH (corea de Sydenham), JP (juego patológico), Desper. (Trastorno de despersonalización), Ep (epilepsia), Hip. (hipocondría), H (enfermedad de Huntington), Pers. Impul. (personalidades impulsivas), Esq-SOC (esquizofrenia comórbida con sintomatología obsesivo-compulsiva), ST (síndrome Gilles de la Tourette), T. Disco. (trastornos disociativos), T. Somat. (trastornos somáticos), Tricotilo. (tricotilomanía), TAP (trastorno de personalidad antisocial), TDC (trastorno dismórfico de personalidad), TLP (trastorno límite de la personalidad), TOCD (trastorno obsesivo-compulsivo delirante), TOC-TPGA (trastorno obsesivo-compulsivo asociado a trastorno de personalidad del grupo A).

El segundo grupo de desordenes del espectro es el que prevalece la impulsividad o una tendencia a la misma. Conformado por el Juego Patológico (JP), Compulsión a Comprar (CC), Compulsión Sexual, Cleptomanía, Tricotilomanía, Auto-injuria, y dentro de los trastornos de personalidad, el Trastorno de Personalidad Límite (TLP) y el Antisocial (TAP). La mayor dificultad que nos presenta este grupo de pacientes es el de mantenerlos en tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico, llevándolos a situaciones riesgosas, aumento de la sintomatología y recaídas frecuentes.

El tercer grupo es el “neuroológico”, el cual incluye desordenes neuroológicos que presentan frecuentemente conductas compulsivas o ritualísticas y comorbilidad con TOC (2, 8, 9). Recíprocamente los pacientes con

TOC presentan gran comorbilidad con Tics, además de signos suaves neurológicos (2, 8, 9, 11). Se incluyen dentro de esta categoría al Autismo (Au), donde se ven afectadas las áreas de la producción imaginaria-abstracta, afectiva y comunicativa, con un núcleo compulsivo caracterizado por movimientos estereotipados, búsqueda de simetría-orden y conductas repetitivas rígidas; el Trastorno de Asperger, el cual presenta menor disturbio de la comunicación en relación al autismo, pero con un marcado deterioro en la capacidad de socializar, asociado con conductas estereotipada y rígidamente repetitiva; Trastorno de Gilles de la Tourette, involucra tics múltiples fónicos y motrices, simples y complejos, se presenta frecuentemente asociado con conductas obsesivo-compulsivas o comórbido con un TOC; la Corea de Sydenham (CS), aparece siguiendo una fiebre reumática o infección por estreptococo β hemolítico, su fisiopatología involucra los ganglios basales y presenta conductas repetitivas, compulsivas y gran ansiedad (12). Esto llevó a la creación del nuevo especificador, TOC relacionado a Tics, en el DSM-5 (1).

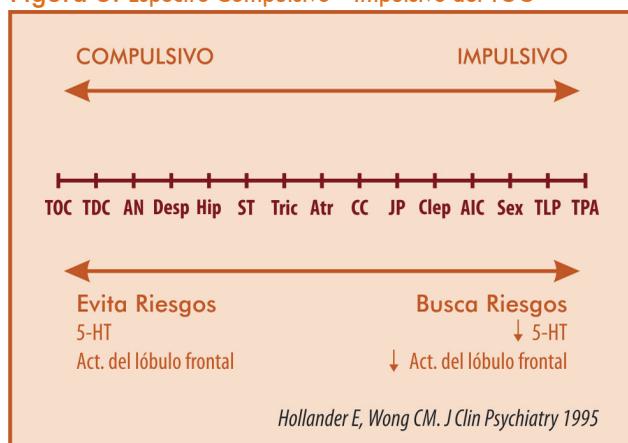
De este gran espectro obsesivo-compulsivo se desprenden dos subespectros, el Espectro Compulsivo - Impulsivo y el Espectro Esquizo - Obsesivo.

