

Revista  
Latinoamericana de  
**PSIQUIATRÍA**

Órgano oficial de la Asociación de Psiquiatras de América Latina

**Editorial**

*Afzal Javed*

**Psicoterapia aplicada a la psiquiatría en latinoamérica: la terapia breve estratégica**

*Cesar A. Arango-Dávila, Luis A. Montenegro Chamorro, William A. Sánchez Medina, Claudia C. Salazar Montoya, M. Fernanda Rivera Cabal, M. Andrea Hernández Perilla, Natalia Ortiz Afanador*

**APAGGA, un Programa de Gestión Pública para Dejar de Fumar: Incorporando una Modalidad de Realidad Virtual**

*Florencia Caneto, Emilio Goldenhersch, María Sol Rassi, Graciana Nocetti, Nicolas Rosencovich, Cristian Waitman, Florencia Maiocco, Darío Gigena Parker*

**Acompañamiento gestacional y parto humanizado desde la psiquiatría**

*Mónica Suarez Díaz*

**Esclavitud y salud mental: la "nostalgia" de los negros**

*Luis R. Calzadilla Fierro*

**XXVII Congreso Peruano de Psiquiatría: Determinantes sociales en Salud Mental**

*Jeff Huarcaya-Victoria*

**Presentación de libros**

## COMITÉ EJECUTIVO APAL 2022 -2024

### Presidente

*Marisol Taveras Ulerio* (República Dominicana)

### Vice - Presidente

*Santiago Andrés Levin* (Argentina)

### Secretaria General

*Luz María Inoa Vargas* (República Dominicana)

### Secretario de Finanzas

*Eddy Peralta Jiménez* (República Dominicana)

### Directora de Secciones

*Myriam de La Ossa O' Reilly* (Cuba)

### Secretarios Regionales

Países del Cono Sur

*Artigas Pouy Aguilera* (Uruguay)

Países Bolivarianos

*Andrea Otero Ospina* (Colombia)

México, Centroamérica y el Caribe

*Mirna Roxana Santos Ruano* (Guatemala)

### Director de Publicaciones

*Rodrigo Nel Córdoba Rojas* (Colombia)

## COMITÉ DE REDACCIÓN

### Director

*Rodrigo Nel Córdoba Rojas*

### Miembros

*Alexie Vallejo*

*Angela Vélez T.*

*Jairo Gonzales*

*Juan F. Cano R.*

## COMITÉ EDITORIAL

### Argentina

*Manuel Vilapriño*

*Maximiliano Cesoni*

### Brasil

*Joao Castaldelli*

### Chile

*Ulises Ríos Díaz*

*Leonor Bustamante Calderón*

### Colombia

*José Manuel Santacruz*

### Cuba

*Myriam de La Ossa O' Reilly*

### Ecuador

*Carlos León Andrade*

### España

*Luis Caballero*

### México

*Jesús Ramírez Bermúdez*

### Panamá

*Miguel Cedeño*

### Perú

*Ricardo Bustamante Quiroz*

### República Dominicana

*Eddy Peralta Jiménez*

### Uruguay

*Cecilia Idiarte*

## Reglamento de Publicaciones (ver detalle en pág. 48)

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.

**PRESIDENTES DE SOCIEDADES INTEGRANTES DE APAL****Argentina**

Asociación de Psiquiatras de Argentina

*Presidente: Cora Lugercho***Bolivia**

Sociedad Boliviana de Psiquiatría

*Presidente: Claribel Ramírez Hurtado***Brasil**

Asociación Brasileña de Psiquiatría

*Presidente: Antonio Geraldo Da Silva***Chile**Sociedad de Neurología, Psiquiatría y  
Neurocirugía*Presidenta: Daniela Gómez Aguirre***Colombia**

Asociación Colombiana de Psiquiatría

*Presidenta: Mauricio De La Espriella***Costa Rica**

Asociación Costarricense de Psiquiatría

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

Asociación Cubana de Psiquiatría

*Presidenta: Myriam de La Ossa O' Reilly***Ecuador**

Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría

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

Asociación Salvadoreña de Psiquiatría

*Presidente: Mario Ernesto Flores Pineda***Guatemala**

Asociación Guatemalteca de Psiquiatría

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

Asociación Psiquiátrica Mexicana

*Presidenta: Jacqueline Cortés Morelos***Panama**

Sociedad Panameña de Psiquiatría

*Presidenta: Giselle Guevara Murillo***Paraguay**

Sociedad Paraguaya de Psiquiatría

*Presidente: Marcos Capurro***Perú**

Asociación Psiquiátrica Peruana

*Presidente: José Lining Anticona***Puerto Rico**

Asociación Puertorriqueña de Psiquiatría

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

Sociedad Dominicana de Psiquiatría

*Presidente: Julio Chestaro Bretón***Uruguay**

Sociedad de Psiquiatría del Uruguay

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

Sociedad Venezolana de Psiquiatría

*Presidenta: Petra Aponte Martínez*

# ÍNDICE

5	Editorial <i>Afzal Javed</i>
8	Psicoterapia aplicada a la psiquiatría en latinoamérica: la terapia breve estratégica <i>Cesar A. Arango-Dávila, Luis A. Montenegro Chamorro, William A. Sánchez Medina, Claudia C. Salazar Montoya, M. Fernanda Rivera Cabal, M. Andrea Hernández Perilla, Natalia Ortiz Afanador</i>
23	APAGGA, un Programa de Gestión Pública para Dejar de Fumar: Incorporando una Modalidad de Realidad Virtual <i>Florencia Caneto, Emilio Goldenhersch, María Sol Rassi, Graciana Nocetti, Nicolas Rosencovich, Cristian Waitman, Florencia Maiocco, Darío Gigena Parker</i>
32	Acompañamiento gestacional y parto humanizado desde la psiquiatría <i>Mónica Suarez Díaz</i>
37	Esclavitud y salud mental: la “nostalgia” de los negros <i>Luis R. Calzadilla Fierro</i>
43	XXVII Congreso Peruano de Psiquiatría: Determinantes sociales en Salud Mental <i>Jeff Huarcaya-Victoria</i>
46	Presentación de libros
48	Reglamento de Publicaciones

**Diseño y Diagramación**

**D.I. Pilar Diez** - Estudio de diseño

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

[www.mdpdiez.wixsite.com/pdestudio](http://www.mdpdiez.wixsite.com/pdestudio)

# Salud Mental Pública: un programa de acción mundial

### Afzal Javed

*MBBS, MCPS, D.PSYCH (Londres),  
BOARD CERT.PSYCH (Reino Unido),  
FRCPsych. (Reino Unido),  
M.PHIL (Edimburgo),*

*Presidente de la Asociación  
Mundial de Psiquiatría.*

*Psiquiatra Consultor,  
Profesor Honorario Instituto de Inves-  
tigación Sanitaria Aplicada, Universi-  
dad de Birmingham, Reino Unido.*

*Presidente del Centro de Investigación  
Psiquiátrica de Pakistán,  
Fountain House, Lahore, Pakistán*

*afzalj@gmail.com*

Los trastornos mentales representan al menos el 20-25% de la carga mundial de morbilidad. Esto podría deberse a la combinación de que la mayoría de los trastornos mentales a lo largo de la vida surgen antes de la edad adulta y a la amplia gama de repercusiones en la salud, la educación, el empleo, las relaciones sociales, la delincuencia, la violencia y la estigmatización. Un bienestar mental deficiente tiene repercusiones similares. Es una lástima que crisis como la COVID-19 probablemente aumenten aún más la prevalencia del riesgo de trastorno mental, la recaída del trastorno mental y el mal bienestar mental en todas las poblaciones.

Se ha producido un aumento de la concienciación sobre los problemas de salud mental con cambios conceptuales en la práctica, que ha pasado de "tratar la locura" a gestionar los "problemas de salud mental". El reconocimiento actual de las pruebas epidemiológicas y la apreciación de los ámbitos sociológicos de los trastornos mentales, junto con los avances científicos en genética, las innovaciones diagnósticas, incluido el diagnóstico por imagen, y los nuevos enfoques terapéuticos están aportando mucho optimismo a las prácticas actuales. También se presta especial atención a los tratamientos nuevos y avanzados para comunidades marginadas y especiales, como niños, adolescentes y mujeres. Por último, los pacientes, usuarios y cuidadores son cada vez más conscientes de los programas de tratamiento y los profesionales los aceptan como partes interesadas importantes y clave. Del mismo modo, resulta tranquilizador que los proveedores de servicios sanitarios estén buscando nuevas formas de trabajar para mejorar la calidad de la atención sanitaria mental, aumentando la rentabilidad y fomentando la innovación en tecnologías para las prácticas clínicas. La aplicación de estas innovaciones y mejoras también se ha convertido en un importante foco de atención de la investigación sanitaria actual.

El objetivo de la salud pública es promover estilos de vida saludables, así como detectar, prevenir y responder a las enfermedades. La prevalencia de problemas de salud mental que afectan al bienestar físico y social de las personas hace que la salud mental sea parte integrante de la consecución de los objetivos de salud pública. Como mencionan muchos expertos en salud pública, la salud mental pública puede definirse como la ciencia y el arte de promover la salud y el bienestar mentales y de prevenir los problemas de salud mental a través de una amplia gama de determinantes a nivel individual, familiar, comunitario y organizativo. La salud mental pública,

por tanto, se centra en diversos enfoques para mejorar la cobertura, los resultados y la coordinación de intervenciones eficaces para prevenir la aparición de trastornos mentales, prevenir los impactos asociados, incluso mediante el tratamiento, y promover el bienestar mental y la resiliencia<sup>7</sup>. Las pruebas actuales apoyan firmemente la reducción eficiente, equitativa y sostenible de la carga que suponen los trastornos mentales mediante la promoción del bienestar mental de la población siguiendo este enfoque.

El marco conceptual de la salud mental pública reúne muchas perspectivas en una agenda global para la acción futura. La salud mental pública (HMP) adopta un enfoque poblacional para reducir de forma sostenible los trastornos mentales y promover el bienestar mental a través de la provisión de los niveles de intervenciones de HMP necesarios para la población. Este enfoque reconoce que una amplia gama de factores determinantes a nivel individual, familiar y comunitario contribuyen positiva o negativamente a la salud mental y al bienestar.

¿Cuáles son las intervenciones públicas en salud mental? El principio básico es la prevención de los trastornos mentales en los distintos niveles asistenciales. Las prevenciones primarias son intervenciones que abordan los factores de riesgo para evitar que surja el trastorno mental. En el nivel secundario están las intervenciones tempranas para el trastorno mental y los impactos asociados tan pronto como surgen. En el nivel terciario están las intervenciones para las personas con un trastorno mental establecido para prevenir la recaída y los impactos asociados. Lo siguiente en la lista es la promoción del bienestar mental a distintos niveles. El nivel primario es la promoción de factores protectores para el bienestar mental. El nivel secundario es la promoción temprana en los casos de deterioro reciente del bienestar mental. El nivel terciario es la promoción en aquellos con un mal bienestar mental de larga duración. Por último, en la lista figura la promoción de la resiliencia en las personas con adversidades recientes y con adversidades pasadas o de larga duración.

La promoción de la salud mental pública como marco conceptual es una de las áreas prioritarias del Plan de Acción 2020-23 de la Asociación Mundial de Psiquiatría. El marco conceptual de la SSM reúne a clínicos, académicos e investigadores que abogan por un enfoque de salud mental pública para la práctica de la

salud mental. Existen intervenciones eficaces de salud mental pública (HMP) para tratar los trastornos mentales, prevenir los impactos asociados, evitar que surjan trastornos mentales y promover el bienestar mental. La salud mental pública goza, desde luego, de una visibilidad cada vez mayor en la sanidad mundial. Esta visibilidad también implica la urgencia de establecer nuevas prioridades en los ámbitos de la política, la prestación de asistencia sanitaria, la organización de servicios y la investigación en el campo de la salud mental. La salud mental pública apoya la reducción eficiente, equitativa y sostenible de la carga que suponen los trastornos mentales y la promoción del bienestar mental de las poblaciones, por lo que los profesionales deben ser más proactivos en la promoción de la salud mental y seguir los principios de la salud mental pública. Hay consenso en que existen intervenciones de salud mental pública rentables que pueden dar lugar a una amplia gama de resultados y ahorros económicos incluso a corto plazo.

Dado que el impacto de los problemas de salud mental y de bienestar mental es enorme, debería hacerse una llamada de atención a los profesionales y a los responsables políticos para que consideren la salud mental pública como una nueva forma de práctica. Existen intervenciones eficaces para tratar los trastornos mentales y prevenir los impactos asociados, evitando la aparición de trastornos mentales y promoviendo el bienestar mental utilizando diferentes recursos. Además, el ahorro económico que suponen estas intervenciones de salud mental pública está sobradamente demostrado. Sin embargo, resulta decepcionante que, a pesar de la existencia de intervenciones públicas de salud mental rentables, sólo una minoría de expertos siga estas políticas.

*Nota traducida por el doctor*

## Referencias bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud mental en el mundo: transformar la salud mental para todos. 2022. ISBN 978-92-4-004933-8
- Galderisi, S. (2018). Tendencias actuales en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales. *European Psychiatry*, 50, 4-6. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.11.008
- James A. Bourgeois J, Hategan A & Eppel A. Psiquiatría del futuro - 2030 y más allá. *Revista de Reformas Psiquiátricas*. 2020;8:6 <https://journalofpsychiatryreform.com/2020/07/27/psychiatry-of-the...>

- Dykxhoorn, J., Fischer, L., Bayliss, B. et al. Conceptualización de la salud mental pública: desarrollo de un marco conceptual para la salud mental pública. *BMC Public Health* 22, 1407 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13775-9>
- Champion J. Public mental health: evidence, practice and commissioning. <https://www.rsph.org.uk/our-work/policy/wellbeing/public-mental-health-evidence-practice-and-commissioning.html>. 2019.
- Champion J. Salud mental pública: desafíos y oportunidades clave. *BJPsych Int.* 2018 Aug;15(3):51-54. doi: 10.1192/bji.2017.11. PMID: 31452534; PMCID: PMC6690256.
- Champion J, Bhui K, Bhugra D (2012) European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorder. *European Psychiatry* 27:68-80 <http://www.europsy.net/wp-content/uploads/2013/11/champion.pdf>
- Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry.* 2016;3:171-178.
- Javed A. Aplicación del Plan de Acción de la APM 2020-2023. *Psiquiatría Mundial.* 2021; 20, Issue 3. 451-2. <https://doi.org/10.1002/wps.20895>
- Javed A. Establecimiento de áreas prioritarias para el nuevo trienio de la APM. *Psiquiatría Mundial,* 2021; 20:1. 146. DOI:10.1002/wps.20840
- Champion J, Javed A, Sartorius N & Marmot M. Abordar el reto de la salud mental pública de COVID-19. *Lancet Psychiatry.* [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30240-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30240-6)
- Champion J, Javed A, Marmot M, Valsraj K. The Need for a Public Mental Health Approach to Covid-19 (La necesidad de un enfoque de salud mental pública para Covid-19). *World Soc Psychiatry.* 2020; 2: 77-83.
- Editorial de Lancet, ¿Qué puede hacer la salud pública por la salud mental? 2016: 287;2576 :[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30887-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30887-X)

# Psicoterapia aplicada a la psiquiatría en Latinoamérica: la terapia breve estratégica

## *Psychotherapy applied to psychiatry for latin america: brief strategic therapy*

### **Cesar A. Arango-Dávila**

Médico Psiquiatra de la Pontificia  
Universidad Javeriana,  
Bogotá, Colombia.

Magíster en Ciencias Básicas Médicas  
y Doctor en Neurociencias de la  
Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Clinical High Level Master in Brief  
Strategic Psychotherapy del Centro di  
Terapia Estratégica Research,  
Training & Psychotherapy Intitute,  
Arezzo, Italia.

Profesor de la Facultad de Salud  
y Coordinador del Postgrado de  
Psiquiatría de la Universidad Icesi,  
Cali, Colombia.

Especialista e investigador científico  
del Hospital Universitario Fundación  
Valle del Lili de Cali, Colombia.

Psiquiatra asesor de la institución  
Albalá Escuela de Vida,  
Cali, Colombia.

### **Luis A. Montenegro Chamorro**

Médico Psiquiatra Universidad Juan  
N Corpas, Bogotá, Colombia.

Clinical High Level Master in Brief  
Strategic Psychotherapy del Centro di  
Terapia Estratégica Research, Training  
& Psychotherapy Intitute,  
Arezzo, Italia.

Especialista en farmacodependencia  
Universidad Luis Amigó,  
Bogotá, Colombia.

Gerente y especialista asistencial de  
la Clínica del Oriente Limitada Yopal,  
Casanare, Colombia.

### **William A. Sánchez Medina**

Médico Psiquiatra de la Universidad  
Nacional, Bogotá, Colombia.

Clinical High Level Master in Brief  
Strategic Psychotherapy del Centro di  
Terapia Estratégica Research, Training  
& Psychotherapy Intitute,  
Arezzo, Italia.

Basic Training Eye Movement  
Desensitization and Reprocessing del  
EMDR Institute, Bogotá, Colombia.

Psiquiatra y Psicoterapeuta en  
consulta particular, Neiva, Colombia.

### **Claudia C. Salazar Montoya**

Médica Psiquiatra de la Universidad  
Tecnológica, Pereira, Colombia.

Especialista en Docencia Universita-  
ria de la Universidad Santo Tomás,  
Bogotá, Colombia.

Especialista en prevención y atención  
del maltrato infantil de la Pontificia  
Universidad Javeriana,  
Bogotá, Colombia.

Clinical High Level Master in Brief  
Strategic Psychotherapy del Centro di  
Terapia Estratégica Research, Training  
& Psychotherapy Intitute,  
Arezzo, Italia.

### **M. Fernanda Rivera Cabal**

Ingeniera Industrial de la Pontificia  
Universidad Javeriana,  
Cali, Colombia.

Coach Ontológico  
certificado por Newfield Network.

Business Coach certificado  
por Conscious Business  
Center de Fred Kofman.

Clinical High Level Master in Brief  
Strategic Psychotherapy del Centro di  
Terapia Estratégica Research, Training  
& Psychotherapy Intitute,  
Arezzo, Italia.

Fundadora y directora de Insideout,  
Escuela de Liderazgo y Consciencia,  
Coach mentora del programa  
Conscious Business Coaching,  
Cali, Colombia

Coach de la institución Albalá Escuela  
de Vida, Cali, Colombia.

### **M. Andrea Hernández Perilla**

Psicóloga de la Universidad de Los  
Andes de Bogotá, Colombia.

Master in Brief Strategic  
Psychotherapy del Centro di Terapia  
Estratégica Research,  
Training & Psychotherapy  
Intitute de Arezzo, Italia.

Directora del Centro de Terapia Es-  
tratégica, afiliado al CTS, Research,  
Training & Psychotherapy Intitute de  
Arezzo, Italia del Prof. Giorgio  
Nardone, Bogotá Colombia.

Profesora de la Maestría en Familia  
de la Pontificia Universidad  
Javeriana, Cali, Colombia.

Terapeuta de la institución Albalá  
Escuela de Vida, Cali, Colombia.

### **Natalia Ortiz Afanador**

Psicóloga de la Pontificia Universidad  
Javeriana de Bogotá, Colombia.

Psicoterapia Clínica, Centro Interna-  
cional de Investigación Clínico Psi-  
cológica (CEIC), Cali, Colombia.

Coach certificada de la International  
Coaching Community.

Clinical High Level Master in Brief  
Strategic Psychotherapy del Centro di  
Terapia Estratégica Research,  
Training & Psychotherapy  
Intitute de Arezzo, Italia.

Psicóloga Psicoterapeuta de la  
institución Albalá Escuela de Vida,  
Cali, Colombia.

### **Autor de Correspondencia**

Cesar Augusto Arango Dávila  
[arangodavila@gmail.com](mailto:arangodavila@gmail.com)  
[cesar.arango@ful.org.co](mailto:cesar.arango@ful.org.co)  
Carrera 98 No. 18-49 Torre 1  
Consultorio 219

Los autores no declaran  
conflicto de intereses



**Resumen** El psiquiatra debe tener herramientas de intervención psicoterapéutica. La actividad de los psiquiatras en las instituciones, el volumen de pacientes que manejan, el tiempo estimado de atención y las dificultades en contar con citas regulares hacen que las intervenciones psicoterapéuticas tradicionales no puedan ser aplicadas. La Terapia Breve Estratégica puede constituirse en el tipo de intervención psicoterapéutica del psiquiatra en cualquier entorno, incluso el institucional, se trata de una técnica avanzada, rápida y efectiva que se puede aplicar en el ámbito clínico en tres circunstancias: los síntomas o reacciones mediante los cuales el paciente asume la enfermedad, el manejo específico de síntomas de la enfermedad y las quejas del paciente no relacionadas con el motivo de consulta pero que le generan tensión o displacer. La TBE se basa en un modelo empírico-experimental basado en lógicas no ordinarias y en un principio de urdimbre orgánica y comportamental definido como el sistema perceptivo-reactivo que parte de la caracterización del síntoma y su persistencia mediante una descripción operativa cibernética constructivista. Mediante el denominado Diálogo Estratégico permite caracterizar la dificultad de una manera asertiva con intervenciones que permiten una rápida modificación de la percepción-emoción-cognición y así del comportamiento y la modulación del síntoma.

