

Cúpula

Revista

Vol. 38, Nº2, Año 2024

Publicación Oficial del Hospital Nacional de Salud Mental

Nº 2



San José, Costa Rica





CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL

REVISTA CÚPULA

Julio – Diciembre
Vol. 38, N°2 Año 2024



Editado por

*Biblioteca Médica Dr. Gonzalo González Murillo
Hospital Nacional de Salud Mental*

San José, Costa Rica



COMITÉ EDITOR

MLs. Silvia Navas Orozco, Coordinadora

Dr. Federico Bermúdez Cubillo

MLs. Rocío Pérez Brenes

Lic. Gerardo Orozco Quirós

MPs. Marcela López López

MPs. Karina Jiménez García

DISEÑO DE LOGOTIPO Y PORTADA

Mariela Rodríguez Brenes

PRESIDENTES HONORARIOS

Profesor Fernando Centeno Güell, QEPD

Dr. Abel Pacheco de la Espriella

Teléfono (506) 2242 6300 extension 2347

Email: bmpsiquiatrico2304@gmail.com

<http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/index.html>

Revista

WM1

R454r

Revista Cúpula. Caja Costarricense de Seguro Social. Hospital Nacional de Salud Mental. Vol.38 N°2 1975 – San José, C.R.: El Hospital.

Semestral

ISSN 1659-3871

1. Psiquiatría-Publicaciones periódicas. I. Título.

Los criterios expresados en los artículos, son responsabilidad exclusiva de los autores, y no necesariamente representan el criterio del Comité Editor de la Revista, ni las políticas del Hospital Nacional de Salud Mental.



SOBRE REVISTA CÚPULA



Cúpula surge por iniciativa del Dr. Abel Pacheco de la Espriella y el Prof. Fernando Centeno Güell en 1975.

El primer texto se publicó en el Departamento del Ministerio de Educación Pública. A partir de 1977 un Consejo Editor inicia la coordinación con la Imprenta Nacional para hacer una publicación periódica cuatrimestral con un nuevo formato de la revista y reglamento de publicaciones.

En un inicio el financiamiento se obtuvo por anuncios comerciales, contribuciones personales y aporte de la CCSS. En 1988, se incluyeron sus costos en el presupuesto general del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Cúpula está inscrita en el Catálogo General de Publicaciones y en el Registro de la Propiedad Intelectual. En la actualidad su distribución es a nivel nacional.

El nombre de la revista hace honor a la cúpula del antiguo Hospital Manuel Antonio Chapui, símbolo de la historia más íntima de la Psiquiatría en Costa Rica y declarado Monumento Nacional en 1974.

Su objetivo principal es difundir los resultados del proceso de investigación en los trastornos mentales, los progresos en tratamiento y su prevención. Las creaciones literarias complementan este fin.



CONTENIDO



EDITORIAL

Douglas Enrique Mora Arias	6
----------------------------------	---

ARTÍCULO ORIGINAL

Estudio descriptivo sobre los factores de riesgo asociados a la ideación suicida en la población colegial adscritas al área de salud de Santa Bárbara de Heredia, el Hospital San Carlos y el Hospital Dr. Max Terán Valls. Melissa Bérenzon Quirós, Marianela Matarrita Galagarza, Katherine Murillo Conejo, Ana Catalina Calderón Jiménez, María Lisseth Quesada Quesada, Evelyn Rodríguez Calderón, Karina Alfaro Solís, Elmer Valverde Alfaro, Fanny Karina Picado Arce, Maritza Chaves Castro, Carol Arrieta Cabalceta, Carlos Vega Montero	17
---	----

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

Actualización y tratamiento en trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracones Carolina Blanco Artula	41
El abordaje temprano de la psicosis: una aproximación desde la psiquiatría de precisión con un enfoque no-farmacológico Luis Fernando Monge Morales	56
Tratamiento farmacológico en trastornos de personalidad Fabricio Cordero Solís	68

CASO CLÍNICO

Proceso de enfermería basado en el Modelo Psicodinámico de Hildergard Pepleau, a una usuaria con diagnóstico de riesgo de conducta suicida en el Hospital Nacional de Salud Mental durante el 2022. Julieta Rodríguez Ramírez	85
--	----

POESÍA

Yo también tengo derecho a vivir Georgina Priscila Castañeda Molina	93
--	----



EDITORIAL



“EVOLUCION Y LIDERAZGO DE LA ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL: 134 AÑOS DE TRANSFORMACIÓN Y COMPROMISO CON LAS PERSONAS”

Hace 38 años camine por primera vez las aceras y calles del Hospital Psiquiátrico. Lo hice por necesidad, nunca me había imaginado laborar en un hospital y menos en éste. La vida me dio una oportunidad y creo que la aproveche. Para ese entonces, con la mayoría de edad mínima, empecé a trabajar en la cocina del establecimiento y ante la falta de nombramientos, crucé la zona verde y entré en la Dirección de Enfermería. Allí empezó una relación de noviazgo con el nosocomio y en particular con la enfermería, razón por la que considero una responsabilidad resaltar el aporte de la disciplina en él.

El cuidado en sus inicios

El hospital desde sus inicios en 1890 ha sido un reflejo de la evolución de la atención en salud mental en Costa Rica. Comenzó llamándose “Asilo de Locos o Insanos”, una denominación que hoy nos parece inapropiada, pero que era reflejo de la visión de la época. Seis años después, pasó a llamarse Hospital Chapuí, en honor al

Presbítero Manuel Antonio Chapuí y Torres, quien donó los terrenos donde se ubica actualmente. En aquellos primeros años, el cuidado de los pacientes recayó en los esposos A.E. Large, primeros asistentes del Holoway Hospital, y un pequeño equipo de enfermeros, como lo describe en su historia Don Manuel Rodríguez. Si bien su labor era incipiente debida a su escasa formación específica en la ciencia y el arte de cuidar, sentó las bases para el rol crucial que la enfermería ha desempeñado en el hospital, a lo largo de la historia. El mismo autor indica que “(...) *Durante la primera década (1890 - 1900) de existencia del Hospital, fueron asistidos 814 enfermos: 472 hombres y 342 mujeres. Para este entonces la población de la República de Costa Rica, era de 182.073 habitantes*” (1). A pesar de las limitaciones de la época, estas pioneras, en su mayoría mujeres; ya que hay que recordar que el cuidado de los enfermos para esa época, al igual que en otras partes del mundo, estaba asignado a las mujeres y a ordenes de monjas, hecho que el mismo Rodríguez reseña cuando menciona “(...) *Para aumentar los recursos humanos disponibles del Hospital, la Junta acordó contratar a tres hijas de la Caridad para encomendarles la administración del Asilo, especialmente en*



lo económico y disciplina interior, bajo la dirección de la Madre Superiora del Hospital San Juan de Dios” (1). El trabajo se centraba en satisfacer las necesidades fisiológicas básicas de higiene, abrigo, alimentación, confort y seguridad, además de proporcionar la medicación y asistencia al médico en los procedimientos que requería. Entre las actividades que las (os) pacientes realizaban durante el día se “implementa(ban) las actividades, tales como: jardinería, granjas, telares, carpintería, aseo de la planta física. Las pacientes mujeres ayudaban en la cocina, lavado y planchado de ropa, arreglo de camas y otras” (2). Con la creación de la Escuela de Enfermería en 1917, la enfermería en el nosocomio vivió cambios importantes, producto de la incorporación de conocimientos científicos, habilidades técnicas y un enfoque humanizado, como compromiso por el bienestar de las personas con enfermedades mentales, que se mantiene vivo hoy en día. “(...) Para la década de los treinta el Hospital Chapuí era ya insuficiente para albergar la acumulación excesiva de pacientes” (3), hecho que no era nuevo como así lo comprueba el Dr. Álvaro Gallegos (exdirector del HNP) “(...) el Hospital fue hecho para 125 pacientes, se habilitó hacia 1910 para 250 pacientes, hacia 1950 se había extendido a un máximo de 500 pacientes” (4). De hecho, las condiciones eran tales que “(...) A la plétora de pacientes: al Asilo Chapuí le fueron añadiendo caramancheles y subterráneos que se

usaban para depósito se fueron abriendo, se fueron añadiendo camas y cuando ya no cabían las camas se pusieron colchones en el suelo, dormían 300 pacientes en un espacio mínimo. Esto ocurría entre los años 52 y 62 en que el Hospital llegó a alojar cerca de 900 pacientes” (4). Esta situación puede visualizarse mejor al leer las palabras expresadas por el Dr. Abel Pacheco en la entrevista para la Revista Cúpula en celebración del centenario de la institución, cuando mencionó “(...) Es difícil hacerse una idea de lo que era el tratamiento de crónicos en aquel tiempo: en los patios de crónicos no entraba el psiquiatra, ni nadie del personal; la idea de pasar visita era que le reportaban a uno según criterio de las auxiliares o de las enfermeras –que habían muy pocas- quien estaba muy bien como para salir o quien estaba muy mal como para pasar a aislamiento, inyectarlo o subirle la medicación. La gran masa intermedia de pacientes nunca era vista por el médico ni tomada en cuenta” (5). Esta situación resalta una vez más el papel tan importante que la enfermería ha desempeñado en el hospital, gracias a lo cual, a pesar de la escasez de todo tipo de recursos, ha estado en todo momento junto a las y los pacientes, apoyando y acompañándolos en su situación de vulnerabilidad y exclusión. Lo dicho hasta acá, motivó a las autoridades a tomar la decisión de crear un nuevo hospital psiquiátrico, inaugurado en agosto de 1952 y bautizado con el nombre del Dr. Roberto



Chacón Paut. Para esa época el cuidado a esta población en continuo crecimiento era brindado por unas pocas enfermeras, que eran egresadas del programa de formación de la Escuela de Enfermería y varias religiosas que estaban a cargo de un grupo de misceláneas.

Primera directora

Para “(...) el año 1953, la “Junta de Protección Social” nombró a la Licda. Lucrecia Rakela Licksic, Directora de Enfermería, la cual inicia la estructuración del Departamento de Enfermería (2). Llama la atención este evento por cuanto hasta esta cita, no existe su reconocimiento histórico formal, hecho que será menester estudiar a futuro. Refiriéndose siempre a la Señora Licksic la autora expresa “Al asumir Enfermería su rol como nuevo grupo laboral, provocó reacción de celos en el personal que por muchos años se habían dedicado al cuidado custodial de los pacientes y que aún a esa fecha tenía una cuota de autoridad considerable. Por lo que se utilizaron estrategias con el fin de aprovechar la experiencia de este grupo de trabajadores, evitar que se sintieran desplazados e introducirlos en los programas de Enfermería, no sin antes capacitarlos para asumir nuevas funciones. De esta forma se prepararon “Auxiliares de Enfermería”, dándoles funciones de acuerdo con ese nivel, los cuales trabajaban bajo la supervisión de la enfermera jefe de servicio”

(2). De los documentos como fotografías que se posee de dicha época, salta a la vista la importancia que la educación en servicio para entonces ya representaba. En varios de estos documentos puede observarse como Doña Alicia Golcher Avendaño (exdirectora de enfermería) y otras enfermeras reunían al personal en una de las salas del antiguo Chapuí, para mediante sociodramas representar situaciones cotidianas de la gestión del cuidado a personas con diversos trastornos mentales. Este hecho resalta el compromiso de la enfermería desde los albores de la institución, por brindar una atención más científica y de acuerdo con los estándares de la época a la población costarricense más desvalida y estigmatizada. Para finales de la década de los cincuenta, “se contaba con una Directora de Enfermería, diez enfermeras jefes de servicio; en los turnos de 2-10 y 10-6 a.m., se asignaba una enfermera por turno, que ejercía funciones de supervisión y tenía a cargo todo el Hospital (...)” (2). Este hospital “(...) aún conservaba alguna de esas características, celdas, camisas de fuerza, aislamientos y el famoso “patio de piedras” donde se ubicaban las pacientes más deterioradas que carecían de hábitos higiénicos, falta de control de esfínteres, cuya vestimenta consistía en un saco de gangoche, tipo túnica. Este aislamiento las había llevado a un deterioro muy considerable” (2), de hecho, la autora menciona que conmovía ver a los pacientes



ya que cada uno se ubicaba por lo general en un mismo sitio, donde permanecía todo el día semejando estatuas. Una de las críticas de la época indicaba que el hospital era de puertas cerradas, debido a la poca oportunidad que tenían los familiares de visitar a los pacientes.

Origen de los programas en Enfermería

Con la llegada de la *“(...) Licda Lucia Calvo Sánchez, enfermera especialista en Salud Mental y Psiquiátrica, a quien le debemos la implementación de los programas psicosociales (...) Remotivación, resocialización, recepción de familiares”* (2) con gran éxito ya que apoyo los esfuerzos por reubicar a los pacientes en los talleres.