El Espectro Compulsivo - Impulsivo, en realidad el subespectro (2, 8, 9), ordena los desordenes asociados al TOC tomando como eje la tendencia a la compulsividad o la impulsividad. Los trastornos que se encuentran en el extremo compulsivo del espectro, como ser el Trastorno obsesivo-Compulsivo, Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), la Anorexia Nerviosa (AN) y la Hipocondriasis, presentan como característica alto grado de evitación del daño, aversión al riesgo, resistencia, ansiedad anticipatoria, y no buscan gratificarse mediante la conducta. En el otro polo, el impulsivo, los Trastornos de Personalidad y los Trastorno del Control de los Impulsos, tienen bajo nivel de evitación del daño, tienden a buscar riesgos, no miden las consecuencias de sus actos, baja resistencia y ansiedad anticipatoria, y tienden a percibir cierta gratificación luego de efectuada la conducta que por otro lado deben llevar adelante a pesar de ser conscientes de las dificultades que le acarrearán. (Fig. 3)

La mayoría de los modelos biológicos del espectro obsesivo-compulsivo, recalcan la importancia de la serotonina (5-HT) en la fisiopatología del espectro. Para

investigar el polo compulsivo el equipo del Dr. Hollander realizo pruebas estímulo-respuesta con m-CPP (m-clorofenilpiperazina) un agonista serotoninérgico. El resultado fue aumento de la severidad de la sintomatología obsesivo-compulsiva en la mitad de los pacientes con TOC (13). El estudio del polo impulsivo utilizando la misma técnica, revelo que el m-CPP no causa sintomatología obsesiva, pero si despersonalización o desinhibición, en los pacientes con sintomatología nuclear de Trastorno de Personalidad Límite (14).

Figura 3. Espectro Compulsivo – Impulsivo del TOC



Abreviaciones: AN (anorexia nerviosa), CC (compra compulsiva), Atr (atracones), Clep (cleptomanía), C. Sex. (compulsión sexual), JP (juego patológico), Desp (trastorno de despersonalización), Hip. (hipocondría), ST (síndrome Gilles de la Tourette), Tric (tricotilomanía), TAP (trastorno de personalidad antisocial), TDC (trastorno dismórfico de personalidad), TLP (trastorno límite de la personalidad), TOC (trastorno obsesivo-compulsivo).

En aquellos pacientes que experimentaron exacerbación de la sintomatología obsesivo-compulsiva al administrárseles m-CPP, se demostró incremento del flujo sanguíneo en las áreas frontales del cerebro (15). Se ha demostrado a través de estudios doble ciego-control la eficacia de los Inhibidores de la Recaptación de la Serotonina (IRS) en el tratamiento del TOC, siendo la tasa de respuesta de hasta un 60% y con distintas estrategias de aumentación se eleva hasta un 80% - 90% (16). En relación a los desordenes del espectro obsesivo-compulsivo, se cuenta con poca información valedera, la inmensa mayoría son estudios abiertos en donde se demuestra cierta eficacia del mismo grupo de drogas para el tratamiento del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), la Anorexia Nerviosa (AN), la Hipocondriasis, Trastorno de Personalidad Límite, los Trastorno del Control de los Impulsos (Juego Patológico, Compulsión Sexual y Parafilias), y Trastorno de Despersonalización. Se obser-

va, un patrón de respuesta distinto entre ambos polos del espectro compulsivo/impulsivo; Los pacientes del polo compulsivo, tienen un tiempo de latencia mayor antes de observarse la respuesta al tratamiento, una vez alcanzada la mejoría la misma se mantiene en la medida que no se varíe la dosis del fármaco; en los pacientes del polo impulsivo, las respuesta al tratamiento cuando se da se nota antes y la mejoría se puede perder a pesar de mantener la dosis del fármaco.