**Palabras Claves:** Psicoterapia - Terapia breve estratégica - Diálogo estratégico - Sistema perceptivo reactivo - Latinoamérica.

**Abstract** *The psychiatrist must have tools for psychotherapeutic intervention. The activities of psychiatrists in institutions, the high volume of patients they handle, the limited time available for each patient, and the difficulties in scheduling regular appointments make traditional psychotherapeutic interventions impractical. Brief Strategic Therapy can serve as a psychotherapeutic intervention for psychiatrists in any environment, including institutional ones. It is an advanced, efficient and highly effective approach applicable to clinical settings across three distinct circumstances: symptoms or reactions wherein the patient acknowledges their illness, targeted management of disease symptoms, and addressing unrelated complaints that induce tension or discomfort extending beyond the primary reason for consultation. Brief Strategic Therapy based on an empirical-experimental model grounded in non-ordinary logic and a principle of organic and behavioral interweaving defined as the perceptual-reactive system that starts with symptom characterization and persistence, employing a constructivist cybernetic operational description. Strategic Dialogue allows for characterizing the difficulty in an assertive way with interventions that facilitate rapid modification of perception, emotion, cognition, and consequently, behavior and symptom modulation.*

**Keywords:** Psychotherapy - Strategic Brief Therapy - Strategic Dialogue - Reactive Perceptual System - Latin America.

## Introducción

El psiquiatra por la razón de su ejercicio debe tener herramientas de intervención psicoterapéutica (1,2, 3). Los programas de psiquiatría hacen un esfuerzo por enseñar alguna o varias de las corrientes psicológicas (4,5,6): psicoanalítica, cognitivo conductual o sistémica. Sin embargo, el egresado no queda entrenado para la práctica en la consulta cotidiana, de hecho, muchos psiquiatras se entrenan en psicoterapia después de la residencia (7,8). Hay escuelas de psiquiatría que han desistido del entrenamiento en psicoterapia, limitan la enseñanza a que el especialista logre una buena anamnesis para la historia clínica y realice adecuadas intervenciones psicoeducativas (1,2,9).

Las condiciones que limitan la atención de los psiquiatras en las instituciones, el alto volumen de pacientes que manejan, el tiempo estimado de atención y las dificultades en contar con citas regulares hacen que las intervenciones psicoterapéuticas tradicionales no puedan ser aplicadas con el rigor que requieren (1,6,9). La Terapia Breve Estratégica (TBE) puede constituirse en el tipo de intervención psicoterapéutica del psiquiatra en cualquier entorno, en el contexto privado e institucional, pues se trata de una técnica avanzada, rápida y efectiva (10,11), que se dirige a la resolución de problemas de tipo adaptativo o relacionales asociados o no a trastornos mentales (12,13). En el caso de la atención en psiquiatría puede usarse mediante tres posibles conceptualizaciones del problema frente a la descripción sintomática usual: a) los síntomas son equivalentes a las reacciones del paciente frente al problema y sus intentos de solución, b) el síntoma es equivalente al problema y c) Los síntomas y quejas del paciente se corresponden con dimensiones diferentes a las del problema motivo de consulta.

## Historia

La TBE es originaria de la escuela de Palo Alto en California y adquiere un claro desarrollo desde la última década del siglo pasado (14). Corresponde a una evolución de los enfoques familiar sistémico, de terapia breve y el problem solving desarrolladas en ese entorno, a la cual se le introducen elementos originarios de la retórica de los sofistas griegos y el arte de las estratagemas chinas (15,16,17). Recurre a tradiciones psicoterapéuticas más contemporáneas fundamentadas en la persuasión y sugestión con raigambre en la hipnoterapia clínica, además, incluye las lógicas de

la paradoja y la contradicción, lógicas paraconsistentes planteadas por el matemático filósofo Newton da Acosta (18). En el mismo sentido, recurre al lenguaje transicional de los aforismos universales, de la poesía, de la sabiduría popular y del lenguaje evocador (16,17). Ha tenido un importante desarrollo desde 1987 bajo el liderazgo del Dr. Giorgio Nardone Psicólogo PhD en epistemología, quien junto a su mentor Paul Watzlawick Psicólogo PhD en Filosofía fundaron el Centro di Terapia Estratégica de Arezzo, Italia. La investigación rigurosa ha llevado a la estructuración de un modelo psicoterapéutico con protocolos eficaces (19,20) en el tratamiento de fobias, compulsiones, obsesiones, crisis de pánico, hipocondría y trastornos de la alimentación entre otros (21,22,23).

## Características de la TBE

Uno de los avances prominentes de la TBE es la forma como se establece la comunicación con los pacientes desde la primera consulta. Este tipo de abordaje es denominado Dialogo Estratégico (DE) (24) adaptado al nivel conceptual del interlocutor, recurre a preguntas con ilusión de alternativas, paráfrasis re-estructurantes en las cuales el terapeuta le permite reconocer al paciente que es él el creador de sus experiencias y su conocimiento, la evocación de sensaciones mediante figuras retóricas y formas poéticas y finalmente un resumen de lo entendido por el terapeuta, para que el paciente le confirme que su situación ha sido comprendida, y a la vez, para hacer sentir al paciente que él es el creador de su propia realidad. Este proceso de resumir con un talante sugestivo permite una redefinición de la queja o síntoma del paciente, la cual se hace para él abordable y de alguna manera comprendida, ya no desconocida y amenazante. En este momento en el cual se logra una reducción de la complejidad, se procede a la prescripción de la estrategia, la cual, también, en lo posible debe tener en su diseño la connotación de participación del paciente.

Es importante señalar, que el resultado de la redefinición estratégica del problema permite plantear los objetivos terapéuticos exclusivamente basado en la teorización del sujeto, en lo que descubrimos en conjunto de la realidad singular del individuo, excluyendo cualquier postura conceptual o corriente teórica por parte del terapeuta (25). De esta manera, el planteamiento no parte de la creación de una hipó-

tesis de la problemática por parte del terapeuta, más bien, el proceso parte del reconocimiento de la vivencia y realidad por parte del individuo, descubierta por él mismo, y desde este punto, crear la posibilidad de resolverse mediante objetivos contruidos por la diada terapeuta-paciente: “La lógica utilizada durante el diálogo con el paciente y en la construcción de estrategias es constitutivo-deductiva, no hipotético-deductiva; la solución se adapta, pues, al problema, no el problema a la solución. En lugar de realizar intervenciones que se basen en la investigación de las causas del fenómeno, inducimos el cambio con la aplicación terapéutica de estrategias: es la solución apropiada la que explica el problema” (24, 26).

### TBE y Teoría Fundamentada

El análisis de las metodologías tradicionales de investigación sitúa a la TBE como un tipo de investigación cualitativa congruente con la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) de los sociólogos Barney Glaser y Anselm Strauss (27). Si bien, esta metodología tuvo su auge inicial para afrontar problemas de sociología médica, su estructura se asimila al proceder de la TBE, pues tiene en cuenta la inducción y emergencia de información particular, centrada en un fenómeno específico, en este caso el síntoma o queja del paciente, para reconocer un patrón, secuencia, concatenación, regularidades o irregularidades que permiten el planteamiento de una teoría asociada a esa singularidad, la cual se podrá corroborar únicamente al plantear una solución, es decir; la solución confirma el problema, no al contrario como en las metodologías usuales, en que se identifica un problema para crear una solución (28,29). A través de la Teoría Fundamentada, que asimilamos al proceder de la TBE, se puede acceder y comprender los significados, las vivencias y las percepciones que construyen las personas en su su relación con ellas mismas, con las otras personas o con el mundo.

### Evolución de la TBE

La TBE se ha extendido por Europa y Latinoamérica. En Colombia, por ejemplo, en la Ciudad de Bogotá se encuentra el Centro de Terapia Estratégica avalado por la Brief Strategic and Systemic Therapy World Network (BSST) y el Centro di Terapia Stratégica Research, Training & Psychotherapy Intitute de Arezzo, Italia. En total 153 psicólogos y 7 psiquiatras han realizado el curso básico de TBE ofrecido por la entidad nacional

y 27 psicólogos y 9 psiquiatras latinoamericanos han realizado la maestría ofrecida por el ente internacional, directamente en Arezzo Italia. En el año 2022 se realizó la Tercera Conferencia de la Red Mundial de Terapia Breve Estratégica y Sistemática y se plantea para septiembre del presente año la realización del Primer Congreso Latinoamericano de Terapia Breve Estratégica en la Ciudad de Cartagena (Colombia). Cada vez hay más evidencia publicada sobre temas relacionados con TBE en el mundo. En la base de datos Medline PubMed se observa una tendencia exponencial en investigaciones y revisiones relacionadas (Figura 1).

### Fundamentos de la TBE

La TBE se basa en un modelo empírico-experimental que se diferencia de otros enfoques psicoterapéuticos porque en su contexto recurre a lógicas no ordinarias como, por ejemplo, la lógica de la creencia, la lógica de la paradoja y la lógica de la contradicción, se fundamenta en la comprobación de que una alta proporción del comportamiento humano, en la cotidianidad, no está respaldado por un sistema lógico ordinario (17,18,26). En otro sentido, uno de los elementos conceptuales de la TBE se basa en un principio sencillo pero sólido de urdimbre orgánica (30) y comportamental (11,12) definido como el Sistema Perceptivo-Reactivo (SPR), que permite muy rápidamente la caracterización del síntoma y el análisis de su persistencia mediante una descripción operativa cibernética constructivista (13,17). Es decir, se parte del principio de que el síntoma es un intento de solu-

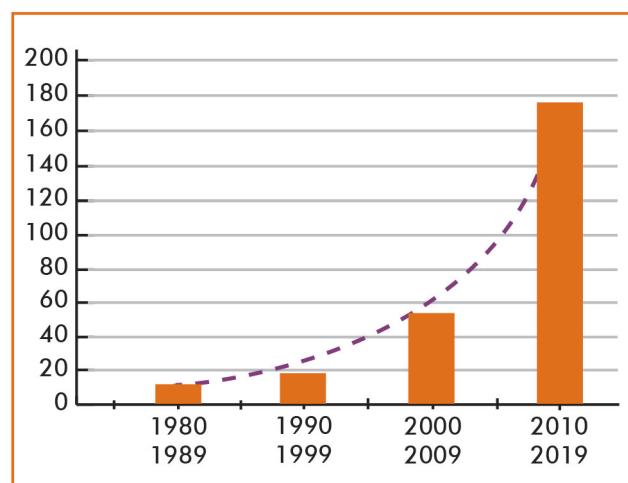


Figura 1. Progresión decenal en publicaciones sobre temas de TBE de acuerdo con la base de datos Medline PubMed y Scielo. Las investigaciones incluyen 28 ensayos clínicos, 1 metaanálisis, 21 ensayos clínicos aleatorizados, 21 revisiones, 2 revisiones sistemáticas.

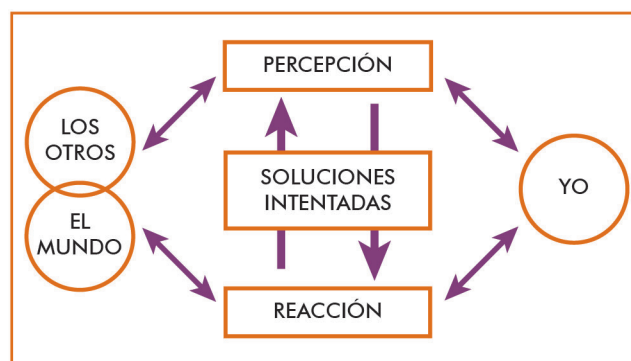
ción repetitivo y redundante de percepción-reacción enfocado a regular el displacer, la inconformidad, el desconcierto, la insatisfacción, el miedo, la aprensión, la turbación, la ansiedad o la incertidumbre entre otros. Esta percepción-reacción se limita a tres espacios: la reacción hacia los otros, la reacción ante el mundo exterior y la reacción hacia el propio sentir o los propios pensamientos (*Figura 2*).

## Psiquiatría y TBE

El abordaje de los pacientes por parte del psiquiatra implica la realización de una historia clínica basada en la anamnesis que incluye el motivo de consulta y la enfermedad actual, la revisión por sistemas, los antecedentes y la historia personal, los antecedentes y la historia familiar, el examen mental y una propuesta diagnóstica y terapéutica (6). La fusión de estos aspectos en el proceder de la TBE mediante el Dialogo Estratégico, permite enfocar la problemática del paciente reconociendo los síntomas o las quejas como directriz de la anamnesis, lo que hace que este empiece a ser esclarecedora para el paciente y simultáneamente terapéutica. La *Tabla 1* compara la intervención clínica psiquiátrica tradicional en la consulta y cuando se instaura un proceso fundamentado en la TBE (*ver Tabla 1*).

## Psiquiatría, TBE y psicofármacos

La experiencia de los psiquiatras que recurrimos a la TBE en la consulta cotidiana continuamos como es de esperarse con la prescripción de los medicamentos. Sin embargo, esta prescripción disminuye, porque algunos trastornos muy protocolizados en la TBE res-



*Figura 2. Representación de los componentes fundamentales de la Terapia Breve Estratégica, los cuales permiten estructurar de una manera rápida y confiable mediante el denominado Diálogo Estratégico un postulado fundamentado en la lógica no ordinaria para modificar el intento de solución aberrante (síntoma) de la persona.*

ponden a este tipo de psicoterapia con un alto grado de eficacia, entre estos están los trastornos de ansiedad en sus diferentes presentaciones (22, 31,32,33), algunos trastornos de la alimentación (34, 35, 36, 37), las fobias (38,39), las adicciones (40, 41, 42, 43), los comportamientos compulsivos e ideas obsesivas (44,45,46), las disfunciones sexuales (47, 48) y los trastornos adaptativos incluidas las manifestaciones postraumáticas (49, 50, 51). En algunas circunstancias los trastornos de personalidad (51), las manifestaciones paranoides y algunos síntomas psicóticos (24,25) responden parcial o totalmente a estrategias resultantes de la TBE.

Sin embargo, cuando se requiere formular medicamentos, esta prescripción adquiere una connotación diferente que se resume en la *Tabla 2*. La TBE y la prescripción farmacológica implican variados escenarios dependiendo de la singularidad del paciente, de la comprensión de sus síntomas, de las creencias, mitos o tabúes con relación a los fármacos psiquiátricos. En la formulación tiene papel activo no solo la comprensión nosológica, sino el diagnóstico operativo producto del Dialogo Estratégico (*ver Tabla 2*).

En la prescripción de medicamentos en el contexto de la TBE, se destacan los siguientes escenarios asimilables a los tipos de resistencia observados en este tipo de terapia (11):

1. El paciente entiende el efecto biológico del medicamento y lo que se espera de éste, acepta de buena manera la intervención psicofarmacológica y psicoterapéutica psiquiátrica. Una comunicación con el paciente demostrativa y racional puede ser suficiente. Con esta actitud se garantiza adherencia no solo al manejo farmacológico sino a las prescripciones psicoterapéuticas.
2. El paciente tiene mucha dificultad para entender el efecto biológico del medicamento, pero acepta el tratamiento, es decir desea colaborar, aunque no “crea” en el resultado. En este caso se le muestra al paciente el sufrimiento que ha tenido debido a su enfermedad o condición, posiblemente recurramos a frases como la del poeta portugués Fernando Pessoa: “llevo conmigo las heridas de todas las batallas que he evitado”. Se le sugiere tomar el fármaco en la medida que él observe la mejoría especialmente de los síntomas con mayor connotación biológica (insomnio, hiporexia, taquicardia, diaforesis, inhibición motora), se le sugiere hacer un “Diario de abordaje” de estos síntomas, debe

**Tabla 1.** Comparación entre la intervención psiquiátrica tradicional y cuando se instaura en la consulta un enfoque basado en TBE en la consulta de psiquiatría.

CONSULTA	
Intervención Psiquiátrica Tradicional	Psiquiatría y Terapia Breve Estratégica
Anamnesis, entrevista clínica.	Diálogo Estratégico.
El síntoma hace parte de un cuadro sindromático.	El síntoma es un intento redundante de solución.
El síntoma está claramente definido por la semiología médica.	El síntoma es desarticulado en variadas presentaciones, es singular.
El fin es disminuir o eliminar los síntomas.	El síntoma es un aliado terapéutico.
Se busca la desaparición del síntoma.	Se busca la reelaboración del síntoma.
El fin es suprimir el síntoma.	El fin es desbloquear el síntoma.
El paciente consulta por los síntomas, los síntomas son su realidad, el síntoma hay que eliminarlo – Vivencia de poca atención a la realidad del paciente.	El paciente consulta por los síntomas, los síntomas son su realidad, el síntoma es tenido en cuenta – vivencia de buena atención a la realidad del paciente.
Psicoeducación, indicaciones, recomendaciones.	Prescripciones sugestivas, performativas, lenguaje evocador.
El éxito terapéutico se atribuye al psiquiatra.	El éxito terapéutico se atribuye al paciente.

**Tabla 2.** Características de la prescripción de medicamentos en el contexto de la TBE aplicada en el quehacer psiquiátrico.

PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA	
Intervención Psiquiátrica Tradicional	Psiquiatría y Terapia Breve Estratégica
Prescripciones farmacológicas cuando se requiere, basadas en criterios nosológicos y síntomas.	Prescripciones farmacológicas cuando se requiere, más prescripciones basadas en el dialogo estratégico y la taxonomía de los síntomas.
El medicamento se usa para curar o mejorar una enfermedad.	El medicamento adquiere una connotación estratégica.
El uso del medicamento procede de un razonamiento fisiopatológico.	El uso del medicamento se asocia a un razonamiento psicopatológico y vivencial.
El medicamento tiene un mecanismo de acción bioquímico y por eso actúa.	Se potencia el uso y efecto del medicamento vinculándolo a la creencia del paciente.
El efecto placebo del medicamento si se presenta, no se considera relevante.	El efecto placebo del medicamento si se presenta, adquiere valor estratégico.
El éxito terapéutico se atribuye al psiquiatra.	El éxito terapéutico se atribuye al paciente.

anotar una a tres veces al día la proporción de éstos síntomas y en acuerdo con él poner un límite en la extensión del tratamiento, este límite no es inamovible y se replantea en congruencia con la satisfacción del sujeto con el tratamiento.

3. El paciente asume un comportamiento abiertamente opuesto y de no colaboración con la toma del medicamento. En este caso en el contexto del Dialogo Estratégico se recurre a la resistencia y a maniobras paradójicas. De alguna manera se prescribe la resistencia al cambio y después se hace una reelaboración cognitiva de ésta. Ejemplos de esta intervención pueden ser las siguientes: “Estoy

de acuerdo con Usted, no hay absolutamente nada que hacer para su problema, ¿de qué manera cree que puedo ayudarle?” o “Quiero que hagamos un trato, el medicamento debe tomarlo de esta manera, debe comprarlo, póngalo sobre su nochero, pero no se lo tome” (en ambos casos se genera una situación paradójica que puede confluir en la colaboración, usualmente hay una o dos prescripciones más no farmacológicas para el paciente).

4. Personas que no asumen una conducta opositora pero tampoco quieren colaborar con el tratamiento farmacológico. En estos casos hay que sintonizar con la lógica no ordinaria del paciente. La

contradicción es que va a la consulta, pero para no colaborar ni con las prescripciones de TBE ni con las prescripciones farmacológicas. Nosotros nos situamos en la postura de que es muy importante que él éste yendo a la consulta. En algún momento de esa primera sesión el paciente accede al tratamiento, cuando se da cuenta que “por no moverse, está preparando los remedios para la picada de la serpiente que se acerca”.

## Experiencia de aplicación de la TBE en la clínica psiquiátrica en Colombia

Los siguientes son casos clínicos representativos de varios de los colaboradores de esta publicación en los que se pretende mostrar el proceder de la TBE en diferentes circunstancias de la práctica psiquiátrica. Convenciones: T=Terapeuta P=Paciente P2. Acompañante del paciente

### Caso Clínico 1. Paciente hospitalizado por Intento de Suicidio

Paciente masculino de 21 años, estudiante de enfermería, vivió con sus padres y un hermano menor. Se encuentra estudiando en otra ciudad vive en una habitación de una casa de familia.