Relevancia del papel de la disciplina

A pesar de lo anterior para ese entonces puede notarse con claridad diáfana, la relevancia del papel que ya enfermería había adquirido para la década de los sesenta. Para ese momento se contaba con 15 enfermeras y 46 auxiliares de enfermería (6), sin tomar en cuenta otros perfiles ocupacionales que formaban parte del servicio de enfermería como serán las “saloneras y especial 1”), a los que se referencia en los prontuarios de empleados del antiguo Chapuí. Según Knudsen *“(...) Esta década es muy significativa en la historia del Hospital Psiquiátrico, especialmente en lo que se refiere al cuidado directo del paciente, ya que, desde el inicio de*

la misma, se identificó la necesidad de introducir al “profesional de Enfermería” en la atención del paciente hospitalizado” (2). Para inicios de los setenta que la Licda. Flory Knudsen Rojas inicia su gestión en la dirección de enfermería en el antiguo edificio, el Dr. Abel Pacheco en su “Memoria a Doña Flory Knudsen Rojas” relata *“(...) Con ella recorrí los pasillos cargados de historia de la vieja institución, para recibir de ella mi primera inolvidable lección de psiquiatría... eran los días de frecuentes agresiones y los pacientes alucinados. Junto a Flory cruce patios y salones viendo cómo su presencia, su sonrisa, su capacidad para apaciguar ánimos encendidos nos permitía atravesar el edificio prodigando calma entre aquellos desventurados seres”*(5). Como puede notarse el papel de Doña Flory (como cariñosamente la llamábamos), quién dirigió las riendas del departamento, caló muy fuertemente durante ese periodo de transición, entre los últimos años del hospital en el centro de San José y el nuevo en Pavas. Su filosofía clara y sencilla *“(...) Aquel que le haga daño a un enfermo se está haciendo daño, asimismo; y la vida se encargará de recordárselo muy pronto (...) He sido bendecida, porque Dios me escogió para atender, comprender y respetar al más pobre de los pobres: el enfermero mental”* (7). El mismo Dr. Pacheco nos recuerda *“(...) Junto a un grupo de trabajadores (as) de varias disciplinas, cargados de mística, de amor por los pacientes, Flory*



y yo pudimos ver hecho realidad el sueño de hacer de un asilo, un pujante y moderno Hospital que llegó a convertirse en centro de aprendizaje prestigioso para la formación de personal especializado de muchos países del área” (8). Para ese momento el número de enfermeras había aumentado a 25, mientras que los auxiliares ya eran 110 (5). Las condiciones para ese entonces del antiguo hospital tomando en cuenta no solo la cantidad de pacientes, sino también “(...) las nuevas tendencias de atención en salud mental y Psiquiatría, la planta física resulta poco funcional y obsoleta, especialmente por el aspecto tipo cárcel que aún conserva, así mismos lugares inhóspitos, como los sótanos donde dormían un grupo considerable de pacientes” (2). Para finales de los sesenta se implementaron programas innovadores donde las personas usuarias, además de recibir atención médica, participaban en actividades terapéuticas como el manejo de animales de granja y talleres de manualidades, siendo enfermería “la que inició la terapia recreativa mediante paseos fuera del hospital, llevándose grupos de pacientes a diferentes centros de interés del país: Teatro Nacional, Museo Nacional, Parque Bolívar y otros” (2).

Traslado a las instalaciones en Pavas

Gracias al trabajo de varios funcionarios del hospital, entre quienes se encontraban las enfermeras Alicia Golcher Avendaño

y Flory Knudsen Rojas, es que se logra plasmar el proyecto de un nuevo hospital tipo granja, en el lugar conocido como “Las Pavas”, donde se encuentra en la actualidad. De esta transición Rodríguez Jiménez al referirse al hecho refiere “(...) *Es un Hospital que de una sola vez (en un día), recibió más de mil pacientes*” (1) empresa nada fácil, que el autor describe “(...) *No se contaba con persona suficiente para hacer el traslado paulatinamente, no se podía tener funcionando dos hospitales. Ante esta disyuntiva en forma heroica el 17 de setiembre de 1974, se efectuó el traslado. Se tomaron todas las provisiones del caso, para que los pacientes hasta donde fue humanamente previsible no sufrieran privaciones ni molestias y supieran en que servicio le correspondería, qué cama deberían ocupar, quiénes lo iban a recibir, dónde, cómo y a qué hora recibirían los alimentos*” (1). Esta empresa requirió de una coordinación muy meticulosa por parte del personal de enfermería, que claro está, contó con apoyo de otras disciplinas, pero tuvo su bastión más fuerte en enfermería. El traslado de Hospital Nacional Psiquiátrico marcó un hito en la atención de la salud mental en Costa Rica y Centroamérica. Inspirado en el modelo de «hospital tipo granja», este nuevo enfoque trascendía el tratamiento tradicional de las enfermedades mentales. Esta visión integral reconocía la importancia de la rehabilitación psicosocial,



brindando a las pacientes herramientas para su posterior reinserción social. El contacto con la naturaleza, el cuidado de los animales y el desarrollo de actividades productivas se convertían en elementos clave para su recuperación, fomentando su autonomía, autoestima y sentido de propósito. El Hospital Nacional Psiquiátrico se transformó así en un espacio donde la salud mental se abordaba desde una perspectiva más integral. *“Fue un cambio brusco, no fue fácil la adaptación de los pacientes, ni del personal, a la planta física y a un cambio de filosofía de un hospital puertas cerradas a uno puertas abiertas; los pacientes debían caminar largas distancias de su pabellón al comedor central y hacer filas interminables para recibir alimentos, muchos de ellos caían desmayados por el cansancio y la hipoglucemia”* (2).

Nuevas necesidades, nuevos servicios, nuevas oportunidades

El proceso de transformación en el hospital continuó con la creación del Hospital Diurno y posteriormente el traspaso a la Caja Costarricense de Seguro Social en 1977, siendo una preocupación permanente el crecimiento de la población de pacientes. Para la década de los ochenta *“Otra coyuntura significativa en este proceso de transformación, fue sin duda, las visitas (...) que realizaran representantes de salud mental de la Organización Mundial de la*

Salud, Italia y España como parte de las influencias de reforma realizadas en Europa y Norteamérica y traídas América Latina bajo la línea de reestructuración al modelo de atención psiquiátrica imperante en los países del tercer mundo, plasmándose estos conceptos en la conferencia regional denominada “Declaración de Caracas” suscrita por Costa Rica” (9) que propugna una atención más democrática y en comunidad, visualizando los hospitales psiquiátricos como una especie de lastre para los objetivos establecidos. Es entonces para inicio del siglo XXI que con la creación de un plan se inicia la reubicación de pacientes en la comunidad. Lo anterior sin haberse creado legislación para sancionar la institucionalización de las personas con enfermedad mental, ausencia de política pública y un plan de salud mental para potenciar formación de equipos de salud mental comunitarios a criterio del psicólogo Carlos Sandoval Chacón.

Supervisión más cercana a las áreas de gestión

Para mediados del 2000 el departamento lleva a cabo una separación de actividades del equipo de supervisión, pasando de tener una oficina ubicada al frente de la actual oficina de la Dirección de Enfermería a tres, en las áreas de Estancia Breve, Mujeres y Hombres, hecho que facilitó y agilizó los procesos administrativos y de gestión.



Nuevos Horizontes

Para el 2006, con motivo del voto número 2005-05871, la Sala Constitucional instó a la CCSS a operativizar lo dispuesto en la Ley 8204 debido a la demanda de atención de adolescentes farmacodependientes incorporándose el Programa de Nuevos Horizontes. Entonces se *“(...) decidió enviar un grupo de aproximadamente 18 adolescentes con una problemática diversa: conductas delictivas, callejización, adicción a sustancias químicas, entre otras”*(10). Este fue un nuevo desafío para el departamento, ya que el perfil y la dinámica de los nuevos actores, presentó desde el inicio una serie de dificultades nunca vistas. La incorporación del Lic. David del Cid Justavino con gran experiencia en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y en el cuidado a personas con problemas de sustancias psicoactivas, permitió el establecimiento de nuevas intervenciones en enfermería basadas en las Etapas de Cambio de Prochaska y Di Clemente, así como la Entrevista Motivacional que se tradujeron en el trabajo en grupo al inicio de las mañanas y tardes en los llamados Encuentros y Asambleas respectivamente.

Llegada de CAPEMCOL

En junio del año 2010 se creó el Centro de Atención para Personas con Enfermedades Mentales y Conflictos con la Ley (CAPEMCOL), que inició funciones al

año siguiente (2011) en un local alquilado por la institución en la Uruca, cerca del Hospital México para una población aproximada a los setenta pacientes. Estos tenían orden de internamiento indefinido en el hospital emitidas por un juez. Una vez más el personal de enfermería asignado a este, tuvo que adaptarse a una nueva situación, ya que la creación de CAPEMCOL implicó el Génesis de un modelo híbrido de cuidado, ya que unió por un lado a la Caja Costarricense de Seguro Social y por el otro al Ministerio de Justicia y Gracia.

El Expediente Digital Único en Salud

Es en 2017 que los aires de cambio digitales, por fin llegaron a la Caja, en particular al Hospital Nacional Psiquiátrico, cuando el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) hizo su aparición. Este reto dirigido por la Subdirección de Educación en Servicio con apoyo del Centro de Gestión Informática permitió la creación de un breve programa de capacitación dirigido al personal auxiliar y profesional con el fin de dotar del conocimiento y habilidades técnicas para la puesta en práctica del EDUS a quienes no lo tenían. Adicionalmente el acompañamiento en los servicios, de los enfermeros Gina García Zúñiga, Jean Carlos González Luna, José Pablo García Brown y Olivier Vargas Pacheco garantizó un proceso de adaptación al cambio más rápido y seguro.



Cierre asilar

Al año siguiente, para ser específico el 23 de abril del 2018, se llevó a cabo mediante acto simbólico el “Cierre Asilar”, que marcó un antes y un después en la atención en salud mental en Costa Rica. Este cambio puede parecer simple a primera vista, pero gracias a él se puso de manifiesto la evolución de las necesidades de las personas usuarias en el hospital. Durante 128 años el nosocomio había albergado a personas con enfermedades mentales crónicas compensadas, en residencias permanentes por décadas, lo que propició un cuidado de enfermería basado en la satisfacción de necesidades fisiológicas básicas como alimentación, higiene y seguridad, gracias al establecimiento de una serie de normas y rutinas, para una población con escasa educación, pobre red de apoyo y sin acceso a las tecnologías de la información y la comunicación TICs. El trabajo llevado a cabo por enfermería revistió vital importancia, por cuanto los programas de Resocialización y Actividades de la Vida Diaria Básica fueron fundamentales para la reinserción social de los pacientes en albergues, donde se destaca el trabajo de las enfermeras Vilma Arguedas y Yorleny Cantillo, el trabajo de capacitación llevado a cabo por Isabel Vásquez Vásquez, con los equipos interdisciplinarios en primer y segundo nivel de atención a través del Programa de

Psiquiatría Comunitaria. De rescatar el papel de Danubia Guevara en Hospital Diurno como desarrolladora de los programas de enfermería para mejorar competencias, con los pacientes de Estructuras Residenciales para su posterior reubicación en albergues en diferentes partes del país. El cierre asilar vino acompañado de un cambio en el perfil epidemiológico de los pacientes en el hospital. Esta población presentaba nuevos requerimientos que iban más allá de la mera satisfacción de necesidades básicas. Ahora con una educación formal, acceso al momento a la información y mayor conocimiento sobre sus derechos y deberes. Esta situación fue tomada por el departamento como una valiosa oportunidad para ampliar la oferta de servicios brindada, iniciada con un cambio en la connotación de esta última palabra; pretendiendo que al llamarles “personas usuarias”, cada quien recordará la responsabilidad de dar un trato más verticalizado, más humano, más de persona.