Antes de pasar al espectro esquizo-obsesivo, debemos detenernos en lo que denomino el espectro cognitivo (3, 4)(Fig. 4). El Dr. Yaryura Tobías (17), el Dr. Hollander (2), la Dra. Phillips (16) y muchos otros investigadores sostiene que las variantes psicóticas de los trastornos del espectro obsesivo serían formas graves de los trastornos pero no otro trastorno en si mismo. De esta manera, el TOC sin *insight* no es una psicosis obsesiva, el Trastorno Delirante de Tipo Somático no tendría razón de existir como categoría y serían formas severas de TDC o Hipocondría, lo mismo se observa en algunos casos de Anorexia Nerviosa. Estas investigaciones sirvieron como aval para la creación del nuevo especificador del nivel de *insight* (conciencia de enfermedad) incluido en el DSM-5 para el TOC, TDC y Acopio Compulsivo (1)

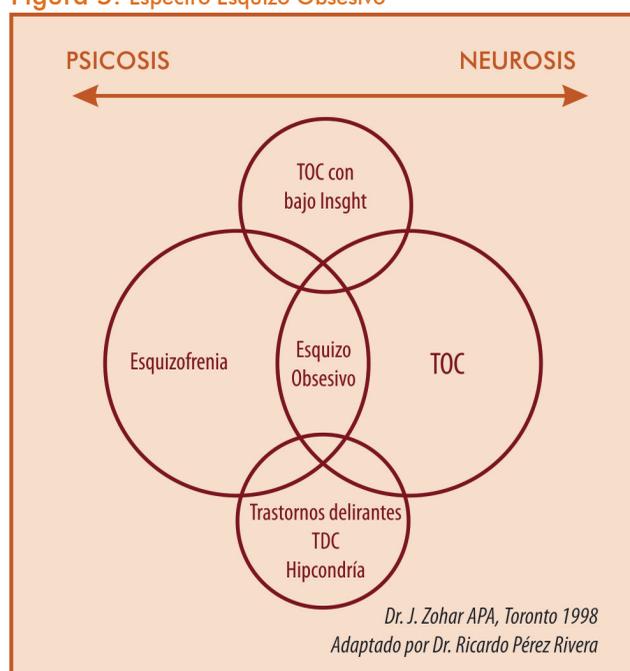
Figura 4. Espectro Cognitivo



La aparición de síntomas obsesivos en el primer episodio de esquizofrenia llega hasta un 15% (18). Durante muchos años los clínicos publicaron trabajos reportando la relación entre los fenómenos obsesivo-compulsivos y los trastornos del espectro psicótico (19, 20, 21, 22). Los cuadros de TOC asociados con síntomas de características psicóticas, se los denominó “Psicosis Obsesiva” (22), luego “TOC con características Psicóticas” (19), y aquellos casos en donde el TOC se encuentra comórbido con un Trastorno de Personalidad del Grupo A (Paranoide, Esquizoide o Esquizotípico) se los denomina paciente “Esquizo-Obsesivos” (20), esta asociación se da hasta en un 20% de los TOC (18).

El Espectro Esquizo-Obsesivo (Fig. 5), en realidad un subespectro, es un intento de pensar estos cuadros de forma dimensional, aceptando que un paciente puede pasar en el transcurso de su enfermedad de tener características “neuróticas” (no-psicosis) con conciencia de enfermedad y adecuado insight, a presentarse con pérdida de insight, sin conciencia de enfermedad, claramente condicionado por sus pensamientos, y no dejar de padecer el mismo trastorno. Con el nuevo especificador del nivel de insight, el TOC con bajo o nulo *insight*, el Esquizo-TOC, TDC de características delirantes, quedan comprendidos dentro del capítulo TOC y Trastornos relacionados en el DSM-5 (1).

Figura 5. Espectro Esquizo Obsesivo



Desde el punto de vista sintomatológico los desordenes incluidos en el Espectro Obsesivo-Compulsivo comparten alguno de los síntomas centrales del desorden, pensamientos intrusivos repetitivos, conductas ritualísticas o compulsivas. El trastorno Dismórfico Corporal (TDC), es tal vez el desorden que más criterios cumple para estar incluido en este espectro (23, 24), el paciente padece de ideas con características obsesiva en relación a su apariencia, las cuales son involuntarias e imposible de controlar y por lo general arman una serie de rituales muchas veces con la finalidad de disminuir el malestar generado por las ideas, como ser el chequear el supuesto defecto en espejos o superficie que reflejen, tocar repetidamente el área en cuestión (ej. nariz, ca-

bello, etc), evitar situaciones en donde sienta expuesto su defecto (ej. reuniones, citas, etc), perder más de una hora diaria en la confección de los rituales (25). El TDC suele presentarse con mayor frecuencia en relación al TOC con ideas sobrevaloradas, bajo o nulo *insight* y pensamientos bizarros (25, 26).