#### PRIMERA SESION

**T.** Ya revisé tu historia clínica y estas aquí por un intento de suicidio. Pero quiero que me cuentes con tus propias palabras todo lo que te pasó.

**P.** Me puse muy mal doctor. Para qué sigo, si soy un fracasado.

**T.** Por favor cuéntame por qué crees que eres un fracasado.

**P.** Soy estudiante de tercer año de enfermería, desde hace tres meses me puse muy estresado, bajé mi rendimiento cuando siempre he querido ser el mejor. Me puse muy ansioso porque tenía muchos compromisos y no me alcanzaba el tiempo, hasta que no pude más. Consulte al psicólogo y este me mandó al psiquiatra. Me puse muy mal de saber que no podía controlar mis propias emociones, además de ser un fracasado. Me incapacitaron, me tocó irme para mi casa en mi ciudad de origen, esto implicó alejarme de mi pareja e irme a no hacer nada. Me sentí peor y por eso tomé la decisión de acabar ya con todo. Ahora estoy aquí hospitalizado, con todo mi mundo destruido.

**T.** Me dices que siempre has querido ser el mejor

¿ésta es una situación exclusivamente para tu carrera de enfermería o en otros aspectos de tu vida has querido ser el mejor? (pregunta con ilusión de alternativa).

**P.** En mi casa siempre han estado orgullosos de que yo sea el mejor, los primeros dos semestres de enfermería me destaqué y me exoneraron de la matrícula del segundo semestre. Pero este ha sido total desastre.

**T.** Te preguntaba si esta es una situación exclusiva de tu carrera de enfermería o implica otras áreas de tu vida (retomo la pregunta con ilusión de alternativa).

**P.** Este semestre quise ser monitor del laboratorio, esto implicaba 10 horas semanales, no sabía que por esto me pagaban entonces me sentía más comprometido de hacerlo bien.

**T.** Además de estudiar una carrera que de por sí es muy exigente también debías sacar tiempo para trabajar como monitor en la biblioteca. ¿En qué otras cosas estabas comprometido?

**P.** Siempre me ha gustado hacer deporte, fui de la selección de voleibol. Pero eso fue un fracaso porque no pude seguir, ahora solo practico de aficionado, quería estar entre los primeros. Este semestre también estaba tomando clases de Guitarra tres veces a la semana en las noches. Ah!!! también desde principios del semestre tengo mi pareja, estamos muy enamorados, pero ya no vale la pena, ella ya se dio cuenta de la situación.

**T.** La novia termino contigo? o ha sido comprensiva con tu situación (pregunta con ilusión de alternativa).

**P.** Creo que ha sido comprensiva, de hecho ayer me acompañó en la clínica en la tarde, me dice que tranquilo que todo va a pasar, pero sé que una mujer como ella no querrá seguir con una persona como yo con estos problemas.

**T.** Creo que he entendido la situación, por favor corrígeme si me equivoco.... (Hago una narración precisa de lo contado por el paciente. El paciente confirma que he entendido su situación, después de la paráfrasis introduzco las siguientes reestructuraciones).

-Entiendo que has querido ser el mejor en todo, pienso que eres una volqueta poderosa, puedes cargar muchas toneladas de material. Pero siendo tú una volqueta poderosa, has querido cargarte como si fueras una tractomula. Has echado más peso del que puedes cargar sin querer decir que no cargas un buen peso (reestructuración).

-Tú eres un estudiante de enfermería destacado, te

becaron el segundo semestre y quieres seguir siendo el mejor. Pero me da la impresión de que no estudias para ganar el semestre, que de entrada es un gran logro, estudias para ser el mejor profesional, algo así como al nivel de Christiaan Barnard -le aclaro quien es este cirujano-

-Te pasa como cuando tuviste un puesto destacado como jugador de voleibol, estar en la selección es una hazaña. Pero no es suficiente porque quieres estar al nivel de Karch Kiraly, el mejor voleibolista de la historia.

-Además de ser estudiante de enfermería, situación que de entrada implica mucho compromiso, te has comprometido en el laboratorio y empezaste a tomar clases de Guitarra. Corroboro mi tesis de que eres una volqueta con ínfulas de tractomula. (Continuo con las paráfrasis y las reestructuraciones).

-Entiendo que has querido ser el mejor en todo, pienso que eres una volqueta poderosa, puedes cargar muchas toneladas de material. Pero siendo tu una volqueta poderosa, has querido cargarte como si fueras una tractomula (repetición de la figura). Has echado más peso del que puedes cargar sin querer decir que no cargas un buen peso.

-Es como si siempre quisieras estas más allá de tus logros.

- Te voy a resumir en pocas palabras lo que te pasa: el deseo del éxito te está llevando al fracaso. Por querer ser excesivamente exitoso estas fracasando. Es decir, lo que me cuentas muestra que estás haciendo muchas cosas para fracasar no para triunfar (postulado paradójico). (Subsiguientemente le hago una prescripción señalándole que pareciera ser absurda, pero que para enderezar algo hay que saber cómo torcerlo. Que he manejado con muchos pacientes como él y que han mejorado. Le sugiero que haga la prescripción de media hora en la tarde y al día siguiente en la mañana. Nos vemos hacia el mediodía. Enfatizo la importancia de que practique la prescripción como la indico. Se trata la media hora de pasión, reconocer, reavivar y retomar todos sus fracasos, exagerarlos, hasta terminar como un drogadicto debajo de un puente. “Vamos a apagar el fuego echándole más leña” le digo. El padre del paciente me informa que sintió un cambio en su hijo desde esta intervención, disminuyó la ansiedad y la desesperanza.

**SEGUNDA SESION - 24 horas después**

**P.** Hice el ejercicio como me lo indicó. No había visto las cosas de esta manera.

**T.** ¿Qué ha pasado con la ansiedad, la depresión y el deseo de morir?

**P.** Quedé pensando mucho en mi forma de actuar, de ayer a hoy me he sentido mejor.

(Se evidencia un cambio en la expresión del paciente, se le da egreso y se deja la prescripción del “peor escenario” y la conjura del silencio hasta nueva consulta en 10 días).

**TERCERA SESION – Teleconsulta 10 días después**

**P.** Hice el ejercicio pero parece que me saturé, ya no quería pensar más en mis fracasos. En los últimos días ya no pude pensar en esto. Lo que tengo que hacer es volver a retomar mi estudio que es lo que más me interesa. Mi pareja ahora vino a quedarse conmigo en la casa de mis padres y me ha dado mucho ánimo.

**T.** Te felicito porque has hecho un buen trabajo, eres una persona muy inteligente, lo más importante es que ya no estás en la misma situación de antes (se empodera al apaciente, se responsabiliza de su mejoría. Hago nuevamente una narración de lo contado por el paciente reestructurando los contenidos, haciendo la alusión a la volqueta v/s tractomula y señalándole que él debe cumplir es con su función de estudiante de enfermería sin pretender ser el mejor, le explico que esto no es necesario, que el pregrado es una formación general pero que uno aprende es en la práctica por lo tanto ser el mejor estudiante en pregrado no implica que sea el mejor profesional en el futuro y pongo varios ejemplos al respecto. Hago alusión al potencial de la imperfección en la belleza y la evolución. Prescribo “el como empeorar” al momento de levantarse. Continuar con “La conjura del silencio”).

**CUARTA SESION – Teleconsulta 10 días después**

(El paciente se siente mucho mejor, no volvió a presentar ansiedad y mejoro de la depresión. Está haciendo las gestiones para reiniciar sus estudios de enfermería. Los padres lo observan tranquilo y dispuesto).

## **Caso Clínico 2. Paciente solicita cita prioritaria por no poder dormir**

Mujer de 59 años, ama de casa, vive con su esposo. Refiere que desde hace 6 meses no puede dormir en las noches, solo logra conciliar el sueño por momentos y se despierta “asustada”. Ha tomado “remedios natu-

rales” y al no mejorar acude a Medicina Interna quien descarta enfermedades metabólicas, es recetada con trazodona en dosis de 50 mg y abandona el tratamiento a las 3 semanas. Consulta después con neurología quien le encuentra cifras de hipertensión arterial leve, descarta lesiones ocupando espacio y organicidad con imágenes de TAC cerebral. Es formulada con eszopiclona de 3 mg, ella refiere que las primeras semanas lograba dormir 4 a 6 horas, pero las últimas dos noches está durmiendo menos de dos horas y siente que “la tensión se eleva” por no poder dormir.

### **PRIMERA SESION**

**T.** Al parecer eres una mujer muy sana a quien hasta hace 6 meses todo le funcionaba bien y sin conocer las causas no logras hacer una de las cosas más satisfactorias de la vida, descansar y poder dormir, me interesa saber qué solución has intentado para poder dormir además de las citas médicas que ya revisé.

**P.** Hace como seis meses pase varias noches sin dormir bien y me sentí muy mal, comenté con una hija quien me dio indicaciones de relajarme. Al no poder dormir intenté la meditación, la respiración controlada, el esperar que sea tarde para ir a la cama lo cual a veces funciona, pero me despierto y siento miedo de que se me suba la presión arterial y no quiero tomar medicamentos para la presión ni quiero tomar medicamentos para dormir que me hagan dependiente.

**T.** Entonces por lo que me has dicho tienes miedo a no dormir porque si no duermes te puedes enfermar y requerir remedios de por vida?

**P.** Ya tengo 59 años y me da miedo enfermar, me da miedo tener que tomar remedios y me da miedo morir de un infarto como mi mamá, me da miedo volverme loca. Cuando no puedo dormir me desespero y siento que no puedo respirar bien, siento que me late el corazón muy rápido, no me acomodo, siento picazón en el cuerpo, temo no poder valerme por mí misma, me da miedo morir sin ver a mis nietos crecer, no quiero que llegue la noche.

**T.** Por lo que me has dejado saber entiendo que estás evitando ese periodo en el que debería darte sueño, también estás pidiendo ayuda y hablando del tema con amigas y familiares pero nada de eso te hace dormir. Cuando pides ayuda y comentas tus síntomas te sientes mejor o peor? (pregunta con ilusión de alternativa)

**P.** Ya no sé qué es peor porque la familia y algunas

amigas me dicen que no pongo de mi parte y eso me hace sentir peor.

**T.** Así como me dices, estoy entendiendo que entre más intentas poder dormir y entre más pides ayuda y más comentas, peor te sientes, al parecer nada de lo que has intentado ha funcionado (sintonía con el paciente).

**P.** Usted sí me está entendiendo, estoy desesperada.

**T.** Al parecer los exámenes que te tomaron no reflejan lo que sientes, ya que todos los resultados son normales, ¿cuándo te los hicieron tenías los síntomas o estabas bien?

**P.** No Doctor, los síntomas me aparecen cuando no puedo dormir.

**T.** Te propongo que seas tu quien describas tus síntomas pero debes hacerlo en el mismo momento en que los estés sintiendo (estratagema surcar el mar a espaldas del cielo), debes describir lo mejor que puedas cada síntoma que aparezca y con el fin de poder tratarlo debes tener en cuenta qué pasa por tu mente, que piensas de lo que te está pasando y si en ese momento estás sola o acompañada, todo lo anterior debes traerlo escrito mañana (diario de a bordo), si te da sueño mientras escribes vas a dormir y si te despiertas reinicias tu escrito.

**P.** No quiero tomar remedios, yo escribo los síntomas y los traigo.

### **SEGUNDA SESION - 24 horas después**

**P.** Doctor no logré traer la tarea, estaba describiendo los síntomas y me dio mucho sueño, me desperté como a las 2 am y me acordé de que debía terminar de escribir y preferí seguir durmiendo, no sé por qué pude dormir, hoy me siento mucho mejor, me tomé la presión arterial y está bien.

**T.** Estoy muy contento con el resultado y te veo mucho mejor pero aún no podemos cantar victoria porque estás aprendiendo que “el miedo mirado a la cara se convierte en valor y coraje” (frase usada con frecuencia por el profesor Nardone), pero llevas muchos meses enferma y se requiere que completes un tratamiento efectivo en el tiempo.

**P.** ¿Qué debo hacer por ahora para seguir durmiendo bien?

**T.** Creo que ya te das cuenta de que entre más intentes dormir peor lo haces, quiero preguntarte cuántos escalones subiste hasta mi consultorio? (estamos en un segundo piso son 14 escalones).



**P.** No los conté, como 20?

**T.** Te vi subiendo sin prestar atención y sin mirar al piso, ¿cuándo aprendiste a hacer eso?

**P.** No recuerdo, ¿en la niñez? eso es automático.

**T.** Recuerda en tu niñez intentando subir y lograrlo con dificultad y recuerda jugando y subir y saltando (lenguaje evocativo), ahora lo haces sin darte cuenta. ¿Cómo crees que subirías si prestas mucha atención a tus movimientos?

**P.** Me podría caer.

**T.** Según entiendo, cuando tú no controlas tus funciones automáticas lo haces muy bien, pero al parecer cuando tomas el control como tener el control de tu sueño, las cosas no salen bien, si tomas el control de tus movimientos en la escalera podrías caer (reestructuración). Desde Hoy y hasta la próxima cita en dos semanas, en la mañana, te sientas en un lugar cómodo de tu casa, marcas media hora en el cronometro de tu celular y te pones a pensar en todas las consecuencias de no dormir, lleva por favor tus pensamiento al extremo, si te angustias quiere decir que estás haciendo la prescripción muy bien. Cuando suene la alarma paras inmediatamente de pensar en esto y te dedicas a hacer otra cosa. Al día siguiente repites la misma prescripción hasta que nos volvamos a ver en 15 días. (esta es la estrategia del peor escenario).

### **TERCERA SESION - 15 días después**

**P.** No necesité escribir la tarea porque estoy durmiendo bien, a veces me despierto, pero no me demoro en volver a dormir, los primeros días realicé la tarea del peor escenario, pero no la veo muy necesaria porque no he sentido miedo y mi presión arterial está estable.

**T.** Entonces te curaste haciendo dos tareas, no esperaba que fuera tan rápido, te felicito por este logro. Ahora debes saber que tienes las herramientas para volver a aplicarlas en caso de que reinicien los síntomas y podrás disfrutar de tus nietos como querías (se hace una intervención reestructurante y que refuerza el resultado).

### **CUARTA SESION – 30 días después**

No se han presentado nuevos síntomas, la paciente relata que le ha sugerido la técnica a una de sus hijas y también le está resultando efectiva.

## **Caso Clínico 3. Compulsión a la pornografía**

Masculino de 33 años, abogado, vive hace 4 años en unión libre con su pareja mujer a quien se incluye en el proceso terapéutico en un par de ocasiones.

### **PRIMERA SESIÓN**

**P.** Desde hace tres años las relaciones sexuales con Manuela son cada vez más escasas, no sé qué me pasa pero no me dan ganas de estar con ella, y cuando lo intento, para hacerla feliz, sencillamente no puedo porque no tengo la erección... la verdad necesito ayuda porque no quiero que la relación se acabe por mi culpa, ya que ella está muy decepcionada de mi desempeño. (Tras esta declaración entro a explorar las excepciones de esta disminución del deseo, especialmente cuando intenta tener relaciones sexuales con su pareja. El deseo y la dificultad en la erección desaparecen por completo los martes en la mañana cuando Manuela se va a trabajar, y él acude al uso de películas pornográficas).

**T.** Corríjame si me equivoco (esta frase da la connotación de que el paciente es el que sabe) ¿lo que me quiere decir es que su deseo sexual aumenta, y presenta erecciones como excepción a la regla, cuando tiene esa mañana libre y observa pornografía, o también en otros momentos?

**P.** Así es, únicamente en ese momento, y creo que éste es el fondo del problema... ya me dirá usted... Ella sale del apartamento y yo como un niño pequeño que espera a que su mamá no esté para hacer la travesura, doblo delicadamente la persiana para verla salir del edificio, echo tranca a la puerta para que no “me coja fuera de base”, y con una mezcla de adrenalina y apetito sexual acumulado, voy al canal de pornografía y empiezo mi momento de gran satisfacción, satisfacción que después se vuelve culpa.

**T.** ¿Este placer escondido dura toda la mañana o sólo unas horas? (Pregunta con ilusión de alternativa).

**P.** Lo hago durante un par de horas y ahí paro. Antes lo hacía entre semana también, cuando llegaba antes que ella, pero la verdad, como pertenezco al grupo religioso del barrio, me siento muy culpable al estar pecando de esta forma, me siento tan culpable que pienso que Dios me castiga impidiéndome tener mis erecciones adecuadas cuando estoy con Manuela (arquea su espalda y mira fijamente el piso del consultorio).

**T.** ¿Y qué lo lleva a parar a las dos horas, siendo un

acto así de placentero e irresistible? ¿La razón es que su compañera puede llegar o porque finaliza ya con la auto estimulación? (Pregunta con ilusión de alternativa).

**P.** La segunda razón, pues la verdad, después de dos horas de ver tantas imágenes, muchas veces no aguanto más y me masturbo hasta alcanzar la eyaculación, y una vez que la alcanzo, siento mucha repulsión, parando la actividad de inmediato.

**T.** Una vez que Manuela regresa del trabajo, y usted ha visto pornografía ¿hay deseo hacia ella o este deseo decrece? (Pregunta con ilusión de alternativa)

**P.** Hace como un año, al ver pornografía, inclusive alcanzando la eyaculación, esta actividad me servía para aumentar el deseo hacia ella cuando íbamos a tener nuestro encuentro. Sin embargo, de unos 8 meses para acá, intento guardar las ganas para cuando ella regrese, pero esto ya no me sirve, simplemente no me dan ganas de estar con Manuela.

**T.** Su solución, que en un primer momento funcionaba, se ha convertido en el problema actual. (frase reestructurante)

**P.** Sí, creo que ésta es la base de mi problema. Por esta razón, aprovecho mi momento de placer semanal y lo gozo mientras lo tengo, antes de que pierda la oportunidad de sentirlo (levanta su mirada y expresa su satisfacción con una sonrisa mezclada con culpabilidad). Este caso ejemplifica claramente cómo una de las soluciones que antes funcionaban, se convierte en el problema. Por ello, exploré además sobre su frecuencia de intimidad con Manuela, y los intentos de ambos para aumentar el deseo de él.

**T.** No le voy a prohibir los encuentros con lo visual, porque eso es fomentarlos, usted va a seguir viéndolo tal cual lo hace, únicamente le pido que si acaba de hacerlo y hay culpa en ese momento, o en cualquier otro momento del día, descargue su culpa por escrito. Va a hacer un diario de sus culpas, como si estuviera frente a un sacerdote que lo confiesa sin censura. Escriba todo lo que piensa, y deshágase de esos pensamientos e imágenes pecadoras que van en contra del Señor (le digo siguiendo su lógica de la creencia y su propio lenguaje y le sugiero que me traiga esos escritos para la próxima sesión. Adicionalmente a la escritura, le digo que se pregunte todos los días en la mañana ¿Cómo podría empeorar su falta de deseo con su compañera? Y le sugiero que reflexione acerca de qué cosas podría poner en práctica, por absurdas que parezcan, si quisiera empeorar su trastorno)

**T.** Por favor venga con su compañera la próxima vez, ya que entre dos se avanza más rápido.

## **SEGUNDA SESIÓN – 15 días después**

Vuelve acompañado de Manuela. Se sientan cogidos de la mano y se miran con cariño y le pregunto cómo se ha sentido en los últimos días)

**P.** Más tranquilo, gracias. He reflexionado bastante, estoy conversando y buscando más a Manuela para consentirla.

**T.** ¡Ah! ¿Y cómo se lo explica?

**P.** Creo que debo estar más pendiente de ella... (Luego le pregunto por el efecto del “Cómo empeorar”)

**P.** Al pensar cómo empeorar mi situación me llegaron a la mente dos cosas: dar más cantaleta y seguir masturbándome... (En consecuencia, empiezo un trabajo conjunto con la Técnica de la “Guerra del Placer”, dándoles la prohibición de la relación completa después de que ambos han tenido sus turnos de ser activos, y darle placer al otro mientras el otro se esfuerza en permanecer inactivo. Luego me quedo a solas con Ignacio para que me entregue el Diario de sus culpas y poder discutir sobre ello. Me confiesa, ya en privado, que otra cosa que lo hizo estar pendiente de Manuela fue pensar que a veces estaba muy concentrado en su propio placer, y esto era alimentado por el uso del material pornográfico, aspecto que deseaba cambiar. Afirma que, aunque la culpa disminuyó bastante a través del Diario, algo de ésta continuaba al ver a Manuela. Reconoce que ya no sólo recurre a la pornografía en el período de tiempo en que su mujer sale, sino que también accede a internet, para ver videos voyeur y upskirt -una forma de voyeurismo sólo hacia mujeres con falda-. Me doy cuenta de que, aunque no es una frecuencia semanal irrefrenable, para él es una gran molestia que aún no se desmonta. Por lo tanto, le prescribo su compulsión, introduciendo un cambio)

**T.** De ahora en adelante, hasta la próxima vez que nos veamos, que será dentro de dos semanas, va a ver películas eróticas y va a tratar de buscar todo este material pornográfico en los medios que me dice, durante el mismo período de tiempo, como lo ha venido haciendo, pero de la siguiente forma: va a hacerlo primero por 50 minutos exactos, luego va a descansar por 15 minutos y en este lapso puede hacer algo que le guste distinto a esa actividad, ni un minuto más ni un minuto menos. Después, y sólo si siente la necesidad de retomarlo, lo hará por otro espacio de tiempo de 50

minutos. No puede interrumpir antes, así quiera hacerlo. Además, debe seguir con el Diario de la culpa, apenas la sienta.