La Pandemia por COVID-19

Mientras el movimiento anterior se originaba, llegó la emergencia global causada por la aparición del COVID-19 y declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 30 de enero de 2020 como Pandemia y llegando al país el 6 de marzo de ese año. Debido a la rapidez de su transmisión, para abril el hospital se preparaba para iniciar una nueva etapa en



la que la patria le requería. Desde principios de año, las autoridades de salud habían planteado la estrategia para hacer frente a este nuevo enemigo y como parte de ella, el hospital tendría que pasar por la remodelación de cuatro de sus pabellones ubicados en el área de mujeres con el fin de albergar un total de 170 camas, para recibir pacientes con la enfermedad en fase leve a moderada. La situación obligó el traslado de la mayor parte de pacientes femeninas al Hospital Roberto Chacón Paut. La situación provocó un movimiento de personal que no tiene parangón en la historia del nosocomio. El personal del departamento paso de poco más de 480 funcionarios a casi 850, con el funcionamiento de los cuatro pabellones, en ese momento conocidos como módulos. Para abril del 2020 había iniciado el proceso de selección, reclutamiento y capacitación del personal de enfermería. Cada día ingresaban entre 10 a 15 nuevos asistentes de pacientes y auxiliares de enfermería. El personal que con que se contaba previo al evento y que tenían título de enfermera, pero se encontraban en perfil ocupacional de auxiliar fueron ascendidos en dicha área. Debido a lo poco que se conocía del virus SARS-CoV-2, agente causal de la enfermedad fue necesario capacitar al total del personal que ya laboraba en el nosocomio como a aquellos que se integraban a la lucha. Como es sabido, por experiencia y conocimiento en el cuidado a personas con enfermedades respiratorias, nuestro personal se encontraba en desventaja frente

al de otros hospitales, sin embargo, gracias al compromiso de cada uno de estos, se hizo frente a la emergencia de gran manera, contribuyendo en forma destacada a disminuir el nivel de afectación del país y principalmente otorgar cuidados acordes a lo que la evidencia científica en ese momento dictó. La experiencia evidenció el potencial del equipo de enfermería, que junto a los compañeros de otras disciplinas y servicios aportó el mayor desgaste laboral, al estar en relación directa y constante con las personas usuarias, dentro de las conocidas áreas rojas, que constituían el espacio en el que solamente unos pocos podían estar. Cabe resaltar el trabajo incansable de nuestra directora Floricel Salazar Murillo que en compañía de Shirley Fallas Guzmán, Lucila Azofeifa Pereira y el suscrito, tuvimos la responsabilidad de liderar las acciones de enfermería y junto al staff de supervisión, entre el cual estaban: Aída Alvarado Tenorio, Kenia Cedeño Samudio, Andrea Rivera Mora, Jean Carlos González Luna, Roger Cárdenas Mayorga, Daniela Pérez Moya, William Chinchilla Prado, Christian Alpízar Picado, Maickelly Meoño Moya y Rolando Retana Valverde, llevaron a cabo la gestión del cuidado en el Área de COVID. Es importante mencionar que el hospital durante el tiempo de pandemia se mantuvo brindando también atención a población con trastornos del comportamiento y emociones, muchos de los cuáles adquirieron el virus del COVID 19 y estuvieron hospitalizados durante la crisis



CONCLUSIONES

A lo largo de 134 años de existencia el departamento de Enfermería del hospital ha evolucionado constantemente, desde sus humildes pero optimistas comienzos en el “Asilo de Locos” hasta el actual Hospital Nacional de Salud Mental, que cambia precisamente su nombre a principios del 2023. En este espacio, la enfermería ha sido un pilar en la transformación de este, pasando de un modelo custodial a uno humanizado y científico. El departamento de enfermería ha enfrentado gran cantidad de experiencias, gracias al compromiso y dedicación de las generaciones de enfermeras y enfermeros, que han entendido que el cuidado es la esencia de la enfermería y este tiene como base una gran capacidad de resiliencia, empatía y adaptabilidad. El cambio de nombre es una nueva oportunidad para visualizar pasos que deben darse en los próximos años. Cambios como, por ejemplo, la identificación de actividades que no forman parte de la esencia de la disciplina, que no aportan, para concentrarnos en aquellos que hacen la diferencia y que dotarán de un mayor sentido profesional y aporte de las personas usuarias. Es necesario la utilización de escalas de categorización del cuidado que sean validadas científicamente, mediante las cuales el profesional pueda orientar su quehacer sustantivo y delegar tanto su tiempo como gestionar el del personal a su

cargo. Este análisis sin lugar a duda llevará a la disciplina a continuar dando los pasos necesarios para crear una identidad muy propia, sin que esto quiera decir que se apartará del resto del equipo interdisciplinar, por el contrario, su aporte enriquecerá los planes integrales de las personas usuarias hospitalizadas que desde hace más de una década se han apoyado en la Taxonomía diagnóstica de NANDA-I así como los vínculos NOC y NIC y la revisión de las ofertas de cuidados de las respuestas humanas en los diferentes servicios de hospitalización.

Douglas Enrique Mora Arias
Enfermero Especialista en Salud
Mental y Psiquiatría
Subdirector de Educación en Servicio,
Hospital Nacional de Salud Mental



Referencias bibliográficas:

1. Rodríguez Jiménez, M. (1991). Reseña Histórica del Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres. <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/141/doc42.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Knudsen Rojas, F. (1990). Contribución de Enfermería en la Atención del paciente con Padecimientos Mentales. *Revista Cúpula*, 4(7), 36-45.
3. Archivo Nacional de Costa Rica. (2021). Acta Ordinaria 06-2021. Archivo Nacional de Costa Rica. https://www.archivonacional.go.cr/web/comisiones/cd_acta06_2021.pdf
4. Alfaro S., R. (1990) Entrevista al Doctor Álvaro Gallegos Chacón. *Revista Cúpula*, 4(7), 21-27.
5. Alfaro S., R. (1990). Entrevista al Doctor Abel Pacheco. *Revista Cúpula*, 4(7), 16-20.
6. Carmona Benavides, A. (1971). *Proyecto de Organización del Hospital Nacional Psiquiátrico*. Hospital Nacional Psiquiátrico.
7. Murillo Knudsen, G. (2012). Flory Knudsen Rojas: Huellas en la Enfermería costarricense. *Enfermería en Costa Rica*, 33(1), 52. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v33n1/art9.pdf>
8. Pacheco, A. En memoria de Flory Knudsen. *Enfermería en Costa Rica*, 33(1), 52. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v33n1/art9.pdf>
9. Sandoval Chacón, C. (2010). Hospital Nacional Psiquiátrico: 120 años de evolución y cambio en salud mental. *Revista Cúpula*, 24(1-2), 39-42.
10. López Core, R. (2015)- Reseña Histórica del Servicio de Psicología Clínica. *Revista Cúpula*, 29(2), 46-57.



ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN LA POBLACIÓN COLEGIAL ADSCRITAS AL ÁREA DE SALUD DE SANTA BÁRBARA DE HEREDIA, EL HOSPITAL SAN CARLOS Y EL HOSPITAL DR. MAX TERÁN VALLS

DESCRIPTIVE STUDY ON THE RISK FACTORS ASSOCIATED WITH SUICIDAL IDEATION IN THE SCHOOL POPULATION ASSIGNED TO THE SANTA BÁRBARA DE HEREDIA HEALTH AREA, SAN CARLOS HOSPITAL AND DR. MAX TERÁN VALLS HOSPITAL

ARTÍCULO ORIGINAL



Melissa Bérenzon Quirós*, Marianela Matarrita Galagarza*, Katherine Murillo Conejo*, Ana Catalina Calderón Jiménez*, María Lisseth Quesada Quesada*, Evelyn Rodríguez Calderón*, Karina Alfaro Solís*, Elmer Valverde Alfaro*, Fanny Karina Picado Arce*, Maritza Chaves Castro*, Carol Arrieta Cabalceta*, Carlos Vega Montero*

Resumen

Esta investigación es de carácter descriptivo y tiene como propósito fortalecer los esfuerzos para la comprensión de los posibles factores de riesgo asociados a las ideaciones suicidas de los adolescentes que cursan el colegio. La recolección de los datos se llevó a cabo con población adscrita al Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia, el Hospital San Carlos y el Hospital Dr. Max Terán Valls, durante el 2024. Se combinaron técnicas cuantitativas y cualitativas empleando un cuestionario

autoadministrado para estudiantes de 12 a 19 años y se realizaron grupos focales con adultos que tienen relación directa con este grupo poblacional. Para el análisis de los resultados se utilizó además la bibliografía existente. Por último, se dan recomendaciones para el fortalecimiento de la salud mental de la población adolescente e intervención oportuna desde la Red de Servicios de la Caja Costarricense del Seguro Social y el involucramiento interinstitucional y multidisciplinario.

*Promotora de Salud-Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia. Investigadora principal correo: melissa.berenzon@gmail.com

*Nutricionista - Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia mmatarri@ccss.sa.cr

*Promotora de Salud- Área Rectora de Salud de Santa Bárbara de Heredia katydahty@gmail.com

*Psicóloga- Dirección Regional Rectoría de la Salud Central Norte catalina.calderon@misalud.go.cr

*Trabajadora Social- Hospital San Carlos lisquesadaquesada@gmail.com

*Psicóloga- Hospital San Carlos evelyn.rc89@hotmail.com

*Enfermera en Salud Mental- Hospital San Carlos kalfaros@gmail.com

*Psiquiatra- Hospital Dr. Max Terán Valls ejvalver@ccss.sa.cr

*Enfermera en Salud Mental- Hospital Dr. Max Terán Valls fkpicado@ccss.sa.cr

*Psicóloga- Hospital Dr. Max Terán Valls mchaveca@ccss.sa.cr

*Enfermera- Hospital Dr. Max Terán Valls ctarrieta@ccss.sa.cr

*Médico General-CCSS dr.cvega.montero@gmail.com



Palabras clave: Adolescencia, ideación suicida.

Abstract

This research is descriptive in nature and aims to strengthen efforts to understand the possible risk factors associated with suicidal ideation among adolescents in school. Data collection was carried out with the population assigned to the Santa Bárbara de Heredia Health Area, San Carlos Hospital, and Dr. Max Terán Valls Hospital, during 2024. Quantitative and qualitative techniques were combined using a self-administered questionnaire for students aged 12 to 19, and focus groups were conducted with adults who have a direct relationship with this population group. Existing bibliography was also used to analyze the results. Finally, recommendations are given for strengthening the mental health of the adolescent population and timely intervention from the Service Network of the Costa Rican Social Security Fund and inter-institutional and multidisciplinary involvement.

Key words: Adolescence, suicidal ideation.

Introducción.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año cerca de 700 000 personas mueren por suicidio, siendo en el año 2019, la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años, donde más del 77% de los suicidios ocurridos en ese año tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos.

El suicidio es un problema de salud pública, multicausal, de alta prevalencia y progresivo aumento en la población adolescente, según la OMS (2019) es necesario conocer los diferentes factores de riesgo que existen para abordarlos y evitar que el problema se agrave. Sin embargo, a pesar de que las estadísticas de suicidio a nivel mundial en esta población son altas solo un 2% del presupuesto anual de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe según la misma fuente es destinado a la promoción y la prevención en salud mental, por lo que se insta a realizar más investigación y acciones que puedan mejorar la respuesta que se le está dando a este problema de salud pública de manera interinstitucional y multidisciplinaria.

En Costa Rica, según la Dirección de Vigilancia del Ministerio de Salud, en los últimos 5 años los intentos de suicidio han tendido a incrementarse de manera simbólica incluso llegando a duplicarse entre un año y otro, en el 2023 se registraron 3959, mientras que el primer semestre del año 2024 se cuantifican más de 1800, señalando que los grupos de 10 a 14 años y de 15 a 19 años son los que más reportan intentos de autoeliminación, para el 2024 la tasa de intento de suicidio del primer grupo es 80.8, mientras que del segundo es de 121.3 por cada 100 000 habitantes, siendo una de las principales causas de consulta en estos rangos de edad a nivel de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)



temas relacionados con salud mental. Otro dato importante de señalar es que, en relación con el sexo biológico, las mujeres superan en más de un 60% los intentos de suicidio, siendo más evidentes en los rangos de edad ya especificados.

Esta investigación nace de manera local en el cantón de Santa Bárbara de Heredia, a raíz de una solicitud de apoyo por parte de los departamentos de orientación del Liceo de Santa Bárbara de Heredia sobre el incremento de estudiantes con ideaciones suicidas y conductas autolesivas como el “cutting” (cortarse), se unieron esfuerzos con el EISAA del Hospital de San Carlos y el Hospital Dr. Max Terán Valls debido a que los profesionales también identificaron una alta demanda de los servicios de salud de esta población en temas de salud mental.

Por último, este proyecto responde a la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, donde se fomenta crear las sinergias para el abordaje del proceso salud enfermedad no solo desde la perspectiva de la atención del daño, sino también desde la salud pública, interviniendo las condiciones de vida que mejoran la salud y aquellos factores psicosociales relacionados con la conducta humana.

Materiales y métodos.

Esta investigación tuvo un diseño tipo observacional, cuyo objetivo fue registrar

los acontecimientos del estudio sin intervenir en el curso natural de estos para generar propuestas. Al ser un estudio mixto se combinaron técnicas cuantitativas y cualitativas para el análisis descriptivo

La población del estudio fueron los estudiantes de los colegios adscritos al Área de Salud de Santa Bárbara de Heredia, el Hospital San Carlos y el Hospital Dr. Max Terán Valls

Para el cálculo de la muestra se utilizaron datos de las oficinas de estadística de cada uno de los centros de salud que participan del estudio, siendo esta de 403 adolescentes, la cual se repartió en los 3 centros de salud, cuya distribución fue proporcional al tamaño de la población de la siguiente manera: 40 en el Área de Salud de Santa Bárbara, 283 en el Hospital San Carlos y 83 en el Hospital Dr. Max Terán Valls

Es importante mencionar que tanto el protocolo como los instrumentos que se utilizaron y los documentos legales (consentimientos y asentimientos informados) de esta investigación fueron revisados y aprobados por el Comité Ético Científico Central de la CCSS en fases previas al trabajo de campo y se cumplieron las normas de bioética durante todo su desarrollo. Se procede a describir las fases que se realizaron:



Fase 1: Recolección de la información o datos:

En esta primera fase se realizaron dos procesos de manera simultánea que se detallan a continuación:

1. Encuesta autoadministrada para estudiantes de colegio

El instrumento fue de elaboración propia con base a la teoría y cumplió con todos los procesos correspondientes de criterio de expertos y probatoria antes de ser aplicado

A la hora de pasar el instrumento como el tipo de muestreo fue a conveniencia, dependió de la firma de los consentimientos informados de los padres de familia (o encargados y/o los asentimientos informados de los estudiantes, al final se superó la muestra y se aplicaron un total de 415 instrumentos.