El síndrome de Gilles de la Tourette (SGT) fenomenológicamente se asemeja al TOC más por lo conductual, rituales o compulsiones, que por lo ideatorio. Esta establecida una relación desde la comorbilidad, siendo mayor la incidencia de TOC o conductas obsesivo-compulsiva entre los pacientes con SGT en comparación con la población general (11), inversamente la incidencia de SGT en el TOC es del 15% y la incidencia de tics es de hasta un 59% (12) notablemente superior a la población general (0,03% – 0,04% y 4% - 12% respectivamente). También se encontró una relación desde lo heredo-familiar, los pacientes con TOC tienden a tener algún familiar de primera línea con antecedentes de tics o SGT, en particular aquellos con comienzo temprano del TOC (antes de los 10 años) (27).

El contenido y las características del mecanismo ideatorio del componente cognitivo en los pacientes Hipcondríacos se asemeja a las ideas obsesivas de contenido somático de los pacientes con TOC, siendo en algunas ocasiones difícil de realizar el diagnóstico diferencial. Los hipondríacos también entran en rituales para chequear su “afección clínica” y conductas de evitación con el fin de disminuir su malestar o evitar riesgos de empeorar. Uno de los puntos que los diferencian es que la hipocondriasis se acompaña de sensaciones somáticas y peor *insight* o conciencia de enfermedad en relación al TOC (16).

En la tricotilomanía (16), la necesidad de arrancarse el pelo esta asociada con un incremento del estrés. El hecho de arrancarse uno mismo los pelos se puede interpretar como un calmante de dicha tensión o estrés, a semejanza del ritual en relación a la idea obsesiva. Por otro lado, debido a la repetición y a la acción, la conducta del tricotilomaniaco parece ser muy compulsiva. El concepto de espectro obsesivo-compulsivo tiene validez desde la perspectiva de investigación y práctica clínica, como así también desde la conceptualización teórica.

El médico psiquiatra al evaluar un paciente del espectro obsesivo-compulsivo, debería poder pensar en los

otros trastornos incluidos. De esta forma el concepto de espectro, es útil al momento de realizar el diagnóstico diferencial, búsqueda de comorbilidad, antecedentes familiares y planificación del tratamiento con una visión más amplia de la problemática. Desde la investigación clínica, la hipótesis del espectro implica moverse de la clasificación categorial por conjunto de síntomas hacia una clasificación basada en una presunta patogénesis abarcadora de distintos síndromes o trastornos (17).

El concepto del Espectro Obsesivo-Compulsivo padece de numerosas limitaciones, la mayoría de los trastornos incluidos no han recibido la suficiente investigación clínica, por lo cual sabemos poco sobre su fisiopatología, clínica, comorbilidad, historia familiar y terapéutica. Pocos estudios se han realizado para corroborar la relación de los distintos trastornos con el espectro, y la vinculación entre ellos más allá del TOC. Algunos de los trastornos están incluidos en más de un espectro, por ejemplo el TDC esta dentro del espectro de los trastornos afectivos y del espectro de los trastornos somáticos, lo mismo sucede con la hipocondriasis, el mismo TOC esta incluido dentro del espectro del autismo (28).

Tal vez el área de mayor interés para el desarrollo de este concepto, es la investigación neurobiológica (29-33) pudiéndose en un futuro determinar si un trastorno pertenece o no a la gran familia del TOC por el perfil inmune, estudios por imágenes funcionales o marcadores biológicos.

Conclusión

Es interesante observar como ya en 1992 Rasmussen y Eisen en la descripción de su propuesta de espectro incluyen a la Dismorfofobia y Tricotilomania. Veinte años después con el advenimiento del DSM-5, se avalla su asociación al TOC, si bien la distribución de los trastornos en función de la ego-sintonía o ego-distonía ya no cuenta con consenso de parte de los especialistas en TOC.