(En seguida, hago entrar a Manuela para hablar con ella, y sale Ignacio)

**P2.** (Con gestos de preocupación ella empieza diciéndome) a Ignacio nunca le han gustado los preliminares ni los juegos sexuales conmigo, y además, como no tiene erecciones, no hemos vuelto a tener sexo, y esto me tiene muy aburrida. No sé si lo que usted nos prescribió vaya a funcionar. Lo dudo.

**T.** Entonces serán las soluciones las que nos mostrarán cómo funciona el problema. (Noto también en nuestro diálogo mucha rabia e inconformidad por parte de ella debido a lo que sucede en la relación, y veo que es necesario que enfrente dicha rabia para superarla, por lo cual le sugiero -como tarea individual- que escriba unas Cartas de la Rabia dirigidas a Ignacio, en las que debe “escupir” todo el veneno, molestias y rechazo que ha sentido hacia su compañero, pero en vez de dárselas a él, le indico que me las traiga la próxima vez que vengan a consulta; de este modo concluimos la sesión).

### **TERCER SESIÓN a SEXTA SESIÓN**

#### **Intervalos de 15 días**

(A partir de ese momento, la vida sexual de esta pareja dio un giro de 180 grados, o sea que ocurrió lo que nosotros llamamos un cambio drástico (25). En la siguiente sesión, Ignacio me expresó que había disminuido considerablemente su deseo de recurrir al material pornográfico dijo que la culpa había desaparecido radicalmente, y que sorprendentemente este hecho había producido que perdiera el entusiasmo por la pornografía. Asimismo, reconoció que, al saber que lo podía hacer, no le resultaba tan atrayente como antes, pasando dos martes seguidos sin tener deseos irrefrenables de prender la TV o acceder al internet. Así se logró hacer “subir el enemigo al desván para quitarle la escalera”, al conseguir que la compulsión perdiera su componente de placer, por el hecho de prescribirla. Ambos manifestaron igualmente, en nuestra quinta sesión que las erecciones habían vuelto a la normalidad y que el deseo se despertaba cada vez más. Lo anterior se obtuvo gracias a la técnica de la “Guerra del Placer” que evolucionó turnándose los roles hasta llegar al mutuo duelo. Además, en una ocasión les di la técnica de las “Bellas Estatuas” según la cual debían concluir cada encuentro poniéndose en posición como

si fueran a tener un coito vaginal, pero permaneciendo unos minutos sin finalizar la relación. Con ellos se prohibieron las relaciones completas en varias sesiones, y esto lograba, por efecto paradójico, encender el deseo de tenerlas y los llevaba muchas veces a trasgredir lo acordado. Por otro lado, la pareja empezó a despertar nuevas sensaciones con sus caricias, retomando cosas del pasado que habían dejado, e innovando con diferentes alternativas y acontecimientos en su vida sexual, por ejemplo, yendo juntos a un sex-shop). Uno de nuestros últimos diálogos terapéuticos concluyó con una frase muy simple, pero muy bella, que me dijo Manuela:

**P2.** Nos estamos sintiendo más el uno al otro.

### **SEGUIMIENTO - LOS 3 MESES**

(Ignacio llegó a la consulta con una mirada transparente como la de un niño que ha estado gozando y cumpliendo sus deberes familiares y con un semblante que emanaba gratitud)

**P.** ¿Sabe qué? Estoy que no puedo de la dicha, he podido observar que ahora el calor de mi pareja me apasiona más que la prohibida y maniática pornografía. (Dicho esto, cerré el proceso con la certeza de una satisfacción mutua de consultante y terapeuta).

En la historia de la psiquiatría se han suscitado circunstancias que impulsan hacia la psiquiatría biológica, con exclusión de la psicoterapia (1,3,4). Sin embargo la World Psychiatric Association en las recomendaciones para la formación del psiquiatra incluye la importancia de la psicoterapia (6). De hecho se postula que de alguna manera la intervención psicoterapéutica tiene raigambre biológica y por lo tanto se puede considerar un tratamiento biológico (52, 53). Joaquín Fuster (30), el máximo expositor de la fisiología de la corteza prefrontal señala desde este punto de vista exclusivamente orgánico un Sistema Perceptivo Reactivo que funciona y es congruente con los postulados de la TBE de Nardone y colaboradores (10, 11, 25), quienes describen de una manera operativa, estructural y cibernética el funcionamiento de éste sistema. Además esta descripción permite el objetivo de hacer intervenciones psicoterapéuticas en diferentes patologías y manifestaciones de la esfera mental. El tratamiento combinado de medicación y psicoterapia se ha convertido en el modo más común de planificación del tratamiento psiquiátrico en la práctica actual (1). Los casos de estudio citados y el tipo

de intervención descrito de cómo se establece TBE en la consulta psiquiátrica demuestran que ésta es eficaz tanto en procesos de consulta por urgencia psiquiátrica (caso de paciente hospitalizado por intento de suicidio), como en tratamientos en donde la urgencia es menor y la sesiones con el paciente se hacen más espaciadas. Se muestra cómo el uso de la paradoja o prescripción del síntoma, el uso del lenguaje evocador y las preguntas con ilusión de alternativa propias del Diálogo Estratégico, logran resultados efectivos no solo en casos agudos, sino en casos crónicos. Lo anterior indica que la TBE es un modelo de guía clínica eficaz y eficiente en el ámbito psiquiátrico e institucional psiquiátrico, que ha tenido un desarrollo en Colombia y Latinoamérica no sólo dentro de los profesionales de psicología sino entre la comunidad médica psiquiátrica, como un tratamiento guía para diferentes trastornos y circunstancias que comprometen la salud mental.

## Conclusiones

1. La TBE es una intervención psicoterapéutica apropiada para las circunstancias de atención en el campo específico de la psiquiatría.
2. La TBE se ha desarrollado como una opción rápida y efectiva en entornos clínicos que presentan limitaciones de tiempo y recursos.
3. La TBE toma como herramienta el Diálogo Estratégico y se basa en el sistema perceptivo-reactivo y la formulación de objetivos basados en la teorización del paciente, y la aplicación de estrategias terapéuticas fundamentadas en lógicas no formales.
4. La TBE ha demostrado ser una opción terapéutica eficaz en diversos trastornos mentales y en una variedad de problemas adaptativos y relacionales de los pacientes.
5. La TBE no pugna con el tratamiento farmacológico, de hecho la TBE genera alternativas que facilitan el tratamiento farmacológico de los pacientes que presentan creencias herradas y oposición a los medicamentos.
6. El Diálogo Estratégico no solo tiene aplicación como medida psicoterapéutica, sino que permite un mejor enfoque de las diferentes quejas que presenta el paciente en la consulta psiquiátrica.

La TBE ha sido adoptada por algunas universidades de Europa en la formación del psiquiatra. En Colombia y Latinoamérica cada vez es más el interés de los psiquiatras por este tipo de intervención, sin embargo, se

necesita sensibilización en esta alternativa terapéutica y por supuesto que se requiere más investigación en el entorno del quehacer psiquiátrico (3, 6, 7, 8). Es importante que la investigación avance hacia las situaciones clínicas psiquiátricas en las que la TBE es esencial, ya sea sola o en combinación con medicación. A medida que se obtienen mayores conocimientos sobre los mecanismos cerebrales responsables de los cambios terapéuticos por la psicoterapia, es posible que se pueden desarrollar psicoterapias cada vez más específicas, la TBE, es una aproximación a estos postulados.

## Referencias bibliográficas

1. Gabbard GO. Psychotherapy in psychiatry. *Int Rev Psychiatry* 2007; 19(1): 5-12.
2. Summers RF, Xuan Y, Tavakoli DN. Teaching focus in psychotherapy: a training essential. *Psychodyn Psychiatry* 2013; 41(1): 91-109.
3. Arango-Davila C, Rojas J, Moreno M. Análisis de los Aspectos Asociados a la Enfermedad Mental en Colombia y la Formación en Psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2009; 37(4): 538-63.
4. Summers RF. *Psychodyn Psychiatry. Teaching Psychotherapy to Psychiatry Residents*. Fall 2018, 46(3): 411-435.
5. Feinstein R, Heiman N, Yager J. Common factors affecting psychotherapy outcomes: some implications for teaching psychotherapy. *J Psychiatr Pract* 2015; 21(3): 180-9.
6. Arango-Davila C. Conceptual Aspects of the Teaching Psychiatry in Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2012; Supl (41): 11-21.
7. Gregory RJ, Mintz D, Yakeley J. Should Psychotherapy Become a Subspecialty of Psychiatry? *Am J Psychother* 2019; 72(2): 36-37.
8. MacDonald J, Ellis PM. Supervision in psychiatry: terra incognita? *Curr Opin Psychiatry* 2012; 25(4): 322-6.
9. Valle R, Perales A. Enseñanza de psicoterapia en la profesión médica en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina* 2020; 81(3): 348-353.
10. Nardone G. *Psicosoluciones: Cómo resolver rápidamente problemas humanos imposibles*, Barcelona, Editorial Herder, 2004.
11. Nardone G., Watzlawick, P. *Terapia Breve Estratégica*. EE.UU., Rowman & Littlefield Publishers Inc, 2005.
12. Nardone G., *Conocer a través del cambio: La evolución de la terapia breve estratégica*. Barcelona, Editorial Herder, 2004.
13. Duncan BL, Solovey AD. Strategic-brief therapy: an insight-oriented approach? *J Marital Fam Ther* 1989; 15(1): 1-9.

14. Michael J. Rohrbaugh and Varda Shoham. Brief Therapy Based on Interrupting Ironic Processes: The Palo Alto Model. *Clin Psychol (New York)* 2001; 8(1): 66–81.
15. Nardone G., *Terapia breve: Filosofía y arte*. Barcelona, Editorial Herder, 2012.
16. Watzlawick P, Nardone G. *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona, Editorial Paidós, 1997.
17. De la Cruz Gil R. Sophist epistemology and its influence on brief strategic therapy, Nardone model. *Interdisciplinary Journal of Philosophy and Psychology (Citado Julio 31 de 2023)*; <https://revistalimite.uta.cl/index.php/limite/article/view/250>
18. da Costa NC, Bueno O, Volkov AG. Esquema de una teoría de categorías paraconsistente. En: P Weingartner editors. *Lógicas alternativas: ¿Las necesitan las ciencias?*. Berlín, Editorial Springer-Verlag, 2004, p. 95-114.
19. Nardone G., *Conocer a través del cambio: La evolución de la terapia breve estratégica*. Barcelona, Editorial Herder, 2006.
20. Nardone G., *Problem Solving Estratégico: El arte de encontrar soluciones a problemas irresolubles*. Barcelona, Editorial Herder, 2010.
21. Nardone G., *Miedo, pánico, fobias: La terapia breve*. Barcelona, Editorial Herder, 1997.
22. Iengo A. Brief Strategic Therapy in Panic Disorder Treatment. *Psychiatr Danub* 2020; 32(Suppl 1): 75-78.
23. Pietrabissa G, Castelnuovo G, Jackson JB, Rossi A, Manzoni GM, Gibson P. Brief Strategic Therapy for Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: A Clinical and Research Protocol. *Front Psychol* 2019, 8; 10: Article 373
24. Nardone G., *El diálogo estratégico - Comunicar persuadiendo: Técnicas para conseguir el cambio*. Barcelona, Editorial Herder, 2011.
25. Nardone G., E. Balbi, *Surcar el mar a espaldas del cielo: Lecciones sobre el cambio terapéutico y las lógicas no ordinarias*. Barcelona, Editorial Herder, 2018.
26. Centeno-Gándara LA, Vales-Rodríguez AL, Saucedo-Urbe E. Phenomenology of Non-Ordinary Logics in Brief Strategic Therapy. *Psychiatr Danub* 2022; 34(3): 407-410.
27. de la Espriella, R., & Gómez Restrepo, C. Teoría fundamentada. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2020; 49(2): 127–133.
28. Palacios O. Grounded Theory: Origin, Assumptions and Perspectives. *Intersticios sociales* 2021; 22: 47-70.
29. Antony Bryant, “1967 and all that”. En *Grounded Theory and Grounded Theorizing*, editado por Antony Bryant. Nueva York: Oxford University Press; 2017, p. 63-64.
30. Fuster J. *The prefrontal cortex*. Fourth edition. London, Academic Press is an imprint of Elsevier, 2008.
31. Nardone G., *No hay noche que no vea el día: la terapia breve para los ataques de pánico*. Barcelona, Editorial Herder, 2004.
32. Nardone G., *La terapia de los ataques de pánico: Libros para siempre del miedo patológico*. Barcelona, Editorial Herder, 2016.
33. Nardone G., *Miedo, pánico, fobias: la terapia breve*. Barcelona, Editorial Herder, 1997.
34. Castelnuovo G, Manzoni GM, Villa V, Cesa GL, Molinari E. Brief Strategic Therapy vs Cognitive Behavioral Therapy for the Inpatient and Telephone-Based Outpatient Treatment of Binge Eating Disorder: The STRATOB Randomized Controlled Clinical Trial. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2011; 4(7): 29-37.
35. Nardone G, Milanese R, Verbitz T. *Las prisiones de la comida: Vomiting, Anorexia, Bulimia*. Barcelona, Editorial Herder, 2016.
36. Nardone G., M. Selekman, Hartarse, vomitar, torturarse: *La terapia en tiempo breve*. Barcelona, Editorial Herder, 2013.
37. Nardone G., E. Valteroni, *La anorexia juvenil: Una terapia eficaz y eficiente para los trastornos alimentarios*. Barcelona, Editorial Herder, 2018.
38. Rakowska JM. Brief strategic therapy in patients with social phobia with or without personality disorder. *Psychother Res* 2011, 21(4): 462-71.
39. Nardone G., Watzlawick, *El arte del cambio: Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona, Editorial Herder, 1992.
40. Robbins MS, Bachrach K, Szapocznik J. Bridging the research-practice gap in adolescent substance abuse treatment: the case of brief strategic family therapy. *J Subst Abuse Treat* 2002; 23(2): 123-32.
41. Werstlein R, Bachrach K, Brigham G, Robbins MS, Szapocznik J, Horigian VE, Feaster DJ, Puccinelli M, Jacobs P, Burlew K. Brief strategic family therapy for adolescent drug abusers: a multi-site effectiveness study. *Contemp Clin Trials* 2009; 30(3): 269-78.
42. Lebensohn-Chialvo F, Rohrbaugh MJ, Hasler BP. Fidelity Failures in Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse: A Clinical Analysis. *Fam Process* 2019 ;58(2) :305-317.
43. Robbins MS, Feaster DJ, Horigian VE, Rohrbaugh M, Shoham V, Bachrach K, Miller M, Burlew KA, Hodgkins C, Carrion I, Vandermark N, Schindler E, Werstlein R, Szapocznik J. Brief strategic family therapy versus treatment as usual: results of a multisite randomized trial for substance using adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2011; 79(6): 713-27.
44. Pietrabissa G, Manzoni GM, Gibson P, Boardman D, Gori A, Castelnuovo G. Brief strategic therapy for obsessive-compulsive disorder: a clinical and research protocol of a one-group observational study. *BMJ Open*. 2016; 24;6(3): e009118.
45. Proietti L, Aguglia A, Amerio A, Costanza A, Fesce F, Magnani L, Serafini G, Amore M. The efficacy of brief strategic therapy in treating obsessive-compulsive disorder: a case series. *Acta Biomed* 2022; 22; 93(S1): e2022271.

46. Nardone G., C. Portelli, Obsesiones, compulsiones, manías: Entenderlas y superarlas en tiempo breve. Barcelona, Editorial Herder, 2015.
47. Hernández M, Salazar S. Sexualidad dual: la terapia breve estratégica para la superación de problemáticas sexuales en el hombre. Bogotá, Editorial Destiempo, 2018
48. Nardone G, Balbi E, Boggiani E. El Placer Frustrado. Las Paradojas Sexuales del Nuevo Siglo y su Solución. Barcelona, Editorial Herder, 2021.
49. Rakowska JM. Brief strategic therapy in first myocardial infarction patients with increased levels of stress: a randomized clinical trial. *Anxiety Stress Coping*. 2015 ;28(6) :687-705.
50. Horigian VE, Anderson AR, Szapocznik J. Taking Brief Strategic Family Therapy from Bench to Trench: Evidence Generation Across Translational Phases. *Fam Process* 2016; 55(3): 529-42.
51. Nardone G., *Problem Solving Estratégico: El arte de encontrar soluciones a problemas irresolubles*. Barcelona, Editorial Herder, 2010.
52. Arango-Dávila C, Pimienta H. El Cerebro, de la Estructura y la Función a la Psicopatología. Primera Parte: Bloques Funcionales. Número Extraordinario "Las neurociencias y Psiquiatría", *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2004; 33 (Suplemento No.1): 102-25.
53. Arango-Dávila C. El Cerebro, de la Estructura y la Función a la Psicopatología. Segunda Parte: la Microestructura y el Procesamiento de la Información. Número Extraordinario "Las neurociencias y Psiquiatría", *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2004; 33 (Suplemento No.1): 126-54.

# APAGGA, un Programa de Gestión Pública para Dejar de Fumar: Incorporando una Modalidad de Realidad Virtual

APAGGA, a public management program to stop smoking. Incorporating a modality of virtual reality

## Florencia Caneto

Dra. en Psicología, Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, Ministerio de Salud, Gobierno de la Provincia de Córdoba; Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba (UNC); IIPsi-UN- CONICET

## Emilio Goldenhersch

Licenciado en Psicología; Laboratorio de Investigación en Neurociencias y Ciencias Sociales, Universidad de Flores, CABA.

## María Sol Rassi

Técnica Especialista en Medios Audiovisuales y Project Manager; Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, Ministerio de Salud, Gobierno de la Provincia de Córdoba.

## Graciana Nocetti

Licenciada en Economía, Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, Ministerio de Salud, Gobierno de la Provincia de Córdoba.

## Nicolas Rosencovich

Ingeniero biomédico, Universidad Nacional de Córdoba (UNC),

## Cristian Waitman

Técnico Especialista en Medios Audiovisuales, Licenciado en Publicidad, Universidad Siglo XXI.

## Florencia Maiocco

Licenciada en Ciencias Políticas, Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, Ministerio de Salud, Gobierno de la Provincia de Córdoba.

## Darío Gigena Parker

Médico Psiquiatra, Magister en Adicciones; Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, Ministerio de Salud, Gobierno de la Provincia de Córdoba; Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba (UNC).

## Correspondencia:

Darío Gigena Parker,  
Psychiatrist,

Master's degree in Addictions  
[gigenaparker@gmail.com](mailto:gigenaparker@gmail.com)

Florencia Caneto,  
Ph.D in Psychology.

[florenciacaneto@unc.edu.ar](mailto:florenciacaneto@unc.edu.ar)

Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, Ministerio de Salud, Gobierno de la Provincia de Córdoba.

Av. Vélez Sarsfield 2311 Ciudad Universitaria, X5016 GCH, Córdoba.

## Agradecimientos:

Al Ministerio de Salud, Ministerio de Ciencia y Tecnología y al Gobierno de Córdoba, Argentina, por el apoyo al programa APAGGA para dejar de fumar y a todas las personas que confiaron en el programa APAGGA para dejar de fumar.

## Conflictos de intereses y financiamiento

EG, NR y CW tienen acciones en MindCotine Inc, la empresa que desarrolló los entornos de realidad virtual y la aplicación. La DGP y FM son funcionarios públicos.

Los demás autores declaran no tener conflictos de interés. El Ministerio de Salud, Gobierno de Córdoba, Argentina fue el encargado de financiar los kits de realidad virtual.