2. Grupos focales:

Se entrevistaron padres de familia y/o encargados legales, personal docente, personal administrativo de colegios (públicos y privados), líderes de grupos de adolescentes (Ejemplo: religiosos, scouts), entrenadores, personal de salud que atiende adolescentes, funcionarios de instituciones públicas integrantes de los ILAIS y fundaciones u organizaciones no gubernamentales que trabajan con jóvenes.

Las personas se seleccionaron por conveniencia, participaron los que aceptaron la invitación y firmaron el consentimiento informado respectivo. En la provincia de Heredia se ejecutaron 6 grupos focales con un total de 46 participantes, mientras en Alajuela fueron 8 con una participación de 76 personas y por último en Puntarenas se realizaron 7 con 50 asistentes para un total de 172 personas.

Fase 2: Se hizo el análisis descriptivo de la información obtenida con la literatura existente. Y se formularon recomendaciones.

Resultados

Para la obtención de los datos cuantitativos se aplicó un total de 415 cuestionarios autoadministrados a estudiantes de colegio de 12 a 19 años de la siguiente manera:



Tabla 1:
Distribución de estudiantes por centro educativo que participaron en el estudio, 2024

Sexo biológico				
Institución Educativa	Cantón	Hombre	Mujer	Total, de Estudiantes
Unidad Pedagógica de El Roble	Santa Bárbara	2	10	12
Liceo de Santa Bárbara de Heredia	Santa Bárbara	6	11	17
IPEC Santa Bárbara de Heredia	Santa Bárbara	5	6	11
CINDEA San Carlos	San Carlos	5	4	9
Colegio Diocesano Padre Eladio Sancho	San Carlos	1	0	1
Colegio Técnico Profesional de Aguas Zarcas	San Carlos	7	15	22
Colegio Técnico Profesional De La Fortuna	San Carlos	8	15	23
Colegio Técnico Profesional de San Carlos	San Carlos	16	31	47
Colegio Técnico Profesional de Santa Rosa	San Carlos	4	7	11
Colegio Técnico Profesional Nataniel Arias Murillo	San Carlos	3	3	6

Green Forest School	San Carlos	6	5	11
Liceo Boca Arenal	San Carlos	9	7	16
Liceo Cristo Rey	Los Chiles	3	7	10
Liceo de Sonafluca	San Carlos	12	14	26
Liceo Experimental Bilingüe Claudio Bonilla Alarcón	San Carlos	1	6	7
Liceo Florencia	San Carlos	19	20	39
Liceo Gastón Peralta Carranza	San Carlos	24	25	49
Liceo Rural de San Joaquín	San Carlos	6	8	14
Colegio Académico Londres	Quepos	2	4	6
Colegio Técnico Profesional de Jaco	Garabito	5	10	15
Colegio Técnico Profesional de Matapalo	Quepos	10	7	17
Colegio Técnico Profesional de Parrita	Parrita	8	5	13
Colegio Técnico Profesional de Quepos	Quepos	7	18	25
Ecoturístico del Pacífico	Quepos	8	6	14
Total, de Estudiantes		174	241	415

Fuente: Elaboración propia con base en las respuestas recopiladas en el cuestionario autoadministrado a población estudiantil 2024



Aunado a lo anterior y como dato complementario en cuanto a la etnia un 4% de los participantes eran negros y 1.25% dijeron ser indígenas, el resto de los estudiantes eran blancos o mestizos.

Para la obtención de los datos cualitativos se entrevistaron en total 172 personas distribuidas de la siguiente manera:

**Tabla 2:
Distribución grupos focales del estudio, 2024**

Número	Lugar	Descripción	Cantidad de participantes
1.	Santa Bárbara	Personal de Salud no de la Caja Costarricense del Seguro Social que atiende a jóvenes de 12-19 años de Santa Bárbara de Heredia (Fundaciones, consultorios psicológicos privados, OFIFAM, Colegio de Psicólogos y universidades)	6
2.	Santa Bárbara	Profesores guías de la Unidad Pedagógica El Roble	8
3.	Santa Bárbara	Padres de familia del Liceo de Santa Bárbara	8
4.	Santa Bárbara	Profesores guías y orientadores del Liceo de Santa Bárbara	8
5.	Santa Bárbara	Adultos que se relacionan con los estudiantes en espacios no formales como entrenadores de equipos deportivos, líderes religiosos, coordinadores de scouts	8
6.	Santa Bárbara	Personal docente y administrativo del IPEC	8
7.	San Carlos	ILAIS de Aguas Zarcas con representantes instituciones públicas	12

8.	San Carlos	ILAIS de Florencia con representantes de instituciones públicas	17
9.	San Carlos	ILAIS de Ciudad Quesada con representantes de instituciones públicas	11
10.	Los Chiles	Personal de la CCSS del Hospital Los Chiles	10
11.	San Carlos	Padres de familia Colegio Técnico Amparo	8
12.	San Carlos	Padres de familia en Aguas Zarcas	5
13.	San Carlos	Personal de la CCSS del Hospital San Carlos	11
14.	San Carlos	Estudiantes mayores de edad del Liceo de Boca Arenal	14
15.	Garabito	ILAIS Garabito con representantes de instituciones públicas y líderes comunales	7
16.	Quepos	ILAIS Quepos con representantes de instituciones públicas y líderes com	6
17.	Quepos	ILAIS Parrita con representantes de instituciones públicas y líderes comunales	7
18.	Quepos	Orientadores y docentes de los colegios de Quepos	7
19.	Parrita	Orientadores y docentes de los colegios de Parrita y líderes comunales	9
20.	Quepos	Personal de la CCSS del Hospital Dr. Max Terán Valls	7
21.	Garabito	Orientadores y docentes de los colegios de Garabito y líderes comunales	7

Totales: 172

Fuente: Elaboración propia con base a los grupos focales realizados en el 2024



Con base a la revisión bibliográfica previa y los datos obtenidos se hizo el análisis de los datos agrupándolos en 21 variables: La dinámica familiar de los adolescentes, los antecedentes de suicidio en la familia, el manejo del duelo o pérdida de un ser querido, el consumo de sustancias psicoactivas, padecer de dolores físicos, la realización de actividad física, la práctica de una religión o culto, el rendimiento académico, el acoso escolar o bullying, la práctica o adopción de conductas autolesivas, el haber experimentado ideaciones e intentos suicidas previos, las relaciones entre pares, las relaciones de pareja, el inicio de la vida sexual, el haber sufrido abuso sexual, su identidad de género y orientación sexual, haber tenido problemas con la ley, la calidad del sueño, la autopercepción de su apariencia física, el manejo de sus emociones como la tristeza, la ansiedad, el estrés, el enojo, la frustración y el miedo y los orígenes de las mismas y por último el tener expectativas y planes a futuro.

Discusión

El tema de las relaciones de familia se identificaron padres ausentes y poco comunicativos justificados en la necesidad de trabajar para poder darles sustento a sus hijos lo cual afecta el tiempo y la calidad para compartir en familia. Además del trabajo otro factor que podría marcar distancia entre los padres de familia y adolescentes es el uso constante del celular, lo que ha generado

que los progenitores no sean percibidos por los adolescentes como figuras de autoridad, incluso se comentó que el acceso a la información sobre sus derechos como menores de edad la utilizan de forma errónea para desafiar órdenes y hasta amenazar a los adultos, también en contraste a esto, varios mencionaron sentirse presionados por cumplir las expectativas de sus familias por hacer cosas que no quieren y que esperan de ellos incluso en términos de su futuro, Maratuech (2022) afirma que existe una relación directa entre el entorno familiar, el respeto a los padres, la salud mental según el autor mientras exista un ambiente familiar positivo, que cuente además con una mayor cohesión y comunicación, se favorecerá a que los adolescentes experimenten menores ideaciones suicidas en situaciones de conflicto o ansiedad. (p. 7).

En los grupos focales se identificó que los adolescentes no se sienten escuchados y que les invalidan sus emociones desde una visión adultocentrista, además al referirse a sus situaciones les indican que están llamando la atención y no les dan la importancia que requieren, pero si perciben presión ante los resultados académicos, bajo esta línea es importante recalcar que la seguridad es una necesidad básica, por lo que sí el adolescente no siente un ambiente de confianza puede comprometer su sentido de pertenencia esencial en esta etapa del desarrollo.



En los cuestionarios se reflejó un porcentaje significativo de estudiantes que viven solo con uno de sus progenitores y en menor porcentaje con otros familiares o tutores, según Bravo et al (2019), los patrones de organización familiar como por ejemplo la presencia de una separación, distanciamiento o muerte de un progenitor, la comunicación y resolución de problemas en casa están relacionados a la madurez emocional de los adolescentes (p. 27). bajo la línea de violencia, solo un porcentaje menor de los estudiantes mencionaron que existían violencia en sus hogares, sin embargo, el resultado de bullying fue mucho mayor y en algunos grupos focales se mencionó que provenía de estudiantes de familias con dinámica conflictiva, donde los adolescentes se enfrentan a situaciones de confusión en cuanto a las órdenes de sus padres separados, siendo un desafío para éstos llevar el control de los límites.

Otro factor importante que mencionan los autores está en la facilitación de los recursos económicos entendiéndose como casa y alimentación, en los adolescentes funciona como motivación, por lo que la familia que sí facilita los medios básicos se visualiza como como red de apoyo, el tema de los problemas económicos en casa si fue identificado por varios jóvenes como motivo de emociones como estrés y ansiedad, además en los grupos focales de la población adscrita a Quepos sí se hizo mención de que los

estudiantes comenzaban en negocios como la explotación sexual comercial, venta y transporte de drogas para obtener dinero, en San Carlos y Garabito también se mencionó que una práctica común en las familias es normalizar las relaciones impropias a cambio de cubrir necesidades básicas como alimentación, acceso a la educación, entre otros, se señaló que el sistema y las instituciones deben de trabajar en la raíz y no solo enfatizar en el castigo, porque en algunas casos se podría convertir en el modus vivendi como adultos e incrementar sus acciones a niveles superiores por sentido de supervivencia a falta de vínculos y redes de apoyo o incluso suicidio.

Durante el cuestionario se les consultó a los jóvenes si en sus familias existían personas que habían fallecido por suicidio o presentado intentos o gestos suicidas, aunque no se encontró un porcentaje del 15%, las estadísticas nacionales indican que en los últimos 5 años el suicidio ha tenido una tendencia a duplicarse entre un año y otro, Gómez y Araujo (2019), hacen mención de que cuando una persona se suicida las repercusiones de esta muerte alcanzan diversos niveles, afectando familiares y personas cercanas al fallecido en contexto individual y social puesto que es un tipo de duelo que se vive de manera distinta a otros tipos de muertes, poniendo a sus seres cercanos vulnerables a cometer suicidio (p. 333).



Alrededor de un 8% de los estudiantes exteriorizó que se encuentran atravesando por un proceso de duelo y sienten que no pueden avanzar a causa del dolor, Vedia (2016) menciona que inmediatamente ante cualquier fallecimiento de una persona conocida comienza el proceso de duelo, el cual se caracteriza por una serie de manifestaciones que normalmente están limitadas en el tiempo, al ser un proceso va a estar compuesto por distintas fases cuya intensidad va a depender de muchas variables como el vínculo o cercanía con la persona.(p. 24)

En cuanto el uso de sustancias psicoactivas los resultados reflejan las más reportadas fueron el licor, los vapeadores, la marihuana y el cigarrillo, en la información proporcionada por la población adulta de los grupos focales expresaron que los padres de familia son quienes facilitan los dispositivos electrónicos a sus hijos abriendo camino a la experimentación con muchas situaciones como drogas, sexo, alcohol y fiestas a muy corta edad, Gómez y Araujo (2019), en su estudio sobre la relación de la depresión y consumo de sustancias mencionan que el uso frecuente de las mismas, aunque originalmente pueda ser meramente por curiosidad puede generarles desajustes químicos que puedan ocasionarles depresión o una dependencia mayor. (p. 17). Por otro lado, mediante los grupos focales los

docentes mencionaron que existen muchos medios en redes como TikTok para encontrar contenido que invita a la persona adolescente a la experimentación con distintas sustancias, incluso mencionan sobre consumo de medicamentos como clonazepam.