En relación al espectro propuesto por Hollander, si bien es el que contó con mayor aceptación mundial, peca de ser sobreinclusivo.

Es de destacar el denominado espectro cognitivo, concepto que publiqué en el año 2004, basándome en las publicaciones en relación al TOC y el espectro esquizo-obsesivo. Actualmente esta considerado en el DSM-5, dentro de los especificadores de *insight*.

El TOC y su espectro son unos de los trastornos más fascinantes y complicados de entender y tratar en la psiquiatría actual.

Similitudes entre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Desordenes seleccionados del Espectro (16)

	TDC	S. DE LA TOURETTE	HIPOCONDRIÁ	TRICOTILOMANIA
Síntomas	+++	++	++	++
Comorbilidad TOC	++	+++	+	+
Relación familiar	++	+++	+	+
Respuesta al tratamiento	++	0	+	+

El concepto del espectro obsesivo-compulsivo es un buen punto de partida, todavía ampliamente abarcativo y poco definido. La ausencia de criterios operacionales, nos lleva a plantear cuan parecido al TOC debe ser un trastorno para ser considerado parte del espectro, el TOC a su vez es muy heterogéneo y desordenes que se asemejan a un subtipo de TOC se distancian de otro, como ejemplo, la hipocondriasis desde lo ideatorio y la tricotilomania desde lo compulsivo.

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed, (DSM-5). American Psychiatric Publishing, 2013. p. 235-264.
2. Hollander E, Wong CM. Spectrum, Boundary, and Subtyping: Implications for treatment-refractory Obsessive-Compulsive Disorder. En: Wayne K. Goodman, editor. Obsessive-Compulsive Disorder. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2000. p. 3-22.
3. Pérez-Rivera R. El Espectro Obsesivo-Compulsivo. *Anxia* 2004; 10: 22-30.