**Resumen** La pandemia ha cambiado aún más el enfoque de la salud pública hacia los programas digitales, incluidos aquellos para tratar los trastornos por uso de sustancias. Los programas para dejar de fumar basados en teléfonos móviles han ganado popularidad en los últimos años debido a su capacidad para llegar a más personas. La Secretaría para la Prevención y Asistencia de las Adicciones (SPAA) lanzó un programa estatal para dejar de fumar, llamado APAGGA, para abordar este problema que incluyó una modalidad para dejar de fumar basada en realidad virtual (RV). *Objetivo:* Analizar el impacto del programa APAGGA para dejar de fumar en su modalidad de realidad virtual. *Métodos:* Quienes participaron se inscribieron en el programa APAGGA mediante un formulario web en la página web de SPAA (n=3669). El programa se dividió en dos fases. La activación y uso de la app (instalable en un teléfono móvil), la reducción del consumo y el autorreporte de cesación tabáquica fueron los indicadores utilizados para la adherencia y efectividad del programa por fases. *Resultados:* En la Fase I se activaron 377 kits de RV (86 personas dejaron de fumar y 107 redujeron su consumo). En la Fase II, se activaron 130 kits de RV (30 informaron dejar de fumar y 64 informaron reducir el consumo de tabaco). *Conclusiones:* Esta es la primera iniciativa pública y gratuita de Argentina, específicamente de Córdoba, para incorporar la RV como herramienta para la atención de la salud pública.

La modalidad RV de APAGGA mostró altas tasas de adherencia y efectividad para reducir el consumo de tabaco y dejar de fumar. Esto posiblemente se enmarcó en un proceso integral e interdisciplinario basado en una política de salud pública de mejora continua.

**Palabras clave** Dejar de fumar - Realidad virtual - Salud pública.

**Abstract** *Mobile phone-based smoking cessation programs have gained popularity in recent years due to their ability to reach more people. The pandemic has further shifted the focus of public health to digital programs, including those for treating substance use disorders. The Secretariat for the Prevention and Assistance of Addictions (SPAA) launched a tobacco cessation state program named APAGGA, to address this issue by incorporating a virtual reality (VR) mobile phone-based smoking cessation modality. Objective: to analyze the impact of the APAGGA program in its digital format on the population. Methods: Participants were enrolled in the APAGGA program using a web form on the SPAA web page (n= 3,669). The program was divided into two phases. Activation and use of the app, consumption reduction, and smoking cessation report will be the indicators used for adherence and effectiveness of the program by phase. Results: In Phase I, 377 VR kits were activated (86 individuals quit smoking, and 107 reduced their consumption). In Phase II, 130 VR kits were activated (30 reported quitting smoking, and 64 reported reducing tobacco consumption). Conclusions: This is Argentina's first public and free initiative, specifically in Córdoba, to incorporate VR as a tool for public health care.*



*The VR modality of APAGGA showed high rates of adherence and effectiveness for reducing smoking consumption and quitting smoking. This was possibly framed in an integral and interdisciplinary process based on a public health policy of continuous improvement.*

**Keywords** Smoking cessation - Virtual reality - Public health.

## Introducción

El tabaco es una de las principales causas prevenibles de muerte prematura en el mundo, con más de 8 millones de muertes y un costo para la economía mundial de 1.4 billones de dólares estadounidenses al año (1). En Argentina (2), 44851 muertes, 20620 diagnósticos de cáncer, 14405 accidentes cerebrovasculares y 68100 hospitalizaciones por enfermedad cardiovascular por año pueden atribuirse al tabaquismo. El costo económico del tratamiento de los problemas de salud atribuibles al tabaco ascendió a ARS 33 mil millones en 2016 (1 USD = ARS 8.8096, i.e., casi 3800 millones de dólares), lo que representó el 0.75% del producto interno bruto (PIB) y el 7.5% del gasto total en salud en ese mismo año. Los impuestos al tabaco cubrieron sólo una parte del gasto (precisamente el 67.3%). En este sentido, aunque no se pretende analizar el coste económico actual, es importante conceptualizar la relevancia de nuevos tratamientos y mejoras en los tratamientos existentes para dejar de fumar para mejorar el impacto de estos en la salud pública y el desarrollo económico.

A pesar de los desafíos planteados por la pandemia de COVID-19, muchos países han persistido en promover el control del tabaco como una prioridad de salud crítica (1). A nivel mundial, muchas actividades fueron modificadas por la pandemia de COVID-19, incluyendo modalidades de atención médica que variaron hacia lo que se conoce como mHealth (i.e., salud asistida por tecnología móvil) (3). El uso de mHealth es beneficioso para un amplio espectro de condiciones y enfermedades (asma, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.) (4), así como en el tratamiento de consumos problemáticos y adicciones a sustancias (5). Estas intervenciones digitales, incluidas las aplicaciones diseñadas específicamente para dejar de fumar (6,7), benefician diversas afecciones y adicciones. Es fundamental considerar que ciertos factores pue-

den influir en el éxito de un programa de tratamiento para el uso de sustancias. Algunos de estos factores están asociados a características individuales como la motivación, las expectativas del usuario, la intención o planificación, los intentos de tratamiento anteriores, el tiempo que la persona ha estado fumando y el consumo actual (8,9). Pero, muchos de estos factores son factores contextuales, como las dificultades para llegar al centro donde se brinda el tratamiento, las responsabilidades familiares, las responsabilidades laborales, etc. (10) Lograr tasas de adherencia razonables es una necesidad intrínseca para buenos resultados en el tratamiento. En este sentido, algunas de estas barreras contextuales se pueden sortear con una modalidad de intervención como una aplicación móvil con realidad virtual (RV) ya que no implica moverse de sitio, no tiene horarios específicos y los estudios han demostrado tener resultados positivos para ayudar a fumadores a dejar de fumar (6).

En este contexto, en el Día Mundial Sin Tabaco en el año 2021, la Secretaría para la Prevención y Atención de las Adicciones (en adelante SPAA, Ministerio de Salud, Gobierno de la Provincia de Córdoba, Argentina) lanzó un programa para dejar de fumar. APAGGA es un programa integral para dejar de fumar con tres modalidades: RV, a distancia y presencial, para garantizar el acceso y la innovación en el tratamiento de las adicciones. En este artículo, nos centraremos en la modalidad RV basada en una aplicación móvil para dejar de fumar desarrollada y proporcionada por MindCotine (6).

Hasta donde sabemos, APAGGA es el primer programa de gestión de salud pública en nuestro contexto en utilizar la RV en un programa para dejar de fumar. Por ello, analizaremos, veinte meses después de su implementación, la evolución del programa en el proceso de registro, selección, entrega y seguimiento de los kits utilizados para su validación y consolidación en este período. Esto surge desde una perspectiva de

mejora continua inherente a la modalidad de gestión y visión político-estratégica de la SPAA.

**Objetivo:** Este artículo presenta un programa para dejar de fumar llamado APAGGA tratamiento efectivo y accesible para el abandono del hábito tabáquico en la población de la Provincia de Córdoba.

### Objetivos específicos:

1. Diagnosticar y evaluar la fase piloto de implementación de la modalidad RV del programa APAGGA.
2. Evaluar las mejoras implementadas en la modalidad RV del programa APAGGA.
3. Comparar el perfil de quienes utilizan la modalidad de RV y que lograron dejar de fumar o reducir el consumo según el período de inscripción (fase piloto vs. fase de mejora).

## Procedimientos

### Fase I

#### Diseño

Se realizó un estudio observacional descriptivo sobre las bases de datos de participantes del programa APAGGA en su modalidad RV, dividido en dos Fases (10 meses cada una). Para inscribirse y participar en el programa, usuarios/as completaron un formulario de registro (ver más abajo) desde el inicio del programa (31/05/2021, Día Mundial Sin Tabaco). Se propone analizar las tasas de adherencia y permanencia en el programa y evaluar la posibilidad y la necesidad de introducir cambios o mejoras.

#### Métodos

**Reclutamiento:** Las personas interesadas en recibir un kit de realidad virtual debían registrarse mediante un formulario web en la página web de SPAA. Para aumentar la participación de la población en general, la SPAA comercializó el lanzamiento del programa APAGGA mediante la distribución de tótems en diferentes puntos de la ciudad, realizó campañas publicitarias en radios y parlantes en supermercados y realizó una campaña específica en redes sociales.

**Participantes:** 2827 personas completaron el formulario de registro para la opción RV. De ellas, 800 personas cumplieron con los criterios de inclusión (ver en instrumento), de las cuales 465 pertenecían a Córdoba Capital y 335 al interior de la Provincia de Córdoba.

#### Instrumento

El formulario incluía: datos sociodemográficos (nom-

bre, DNI), datos de contacto (teléfono y dirección), preguntas referentes al consumo de tabaco (uso [sí/no]; número habitual de cigarrillos al día [a rellenar], edad de primer uso [a completar en números]); intentos de dejar de fumar [a completar en números, registrados de la siguiente manera: 0= nunca, 1= 1 intento; 2= dos intentos y 3= 3 o más intentos]; planes para dejar de fumar [Elegí la frase que mejor representa cómo te sientes hoy: a- Todavía fumo, pero ya comencé a cambiar, como reducir la cantidad de cigarrillos que fumo; b - Estoy listo para establecer el día en que dejaré de fumar [5]; b- Definitivamente planeo dejar de fumar en los próximos 30 días [4]; c- Definitivamente planeo dejar de fumar en los próximos 6 meses [3]; y d- A veces pienso en dejarlo, pero no lo planeo [2]; e- Rara vez pienso en dejar de fumar y no lo planeo [1]); ganas de dejar de fumar [¿cuántas ganas tienes de dejar de fumar?: algo, mucho, poco, poco]. Estas dos últimas preguntas se utilizaron como criterios de selección.

Criterios de selección de las personas a ser seleccionadas para recibir un kit de RV: 1- Haber seleccionado "Definitivamente planeo dejar de fumar en los próximos 30 días" y; 2- "mucho" en el ítem deseo de dejar de fumar (11,12).

**Intervención:** La SPAA distribuyó un Kit, que incluye un visor de cartón de realidad virtual y un cuadernillo con instrucciones. Las instrucciones incluían los pasos para usar los anteojos RV y la aplicación móvil, que proporcionaba el programa MindCotine (6) para dejar de fumar. Asimismo, la SPAA proporcionó el código de activación del kit que permitió el acceso a la aplicación.

El programa MindCotine incluye contenido audiovisual, preguntas autorreflexivas basadas en la terapia cognitiva conductual, establecimiento de una fecha para dejar de fumar y notificaciones. El contenido audiovisual incluye ejercicios formales de atención plena que involucran técnicas de respiración, conciencia corporal, reconocimiento de pensamientos, emociones e impulsos de fumar. Los ejercicios de la terapia RV siguen el entrenamiento RV-MET de MindCotine (6): el acto de fumar, meditación LLUVIA, estrés en el trabajo, sensaciones corporales, emociones profunda, Nicotina Anónimos, el alcohol como desencadenante. Cada intervención de contenido consta de un entorno animado de 2 minutos para inducir estados mentales meditativos, 6 minutos de terapia de exposición con

personas reales y 2 minutos más de un entorno animado para generar una mentalidad reflexiva. La intervención implica hasta 10 minutos por día para aprender habilidades para dejar de fumar. Asimismo, en esta fase, los kits fueron entregados por la SPAA a domicilio a quienes fueron seleccionados/as para recibirlos.

## Fase II

### Diseño

Con base en el conocimiento de áreas como Psicología, Ciencias del Comportamiento y disciplinas afines, evaluamos la Fase I y se decidió diseñar e implementar mejoras introduciendo modificaciones en la inscripción, criterios de selección, comunicación, método de entrega y en todos los procesos asociados.

Se realizó un estudio observacional descriptivo en las bases de datos de los/as participantes desde que se implementaron las mejoras hasta el 8 de diciembre de 2022.

### Métodos

**Reclutamiento:** Las personas interesadas en recibir un kit de realidad virtual debían registrarse mediante un nuevo formulario web en la página web de la SPAA.

**Participantes:** 842 personas completaron el formulario de registro. De ellas, 351 personas inscritas en el programa cumplieron con los criterios de inclusión. De las personas seleccionadas, 197 pertenecían a Córdoba Capital y 154 al interior de la Provincia de Córdoba.

**Mediciones:** Las preguntas sociodemográficas y de contacto fueron las mismas que en la Fase I, así como las de tabaquismo (sí/no), consumo habitual de cigarrillos (cantidad en números) e intentos de dejar de fumar (cantidad en números). Se agregaron las siguientes preguntas: interés en dejar de fumar (sí/no); motivación para dejar de fumar (1 = nada motivado a 5 = totalmente motivado); la escalera de la contemplación (11); vivir con personas que fuman (sí/no); preferencia de modalidad de tratamiento (opción múltiple: RV, presencial, a distancia): tratamiento actual para dejar de fumar (sí/no); acceso wifi (sí/no); facilidad de manejo de la tecnología (1= Nada fácil a 5= Extremadamente fácil).

Criterios de selección para recibir el kit RV: Basado en investigaciones previas (6,14), se establecieron los siguientes criterios: 1- Fumar cigarrillos (Si); 2- Número específico de cigarrillos por día (según criterios

de salud): Mujeres  $\geq 5$ ; Hombres/identidad de género no especificada  $\geq 10$ ; 3- Estar interesado/a en dejar de fumar (Si); 4- Motivación= 3 o más en una escala Likert de 5 puntos; 5- Elección de la modalidad de RV; 6- Tener Wi- Fi (ya que los videos descargados de la aplicación son "pesados"); 7- Habilidades percibidas para el uso de la tecnología = 3 o más en una escala tipo Likert de 5 puntos.

**Intervención:** La intervención sigue siendo la misma que en la Fase I. Pero hubo mejoras en otras áreas y procesos, que se enumeran a continuación.

**Entrega de equipos:** De acuerdo a la experiencia en la Fase I, se determinó aplicar mecanismos de relacionamiento para fortalecer la adherencia al programa. Por ello, uno de los primeros cambios realizados fue modificar la modalidad de entrega, donde dentro de Capital y Gran Córdoba, las personas seleccionadas deben retirar su kit en la sede de la SPAA y, en el interior de la provincia donde existan Centros RAAC (preventivos o centros de atención ubicados dentro de la provincia que forman parte de la Red de Atención a las Adicciones en Córdoba), deberán retirarlo en el centro RAAC de su localidad. Sólo en los casos en que no exista un centro RAAC, el kit se envía por correo al domicilio de la persona. Esta primera acción tiene como objetivo fortalecer la brecha que teníamos entre el retiro y la activación, brindándonos un mayor control en cada entrega y un contacto más cercano entre el/la beneficiario/a y el programa. Además, el plazo de retiro es de 10 días hábiles a partir de la fecha anunciada durante la llamada telefónica (ver procesos comunicacionales).

**Procesos Comunicacionales:** Así como se tomó la decisión de modificar la modalidad de entrega, se procuró reorganizar, clarificar y mejorar los procesos de comunicación del programa con las personas beneficiarias. Esto implicó desarrollar un mapa de viaje del cliente para comprender las etapas por las que pasan las personas beneficiarias cuando quieren participar en el programa y cómo podemos comunicar mejor cada paso para mejorar las tasas de retiro, activación y adherencia.

La primera acción realizada fue mejorar el mensaje de WhatsApp enviado en el momento de la selección. Nuestro objetivo fue presentar la información de manera más organizada y aclarar que el programa evalúa perfiles para determinar la modalidad más adecuada

para cada persona inscrita. Luego, se desarrolló un segundo punto de contacto que consiste en una llamada de confirmación programada para reafirmar la motivación y el interés e la persona beneficiaria y brindar la oportunidad de abordar preguntas sobre la modalidad de tratamiento. Esto sirve como un primer contacto, humanizando el proceso de inclusión del programa y motivando a la participación. Es un llamado crucial para el programa porque, además de los casos en que las personas beneficiarias expresan su agradecimiento y muestran motivación, también encontramos casos de personas que ya no están interesadas, fueron inscritas por un tercero (generalmente un familiar) y no desean participar, o personas que no saben usar la tecnología y preferirían asistir a otra modalidad (recordemos que la SPAA ofrece modalidad a distancia -i.e. por videollamada- y presencial de cesación tabáquica).

Para asegurar la correcta ejecución de estas llamadas, se diseñó un protocolo que cuenta con toda la información necesaria para una correcta atención de la persona beneficiaria. Cada persona fue contactada hasta en tres ocasiones, al menos en dos momentos distintos del día, y en caso de no poderse contactar, se envió un correo electrónico con todos los detalles. La comunicación tiene lugar en un tono amistoso, conversacional y directo, en la que nos esforzamos por responder a todas las preguntas a las personas beneficiarias a través de los siguientes pasos para el retiro o la entrega del kit y su uso posterior.

Una vez más, esta acción nos permite tener un mayor control sobre el proceso de asignación y retiro de kits, enfocándonos en personas motivadas y con intención de iniciar el tratamiento, haciendo más eficiente la asignación de recursos dentro de esta innovadora política pública.

Además, se estableció un canal de comunicación oficial del programa, una dirección de correo electrónico donde se reciben y centralizan todas las comunicaciones, asegurando respuestas con un enfoque unificado y el compromiso de entregar la mejor experiencia de tratamiento a las personas beneficiarias.

**Procesos de Gestión Institucional:** Administrar un programa de esta naturaleza representa un gran desafío para el gobierno, ya que requiere un delicado equilibrio entre la utilización eficiente de los recursos, la adherencia al tratamiento y brindar una experien-

cia positiva al usuario/a, todo lo cual implica un importante esfuerzo humano e institucional.

Por lo tanto, el primer paso en la fase de mejora fue desarrollar un manual de procedimientos integral para todo el programa en su modo RV, donde incluimos un flujo de trabajo de extremo a extremo e identificamos los recursos humanos, materiales e intangibles involucrados. En esta etapa, se definieron claramente los roles y alcances de cada área involucrada en el proceso, brindando una visión global y comprensión de las implicaciones para cada persona que asume un rol dentro del programa. Esta transformación permitió un enfoque diario más claro de las tareas, con personas que obtuvieron una mejor comprensión del qué, cómo y por qué, lo que resultó en una utilización más eficiente de los recursos y una toma de decisiones efectiva, consciente de la trazabilidad del proceso.

Además, en la búsqueda de estos objetivos, se estandarizaron plantillas de seguimiento de beneficiarios/as, se implementaron herramientas de monitoreo de stock, se estructuró un cronograma de trabajo para apoyar el cierre de tandas cada 15 días (i.e., proceso de corte en la inscripción, paso de las personas inscritas por los criterios de selección, comunicación y proceso de entrega) y se realizó una encuesta para identificar obstáculos comunes, lo que llevó al desarrollo de una caja de herramientas para abordar diferentes problemas. Toda esta información, hasta el presente, reside en el manual de procedimiento. También se estableció y estandarizó un canal de comunicación unificado para mantener una comunicación directa entre las partes involucradas en el proceso de gestión del programa.

### **Análisis de los datos**

Se utilizaron como indicadores para validar los cambios de proceso, las tasas de entrega y activación de los kits de realidad virtual. Asimismo, para validar que no haya diferencia entre las muestras según la fase, se realizaron asociaciones (mediante la prueba de la  $\chi^2$  y el coeficiente V de Cramer) entre las fases (piloto y mejoras) y los intentos de dejar de fumar en las personas seleccionadas, en quienes retiraron los kits de RV y, por último, en quienes los activaron. En estas mismas muestras también se analizó la comparación de medias (utilizando las fases como variable de agrupación [piloto, para mejoras]) en las variables número de cigarrillos consumidos al día y edad de inicio en el consumo de cigarrillos. Es importante

destacar que para estos análisis se eliminaron las inscripciones duplicadas (es decir, si una persona se inscribía dos veces en el programa, solo se consideraba la primera inscripción). Se excluyeron ocho casos de estos análisis debido a valores faltantes.

### Consideraciones éticas

Los procedimientos fueron revisados y aprobados por el comité de ética interno de la institución a cargo de la investigación (este estudio forma parte de las prácticas de esta institución que buscan generar políticas públicas basadas en evidencia). Además, el estudio se realizó respetando los lineamientos éticos para la investigación con humanos señalados por la Asociación Americana de Psicología, la Declaración de Helsinki y la Ley Nacional 25.326 de Protección de Datos Personales (Argentina).

### Resultados

En la *Tabla 1* se muestra una síntesis de los resultados de ambas fases.