Durante esta investigación se les consultó a los jóvenes sobre padecimientos asociados con dolores físicos, y si utilizaban algún medicamento para eliminarlos, se encontró que aproximadamente el 18% de los jóvenes de cada uno de los lugares respondió que sí de los cuales un porcentaje menor se encontraban bajo tratamiento, aunque en esta variable no se profundizó sobre los tipos de padecimientos, el dolor crónico que no se ve a tiempo o no se le da la importancia también puede llevar al adolescente a tener cansancio excesivo y necesidad por eliminar su padecimiento adoptando pensamientos o conductas de riesgo.

La falta de espacios físicos y opciones para desarrollar actividades recreativas saludables se reflejó como un reto en los lugares visitados, estos datos ilustraron que los jóvenes no tienen lugares para hacer ejercicio, pocos de ellos mencionaron que no les gustaba realizarlo pero además no tienen las motivaciones necesarias para hacerlo un hábito, Hoyos y Bernal (2021), concluyeron que la práctica habitual de actividad física representa beneficios en la reducción de los niveles de depresión en los jóvenes



debido a que permite generar espacios de socialización positiva y generación de endorfinas, además funciona para su salud cardiovascular, (p. 78). En los grupos focales se habló sobre la importancia del sueño pues este afecta el crecimiento y desarrollo, dentro las principales causas por las que consideran que no poseen buena calidad del descanso mencionaron la falta de actividad física, el uso excesivo de dispositivos electrónicos.

En cuanto a la práctica de una religión el porcentaje fue bajo, Farinha et al (2018) menciona que la religiosidad y la espiritualidad pueden tener diversos significados, influenciando actitudes, decisiones y comportamientos de los adolescentes por establecer un sentido para la existencia y estimular la vivencia compartida de creencias y visiones del mundo (p. 571), en algunos grupos focales se habló de que la falta de acercamiento que existe entre los padres a los jóvenes ha tenido como consecuencia que ellos se alejen de la religión y por ende de los valores que les inculcan en las iglesias por otro lado, la materia de religión como tal dentro del sistema educativo en donde se educaban sobre temas de buena convivencia es ahora opcional o inexistente depende del consentimiento de los padres.

En contraparte, Gallardo et al (2022), hace referencia que cuando existen apegos religiosos, luchas espirituales y/o

afrontamientos religiosos negativos, podrían existir efectos perjudiciales en la salud mental principalmente desde el punto de vista de cumplir con las expectativas o las normas acorde a la doctrina que practican (p. 52), acorde con algunos participantes de los grupos focales, en los adolescentes por ejemplo podría verse desde el tema de las orientaciones sexuales, muchas veces el rechazo de las familias proviene de las creencias religiosas lo cual representa problemas de identidad, autoestima y depresión en ellos.

En términos generales los jóvenes que participaron durante esta investigación tienen un buen concepto de ellos mismos como estudiantes, sin embargo en los grupos focales si se mencionó que muchos estudiantes no se sienten cómodos con la metodología o les cuesta aprender bajo la misma lo cual los hace sentirse estresados y hasta frustrados con las bajas calificaciones, Galicia et al (2013), comentan que el rendimiento académico afecta directamente la autoeficacia académica percibida por el adolescente por ende su autoestima, un estudiante con buenas calificaciones es percibido de manera positiva por sus familias y la sociedad en general a diferencia del que posee notas bajas, (p. 493), otro factor que se conversó en los grupos focales fue que a los que se les cuestan las materias son más vulnerables a abandonar el colegio.



El tema del acoso escolar o el bullying más de un 20% de los estudiantes de cada uno de los sectores dijo haber sido víctima de bullying a nivel presencial y aunque pocos afirmaron haber recibido cyberbullying directamente, más de la mitad de los jóvenes mencionaron que conocían páginas donde esta práctica era común entre sus compañeros de colegio, Azua et al (2020), encontraron una relación significativa entre la exposición al bullying y desarrollo de depresión e ideación suicida en adolescentes, los sentimientos de impotencia, miedo, soledad y dolor generan baja autoestima y pocos deseos de exponerse al mundo (p. 433).

Se reportaron en los centros educativos páginas de la red social Instagram donde se suben fotografías de estudiantes con el fin de “quemarlos”, dichas páginas a pesar de ser reportadas en varias ocasiones se vuelven a abrir con otros nombres, los principales son: “quemados”, “patos”, “secretos revelados” junto con los nombres de los colegios. Según datos dentro de la evaluación del Programa para la Evaluación Internacional de los Estudiantes (PISA), en Costa Rica el 44% de los estudiantes se han sentido acosados en algún momento siendo el país con más bullying en el mundo.

Un tema frecuente en las consultas de los adolescentes en los centros de salud es la práctica de conductas autolesivas, Flores

et al (2018), explican que las conductas autolesivas son realizadas por los jóvenes como un daño físico y método inconsciente de expresión y alivio al sufrimiento psicológico, del cual en la mayoría de los casos se excluye cualquier deseo de causarse muerte, son descritos para liberar tensiones, regresar a la realidad, lo cual demuestra un débil manejo de emociones y resolución de conflictos de las personas que las practican (p. 210). Es importante destacar que este estudio encontró que este tipo de conductas es mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres, más del 60% de los participantes marcó que si practicaba conductas autolesivas, entre las más mencionadas fueron producirse dolor por medio del cutting, golpeándose y arrancándose el cabello, otros manifestaron tener trastornos del comportamiento alimentario como anorexia y bulimia y un grupo menor indicó que dejaban de tener hábitos de higiene o de utilizar medicamentos y coincidió con el artículo referido que al consultarles los motivos para hacerlo lo asociaban a sacar emociones fuertes o necesidad de sentirse bien de manera inmediata un porcentaje menor indicó desconocer el motivo. En los grupos focales incluso se mencionó que los adolescentes usan estas prácticas como parte de su identificación y pertenencia, es decir adolescentes de un mismo grupo se autolesionan.



Al igual que las conductas autolesivas las ideaciones e intentos de suicidio fueron mucho más frecuentes en las mujeres en esta investigación, con más del 40% de los participantes y en cuanto a intentos de suicidio un 18% en promedio en los tres sectores señalados.

La mayoría de los estudiantes dijeron que tenían un grupo de amigos de edad similar a la suya con los cuales se sentían cómodos para compartir, aunque en porcentajes menores algunos jóvenes dijeron que no se sentían cómodos con personas de su misma edad, incluso algunos los asocian con bullying, Lacunza y Contini (2016), enfatizan que las relaciones interpersonales en la adolescencia son de vital importancia ya que favorecen el desarrollo de fortalezas personales, proporcionan apoyo emocional (p. 82). El no reconocimiento por sus iguales en la etapa de adolescencia, así como estar insertos e insertas en dinámicas de violencia en su grupo de pares, podría generar malestar emocional y por ende conductas de aislamiento.

A través de los grupos focales se comentó que diversas circunstancias como la pandemia obligaron a los estudiantes a tener un menor contacto con personas de su edad ya que no asistieron a clases, el mundo cambió a ser todo virtual, de acuerdo con De la Calle (2020) los jóvenes llegaron a tener una relación casi nula con la sociedad

encerrándose en sus habitaciones, haciendo uso extendido de internet y juegos online (gamers), a este síndrome se le conoce como el Hikikomora, también se caracteriza por padres permisivos y que no se relacionan mucho con sus hijos, el autor menciona que los adolescentes que adoptan este tipo de comportamientos les cuesta adaptarse a la sociedad, pueden sufrir ansiedad, tornarse violentos y adoptar conductas autolesivas cuando se les saca de su zona de seguridad (p. 120), aunque el síndrome puede romperse con la reintegración en el sistema educativo presencial, los docentes afirmaron que se les dificulta las habilidades sociales lo cual ha generado olas de violencia y ataques de ansiedad. Se comentó que consumen mucho anime con temas depresivos y violentos (género Isekai), en algunos de ellos se puede crear una adicción y dificultar su relación con pares que tienen gustos distintos.

Otro dato señalado durante los grupos focales son las nuevas relaciones que se están generando por medio de plataformas virtuales, como apps de citas, videojuegos en línea y redes sociales donde los jóvenes interactúan de manera virtual y donde se exponen algunos riesgos como el grooming donde un adulto se hace pasar por un adolescente para diferentes propósitos desde conseguir fotografías para pornografía hasta incluso un rapto.



En el cuestionario se encontró que entre la cantidad de estudiantes que se encontraban en una relación de pareja y los que ya habían tenido una anteriormente, superaba el 50% en los cantones bajo investigación, lo cual demuestra que más de la mitad de los participantes ya han tenido un vínculo amoroso, por otro lado, alrededor de un 4% hicieron mención de que se encontraban en una relación de pareja donde no se sentían felices mismos que al consultarles por la edad de sus parejas actuales o pasadas respondieron que tienen 10 años o más que ellos, lo cual demuestra la presencia de relaciones impropias, en este caso todas eran mujeres.

Se les hizo la consulta sobre cómo se sentían en cuanto a las rupturas amorosas, encontrando que un porcentaje pequeño pero presente en todos los cantones que manifestaron sentirse muy mal al haber terminado su relación y no sabían cómo continuar después de eso, Sánchez et al (2008) describen que las rupturas amorosas, en la adolescencia tienden a generar emociones que se viven con una intensidad mayor, lo cual a sentir depresión tras finalizar con su pareja ya que muchas veces crean dependencia (p. 102).

Calero et al (2017), hacen referencia que la sexualidad se caracteriza por cambios biológicos, psicológicos y sociales, que no debe de ser visualizado desde un enfoque

meramente reproductivo y la posibilidad de concebir un embarazo, el inicio de las relaciones sexuales por presión puede conducir a una depresión y aislamiento, siendo este último comportamiento más presente en las mujeres quienes por patrones culturales (p. 580). Se identificó que más del 30% de los jóvenes participantes de en la muestra dijo que si había tenido relaciones sexuales de este alrededor del 5% del porcentaje sexualmente activo exteriorizaron sentirse mal por haber tomado la decisión de haber iniciado su sexualidad, todas las que marcaron esta opción fueron mujeres. En los grupos focales en el mismo contexto de las relaciones impropias y su asociación con las familias se conversó de que existe la presencia de copia de patrones, por ejemplo, tendencias a embarazos adolescentes en familias donde sus antecesoras han tenido hijos en edades tempranas. El uso del Implanon ha disminuido mucho el embarazo adolescente en los últimos años, sin embargo, todas las variables expuestas anteriormente han demostrado que el inicio de las relaciones sexuales es cada vez más joven y que la experimentación es mayor entre hombres y mujeres de manera heterosexual u homosexual.

Durante esta investigación también se encontró que alrededor del 18% de los jóvenes en su mayoría mujeres ha sufrido



de acoso sexual y les han tocado su cuerpo sin su consentimiento y un promedio del 10% dijo haber sufrido un abuso sexual, al obligarlos a tener relaciones sexuales este último dato si fue únicamente marcado por mujeres. Muy acorde con lo descrito en párrafos anteriores, Arrom et al (2015), concluyeron en su estudio que los adolescentes que han sido víctimas de violencia sexual son personas que pueden presentar depresión a lo largo de su vida y en muchos de los casos sus agresores son parte de su núcleo familiar, lo cual incrementa el sentimiento de abandono en ellos (p. 41)

En promedio 3% de los participantes dijeron identificarse como no binarios, el resto de los jóvenes se identificaban como hombres o mujeres coincidiendo en la mayoría de los casos tradicionalmente con el sexo biológico hombre (masculino) o mujer (femenino). Serón y Catalán (2021), afirman que la identidad de género es un constituyente de la existencia humana donde se interaccionan elementos, con la globalización y el auge en los medios masivos como las redes sociales en cuanto a estos temas, con personajes populares que fomentan la inclusión y la identificación con ellos imponiendo modas, se ha detectado disforia de género en los adolescentes inclusive teniendo cambios drásticos de un día para otro,

convirtiéndolos en posibles víctimas de discriminación social y cultural de la construcción de su identidad individual expresada por medio de sus gustos como la forma en la que se visten, que en contraste a temas familiares de rechazo, podrían desarrollar una ideación suicida (p. 234).

En cuanto a la orientación sexual en promedio un 83% se consideran heterosexuales, 10% bisexuales, 3% homosexuales (gays o lesbianas), 2% pansexuales y un 2% aún están por definirse, La preocupación principal exteriorizada por los adultos participantes fue que al existir hoy en día un pensamiento más abierto en temas de no discriminación y libertad de derechos de la población LGTBIQ+ está en que los estudiantes han experimentado una presión social por identificarse en alguna de estos grupos lo cual en algunas ocasiones los lleva a experimentar conductas sexuales de riesgo por experimentación justificada para definir su identidad de género y orientación sexual que genera un vacío en los jóvenes que también puede ocasionar depresión, rechazo familiar y adopción de conductas de riesgos.