4. Pérez-Rivera R. El Espectro Obsesivo-Compulsivo. En: Cia AH, editor. *El Trastorno Obsesivo-Compulsivo y su Espectro*. Bs As: Polemos; 2007. p. 223-238.
5. Rasmussen SA, Eisen JL. The Epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992; 53 (4): 4-10.
6. Marks I. *Fears, Phobias and Rituals. Panic, Anxiety and their Disorders*. New York: Oxford University Press; 1987.
7. Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990; 51(suppl): 10-13.
8. Hollander E, Wong CM. Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. *J Clin Psychiatry* 1995; 56 (4): 3-6.
9. Hollander E. Obsessive-compulsive spectrum disorders: an overview. *Psychiatric Annals* 1993; 23 (7): 355-358.
10. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, revised (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
11. Leckman JF, McDougle CJ, et al. Tic-Related Versus Non-Tic-Related Obsessive-Compulsive Disorder. En: Wayne K. Goodman. *Obsessive-Compulsive Disorder*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2000. p. 43-68.
12. Swedo SE. Sydenham's chorea. A model for childhood autoimmune neuropsychiatric disorders. *JAMA* 1994; 272 (22): 1788-1791.
13. Hollander E, DeCaria CM, et al. Serotonergic function in obsessive-compulsive disorder: behavioral and neuroendocrine response to oral m-chlorophenylpiperazine and fenfluramine in patients and healthy volunteers. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 21-28.
14. Hollander E, Stein DJ, et al. Serotonergic sensitivity in borderline personality disorder: preliminary findings. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 277-180.
15. Hollander E, Prohovnik I, et al. Increased cerebral blood flow during M-CPP exacerbation of obsessive-compulsive disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1995; 7(4): 485-90.
16. Phillips K. The obsessive-compulsive spectrums. *Psychiatric Clinics of North America* December 2002; 25 (4).
17. Yaryura Tobías JA, Neziroglu F, Pérez-Rivera R. Teoría unificada del trastorno obsesivo-compulsivo. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat* 1999; 45 (4): 339-347.
18. McDougle CJ, Wayne KG, et al. Dopamine Antagonists in Tic-Related and Psychotic Spectrum Obsessive Compulsive Disorder. *J Clin Psychiatry* 1994; 55 (3): 24-31.
19. Insel TR, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 1527-1533.
20. Jenike MA, Baer L, et al. Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 530-532.
21. Pigott TA, L'Heureux F, Dubbert B, et al. Obsessive-compulsive disorder: comorbid conditions. *J Clin Psychiatry* 1994; 55 Supl: 15-27.
22. Slyom L, DiNicola VF, et al. Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of atypical form of obsessive-compulsive neurosis. *Can J Psychiatry* 1985; 30: 372-379.
23. Pérez-Rivera R, Borda Tania. The etiology of Body Dysmorphic Disorder. *Psychiatric Annals* Septiembre 2001; Volúmen 31, N° 9.
24. Borda T, Neziroglu F, Santos N, Donnelly K, Perez-Rivera R. Status of body dysmorphic disorder in Argentina. *Journal of Anxiety Disorders* 2011; 25: 507-512.
25. Pérez-Rivera R, Borda T. Trastorno Dismórfico Corporal. En: Cia AH, editor. *El Trastorno Obsesivo-Compulsivo y su Espectro*. Buenos Aires: Polemos; 2007. p. 223-238.
26. Yaryura-Tobías JA, Neziroglu F, Pérez-Rivera R, Borda T. *Obsesiones Corporales*. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2006.
27. Borda T, Feinstein BA, Neziroglu F, Vecchia T, Perez-Rivera R. Are children with obsessive-compulsive disorder at risk for problematic peer relationships? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 2013; 2: 359-365.
28. Pérez-Rivera R, Borda T. Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Ansiedad y Depresión. *Anxia* 2011; 38-46.
29. Denys D, et al. The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *J. Clin. Psychiatry* 2004; 65: 11-17.
30. Denys D, Van Nieuwerburgh F, Deforce D, et al. Association between the dopamine D(2) receptor TaqI A2 allele and low activity COMT allele with obsessive-compulsive disorder in males. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006; 16: 446-450.
31. Goddard AW, Shekhar A, Whiteman AF, McDougle CJ. Serotonergic mechanisms in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Drug Discovery Today* April 2008; Volume 13, Number 7/8: 325-332.
32. Insel TR, Mueller EA, Alterman I, et al. Obsessive-compulsive disorder and serotonin: is there a connection?. *Biol Psychiatry* 1985; 20: 1174-1188.
33. Rosenberg DR, et al. Decrease in caudate glutamatergic concentrations in pediatric obsessive-compulsive disorder patients taking paroxetine. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2000; 39: 1096-1103.

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 los procedimientos estadísticos empleados, o la opinión de algún evaluador externo a la revista.

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

Envío de trabajos

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

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

Tipos de trabajos

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

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

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

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

ORGANIZACIÓN INTERNA DE CADA TIPO DE MANUSCRITO

Instrucciones generales

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

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

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

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

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

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

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

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

Agradecimientos

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

Referencias bibliográficas

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

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

Ejemplo:

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

Referencias bibliográficas

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

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

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

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

Se ilustran a continuación los principales casos:

Artículos de revistas

1. Artículo estándar

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

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

2. Autor corporativo

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

3. Suplemento de un volumen

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

Libros y otras fuentes de información impresa

4. Autores individuales

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

5. Editor(es) como autores

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

6. Capítulo de libro

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

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

7. Actas de conferencias

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

8. Ponencia presentada en un Congreso

Bengtsson S, Solheim BG. *Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff 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 lo suficientemente explicativas como para que los lectores puedan comprender la figura sin recurrir al texto.

Tablas

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

Abreviaturas

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

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

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

ANTES DE ENVIAR EL MANUSCRITO

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

Hoja de título

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

Resumen

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

Resumen en inglés

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

Cita correcta de la bibliografía

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

Figuras

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

Tablas

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

Declaración de posibles conflictos de intereses

- ¿Están debidamente aclarados?