#### Fase I

Desde que se lanzó el programa en mayo de 2021, se han registrado 2827 registros para la modalidad RV (del 31 de mayo de 2021 al 23 de marzo de 2022). Ochocientas personas fueron seleccionadas en esta primera fase para recibir un kit de realidad virtual (ver criterios en el apartado de metodología). Una vez seleccionadas las personas, se inicia la logística de distribución de los kits a domicilio en Ciudad de Córdoba y Provincia. De quienes fueron seleccionados/as, 465 pertenecían a Córdoba Capital y 335 al interior de la Provincia de Córdoba. A su vez, 297 personas recibieron su kit en Córdoba Capital, de las cuales 222 lo activaron, y 228 recibieron su kit en el Interior Provincial, de las cuales 155 personas lo activaron. Entonces, en términos generales, desde el inicio del programa se han activado 377 kits. Más importante aún, 87 personas beneficiarias reportaron dejar de fumar por completo y 107 redujeron su consumo, de las cuales 79 reportaron reducir su consumo de tabaco entre 50% y 99%. En cambio, 28 personas dijeron haber reducido su consumo en menos del 50%. Es importante señalar que el código de activación tiene una validez de un año, por lo que el usuario que recibe el kit de RV puede utilizarlo durante todo un año.

**Tabla 1.** Síntesis de los resultados de ambas fases

	Fase I N	Fase II N
Personas seleccionadas para recibir un kit RV	800	351
Kit de RV activado	377	140
Personas que reportaron dejar de fumar	87	30
Personas que reportaron reducir su consumo	107	64

*Nota:* RV= realidad virtual

#### Fase II

Hubo 842 registros en la modalidad de realidad virtual (del 24 de marzo de 2022 al 8 de diciembre de 2022). Como resultado, 351 personas fueron seleccionadas para recibir un kit de realidad virtual. En este caso, las personas seleccionadas debían retirar su kit si eran de Córdoba Capital (n = 197) y los envíos se hacían dentro de la Provincia (154 personas seleccionadas). A su vez, 95 personas retiraron su kit en Córdoba Capital, de las cuales 76 lo activaron, y 82 lo hicieron en el Interior Provincial, de las cuales 64 personas lo activaron. Treinta personas reportaron dejar de fumar por completo y, 64 redujeron su consumo, de las cuales 45 personas reportaron reducir su consumo de tabaco entre 50% y 99%, mientras que 19 personas manifestaron haber reducido su consumo en menos de 50%.

#### Comparación de muestras según fases

Encontramos una asociación significativa entre la fase (I o II) y los intentos de dejar de fumar ( $\chi^2 = 77,99$ ;  $p \leq 0,05$ ) en la muestra total (n=3211), pero de intensidad débil (V de Cramer = 0,05). Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas (mediante el análisis de la prueba t de diferencias de medias) en la edad de inicio del consumo de cigarrillos y el número de cigarrillos consumidos diariamente según la fase. Considerando solo a quienes retiraron el kit de RV (n=733), no se encontró asociación significativa entre la Fase (I o II) y los intentos de dejar de fumar ( $p=.29$ ). Luego, se comparó la edad de inicio del tabaquismo y el número de cigarrillos consumidos diariamente por fase, y no se encontraron diferencias significativas (mediante el análisis de la prueba t de diferencias de medias).

Asimismo, se analizó la asociación entre fase e intentos de dejar de fumar en quienes activaron su kit de

RV (n=560). No se encontró asociación significativa ( $p = 0.20$ ). Luego, se comparó por fase la edad de inicio del tabaquismo y el número de cigarrillos consumidos diariamente. Nuevamente, no se encontraron diferencias significativas (utilizando el análisis de la prueba *t* de las diferencias de medias).

## Discusión

Argentina y la Provincia de Córdoba se caracterizan por una gestión de salud pública, gratuita y de calidad. En nuestro conocimiento, esta es la primera iniciativa de gestión pública que busca incorporar la RV mediante una aplicación móvil con respaldo científico como herramienta para la atención en salud pública y, más específicamente, en el campo de las adicciones. A pesar de algunas barreras señaladas para mHealth en contextos como el local, como el acceso a un teléfono móvil o a Internet (13), la modalidad de RV (es decir, la aplicación del teléfono celular y el marco del programa para dejar de fumar [selección, comunicación y seguimiento de los usuarios del programa]) mostró altas tasas de adherencia en ambas etapas, efectividad en reducir el consumo de tabaco y para dejar de fumar en quienes la utilizaron. Cabe señalar que la tasa de éxito (i.e., que la persona que usa la aplicación haya dejado de fumar) fue menor que en los tratamientos tradicionales para dejar de fumar (14). Sin embargo, estos tratamientos tienen un mayor costo económico y requieren que la persona usuaria pase más tiempo en el tratamiento (algunos duran hasta doce meses, ver, por ejemplo, Esen et al. (14)). Este es un punto crucial ya que cuanto antes la persona deja de fumar, más disminuye el riesgo para su salud.

Asimismo, las tasas de eficacia (i.e., personas que reportaron dejar de fumar/personas que activaron su kit) del presente estudio presentan resultados similares a ensayos previos que utilizan el mismo programa de RV para dejar de fumar (6). Sin embargo, cabe señalar que estos estudios se realizaron con muestras más pequeñas ( $n = 60$ ) y en entornos más controlados (como ensayos clínicos). Asimismo, estas tasas son similares en ambas fases. Si bien esto parecería indicar que las mejoras no tuvieron un gran impacto, pero, la tasa de activación de los kits (medida de adherencia; i.e., kits de RV activados/ kits entregados) mejora sustancialmente (del 71.81% al 79.10%, fase I y II, respectivamente). Esto implica que las mejoras implementadas permiten maximizar los recursos económicos destinados al programa.

En este sentido, la OMS (1) estableció que los esfuerzos de control del tabaco deben permanecer enfocados en la reducción del consumo de tabaco, así como en la accesibilidad y la salud móvil. Parecería entonces que la RV es una opción complementaria y económica (precio del kit para el estado) a los tratamientos tradicionales que, en el marco de un buen programa de selección, comunicación y seguimiento de las personas que optan por esta modalidad, como el que se presenta en esta investigación, podría ser la respuesta a estas necesidades.

Finalmente, es crucial señalar que, institucionalmente, entendemos la naturaleza dinámica de cualquier programa de salud, especialmente en uno como una modalidad de RV para dejar de fumar, por lo que conocemos las necesidades cambiantes y la necesidad continua de nuevas herramientas para más mejoras. Por ello, cada herramienta y decisión implementada va acompañada de un riguroso seguimiento para asegurar que el programa siga impactando positivamente a su público objetivo, consolidándose como una política pública innovadora.

Este estudio debe entenderse en el marco de ciertas limitaciones. En primer lugar, es importante señalar las limitaciones de *mHealth* en contextos como Argentina. La accesibilidad a la tecnología, particularmente a herramientas como la conexión a Internet, es menor que en otros contextos más desarrollados. Por ello, se mantuvieron opciones de tratamiento más tradicionales, como el tratamiento presencial en centros asistenciales. Sin embargo, cabe señalar que, la tasa de adherencia es similar a la de otros países más desarrollados, como ya hemos establecido.

Por otro lado, la conformación de la muestra impide generalizar los resultados obtenidos. Sin embargo, debido al tamaño y heterogeneidad de la muestra, se trata de una primera aproximación hacia un proceso bien establecido para un programa de cesación tabáquica con modalidad RV. Los estudios futuros deberían probar la adaptabilidad del proceso (incluida la herramienta de selección) a otros contextos.

Finalmente, debido a la naturaleza retrospectiva de la herramienta de medición, se sabe que un sesgo telescópico (15) puede ocurrir, este refiere a errores en el reporte de conductas distantes en el tiempo. En concreto, cuanto más tiempo transcurra entre la conducta (p. ej. primer episodio de consumo de tabaco) y la respuesta al formulario de registro de la APAGGA, es más probable que lo reportado esté sujeto a este tipo

de sesgo que, por ejemplo, lleve a reportar una edad de inicio del consumo más cercana a la edad actual. Sin embargo, las herramientas de autoinforme son ampliamente utilizadas en estudios e informes de uso de sustancias y, este es un sesgo común, por lo tanto, probablemente presente en toda la muestra.

## Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (2021). Informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo 2021: abordar los productos nuevos y emergentes <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095>
2. Alcaraz A, Caporale J, Bardach A, Augustovski F, Pichon-Riviere A. Burden of disease attributable to tobacco use in Argentina and potential impact of price increases through taxes/Carga de enfermedad atribuible al uso de tabaco en argentina y potencial impacto del aumento de precio a través de impuestos. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 2016; 40(4): 204-213.
3. Nieves Soriano BJ, Duarte SG. eSalud, una respuesta social frente a la pandemia por Covid-19. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, 2020; 26(4): 23-27.
4. Marcolino MS, Oliveira JAQ, D'Agostino M, Ribeiro AL, Alkmim MBM, Novillo- Ortiz D. The impact of mHealth interventions: systematic review of systematic reviews. *JMIR mHealth and uHealth*, 2018; 6(1):e8873.
5. Kazemi DM, Borsari B, Levine MJ, Li S, Lamberson KA, & Matta LA. A systematic review of the mHealth interventions to prevent alcohol and substance abuse. *Journal of health communication*, 2017; 22(5): 413-432.
6. Goldenhersch E, Thrul J, Ungaretti J, Rosencovich N, Waitman C, Ceberio MR. Virtual reality smartphone-based intervention for smoking cessation: pilot randomized controlled trial on initial clinical efficacy and adherence. *Journal of medical Internet research*, 2020; 22(7): e17571.
7. Sandra SC, Anusha R, Madankumar PD. Application of augmented and virtual reality in cigarette smoking cessation: A systematic review. *Cancer Research, Statistics, and Treatment*, 2021; 4(4): 684.
8. Brorson HH, Arnevik EA, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical psychology review*, 2013; 33(8): 1010-1024.
9. Hamzeh B, Farnia V, Moradinazar M et al. Pattern of cigarette smoking: intensity, cessation, and age of beginning: evidence from a cohort study in West of Iran. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 2020; 15(1): 1-9.
10. Shannon LM, Jones AJ, Newell J, Nash S, Nichols E. Examining contextual differences in participant characteristics and during-program occurrences with drug court program completion. *Journal of Drug Issues*, 2020; 50(2): 191-208.
11. Biener L, Abrams DB. The Contemplation Ladder: validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Health psychology*, 1991; 10(5): 360.
12. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*, 1991; 86:1119-27.
13. Kruse C, Betancourt J, Ortiz S, Luna SMV, Bamrah IK, Segovia N. (2019). Barriers to the use of mobile health in improving health outcomes in developing countries: systematic review. *Journal of medical Internet research*, 2019; 21(10): e13263.
14. Esen AD, Soylem Y, Arica S, Belgin G, Gonultas N. Factors affecting success and abstinence within a smoking cessation clinic: A one-year follow-up study in Turkey. *Tobacco prevention & cessation*, 2020; 6
15. Brunner Huber LR, Broel EC, Mitchelides AN, Dmochowski J, Dulin M, Scholes D. Comparison of prospective daily diaries and retrospective recall to measure oral contraceptive adherence. *Contraception*, 2013; 88: 492-497.

# Acompañamiento gestacional y parto humanizado desde la psiquiatría

## Gestational monitoring and humanized childbirth from psychiatry

**Mónica Suarez Díaz**

Médica Psiquiatra, U. del Rosario.

Psiquiatra Perinatal, Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal.

Coordinadora del Grupo de Investigación COSMOS- H.F.L.L.A

**Resumen** Las mujeres gestantes presentan cambios emocionales, particularmente de tipo afectivo, que pueden o no formar parte de un trastorno mental. Algunas de estas manifestaciones responden a adaptaciones fisiológicas de su nuevo estado, sin llegar a considerarse alteraciones psicopatológicas, pero que son susceptibles de recibir atención por parte de un profesional en salud mental. Hasta hace pocas décadas se consideraba la gestación como un periodo de bienestar en el cual la mujer estaba protegida de la enfermedad mental, sin embargo, el embarazo y postparto hacen más vulnerable psicológicamente a la mujer (1). La psiquiatría perinatal estudia la salud mental de la madre y su bebé durante el período gestacional, parto y postparto, se enfoca en la detección temprana de síntomas psicopatológicos, intervención y elaboración de guías de tratamiento de la enfermedad mental durante este periodo, así mismo participa en las políticas públicas en salud para impactar positivamente en el bienestar materno fetal. El trabajo conjunto de los profesionales de la gineco-obstetricia y la psiquiatría en este proceso puede disminuir los factores de riesgo y optimizar una adecuada adaptación al binomio Madre-Bebé.

**palabras clave:** psiquiatría perinatal - embarazo, posparto - puerperio.

**Abstract** Pregnant women present emotional changes, particularly of an affective type, which may or may not be part of a mental disorder. Some of these manifestations respond to physiological adaptations to their new state, without being considered psychopathological alterations, but which are susceptible to receiving attention from a mental health professional. Until a few decades ago, pregnancy was considered a period of well-being in which women were protected from mental illness; however, pregnancy and postpartum make women more psychologically vulnerable (1). Perinatal psychiatry studies the mental health of the mother and her baby during the gestational, delivery and postpartum period, focuses on early detection of psychopathological symptoms, intervention and development of treatment guidelines for mental illness during this period, likewise participates in public health policies to positively impact maternal-fetal well-being. The joint work of gynecology-obstetrics and psychiatry professionals in this process can reduce risk factors and optimize adequate adaptation to the Mother-Baby pairing.

La autora no declara conflicto de intereses

**keywords:** perinatal psychiatry - pregnancy - postpartum - puerperium



## Introducción

Durante su ciclo vital, las mujeres presentan un riesgo de padecer problemas psicológicos y/o psiquiátricos tres veces superior a los hombres. Este riesgo se da sobre todo en mujeres en edad fértil (25 y 45 años) que tienen bajo su cuidado hijos menores de 3 años.

La transición a la maternidad está asociada a una serie de cambios hormonales, fisiológicos, cognitivos y sociales, por lo que constituye un período de mayor riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental en la mujer.

La gestación y el postparto son periodos de especial vulnerabilidad para el desarrollo de cuadros de salud mental materna, que impactan negativamente en la salud e interacción materno-infantil. La falta de adaptación a estos cambios conduce a la aparición y/o cronificación de síntomas psicológicos como depresión y ansiedad, que pasan muchas veces desapercibidos (1,2).

La atención humanizada durante el embarazo, parto y postparto da respuesta a la necesidad de priorizar los derechos de las mujeres y sus familias. Tanto el informe “Objetivos de Desarrollo del Milenio” de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), como la declaración para la “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” de la misma institución (OMS, 2014) destacan la importancia de que las mujeres reciban un trato digno por parte de las entidades de la salud durante el embarazo, parto y puerperio.

Recientemente, se han promovido nuevos espacios y actitudes en favor de un modelo de humanización enfocado en enfrentar las posibles dificultades de la atención por parte del sistema de salud con respecto a la salud mental durante la gestación (3). Este modelo se ha enfatizado en la humanización no sólo del parto sino también del embarazo y el postparto. Esta propuesta resalta humanizar la atención médica a la mujer gestante cuyos objetivos son vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la futura madre para el parto, la maternidad y la crianza (4). Las gestantes requieren conocer sus derechos y fortalecer su autonomía a través de la educación prenatal ya que esta favorece el reconocimiento de sus valores, creencias y sentimientos (5). De esta manera, las mujeres adquieren un rol activo en las etapas prenatal, preparto-parto y post natal, logrando así reducir la sensación de vulnerabilidad experimentada (6).

## Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 25% de las embarazadas experimenta algún tipo de malestar psíquico significativo y que una de cada cinco madres primerizas va a padecer algún tipo de trastorno del estado de ánimo o de ansiedad durante el embarazo y el posparto (7).

Por ejemplo, el estrés, la depresión y la ansiedad afectan entre un 15% y 20% de las mujeres gestantes en el mundo y poco menos del 20% de los proveedores de cuidado prenatal evalúan e intervienen dichos problemas de salud mental (7).

A nivel nacional, las Guías de atención integral para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio para uso de profesionales de la salud del Ministerio de Salud y Protección Social (2013) se fundamentan en el parto humanizado y destacan la importancia de intervenir aspectos emocionales del embarazo. Los protocolos indican que aspectos como la violencia intrafamiliar, los desplazamientos, depresión y enfermedades psiquiátricas las escasas condiciones económicas se deben tamizar como factores de riesgo en la salud reproductiva de las mujeres pues las hace más vulnerables (8).

## Marco teórico

En la Guía de Asistencia Obstétrica publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el año 2018, una asistencia médica de calidad se asocia a una experiencia de parto más positiva para la mujer y su pareja. De hecho, el cuidado respetuoso durante el parto se ha descrito como “un derecho humano universal que abarca los principios de la ética y el respeto por los sentimientos, la dignidad, las elecciones y las preferencias de las mujeres” (9).

En el marco de la Política de atención integral en salud (PAIS) y la aplicación del Modelo de atención integral en salud (MIAS) para las mujeres gestantes, se busca garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud bajo condiciones de equidad como elementos determinantes para el fortalecimiento de buenas prácticas que redunden en una mejor salud materna.

Para garantizar la integralidad de la atención en salud de las gestantes, el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para el grupo de riesgo materno perinatal.

Esta herramienta procura la gestión que da lugar a las atenciones e intervenciones en salud a partir de la promoción del bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades, las atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y las acciones de cuidado que se esperan de las personas para el mantenimiento o recuperación de su salud (10).

Según los entornos donde le individuo se desarrolla, hogar, laboral, comunitario, educativo e institucional, vamos a enfocarnos en esta última.

**Entorno institucional:** Se comprende como los espacios intramurales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (públicas y privadas) donde interactúan los integrantes del Sistema de Salud para garantizar la atención integral en salud a los usuarios mediante intervenciones individuales y colectivas, teniendo en cuenta la disponibilidad de servicios habilitados, en el territorio y los atributos de calidad de la atención en salud (11).

### Tipos de intervención:

Las intervenciones colectivas hacen referencia al “conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio” (Res. 518/2015).

Las intervenciones individuales son aquellas dirigidas al individuo cuyo objetivo es lograr la atención integral en salud, que incluye acciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación (Res. 518/2015) (11).

### Intervenciones colectivas

- Profesionales de la atención del embarazo, parto y puerperio son agentes promotores de salud física y emocional. Informar no solo de los cambios físicos, sino también los psicológicos.
- Preparación para la maternidad y la paternidad en un proceso organizado de educación, realizado de manera interactiva entre el equipo de profesionales de salud y la mujer con su compañero, sus hijos(as) y su familia, o con la persona que ella considere como afectivamente más cercana.

- Educar sobre el momento del parto y nacimiento (intervenciones, diálogo, no separación madre-bebé).
- Importancia de las redes y grupos de apoyo, como grupos de madres gestantes.
- Fomento los factores de protección frente a las depresiones posparto, trastornos de ansiedad u otros síntomas psicológicos.
- Capacitar al personal sanitario para el cuidado de la salud materna durante la gestación, el parto y el puerperio.
- Realizar grupos de expresividad emocional para el manejo del estrés con el personal y profesional de la salud.

### Intervenciones individuales

#### I. Acompañamiento gestacional

- Identificar en la consulta de atención gestacional: antecedente de enfermedad mental o síntomas psicológicos.
- Evaluar la estructura psicosocial y dinámica familiar, incluyendo las redes de apoyo social y comunitario.
- Identificar situaciones de vulnerabilidad: estresores, exclusión social, pobreza, marginalidad, e indagar sobre su manejo.
- Valorar en el servicio de ginecología o sala de partos a pacientes con síntomas afectivos o psicóticos que requieran una intervención por Psiquiatría.
- Informar al equipo médico el plan a realizar por el servicio de Salud Mental y coordinar acciones conjuntas preservando el bienestar de la paciente (12).

#### II. Acompañamiento en el parto

La atención de parto comprende el conjunto de procedimientos para el acompañamiento y asistencia de las mujeres en gestación, y para el proceso fisiológico del parto.

- Debe ofrecerse apoyo físico, emocional y psicológico continuo durante el trabajo de parto y el parto. Preservar el apoyo emocional a la mujer gestante, por la persona que ella elija, también por personal entrenado para tal fin.
- Al momento de hacer los procedimientos necesarios (tacto vaginal, monitoreo fetal, etc.), informar la intervención a realizar y solicitar el debido permiso a la gestante.
- Toda mujer tiene derecho a recibir métodos eficaces y seguros para el alivio del dolor durante el trabajo de parto.

- Realizar un trato humanizado y evitar frases o expresiones que afecten la dignidad de la mujer o de la adolescente. En ningún momento es permitido censurarla con motivo de su embarazo.
- Durante el parto, es importante el contacto visual y verbal con la gestante para disminuir su ansiedad.
- Una vez se da el nacimiento, se debe permitir inmediatamente el contacto piel a piel de la madre con el recién nacido, a excepción de casos específicos. (13).