El autoconcepto según Silva y Mejía (2015) de las personas adolescentes puede constituirse como un constructo fluctuante y muy definido por conceptos externos como las modas, ellos buscan pertenencia, empatía,



sobresalir, diversión, la construcción de su identidad, y de manera indirecta aislarse de los adultos (p. 244). Según los participantes la percepción del físico en los adolescentes está relacionado directamente con factores como sus gustos, y forma de vestir, un adolescente disconforme con su apariencia puede ocasionarle baja autoestima y problemas de habilidades sociales, además ser el detonante por ser víctima de bullying, esto se pudo apreciar en los resultados donde en promedio un 9% de los participantes dijeron sentirse mal con su apariencia debido a que les hacían bromas por como lucían, el 15.5% también mencionaron que no se sienten cómodos por cómo se ven en el espejo, pero no dijeron recibir agresión por eso.

A manera de complemento y por lo comentado por los docentes participantes en este estudio, Copa y Poma (2017) hacen referencia a las últimas tendencias y la expansión de la música asiática conocido como el “Hallyu” representados por los grupos K-pop cuyos fans se denominan Fandoms, los modelos de belleza que estos presentan son estándares poco alcanzables para los latinos (p. 210) sin embargo, los adultos participantes comentan que a raíz de las comparaciones se evidencia trastornos alimenticios, baja autoestima y aislamiento social, en algunas seguidoras mujeres.

En términos generales en las respuestas de los adolescentes se pudo encontrar que, los jóvenes expresaron en altos porcentajes que no identifican el origen de sus emociones, solo las sienten con frecuencia, particularmente, en la población adscrita al Hospital San Carlos en comparación al resto de los participantes fue mucho mayor. Caqueo et al (2020) en su estudio aseguran que desde la niñez existe un reconocimiento de las emociones, la inteligencia emocional no es únicamente la manera en cómo se reacciona ante ellas, también es poder identificarlas, a los que les cuesta identificar el origen y regular sus emociones son más vulnerables a experimentar estados de ánimos disfóricos, preocupaciones recurrentes o comportamientos disruptivos o hasta suicidio. (p. 204).

Tanto en los grupos focales como en las respuestas de los jóvenes se encontró que las mujeres presentan mayor tristeza, ansiedad y problemas de regulación emocional que los hombres, sin embargo, también se hizo mención por los orientadores de los colegios participantes tienden a hablar más las mujeres que los hombres de sus emociones.

También se les consultó a los jóvenes si poseían expectativas y planes a futuro, positivamente más del 78% de las muestras de cada uno de los centros de salud dijeron



tener una idea de lo que quieren estudiar y tener metas a futuro, el porcentaje más bajo se encontró en la población adscrita al Hospital Dr. Max Terán Valls, Silva et al (2022), concluyeron que la adolescencia es determinante para el desarrollo de un proyecto de vida y hábitos. los que no son capaces de visualizarse en el futuro podrían estar pasando episodios de desesperanza y falta de motivación característicos de una depresión. (p. 2)

En cuanto al sexo se encontró que las mujeres identifican mejor los obstáculos que les impiden lograr sus metas, los hombres son más optimistas y expresan más sus emociones, aunque son más susceptibles a las expectativas, alrededor de un 11% manifestó sentir ansiedad al pensar en el futuro o miedo por no cumplir con las expectativas de los demás y un 3% les han dicho que no es posible conseguir lo que sueñan, ambos puntos se desarrollan en párrafos anteriores.

Por último, en cuanto a la atención recibida en la CCSS en temas de salud mental de adolescentes se coincide que es muy lento y burocrático, existe poco profesional en salud mental a nivel nacional y especializado es escaso, además se topan con muchos filtros que no siempre se realizan con personal sensibilizado con la causa, los códigos del EDUS son muy generales y no permiten al profesional incluir información detallada, los

seguimientos son muy distanciados en las atenciones, además no se trabaja de manera multidisciplinaria ni interinstitucional viendo la necesidad de trabajar no solo desde la atención si no desde el campo con temas de promoción y prevención dentro de los sistemas educativos en conjunto con las instituciones que tienen relación con el tema y que conforman los ILAIS, incluyendo también dentro de las capacitaciones al padres de familia y al personal docente y administrativo y no meramente a los orientadores.

Conclusiones.

Durante esta investigación se encontró que el vínculo familiar tiene un peso importante en las vida del adolescente, los estilos de vida de los padres de hoy en día, debido al trabajo u otros temas no tienen una relación cercana y comunicativa con ellos, siendo está más superficial y de sustento de sus necesidades básicas, sin embargo si se encontró relación acorde a lo expresado por los estudiantes con los sentimientos de ansiedad y estrés temas de presiones familiares por cumplir expectativas y los problemas en sus hogares incluyendo los económicos, que acorde a la teoría y estudios similares representa un factor de riesgo asociado a las ideaciones suicidas, ya que el hogar da origen a la identidad y sentido de pertenencia de los jóvenes, por lo que conductas como la violencia que se vive



en casa puede generar comportamientos agresivos o aislamiento del joven, incluso problemas de autoestima.

Se encontró además un porcentaje bajo pero representativo de estudiantes con antecedentes de suicidio en sus familias, el sustento bibliográfico y las estadísticas mundiales lo catalogan como factor de riesgo en los jóvenes, máxime cuando no se trabaja el duelo por suicidio como tal ni los orígenes de este con los familiares. En la misma línea en el tema del manejo del duelo independientemente de la causa del fallecimiento, un grupo más bajo de jóvenes dijo estar sufriendo un dolor muy grande al grado de no saber qué hacer con su vida, lo cual también evidencia la presencia de un riesgo y la necesidad de trabajar el tema de manera más profesional y desde un acompañamiento, donde también se trabaje el tema de la muerte ya que durante esta investigación dicho tema fue mencionado por varios de los participantes como un motivo para experimentar miedo.

Múltiples estudios relacionan el uso de sustancias psicoactivas con las conductas suicidas, ya sea por un tema inicial de experimentación y/o de manejo de emociones hasta llegar a una posible adicción y sus consecuencias, las principales utilizadas por los jóvenes acorde a sus respuestas fueron el alcohol, los vapeadores, la marihuana y el cigarrillo, que según la teoría evidencia un

factor de riesgo en sus vidas por asociación a problemas físicos, mentales y sociales que conlleva su consumo, acotando que existe un auge en los últimos años con el uso de los vapeadores y no hay aún suficiente evidencia científica sobre ellos.

Se halló además que existe baja consulta a nivel del sistema de salud de la población adolescente y que un grupo significativo dijo experimentar dolores físicos constantes pero muy pocos han ido al médico a revisarse, al no indagar a profundidad sobre esto, no se tiene suficiente información, pero estudios similares apuntan que los dolores físicos y padecimientos son factores asociados a ideaciones suicidas en los jóvenes por el deseo de sentirse sanos y eliminar el malestar.

En todos los cantones que se trabajó, se identificó la necesidad de espacios físicos, actividades y grupos agradables acordes a la población adolescente para realizar actividad física, deportiva y/o recreativa, siendo estos factores protectores de la salud física y mental de esta población quien a través de sus respuestas señalaron deseos de realizar o formar parte, pero no existen las condiciones en sus comunidades para hacerlo o no se adaptan a sus gustos y necesidades.

En cuanto a la religión, se encontró una disminución en la práctica de estas por



parte de la población de 12-19 años, lo cual, en la misma línea del párrafo anterior, es un reto para las iglesias involucrar más a esta población con actividades llamativas para ellos, ya que también varios autores la señalan la práctica de una religión como un factor protector en cuanto a normas, identidad y sentido de pertenencia a estas edades. Sin embargo, este estudio también encontró que las doctrinas religiosas para este grupo de edad también simbolizan en algunos jóvenes un factor estresor asociado a baja autoestima e ideaciones suicidas cuando las familias son muy religiosas y el joven posee una identidad u orientación sexual no aceptada por la religión de sus familias generando rechazo.

Al indagar sobre el rendimiento académico, durante esta investigación a pesar de que pocos mencionaron no sentirse buenos estudiantes, si expresaron preocupación en el tema diciendo que el estudio les causaba sentimientos como estrés, ansiedad y frustración, tanto los antecedentes bibliográficos como los adultos participantes en los grupos focales coincidieron en que las metodologías y mallas curriculares son muy viejas y no siempre se adaptan a las necesidades y habilidades de los estudiantes, lo que podría generar consecuencias negativas en la autoestima de los jóvenes o la toma de decisiones que los aparten del

sistema educativo como el narcotráfico y la explotación sexual comercial, indicada principalmente en Garabito y Quepos, sin embargo, pocos jóvenes que participaron en esta investigación afirmaron tener problemas con la ley y donde más se identificaron fue en los estudiantes del IPEC de Santa Bárbara, los autores referenciados proponen que cada caso debe de estudiarse de manera integral ya que puede ser reflejo de problemas en el hogar y que estos adolescentes son propensos a sentirse deprimidos y sufrir crisis de identidad. Justificado por todo lo anterior también se mencionó que es necesario impartir temas como la educación emocional dentro de los centros educativos.

Los números reportados de bullying y cyberbullying, tanto en esta investigación como en informes internacionales que evalúan esta variable a nivel nacional como PISA son muy altos y acotan que son temas prioritarios de abordar de manera multidisciplinaria e interinstitucionalmente en los centros educativos en Costa Rica, tanto la teoría como los profesionales en salud confirman que un adolescente bajo el estrés que le causa ser víctima de estos tipos de violencia, puede llegar a padecer de depresión, ansiedad social e ideaciones suicidas ya que en el momento de la adolescencia la aceptación social cobra un valor importante en la vida de ellos. Durante



los grupos también se mencionó que cada caso debe de ser evaluado de manera individual ya que un agresor también puede ser resultado de familias agresoras.

La adopción de conductas autolesivas de acuerdo con los jóvenes participantes son una manera de comunicar emociones e incluso la práctica de las mismas, crean una identidad entre los grupos, los expertos citados confirman que conductas como el cutting pocas veces están relacionadas con deseos de acabar con su vida y son más una manera de expresar las emociones intensas, en esta investigación al consultarles sobre el manejo de emociones como estrés, ansiedad, tristeza, enojo, frustración y miedo un porcentaje significativo dijo no conocer el origen de su emoción pero si identificaba que la sentía con frecuencia y muchos afirmaron que producirse dolor los liberaba, explicado por los profesionales en salud participantes como la necesidad de dopamina, esto refuerza la urgencia de incluir educación emocional ya que más del 60% de los participantes en este estudio práctica al menos una conducta autolesiva , en esta caso no se confirmó relación con ideaciones suicidas.

Alrededor de la investigación se encontró que las mujeres son más vulnerables a padecer ideaciones o intentos de suicidio que los hombres, tanto los números como las referencias consultadas lo demostraron

así, al preguntarles sobre si habían tenido alguna vez una ideación suicida el mayor porcentaje que respondió afirmativo fueron mujeres aunque si algunos hombres expresaron haber tenido ideas de acabar con su vida, mientras en los intentos únicamente mujeres afirmaron haber realizado acciones. De manera positiva la mayoría de los participantes si poseen planes y metas a futuro, porcentaje muy bajos dijeron no poder visualizarse en el futuro o sentirse presionados por cumplir con las expectativas de otros como de sus padres por ejemplo en Quepos de ir a una universidad pública, a pesar de ser un número bajo evidencia de que si existen jóvenes que según la teoría podrían estar experimentando depresión y falta de motivación.

Las relaciones entre pares se han visto afectadas por temas como la pandemia, haciendo que los jóvenes utilicen los dispositivos electrónicos como sus celulares no solamente como herramientas para estudiar si no generando una adicción hacia ellos, evidenciado en un mal manejo de emociones y frustración en ausencia del teléfono o cuando no pueden resolver un problema por medio de internet. La comunicación tiende a ser impersonal, los jóvenes se comunican por escrito en el celular a pesar de estar uno al lado del otro, e incluso sus amistades son por medio



de redes de juegos, aplicaciones de citas o redes sociales exponiéndolos a riesgos como el grooming. El personal docente reportó que volver a la presencialidad ha sido un reto porque no poseen desarrolladas sus habilidades sociales, reportando casos de violencia y ansiedad en las aulas. Además, también se menciona que por la adicción al celular la calidad del sueño es menor, dato que se confirmó por los adolescentes participantes donde un número importante de ellos dijo no sentirse descansados tras dormir o padecen de insomnio.

Se identificó influencia de la cultura asiática, tanto en programas de televisión como en la música, por admiración o enamoramiento a las celebridades y seguir tendencias de las publicaciones en redes sociales, los adolescentes según lo que se indaga en los grupos focales tienden a tener comportamientos depresivos por imitación o la adopción de conductas de riesgo como la anorexia y la bulimia para alcanzar estándares de belleza difíciles para los rasgos físicos costarricenses, lo cual genera problemas de autopercepción y autoestima, incluso, algunos estudiantes dijeron ser acosados por la manera como lucían y se hizo referencia a páginas de la red social Instagram para ese fin convirtiéndoles en víctimas de ciberbullying.