### Intervención por psiquiatría

- Las alteraciones psicológicas presentadas pueden constituirse en cuadros patológicos considerados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (14), que representen una posibilidad de daño para la paciente, el feto o el personal de salud, y que requieran manejo farmacológico.
- Trastornos adaptativos secundarios al proceso de hospitalización, tratamiento, o bien, por el evento reproductivo.
- Presentación de síntomas afectivos o psicóticos, secundarios a un padecimiento médico agudo, degenerativo y/o crónico que afecta su esfera mental.
- Las complicaciones en el desarrollo del feto o neonato, amenaza de parto pretérmino y la hospitalización prolongada.
- Diagnóstico previo de patología mental o su aparición en el tiempo de atención médica, que requiere ajuste o inicio de un tratamiento.
- En la pérdida perinatal es esperada la reacción emocional propia del duelo, sin embargo, es necesario un acompañamiento conjunto con Psicología.
- La estancia en una Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto (UCIA) con presencia de sintomatología que altere el estado mental, propios del delirium.
- Los antecedentes de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas y alcohol, con síntomas de abstinencia.
- Eventos de estrés traumáticos durante la etapa perinatal que se presenten antes o durante la gestación (abuso sexual, tocofobia), así como en el parto o postparto (violencia obstétrica).

### Conclusiones

El trabajo interdisciplinario de la gineco-obstetricia y la psiquiatría redundan en un mejor bienestar físico y mental de la diada madre – bebé.

Proteger la salud mental de las mujeres en esta etapa de su vida, detectar factores de riesgo y buscar alternativas para un manejo óptimo.

Promover la psicoeducación en la mujer gestante, y su núcleo primario, informar las opciones de tratamiento psicológico y farmacológico, además de las posibles consecuencias de la ausencia y beneficios asociados a los mismos.

Priorizar la salud mental del binomio madre e hijo en esta etapa podría mejorar la salud mental de la sociedad.

### Referencias bibliográficas

1. Pearson RM, Lightman SL, Evans J. Emotional sensitivity for motherhood: Late pregnancy is associated with enhanced accuracy to encode emotional faces. *Horm Behav* [Internet]. 2009;56:557-563. [ Links ]
2. Lonstein JS, Maguire J, Meinschmidt G, et al. Emotion and Mood Adaptations in the Peripartum Female: Complementary Contributions of GABA and Oxytocin Neuroendocrinology. 2014;649-664. [ Links ]
3. Pozzio, M. R. (2016). La gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstétrica. *Revista Estudios Feministas*, 24(1), 101-117. <http://dx.doi.org/10.1590/18059584-2016v24n1p101>
4. Apráez, G. (2010). En busca de la atención primaria de salud y la salud para todos: reflexiones de una búsqueda. *Universitas Odontológica*, 29 (63),29-35. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231216366004>.
5. Franco, J. A., Calderón, L. G., Cujilan, M. C., & Salazar, J. P. (2018). Conocimiento del Parto Humanizado en mujeres gestantes del Hospital de Yaguachi. *Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 2(1), 716-736. <http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/2.1.2018.716-736>
6. Warmling, C., Fajardo, A., Meyer, D, Bedos, C. (2018). Prácticas sociales de medicalización y humanización en el cuidado de mujeres durante el embarazo. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00009917>
7. Mojica, M., Parra, Y., & Osma, S (2019). Tamización de síntomas de depresión, ansiedad prenatal y factores de riesgo psicosocial asociados en usuarias del servicio de control prenatal. Reflexiones en torno a la construcción del protocolo. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Bucaramanga*, 22(3), 341-355. <https://doi.org/10.29375/01237047.2867>

8. Espíndola-Hernández, José (2007). Guía clínica de intervención psicológica de la paciente ginecológica y obstétrica hospitalizada, *Perinatol Reprod Hum* 2007; 21: 22-32.
9. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2013). Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%A0Da.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>
10. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2016). Resolución 3202 Rutas Integrales de Atención en Salud —RIAS <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>
11. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2015). Resolución Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
12. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Lineamientos Para La Implementación Y Fortalecimiento De La Estrategia IAMII [Internet]. E.S.E Carmen Emilia Ospina. (2016) [citado 17 noviembre 2020].
13. Ministerio De Salud Y Protección Social (2018) Resolución Número 3280, Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
14. American Psychiatric Association (APA) (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5 (5.ª ed.). Washington, DC.

# Esclavitud y salud mental: la "nostalgia" de los negros

## *Slavery and mental health: the "nostalgia" of the blacks*

**Luis R. Calzadilla Fierro**

*Doctor en Ciencias.*

*Especialista de Primer y segundo  
Grado de Psiquiatría.*

*Profesor Titular Consultante de  
Psiquiatría, Universidad de Ciencias  
Médicas de La Habana, Departamen-  
to de Salud Mental Comunitario  
de La Habana Vieja.*

*lcfierro@infomed.sld.cu.*

**Resumen** En 1953 se publicó el libro : “Reflexiones Histórico, Físico, Naturales, Médico, Quirúrgicas ...” , del Licenciado Francisco Barrera Domingo, cuyo manuscrito fue hallado casualmente por el Dr. Manuel Pérez Beato y que data del año 1798.

El autor, de nacionalidad española, Licenciado en Medicina y Cirugía, se refiere, entre otros tópicos, a temas médicos y expone las manifestaciones clínicas de lo que él llama la “Nostalgia” de los negros o Melancolía, que afecta durante la travesía o después de su arribo a Cuba u otros países de América y el Caribe, a los africanos que fueron arrebatados de manera violenta de sus tierras de origen, en régimen de esclavitud. Comparamos esos síntomas y signos con los criterios actuales sobre Trastornos Depresivos del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales, en su quinta versión, conocido como DSM-5, específicamente el Trastorno Depresivo Mayor, con el que mantiene una gran coincidencia, a pesar del largo tiempo transcurrido y diferentes circunstancias culturales e históricas. El autor enfatizó la pérdida de la Patria, como evento vital colectivo desencadenante. Aplicamos el concepto más actual de duelo y de la migración como un proceso de múltiples pérdidas para comprender retrospectivamente el factor psicosocial que precipitó, entre otros, los síntomas depresivos.

Barrera es el primero que describió de forma tan precisa esta melancolía en ese grupo, con un acercamiento humanitario y empático a quienes lo padecieron; esbozó sus causas e indicaciones terapéuticas; condenó los malos tratos a que fueron sometidos los esclavos; criticó a los médicos y los tratamientos que emplearon ante aquellos y contribuyó a la comprensión de la psicopatología de su tiempo y de la conducta suicida en Cuba desde una perspectiva histórica y cultural.

**palabras clave:** esclavitud africana - depresión - duelo - DSM-5

**Abstract** In 1953 was published the book "Historical, Physical, Natural, Medical and Surgical Reflections... ", of Francisco Barrera Domingo whose manuscript was accidentally found by Dr. Manuel Pérez Beato and was dated in 1798.

The author, of spanish nationality, graduated in Medicine and Surgery, refers, among other issues, to medical topics and it exposes the clinical manifestations of what he calls the "Nostalgia" of the blacks ones or Melancholy that affects during the travel or after their arrival to Cuba and

*El autor no declara  
conflicto de intereses*

*other countries of America and the Caribbean, to the africans that were snatched in violent way of their original lands, in regime of slavery. We compare those symptoms and signs with the current approaches on Depressive Disorder of the Manual Diagnosis and Statistical of Mental Disorders, in their fifth version, well known as DSM-5, specifically the Major Depressive Disorder, which maintains a great coincidence, despite of the elapsed long time and cultural and historical different circumstances. The author emphasized the loss of the Homeland, as collective unchaining vital event. We apply the most current concept in bereavement and of the migration like a process of multiple losses to understand retrospectively among others the psychosocial factor that precipitated, the depressive symptoms.*

*Barrera is the first that describes in a so precise way this melancholy in that group, with a humanitarian and empathic approach to those who suffer it; it sketches its causes and therapeutic indications; it condemns the bad treatments that are subjected the slaves; it criticizes the doctors and the treatments used before those and it contributes to the understanding of the psychopathology of its time and the suicidal behavior in Cuba from a historical and cultural perspective.*

**keywords:** african slavery - depression - bereavement - DSM-5

## Introducción

En 1953 se publicó en La Habana, con una introducción de Lydia Cabrera y María Teresa de Rojas, el libro “Reflexiones Histórico, Físico, Naturales, Médico, Quirúrgicas.....”, del Licenciado Francisco Barrera y Domingo, médico español, quien residió en Cuba y cuyo manuscrito, que data de 1798, fue encontrado casualmente por el bibliógrafo Dr. Manuel Pérez Beato, el que informaba de su hallazgo en 1910, en las páginas de “El Curioso Americano”.

Nuestros objetivos son comparar el cuadro clínico que describió Barrera con el nombre de “nostalgia de los negros”, con los criterios actuales de Trastornos Depresivos que aparecen en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas, quinta revisión, de la Asociación Psiquiátrica Americana, conocido como DSM-5, la relación de ese trastorno con la migración violenta que fue la esclavitud de los africanos traídos a Cuba, y las características de este evento vital conocido como duelo, impuesto a numerosos grupos humanos, que implicó pérdidas múltiples. De manera colateral, además, expongo otros aportes del libro del médico español.

## Desarrollo

La obra se refiere a los esclavos traídos desde África en régimen de esclavitud por los colonialistas europeos hacia las tierras de América y el Caribe. Es básicamente una descripción de las enfermedades que padecían los africanos y la atención que se les proporcionaba, pero incluye otros aspectos como su vida cotidiana, costumbres, alimentación y vestidos, entre otros. El autor muestra un espíritu compasivo hacia los esclavos, contra cuyos amos y mayores ejerce la crítica por sus malos tratos, al igual que aplica el calificativo de ignorantes a la mayoría de los médicos de la época, quienes muestran una actitud poco humanitaria en las relaciones interpersonales con los pacientes. Exhibe un extraordinario valor cívico, al dirigir críticas al régimen esclavista; es además un expositor bien informado, muestra su conocimiento de la psicología de los distintos grupos africanos, ya que escribe varias páginas sobre el tema de las pasiones. Señala costumbres, vida y mortalidad de la sociedad cubana de su tiempo. Considera que en nuestro país no fue tan feroz la esclavitud como en otras colonias europeas de América y el Caribe.

En uno de sus capítulos menciona: “La primera enfermedad que padecen los negros, en la navegación, llamada nostalgia, vulgo el amor de la patria”. (Francisco Barrera, 1798). (La ortografía empleada por mi es la actual)

Denomina a esa nostalgia melancolía y la define como “una tristeza melancólica que les acomete repentinamente, sin delirio, furor, ni calentura, nacida de una tenaz aversión a cuantas cosas puedan sustraerlos de su imaginación, como no sea la vuelta a su amada patria”. El médico español menciona los síntomas que algunos de los africanos desarrollan desde que son hechos prisioneros en sus tierras originarias, durante el traslado hacia el continente americano e incluso en las primeras etapas de su permanencia en los nuevos espacios geográficos:

- Tristeza repentina.
- Se esconden entre las escotillas del barco, huyen buscando los mejores escondrijos (Aislamiento).
- No quieren comer, aunque tengan deseos, ni bailar “a lo que son tan aficionados”.
- Se indignan mirando lo que hacen los blancos.
- Cometan suicidio por lanzamiento al mar o se ahorcan, si no son debidamente vigilados.
- Somnolencia o insomnio. A veces una vigilia prolongada, durante las que no comen ni beben, que les puede provocar la muerte.
- Sueño intranquilo.
- Aturdimiento.
- Palpitaciones y “estremecimientos” del corazón, con temblores en manos y labios, pusilanimidad (Ansiedad).
- El pensamiento se concentra en volver a su Patria.

*\*Las palabras entre paréntesis son nuestras.*

Él refiere que se acerca a ellos con caridad y desinterés y que este cuadro melancólico lo ha observado con más frecuencia en los negros bozales (recién venidos de África).

Entre las causas menciona el cambio del clima, la influencia del aire, pues se les traslada desde un medio natural donde se movían libremente a un barco esclavista, en condiciones de hacinamiento y a otro medio geográfico diferente, que puede ser en contacto directo con la naturaleza en ingenios y haciendas o en condiciones de esclavitud doméstica en las ciudades, pero que en éste considera que el trato es mejor que en las duras condiciones del trabajo físico rural de tipo agrícola. Ha-

bla, en los términos de la época, de “una vibración de las fibras musculares del cerebro al que están pegados aún los vestigios impresos de las ideas de la patria”.

Otras causas externas son : la mutación de estaciones, el clima, los alimentos y la mencionada mutación de los aires, en la que insiste.

Enfatiza como causa esencial la nostalgia de la patria, las pérdidas diversas a las que son sometidos que incluyen su lengua, costumbres, tradiciones, cultura en general, familiares, amigos, pareja, y la violencia con que los sacan de sus lugares de origen. Les imponen obligatoriamente, ya durante la travesía, nuevos quehaceres que le son desconocidos y son sometidos a maltratos físicos y psicológicos, ultrajes y humillaciones y a veces contemplan impotentes el abuso sexual de sus esposas, hijas u otros familiares, mientras los mantienen encadenados, por hombres de un color de la piel distinto al suyo.

Barrera atribuye la tristeza a un rencor que no se puede expresar abiertamente, al no poder vengarse del desprecio que reciben de los blancos o injurias que éstos le hacen.

Experimentan una “pasión furiosa” de querer volver a su país por algún objeto amado que allá dejaron, como madre, padre y otros.

El médico sugiere realizar a los pacientes las siguientes preguntas:

- ¿A qué diversión era más aficionado: baile, música, cuando estaba sano en su país?
- ¿Estaba enamorado?
- ¿A qué alimentos estaba más acostumbrado y cuáles les agradaban más?
- ¿Qué enfermedades ha padecido?

Para la entrevista utilizaba un intérprete. Destaca la antipatía hacia los blancos e incluso hacia los negros criollos, si de ellos recibían alguna injuria, maltrato o humillación y no podían vengarse.

Como tratamiento recomienda el cambio de ambiente, que proporcionara un aire más saludable, preferentemente campestre , y en la ciudad acceder a las azoteas y terrazas. Emplea medicamentos de la época: crémor de tártaro, sal calcinada de la laguna de la Higuera e infusiones diversas, aunque para él lo más importante es una relación afable, humanitaria, con cariño y buen trato.

Describe 2 pacientes, que se encuentran por otras razones en las enfermerías, ya en tierra cubana, que

desarrollan cuadros melancólicos y agrega a los síntomas de la misma el hecho de que se mantiene uno de ellos 36 horas acostado, encogido y cabizbajo, con las manos metidas entre sus rodillas, en ayunas y sin beber ningún líquido, hasta que finalmente fallece (estupor depresivo), precipitado por una situación en la cual el enfermero le sirve más

carne a otro paciente, calificando a este grupo étnico como propenso a padecer de una “pasión envidiosa”. Otro enfermo muestra síntomas similares, falleciendo también, después de aparecer una melancolía precipitada porque lo llamaron “perro”, en la enfermería.

## Discusión

Los síntomas que Barrera enumera y caracteriza los comparamos con el criterio de Trastorno Depresivo Mayor del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, quinta revisión, DSM-5.

**A.** Cinco o más de los siguientes síntomas presentes durante 2 semanas que expresen un cambio en el funcionamiento previo y al menos uno de los síntomas es el humor depresivo o pérdida de interés o placer. No incluye síntomas atribuibles a otra condición médica.

1. Humor depresivo la mayor parte del día, casi todos los días .
2. Disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (indicado por el relato subjetivo o la observación).
3. Pérdida significativa de peso con disminución o aumento del apetito casi todo los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retardo psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa casi todo el día.
8. Disminución de habilidades para pensar o concentrarse e indecisión casi todos los días.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico, intento de suicidio o plan para cometerlo.

**B.** Los síntomas causan un malestar significativo o afectación en el funcionamiento social, ocupacional u otras importantes áreas de funcionamiento.

**C.** El episodio no es atribuible al efecto fisiológico de una sustancia u otra condición médica.

Los criterios A-C representan un episodio depresivo mayor.

Si revisamos los síntomas expuestos por Barrera encontramos una similitud importante, a pesar del tiempo transcurrido y las variantes culturales, aunque expresados en el lenguaje médico de la época, donde la Psiquiatría era una especialidad naciente y no había todavía construido todo su aparato conceptual para expresar los síntomas y síndromes ni elaborado las grandes construcciones nosológicas, aunque sí el concepto de melancolía, creado por Hipócrates, quien lo atribuía a una hipotética causa física : el aumento de la bilis negra.

Así están presentes en la descripción del médico español los criterios del DSM-5, como son la duración de las manifestaciones durante por lo menos dos semanas y una cantidad mayor de cinco síntomas, un cambio en el funcionamiento previo del individuo, con la presencia de dos síntomas básicos como el humor depresivo y la pérdida de intereses, uno de los cuales siempre debe aparecer para que el diagnóstico sea válido. Además hay disminución del apetito, insomnio e hipersomnia, aunque no aparezcan sentimientos de culpa ni autoreproches. Es una vieja observación clínica que entre los africanos la depresión tiene una mayor expresión somática, sin sentimientos de culpa, que tampoco fueron observados por Kraepelin en los habitantes de Java, lo que atribuyó a la falta de influencia de la cultura judeo-cristiana en ese país.

La conducta suicida o la muerte por la falta de ingestión de alimentos ,bebidas y una prolongada vigilia con una probable deshidratación y desequilibrios electrolíticos la provocaban, además que el estado depresivo facilitaba la aparición de otras enfermedades, especialmente infecciosas, junto a la desnutrición, hacinamiento y malas condiciones higiénicas y sanitarias durante la travesía.

La ansiedad está presente acompañando, como es muy frecuente, a la depresión y se manifiesta por el sueño intranquilo, las palpitaciones, el temblor en labios y manos y la pusilanimidad.

Hay otros síntomas como el aislamiento y en los dos pacientes de la enfermería, ya en Cuba, la depresión se profundiza hasta el punto de permanecer todo el tiempo en sus camas, sin moverse ni hablar, no beben ni comen, que los conducen a la muerte en un estado de estupor depresivo, poco frecuente en la actualidad por el avance de la terapéutica antidepressiva.

El Trastorno Depresivo Mayor es más prevalente en jóvenes. La mayoría de los esclavos del tráfico negrero pertenecían a esas categoría.



El suicidio y las ideas suicidas son frecuentes en las depresiones, especialmente en las más intensas, como ésta, que clasifica, según el DSM 5 de moderada-severa al poseer más de cuatro-cinco síntomas, con mayor prevalencia en hombres, predominantes en la población traída desde África, aunque la depresión es más frecuente, según los estudios epidemiológicos actuales, en mujeres. Además, sufrían de ansiedad y probablemente sentimientos de desesperanza. Éstos son factores de riesgo para cometer suicidio y todos sabían que el regreso a la tierra natal era imposible por lo que se autoaniquilaban con la creencia de que por esa vía retornarían al continente africano después de la muerte. Se trata entonces, intentando un diagnóstico retrospectivo, de un Trastorno Depresivo Mayor, episodio único, con síntomas ansiosos asociados, de grado moderado-severo. Todos los pacientes descritos por Barrera fallecen, bien por suicidio o por complicaciones físicas asociadas a la depresión.

Mencionados los aspectos del diagnóstico descriptivo, analicemos los psicodinámicos: hay un evento vital precipitante que es la migración forzada, ejercida por métodos violentos, con múltiples pérdidas, un duelo múltiple, en el que los africanos son desalojados brutalmente hacia un medio completamente extraño, separados de sus esposas, hijos y del resto de los familiares, alejados definitivamente de sus tierras, de sus tradiciones y costumbres, de su cultura, de sus prácticas religiosas, de su lengua, de su vida cotidiana, vejados, humillados y obligados a trabajar bajo un régimen de esclavitud. Es un proceso de readaptación, que algunos logran y otros no, al cual el sabio cubano Don Fernando Ortiz ha llamado transculturación, que incluye la adquisición de los elementos de la nueva cultura-aculturación-y la pérdida de muchos elementos de la suya- deculturación-pero donde ellos aportan, en el caso de Cuba, sobre todo elementos de su espiritualidad, música y bailes, de su lenguaje, rasgos psicológicos y otros componentes de su vida cotidiana, en una mezcla que no sólo fue biológica sino socio cultural y espiritual que definen hoy la identidad cubana. Fue un duelo múltiple, una pérdida de muchas cosas, un evento vital brusco y violento, que provocó la melancolía, la “nostalgia” como la llamó Barrera certeramente. Según el Diccionario de la Real Academia Española nostalgia proviene del griego regreso y de -algia, que es dolor y es la pena de verse ausente de la patria o de los deudos o amigos y es también la tristeza melancólica originada por el recuerdo de una dicha perdida.