Más de la mitad de los estudiantes participantes mencionaron haber tenido ya

una primera relación de noviazgo (ya fuese en el momento de llenar el cuestionario o en tiempo pasado), de los que ya habían experimentado una ruptura amorosa un porcentaje pequeño dijo no saber cómo continuar con su vida tras ese incidente, lo cual acorde con estudios anteriores puede ser motivo para una depresión y riesgo de crear dependencias emocionales. En cuanto a los que se encontraban con pareja un segmento pequeño dijo no sentirse a gusto con su relación, aunque durante el estudio no se les indaga los motivos, si se encontró que fueron solo mujeres y que estadísticamente se encontró un número similar en las respuestas que afirmaron tener una pareja igual o mayor a 10 años, casos que también fueron una preocupación reportada principalmente en Garabito, San Carlos y Los Chiles, donde se menciona que culturalmente son aceptadas y normalizadas estas relaciones impropias inclusive por necesidades materiales de las familias, las cuales según la teoría las coloca en condiciones de vulnerabilidad superiores y riesgos a estas menores de edad como problemas de autoestima, embarazos adolescentes, uso de sustancias psicoactivas, enfermedades y rechazo social.

En la misma línea se encontró que alrededor del 30% de los participantes ya habían iniciado su vida sexual, pero solo un grupo de mujeres reportaron no sentirse del todo cómodas con ello, los



estudios relacionan estos sentimientos con temas culturales, morales y de reputación que pueden generar problemas de autoestima y depresión. Al consultarles si habían sido víctimas de acoso y abuso sexual, un porcentaje representativo conformado principalmente por mujeres dijo que les habían tocado su cuerpo sin su consentimiento mientras un porcentaje menor reportó haber tenido relaciones sexuales forzadas, este último grupo conformado por solo mujeres, situaciones que están directamente relacionadas con depresión e ideaciones suicidas según la bibliografía.

En esta investigación los adultos reportaron que la apertura en cuanto a temas de identidad y orientación sexual en los jóvenes a pesar de que se ha avanzado y se sigue trabajando en eliminar la discriminación, el reconocimiento de los derechos y el acceso a todos los servicios de manera igualitaria a las personas independientemente de su identidad u orientación sexual, siguen existiendo estigmas culturales que los hace vulnerables, como las doctrinas religiosas en sus familias causándoles rechazo de las mismas y de los sistemas sociales. Por otro lado, también se mencionó que la apertura a experimentar los hace sentirse presionados a identificarse con un grupo,

adoptando conductas sexuales riesgosas, cambios constantes y repentinos de gustos y expresiones como su ropa, lo cual los expone a problemas de identidad y autoestima, llegando también a ser posibles víctimas de bullying.

Por último, en cuando el uso de una aplicación como un recurso de apoyo para la atención en salud mental de los adolescentes, los participantes lo encontraron como impersonal y para algunos de difícil acceso, sin embargo para otros podría ser beneficioso ya que los adolescentes se sienten familiarizados más al contacto virtual, pero si se debería de contar con expertos en el tema a la hora de su implementación y que los jóvenes también participen para que sea acorde a sus necesidades y además sea atractiva. Se destacan los descubrimientos o aportes importantes del trabajo.

Agradecimientos

A todos los docentes que nos colaboraron en los centros educativos seleccionados, a los padres de familia y los jóvenes que participaron llenando el cuestionario, y a todas las personas que fueron entrevistadas en los grupos focales.



Referencias Bibliográficas

1. Arrom Suhurt, Cristina Haydée, Samudio, Margarita, Ruoti, Monica, & Orúe, Elizabeth. (2015). Síndrome depresivo en la adolescencia asociado a género, abuso sexual, violencia física y psicológica. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 13(3), 39-44. [https://doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2015.013\(03\)39-044](https://doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2015.013(03)39-044)
2. Azúa Fuentes, Emilio, Rojas Carvallo, Pedro, & Ruiz Poblete, Sergio. (2020). Acoso escolar (bullying) como factor de riesgo de depresión y suicidio. *Revista chilena de pediatría*, 91(3), 432-439. <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.v91i3.1230>
3. Bravo-Andrade, Héctor Rubén, López-Peñaloza, Judith, Ruvalcaba-Romero, Norma Alicia y Orozco-Solís, Mercedes Gabriela. (2019). Factores familiares de riesgo y protección ante el suicidio en adolescentes: una aproximación cualitativa desde el modelo de resiliencia familiar. *Revista Cultura Educación Sociedad*, 10(1), 25–41. <https://doi.org/10.17981/cultedusoc.10.1.2019.02>
4. Calderón, J. (2023). Verdad jurídica y verdad adolescente: una visión integral en derecho penal con adolescentes. *Derecho global. Estudios sobre derecho y justicia*, 8(24), 129-149. <https://doi.org/10.32870/dgedj.v8i24.507>
5. Calero Yera, Esmeralda, Rodríguez Roura, Sandra, & Trumbull Jorlen, Aniocha. (2017). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Humanidades Médicas*, 17(3), 577-592. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202017000300010&lng=es&tlng=es
6. Cañón Buitrago, Sandra Constanza, & Carmona Parra, Jaime Alberto. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-397. Epub 00 de julio de 2019. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113976322018000400014&lng=es&tlng=es
7. Caqueo-Urizar, Alejandra, Mena-Chamorro, Patricio, Flores, Jerome, Narea, Marigen, & Irrázaval, Matías. (2020). Problemas de regulación emocional y salud mental en adolescentes del norte de Chile. *Terapia psicológica*, 38(2), 203-222. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000200203>



8. Copa J y Poma, W. (2017). Fandoms. Agrupaciones juveniles seguidoras del K-pop en la ciudad de La Paz. *Temas Sociales*, (41), 205-232. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0040-29152017000200009&lng=es&tlng=es.
9. De la Calle, M. (2020) Hikikomori: el síndrome de aislamiento social juvenil. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 38(133): 115-129. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v38n133/0211-5735-raen-38-133-0115.pdf>
10. Farinha, F. T., Banhara, F. L., Bom, G. C., Kostrisch, L. M., Prado, P. C., & Trettene, A. D. (2018). Correlación entre espiritualidad, religiosidad y calidad de vida en adolescentes. *Revista Bioética*, 26(4), 567-573. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018264275>
11. Flores-Soto, M. D. R., Cancino-Marentes, M. E., & Figueroa Varela, M. D. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(4), 200-216. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2018.v44n4/200-216>.
12. Frías Armenta, M., & Gaxiola Romero, J. C. (2008). Consecuencias de la violencia familiar experimentada directa e indirectamente en niños: depresión, ansiedad, conducta Antisocial y ejecución académica. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(2), 237-248.
13. Galicia Moyeda, I. X., Sánchez Velasco, A., & Robles Ojeda, F. (2013). Autoeficacia en escolares adolescentes: su relación con la depresión, el rendimiento académico y las relaciones familiares. *Anales de Psicología*, 29(2), 491-500. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.2.124691>
14. Gallardo-Vergara, René, Silva-Maragaño, Patricio, & Castro-Aburto, Yasna. (2022). Los efectos negativos de la religiosidad-espiritualidad en la salud mental: una revisión bibliográfica. *Revista Costarricense de Psicología*, 41(1), 43-64. <https://dx.doi.org/10.22544/rcps.v41i01.03>
15. Gomes Rocha, P., & Araújo Lima, D. M. (2019). Suicidio: Peculiaridades del luto de las familias sobrevivientes y la actuación del psicólogo. *Revista Psicología Clínica*, 31(2)., 323-344. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v31n2/07.pdf>



16. Hoyos, J, & Bernal, C. (2021). Análisis de los beneficios de la actividad física en situaciones de crisis en jóvenes con síntomas depresivos. *Revista Formación universitaria*, 14(6), 175-182. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062021000600175>
17. Lacunza, A., & Contini, E. (2016). Relaciones interpersonales positivas: los adolescentes como protagonistas. *Revista psicodebate: psicología, cultura y sociedad*, 16(2), 73-94. <https://dx.doi.org/10.18682/pd.v16i2.598>
18. Maratuech Seminario, M. A. (2022). Relación entre el entorno familiar y las ideaciones suicidas en adolescentes [Trabajo de suficiencia profesional para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología, Universidad de Lima]. Repositorio institucional de la Universidad de Lima. <https://hdl.handle.net/20.500.12724/18074>
19. Sánchez Jiménez, Virginia, Ortega Rivera, Fco. Javier, Ortega Ruiz, Rosario, & Viejo Almanzor, Carmen. (2008). Las relaciones sentimentales en la adolescencia: satisfacción, conflictos y violencia. *Revista Escritos de Psicología (Internet)*, 2(1), 97-109. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092008000300011&lng=es&tlng=es.
20. Serón, T., & Catalán, M (2021). Identidad de Género y Salud Mental. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(3), 234-247. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272021000300234>
21. Silva Gutiérrez, Cecilia, Andrade-Villegas, Cristina, Juárez-Loya, Angélica, & González-Alcántara, Karla Edith. (2022). Inteligencia emocional y establecimiento de metas en adolescentes. *Psicumex*, 12, e415. Epub 20 de enero de 2023. https://doi.org/10.36793/psicumex.v12i1.416_
22. Silva, I., & Mejía, O. (2015). Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Revista Electrónica Educare*, 19(1), 241-256. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-42582015000100013&lng=en&tlng=es.
23. Vedia, V (2016). Duelo patológico. Factores de riesgo y protección. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, 6(2), 12-34.



ACTUALIZACIÓN Y TRATAMIENTO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA NERVIOSA, BULIMIA NERVIOSA Y TRASTORNO POR ATRACONES

UPDATE AND TREATMENT IN EATING DISORDERS: ANOREXIA NERVOSA, BULIMIA NERVOSA AND BINGE EATING DISORDER



Carolina Blanco Artula*

REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por una alteración persistente de la alimentación que afecta la salud o el funcionamiento psicosocial. Los trastornos incluyen la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos por atracones, su etiología es multifactorial, intervienen factores sociales, biológicos y psicológicos. Los diagnósticos se basan en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría en su quinta edición (DSM-5), que divide los trastornos alimentarios en categorías mutuamente excluyentes que se basan en los síntomas observados. Algunos diagnósticos incluyen un componente dimensional que permite a los médicos especificar la gravedad de la enfermedad. El tratamiento se basa en la terapia cognitivo conductual, siendo esta la primera línea, y

solo en casos recomendados se realiza la combinación con psicofármacos.

Palabras clave: anorexia nervosa, bulimia nervosa, trastorno por atracones, tratamiento

Abstract

Eating disorders are characterized by a persistent disturbance in eating that affects health or psychosocial functioning. The disorders include anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorders, their etiology is multifactorial, involving social, biological, and psychological factors. Diagnoses are based on the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5), which divides eating disorders into mutually exclusive categories based on observed symptoms. Some diagnoses include a dimensional component

*Médico General. Residente de Psiquiatría. UCR-CENDEISSS. email. caroblancoa25@gmail.com



that allows clinicians to specify the severity of the disease. The treatment is based on cognitive behavioral therapy, this being the first line, and only in recommended cases is the combination with psychotropic drugs performed.

Keywords: anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, treatment

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria se han descrito como una alteración persistente de la conducta alimentaria o de la conducta destinada a controlar el peso, que afecta significativamente la salud física o el funcionamiento psicosocial (1). Se caracterizan por una combinación de alteraciones en la imagen corporal y comportamientos alimentarios desadaptativos (2). La imagen corporal ha sido descrita como una construcción multidimensional que abarca la visión interiorizada que uno tiene del propio cuerpo, incluye, percepciones, pensamientos, sentimientos y actitudes relacionadas con los aspectos físicos del cuerpo, como el peso y la forma (3). Los comportamientos desadaptativos incluyen: restricción de la ingesta dietética, comer en exceso con una sensación de pérdida de control y conductas compensatorias tales como vómitos, ejercicio y abuso de laxantes (1). Las 2 variantes más conocidas son la

anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) pero con frecuencia coexisten con otras enfermedades como la depresión, abuso de sustancias o los trastornos de ansiedad (4). El objetivo de esta revisión bibliográfica es proporcionar una actualización del tema y una guía resumida para el médico en su práctica clínica.

Método

Se realizó una revisión bibliográfica donde se utilizaron artículos de los últimos 5 años, seleccionados de bases de datos de Elsevier, NICE Clinical Guideline, Frontiers in Psychiatry, Internal Medicine Journal e International Journal of Environmental Research and Public Health además de otros artículos de revisión brindados por el BINASS. Se tomaron en cuenta artículos en español e inglés, enfocados en las generalidades y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Se utilizaron un total de 21 referencias bibliográficas.