En 1917 Sigmund Freud publicaba “Duelo y Melancolía”, y allí aseguraba que “el duelo ,es por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. A raíz de idénticas influencias, en muchas personas se observa en lugar de duelo, melancolía”. Los esclavos no sólo perdieron a sus personas amadas, sino la patria y la libertad.

Es también oportuno añadir a la observación freudiana, esta nota del DSM-5, que afirma: “Las respuestas a una pérdida significativa (ej. duelo, ruina financiera, pérdidas por un desastre natural, una enfermedad médica seria o incapacidad) puede incluir sentimientos de intensa tristeza, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pobre apetito y pérdida de peso, acotados en el Criterio A, lo cual semeja un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o considerados apropiados a la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser cuidadosamente considerada. Esta decisión inevitablemente requiere el ejercicio de un juicio clínico basado en la historia individual y las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.”

Es atrevido formular un juicio clínico tres siglos después sin conocer, por supuesto, la historia individual de aquellos diagnosticados de Melancolía por Barrera, pero el legado de su minuciosa descripción nos permite aventurarnos a afirmar que la intensidad de los síntomas, su duración y el trágico final de quienes la padecieron, expresaban junto al duelo, provocado por las pérdidas múltiples de la migración, la coexistencia de un Episodio Depresivo Mayor, que complicó el pronóstico.

Además de la brillante exposición, Barrera formuló una interpretación psicodinámica, aunque rudimentaria, al considerar la hostilidad revertida hacia sí mismo como uno de los elementos psicológicos esenciales de la melancolía, anticipándose al modelo freudiano, cuando afirmó a finales del siglo XVIII, el rencor que se volvía hacia el propio sujeto al no poderse vengar del desprecio que recibían de los blancos o injurias que éstos le infligían.

Imbuido de un profundo humanismo, el Licenciado Francisco Barrera Domingo escribió, “A mí no me movió otra cosa a escribir sobre esto, sino la compasión de tanto infeliz negro quitándose la vida”.

## Conclusiones

1. El Licenciado Francisco Barrera Domingo es el primero en describir el cuadro melancólico de africanos traídos de manera violenta a América y el Caribe, en régimen de esclavitud.
2. La descripción de los síntomas y signos es precisa y completa, equiparable a la que aparece en las clasificaciones psiquiátricas actuales vigentes como el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales, en su quinta revisión, elaborada por la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-5).
3. Considera al duelo producido por la migración forzada el elemento psicosocial fundamental que desencadena el episodio depresivo y lo califica de proceso con múltiples pérdidas, además de la Patria.
4. Según el DSM-5, el diagnóstico de las manifestaciones clínicas expuestas por Barrera, correspondería a un episodio único de un Trastorno Depresivo Mayor, con sintomatología ansiosa y de intensidad moderada-severa.
5. Incluye, en un enfoque integral, causas físicas, psicológicas y sociales como elementos etiológicos del trastorno y en consecuencia emplea recursos de esa índole en la terapéutica, destacando la actitud comprensiva y humanitaria en la relación con el paciente, para él la piedra angular de esos tratamientos.
6. El libro es un documento imprescindible para comprender los efectos de la migración forzada sobre la salud mental, en la época de la esclavitud africana en América y el Caribe.
7. Aporta elementos para una historia de la conducta suicida en Cuba.

## Bibliografía

- Barrera y Domingo. F.: Reflexiones Histórico-Físico-Naturales-Médico-Quirúrgicas. Prácticos y especulativos entretenimientos acerca de la vida, usos, costumbres, alimentos, vestidos, color y enfermedades a que propenden los negros de África, venidos a las Américas. Ediciones C.R. La Habana, 1953.
- American Psychiatric Association.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA. American Psychiatric Association, 2013.
- Sadock, B.J., Alcott Sadock, VA., Ruiz, P.: Synopsis of Psychiatry. Eleventh Edition. Ed. Wolters Kluwer Health, 2015.
- Tratados Hipocráticos. Editorial Gredos. Madrid, 2000.
- Freud, S.: La aflicción y la melancolía. Editorial Biblioteca Nueva. Tomo 9. Madrid, 1924.
- Diccionario de la Real Academia Española. En Microsoft Encarta. Versión digital, 2006. Ortiz, F.: Contrapunteo cubano del tabaco y el azúcar. Ed. Cátedra. Madrid, 2002.
- Bhugra, D. et al. : WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. World Psychiatry: 10 (1), february 2011.
- Bhugra, D. : Migration, cultural bereavement and cultural identity. World Psychiatry: 4, pp. 18-24, 2005.
- Salvador Sánchez, I.: La emigración como un proceso de duelo. Protocolo de psicoterapia breve centrada en su elaboración. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, 21(82): pp. 57-64, 2001.
- Beldarraín Chaple, E.: Los médicos y los inicios de la antropología en Cuba. Ed. Fundación Fernando Ortiz. La Habana, 2006.
- Palomo, T., Jiménez-Aniero, MA.: Manual de Psiquiatría. Gráficas Marte. Madrid, 2009.
- Kirkbride, JB.: Migración y psicosis: ¿nuestro pulmón fumador?. World Psychiatry (ed. en español), 15(2), pp: 119-20, 2017.
- Hey, H., Bernard, P., Brisset, Ch.: Tratado de Psiquiatría. Octava edición. Masson, Barcelona, 1996.

# XXVII CONGRESO PERUANO DE PSIQUIATRÍA: DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD MENTAL

---

## Jeff Huarcaya-Victoria

*Presidente del Comité Científico del XXVII Congreso Peruano de Psiquiatría.  
Secretario de Acción Científica Asociación Psiquiátrica Peruana (APP). Lima, Perú.  
Unidad de Psiquiatría de Enlace, Departamento de Psiquiatría,  
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, Perú.  
Escuela Profesional de Medicina Humana,  
Universidad Privada San Juan Bautista, Filial Ica, Perú.*

## Introducción

La salud mental es un componente esencial para el bienestar integral de las personas y las sociedades. La psiquiatría, como especialidad médica que se ocupa del estudio y tratamiento de los trastornos mentales, ha experimentado significativos avances en las últimas décadas. Es esencial que los profesionales de la salud mental estén actualizados y preparados para abordar los desafíos actuales en esta área. En este contexto, el XXVII Congreso Peruano de Psiquiatría ofrece una excelente oportunidad para la actualización y el intercambio de conocimientos en temas relevantes para la disciplina.

## Ejes temáticos

El congreso tiene como pilares los siguientes ejes temáticos:

1. **Determinantes sociales en la salud mental:** El bienestar mental está influenciado por una variedad de factores, incluyendo condiciones socioeconómicas, acceso a la educación y atención médica, violencia, maltrato, migración, desigualdad, factores laborales, entre otros. Comprender y abordar estos determinantes sociales es esencial para promover la salud mental y prevenir los trastornos psiquiátricos (1). Así, los profesionales de la salud tienen un papel que desempeñar tanto en su práctica clínica como en su papel de defensores de sus pacientes y líderes de políticas públicas (2).
2. **Sociedad, cultura y salud mental:** La cultura y la sociedad tienen un papel fundamental en la forma en que se percibe y trata la salud mental. Explorar estas interacciones es vital para desarrollar enfoques más comprensivos y efectivos en el campo de la psiquiatría (3, 4).
3. **Salud mental en poblaciones vulnerables:** Las poblaciones vulnerables, como niños, adolescentes, personas mayores, minorías étnicas y sexuales, y aquellos que enfrentan situaciones de pobreza o conflicto, pueden tener necesidades particulares en cuanto a salud mental. Abordar estos desafíos de manera adecuada es un objetivo fundamental en el congreso. Reducir la discriminación, fortalecer la resiliencia comunitaria y abordar las barreras sistémicas de atención para disminuir las disparidades en la salud a nivel global en poblaciones vulnerables, son aspectos fundamentales que los profesionales de la salud deben abordar en su práctica (5).
4. **Salud mental comunitaria:** Aún persiste una tendencia a centrar demasiado los servicios de salud mental en los hospitales, sin ofrecer suficientes servicios de extensión a la comunidad. La evidencia de resultados nos indica que es necesario cambiar esta dinámica, adoptando un enfoque en la comunidad y con movilidad, reservando la conexión con el hospital solo cuando sea realmente necesario. Lamentablemente, muchos programas de formación no enfatizan las macrohabilidades de la defensa pública, el trabajo con los usuarios de servicios, las familias, los movimientos sociales y los medios de comunicación para mejorar la salud mental y el bienestar de las comunidades locales y regionales (6). La promoción de la salud mental en el ámbito comunitario es un aspecto crucial para la prevención y el bienestar general (7).

5. **Innovaciones en tratamientos psiquiátricos:** La investigación y el desarrollo de nuevas terapias y abordajes en el campo de la psiquiatría son fundamentales para mejorar la calidad de vida de los pacientes (8). Se vislumbra un futuro prometedor en el campo de la terapia, donde se ofrecen opciones innovadoras que tienen el potencial de ser más efectivas. Estas opciones incluyen intervenciones digitales, medicamentos psicodélicos, tratamientos para modificar el microbioma, tecnología de estimulación cerebral y sistemas de administración basados en nanotecnología. Además, estos enfoques podrían ser optimizados aún más mediante la personalización de los tratamientos utilizando tecnología computacional avanzada, como la computación cuántica, el aprendizaje automático y la inteligencia artificial, así como la genómica (8). En el congreso se presentarán los avances más recientes en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales.

## Programa académico

El programa del XXVII Congreso Peruano de Psiquiatría es amplio y diverso, diseñado para ofrecer una experiencia enriquecedora para todos los participantes. Incluye:

**Simposios:** Se llevarán a cabo 27 simposios con expertos nacionales e internacionales en diversas áreas de la psiquiatría, proporcionando un análisis profundo de temas específicos de los ejes temáticos propuestos.

**Conferencias:** Ocho conferencias magistrales a cargo de destacados profesionales, que abordarán temas de relevancia en el ámbito de la salud mental.

**Plenarias:** Cinco sesiones plenarias que reunirán a expertos para discutir temas emergentes y desafíos clave en psiquiatría.

**Temas libres:** Una sesión dedicada a presentaciones de investigaciones originales y trabajos científicos realizados por participantes del congreso.

**Taller:** La CIE-11 de la OMS: Descripciones clínicas y requisitos diagnósticos para los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo.

**Simposios de la industria:** Cinco sesiones patrocinadas por la industria farmacéutica, donde se presentarán avances terapéuticos y farmacológicos.

**e-Pósters:** Los investigadores podrán presentar sus estudios en formato de póster, permitiendo un intercambio cercano con otros colegas y profesionales.

## Objetivos de aprendizaje

El congreso tiene como objetivo alcanzar los siguientes resultados de aprendizaje:

1. Describir los recientes avances en el diagnóstico y tratamiento en psiquiatría: El campo de la psiquiatría está en constante evolución, con nuevas investigaciones y enfoques terapéuticos. Los asistentes podrán actualizarse sobre los avances más recientes en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales.
2. Proveer un adecuado cuidado de la salud mental en las poblaciones vulnerables: Atender las necesidades específicas de poblaciones vulnerables es un desafío importante en la salud mental. Los participantes obtendrán conocimientos y estrategias para mejorar el cuidado de estas poblaciones.
3. Evitar prácticas estigmatizantes hacia las minorías étnicas y sexuales: La discriminación y el estigma hacia minorías étnicas y sexuales pueden tener un impacto significativo en la salud mental. En el congreso, se abordará la importancia de una atención libre de prejuicios y se promoverá la inclusión.
4. Comprender la participación de la psiquiatría en la comunidad y los hospitales generales: La psiquiatría debe extenderse más allá del ámbito clínico y llegar a la comunidad y los hospitales generales. Los participantes adquirirán conocimientos sobre cómo integrar la salud mental en diferentes contextos.

## Acreditación y auspicios académicos

Es importante destacar que la Asociación Psiquiátrica Peruana (APP) se encuentra acreditada por el Colegio Médico del Perú para proporcionar educación médica continua a los médicos. Además, el congreso cuenta con el auspicio académico del Colegio Médico del Perú y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, instituciones reconocidas por su trayectoria en la formación médica y la investigación.

## Conclusiones

El XXVII Congreso Peruano de Psiquiatría es una oportunidad única para los profesionales de la salud mental de adquirir nuevos conocimientos, actualizar sus habilidades y compartir experiencias con colegas de diferentes regiones. Los ejes temáticos propuestos, el programa académico diverso y la posibilidad de interactuar con expertos nacionales e internacionales hacen de este evento una cita imprescindible en el ámbito de la psiquiatría. Invitamos a todos los interesados a unirse a nosotros en el Swissôtel Lima del 7 al 9 de septiembre de 2023 en Lima, Perú, para enriquecernos juntos en este valioso encuentro científico.

**INSCRÍBETE AQUÍ:** <https://forms.gle/Ws6gRgREzFQN2SvRA>

**Programa oficial:** Descárgalo aquí: [bit.ly/457jKXF](http://bit.ly/457jKXF)

## XXVII CONGRESO PERUANO DE PSIQUIATRÍA 2023

"Determinantes sociales en salud mental" Congreso Regional WPA 2023

**Fecha:** del 07 al 09 de setiembre del 2023

**Sede:** Swissôtel Lima

## consultas e información

**E-mail:** [informes3@grupomilenium.pe](mailto:informes3@grupomilenium.pe)

**WhatsApp:** +51 984 776 332 - <https://wa.link/bimvbm>

**Página web:** <https://congresoapp2023.com/>

## Referencias

1. Huggard L, Murphy R, O'Connor C, Nearchou F. The Social Determinants of Mental Illness: A Rapid Review of Systematic Reviews. *Issues Ment Health Nurs.* 2023;44(4):302-12. <https://doi.org/10.1080/01612840.2023.2186124>
2. Gnanapragasam SN, Astill Wright L, Pemberton M, Bhugra D. Outside/inside: social determinants of mental health. *Ir J Psychol Med.* 2023;40(1):63-73. <https://doi.org/10.1017/ipm.2021.49>
3. Huarcaya-Victoria J. Psiquiatría y cultura: análisis conceptual de una relación compleja. *Rev Per Psiquiat.* 2018;8(2):68-82.
4. Bhugra D, Watson C, Wijesuriya R. Culture and mental illnesses. *Int Rev Psychiatry.* 2021;33(1-2):1-2. <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1777748>
5. Díaz A, Baweja R, Bonatakis JK, Baweja R. Global health disparities in vulnerable populations of psychiatric patients during the COVID-19 pandemic. *World J Psychiatry.* 2021;11(4):94-108. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i4.94>
6. Rosen A, Gill NS, Salvador-Carulla L. The future of community psychiatry and community mental health services. *Curr Opin Psychiatry.* 2020;33(4):375-90. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000620>
7. Toyama M, Castillo H, Galea JT, Brandt LR, Mendoza M, Herrera V, et al. Peruvian Mental Health Reform: A Framework for Scaling-up Mental Health Services. *Int J Health Policy Manag.* 2017;6(9):501-8. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.07>
8. Sarris J. Disruptive innovation in psychiatry. *Ann N Y Acad Sci.* 2022;1512(1):5-9. <https://doi.org/10.1111/nyas.14764>

# PRESENTACIÓN DE LIBROS

---

## ÉTICA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

**Pablo Hernández Figaredo, Laureano García Gutiérrez**

Editorial Ciencias Médicas ECIMED 2022

Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/etica-medica-psiquiatria-y-salud-mental>

### *De los autores:*

**Pablo Hernández Figaredo** (1954) Psicoterapeuta, escritor, es Especialista de I y II Grados en Psiquiatría, Profesor Auxiliar y Consultante de Psiquiatría y Máster en Psiquiatría Social. Tiene una experiencia de más de cuarenta años en la especialidad. Fue Subdirector Docente del Hospital Psiquiátrico Provincial “Cdte. René Vallejo Ortiz”, jefe de su Unidad de Intervención en Crisis y metodólogo en la Facultad de Ciencias Médicas de Camagüey, además de Coordinador Provincial de Salud Mental. Ha publicado artículos científicos en revistas nacionales y extranjeras, e impartido diversos cursos de postgrado. Es Presidente del Capítulo Camagüeyano de la Sociedad Cubana de Psiquiatría. Es autor de “Estrés ¿qué hago con él?”, libro galardonado con el Premio Anual de Salud en su edición provincial de 2019, y coautor de “Adicciones, sus ocho tentáculos apocalípticos”, con Ricardo González Menéndez e Isabel Donaire Calabuch. Ambos textos están disponibles en Amazon.

**Laureano García Gutiérrez** (1955) es Especialista de I y II Grados en Psiquiatría, Profesor Auxiliar de Psiquiatría y Máster en Psiquiatría Social, con una experiencia de más de tres décadas en la especialidad. Ha publicado artículos científicos en revistas nacionales y extranjeras e impartido diversos cursos de postgrado. En el presente labora como psiquiatra en el Policlínico Universitario “Ignacio Agramonte” de Camagüey.

Que en la tercera década del siglo XXI todavía existan discriminaciones y estigmas relacionados con la enfermedad mental sigue representando un rezago y también una vergüenza para la sociedad de cualquier ámbito geográfico, lo que resulta incongruente con el avance científico técnico alcanzado por la humanidad. Sin dudas, mientras más se conozcan y se pongan en práctica conceptos y normas éticos, mejor preparados estaremos para combatir semejante situación, y sobre todo mejor atendidos serán nuestros pacientes y familiares.

Este texto es una contribución de los autores al respecto, y cuenta con un valioso prólogo a cargo del fallecido profesor DrC Ricardo González Menéndez, entonces Presidente de la Comisión Nacional de Ética Médica en Cuba. Puede ser de utilidad para psiquiatras jóvenes, psicólogos y demás miembros del equipo de salud mental, y sobre todo para quienes están en proceso de formación: internos y residentes de la especialidad, estudiantes de psicología, enfermería y tecnología; para facilitar el cuidado de la salud de la población y mejorarla desde el punto de vista cualitativo.

Como su título indica, se trata de una monografía centrada en la ética relacionada con la práctica de la medicina y en particular con la de una especialidad como la psiquiatría, así como la de los miembros de los equipos de salud mental.

De esta manera, se abordan generalidades de la ética médica y momentos cumbres tales como El Código Nuremberg, La Declaración de Helsinki y el Grupo de Vancouver (ICMJE), así como el uso de placebo, el riesgo beneficio en investigaciones, el monitoreo de eventos adversos y la publicación de resultados, además del principalismo anglosajón, los comités de ética y el consentimiento informado.

En cuanto a la psiquiatría, se abordan asuntos tales como la privacidad y confidencialidad, la sensibilidad individual y cultural, los límites, los códigos de ética, el ingreso compulsorio, los derechos humanos y el uso de nuevas tecnologías, entre otros, para concluir con un acercamiento al quehacer cubano en cuanto a aspectos éticos en atención primaria y secundaria, los retos y las situaciones especiales, y la idiosincrasia y profesio-

nalismo del especialista en el país. Además, se anexan resoluciones ministeriales, principios y códigos éticos, derechos de los pacientes y la Carta de la Habana, entre otros

La complejidad del psiquismo en la salud y la enfermedad hace únicas las situaciones éticas relacionadas con éste. La psiquiatría se elige, pero es una especialidad de elegidos, y si hay un profesional que necesita elevados patrones éticos es aquel que se dedica a garantizar la salud mental de la población; el desarrollo humano y el de una especialidad impar como esta así lo exigen. Este texto nos puede ayudar a conseguirlos.

La misma obtuvo Mención Provincial en la categoría Libro en la *XLVIII Edición del Concurso Premio Anual de la Salud. 2023*

# 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](mailto:apalrevista@gmail.com). Los textos deben presentarse en el programa Word. Es importante que no incluyan macros ni ningún tipo de plantillas. Antes de enviar el trabajo verifique haber cumplido con las normas utilizando el apartado titulado ANTES DE ENVIAR EL TRABAJO que se incluye al final de este Reglamento.

## Tipos de trabajos

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

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

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

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

## ORGANIZACIÓN INTERNA DE CADA TIPO DE MANUSCRITO

### Instrucciones generales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Agradecimientos

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

## Referencias bibliográficas

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

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

### Ejemplo:

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

Referencias bibliográficas

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

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

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

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

## Se ilustran a continuación los principales casos:

### Artículos de revistas

#### 1. Artículo estándar

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

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

#### 2. Autor corporativo

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

#### 3. Suplemento de un volumen

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

### Libros y otras fuentes de información impresa

#### 4. Autores individuales

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

#### 5. Editor(es) como autores

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

#### 6. Capítulo de libro

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

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

## 7. Actas de conferencias

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

## 8. Ponencia presentada en un Congreso

Bengtsson S, Solheim BG. *Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienholz O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sept 6-10; 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?

2023 *número 2*  
*volumen 22*