Curso

La mayoría de los trastornos de la conducta alimentaria tienen su origen en la adolescencia y la adultez temprana, aunque un número considerable de casos comienzan a edades más tempranas o avanzadas. Si no se trata o se trata de manera inadecuada, muchos casos continúan durante décadas, la gravedad



puede variar con el tiempo y puede haber períodos temporales de remisión. Muchos casos cambiarán de un diagnóstico a otro, por ejemplo, un individuo cuyo diagnóstico cambia durante varios años de anorexia nerviosa restrictiva a anorexia nerviosa de atracones/purgas a bulimia nerviosa (1).

Epidemiología

Los trastornos de la conducta alimentaria (AN, BN y TA) tienen una prevalencia combinada en mujeres del 3% al 6%, teniendo en cuenta los cambios en los criterios diagnósticos en el DSM-5, alrededor del 10 % de todos los casos de AN y BN son en hombres, y la proporción aumenta alrededor del 30 % para TA en muestras clínicas (5). La AN es el trastorno psiquiátrico más letal, los pacientes con AN tienen 5.2 veces más probabilidades de morir prematuramente que las mujeres en la población general y 18.1 veces más probabilidades de morir por suicidio (1). Los estudios de incidencia clínica y de cohortes sugieren un aumento en toda la comunidad de la BN y del TA, también se han producido aumentos en la AN y son mayores en mujeres jóvenes (6). El TA tiene altas tasas de prevalencia a lo largo de la vida (5-13%) y complicadas secuelas en la salud tales como la obesidad (7).

Factores de riesgo

Los factores de riesgo representan una diversidad de variables complejas

asociadas con el inicio, el desarrollo y el curso de los trastornos alimentarios. Los estudios familiares han demostrado una fuerte asociación genética para la AN en particular. Una persona tiene 11 veces más probabilidades de desarrollar AN si tiene un familiar con el trastorno en comparación con alguien sin antecedentes familiares. Del mismo modo, un individuo tiene 9.6 veces más probabilidades de desarrollar BN y 2.2 veces más probabilidades de desarrollar TA si tiene un familiar con el trastorno. Se ha demostrado que los patrones hereditarios de los TCA afectan desproporcionadamente a las mujeres. Una posible explicación para esta diferencia se ofreció en un estudio de cohortes francesas y alemanas en el que las variaciones heredadas en un gen del receptor de estrógeno (ESR1) aumentaron significativamente el riesgo de una alimentación restrictiva y, posteriormente, el desarrollo del subtipo restrictivo AN. El riesgo genético se ha implicado en la concurrencia de TCA y otros diagnósticos psiquiátricos (8).

Anorexia nerviosa

El término AN deriva del término griego para pérdida de apetito y una palabra latina que implica un origen nervioso. Es un síndrome caracterizado por tres criterios fundamentales: una búsqueda implacable de la delgadez o un miedo mórbido a la obesidad, es decir, una psicopatología,



y la presencia de signos y síntomas médicos debido a la inanición, esto es síntomas fisiológicos (9). Es el trastorno psiquiátrico más letal, las pacientes con AN tienen 5.2 veces más probabilidades de morir prematuramente que las mujeres en la población general y 18.1 veces más probabilidades de morir por suicidio (5).

Epidemiología

La AN es más común en mujeres que en hombres, la prevalencia de por vida estimada fue tres veces mayor en mujeres que en hombres (10). Las edades de inicio más habituales se sitúan en la mitad de la adolescencia, entre los 14 y los 18 años, pero hasta en el 5% de los pacientes se inicia a principios de la década de los 20 años. Se estima que la prevalencia de la AN se da en alrededor del 0,5- 1% de las adolescentes. Es de 10 a 20 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres (9).

Etiología

En las causas de la anorexia nerviosa intervienen factores biológicos, sociales y psicológicos (9). Existen teorías culturales para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, se encontró que las variables de insatisfacción corporal y las preocupaciones por el peso aumentan el riesgo entre grupos de género. La presión familiar o de los compañeros sobre la

aparición también asoció significativamente más riesgo para desarrollar AN (11).

La AN se presenta en familias y son hereditarios, las mujeres familiares de personas con AN tienen 11 veces más probabilidades de desarrollar AN que las familiares de personas sin AN. Los estudios en gemelos han arrojado estimaciones de heredabilidad para AN que oscila entre 0.28 y 0.74 (12).

Diagnóstico y cuadro clínico

Existe un consenso amplio y de larga data sobre las características esenciales de la anorexia nerviosa, el DSM-5 intenta capturar estas características de manera eficiente a través de 3 criterios (13):

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades que conduce a un peso corporal significativamente en el contexto de la edad, el sexo, la trayectoria del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes inferior a mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que se experimenta el peso o la forma del cuerpo, influencia indebida de la forma o el peso



del cuerpo en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

La AN se ha dividido en dos subtipos: el tipo restrictivo y el tipo con atracones/purgas. En el tipo restrictivo, presente en alrededor del 50% de los casos, la ingesta de alimentos está muy restringida, y el paciente puede mostrarse implacable y compulsivamente hiperactivo, con lesiones deportivas por sobreesfuerzo. El tipo con atracones/purgas, los pacientes van alterando los intentos de seguir una dieta rigurosa con episodios intermitentes de atracones o purgas. Las purgas representan una compensación secundaria de las calorías no deseadas, normalmente se llevan a cabo mediante el vómito autoinducido, a menudo con el abuso de laxantes, con menor frecuencia mediante diuréticos, y, en ocasiones, mediante eméticos (9).

Complicaciones

Las complicaciones surgen como resultado de la desnutrición, los atracones y las conductas compensatorias (incluidos los vómitos, el uso indebido de diuréticos y laxantes y ejercicio excesivo), o el uso indebido de otras drogas o alcohol. Las complicaciones agudas generalmente se relacionan con el bajo peso del individuo o con la tasa de pérdida de peso (14).

A. Cardiovasculares: frecuencia cardíaca baja, presión arterial baja, hipotensión postural, mala circulación periférica o problemas de conducción (intervalo QTc prolongado y arritmias). También puede ocurrir derrame pericárdico e insuficiencia cardíaca. La fibrosis miocárdica puede ser una causa de muerte cardíaca súbita en estos pacientes.

B. Hematológicos: reducción de la actividad de la médula ósea y de la cantidad y calidad de las células sanguíneas, en particular, reducción de la cantidad de plaquetas y neutrófilos. Esto puede resultar en una respuesta inmunológica alterada, anemia y un mayor riesgo de accidente cerebrovascular.

C. Metabólicos: trastornos electrolíticos (particularmente niveles bajos de potasio, sodio, fosfato y magnesio), deficiencias de vitaminas y hierro y una reducción en la densidad mineral ósea, que puede ser lo suficientemente grave como para causar osteoporosis incluso en pacientes jóvenes. Esto resulta en un mayor riesgo de fracturas, puede haber una pérdida de estatura en pacientes completamente desarrollados.

D. Musculares: se debe a agotamiento de las reservas de grasa y se utiliza la proteína como combustible, produciendo debilidad muscular, dolor en los músculos esqueléticos y articulaciones.



E. TGI: retraso en el tránsito intestinal, causando molestias tales como, distensión abdominal y estreñimiento.

F. Pulmonar: La función pulmonar puede verse comprometida (p. ej., cambios enfisematosos) y puede desarrollarse edema pulmonar.

G. Hepático: Hepatitis y más raramente pancreatitis.

Los pacientes pueden experimentar hipotermia, la piel puede estar seca o magullarse con facilidad y pueden desarrollarse úlceras por presión, que tardan en sanar (14).

Tratamiento

A la vista de las complicadas implicaciones psicológicas y médicas de la AN, se recomienda un plan de tratamiento global, que incluya el ingreso hospitalario siempre que haga falta y psicoterapia tanto individual como familiar. Deben valorarse los enfoques conductuales, interpersonales, cognitivos y en algunos casos, los farmacológicos (9).

Psicoterapia

La mayoría de las guías de tratamiento consideran que la TCC es el tratamiento de primera línea para AN, BN y TA (15). Esto generalmente se realiza en 20 sesiones semanales para BN y TA, y en

40 sesiones para la AN (6). La terapia cognitivo conductual (TCC) se basa en los principios del aprendizaje, tales como el condicionamiento operante y clásico. Las estrategias conductuales tienen como objetivo reducir o eliminar los comportamientos problemáticos a través de un nuevo aprendizaje, un elemento común de estos tratamientos es un fuerte enfoque en el uso de estrategias conductuales para reducir los síntomas del trastorno alimentario, con todas las intervenciones particularmente enfocadas en normalizar los hábitos alimentarios y el peso (16). La terapia familiar específica (tratamiento basado en la familia) tiene como objetivo ayudar a los padres a hacerse cargo de la alimentación de sus hijos, parece tener éxito tanto a corto como a largo plazo, con aproximadamente el 50% de los pacientes con anorexia recuperados tanto al final del tratamiento y en el seguimiento (5). Por lo tanto, para la AN adolescente, la terapia familiar en general y el tratamiento basado en la familia, en particular son tratamientos basados en la evidencia (5). La mayor parte de la literatura del tratamiento basado en la familia se ha centrado en adolescentes entre las edades de 12 y 18 años. Sin embargo, la definición de adolescencia es mutable y, particularmente en las sociedades occidentales, la adolescencia con frecuencia se extiende hasta la edad adulta temprana (17).



Farmacológico

Los estudios farmacológicos controlados tanto en adolescentes como en adultos generalmente han mostrado una falta de eficacia. La mayoría de los estudios de agentes antipsicóticos en el tratamiento de la AN, incluidos clorpromazina, pimozida, sulpirida, olanzapina y risperidona, no mostraron evidencia de eficacia para el aumento de peso, del mismo modo, los antidepresivos han resultado decepcionantes.

Un estudio de pacientes hospitalizados encontró que la fluoxetina no era efectiva en pacientes hospitalizados con AN y se suma al fracaso constante de la literatura para mostrar un efecto beneficioso de la medicación antidepresiva durante el período de recuperación de peso.

Dado el hallazgo de que la fluoxetina no confiere ningún beneficio a los pacientes adultos con AN, ya sea durante el período de ganancia de peso en el hospital o durante el tratamiento ambulatorio, se debe concluir que el uso de fluoxetina no está indicado en el tratamiento de la AN excepto para tratar la psicopatología comórbida.

La mayoría de los pacientes con AN pueden ser tratados como pacientes ambulatorios. Sin embargo, el tratamiento puede ser difícil debido a la reticencia del paciente a aumentar de peso (5).

Manejo nutricional

El manejo nutricional está dirigido a la corrección de las alteraciones nutricionales, la conducta alimentaria y otros comportamientos destinados a un control ponderal no saludable, además de al establecimiento de un manejo saludable y flexible de la alimentación y el peso (18).

El personal de apoyo dietético y nutricional dirige la rehabilitación nutricional, analiza las opciones dietéticas disponibles y los requisitos del plan de comidas con los pacientes, y brinda educación nutricional con respecto a los cambios en los comportamientos alimentarios.

El dietista junto con el médico general, establecen los objetivos de peso apropiados (14).

Hospitalización

Las indicaciones de hospitalización incluyen: peso inferior al 75 % del peso corporal ideal para la edad y la altura, frecuencia cardíaca inferior a 40 latidos/minuto, presión arterial inferior a 90/60 mm Hg, niveles de potasio inferiores a 3 mEq/L, temperatura inferior a 97 °F y pérdida de peso muy rápida. Además, debido a la psicopatología asociada a este trastorno, se deben seguir las indicaciones habituales de hospitalización por psicopatología grave. (5).



Bulimia nerviosa

El término BN deriva de los términos griegos hambre de buey y latino nerviosa (9), tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana, con un período prodrómico caracterizado por insatisfacción con la forma corporal y temor a tener sobrepeso, seguido de restricción dietética y pérdida de peso. Tarde o temprano, los períodos de restricción dietética van seguidos de episodios de atracones experimentados como una pérdida de control sobre la ingesta dietética. Estos, a su vez, agravan aún más la insatisfacción con la forma del cuerpo y los temores de aumentar de peso. En última instancia, el paciente bulímico descubre la purga, por lo general en forma de vómitos autoinducidos, con o sin uso de laxantes o diuréticos, ejercicio excesivo o menos comúnmente ayuno, y en casos raros en forma de masticar la comida y escupirla (5).

Epidemiología

La BN es más prevalente que la AN. Las estimaciones de prevalencia oscilan entre un 2-4% en las mujeres jóvenes (10). La bulimia nerviosa es más común en mujeres que en hombres, la prevalencia de por vida era tres veces mayor en las mujeres que en los hombres, la mediana de edad de inicio de la bulimia nerviosa es de 18 años (10). La incidencia ha ido en disminución durante la última década, con una edad máxima de aparición entre los 15 y los 24 años (1).

Etiología

La etiología es de origen multifactorial, con factores biológicos, sociales y psicológicos. En la BN, la familia como primer agente de socialización de la persona, posibilita el acceso y adaptación de sus hijos a la sociedad. Es por eso que la familia adquiere un lugar prioritario para el desarrollo físico y psicológico de sus miembros (18). Muchos tienen antecedentes de problemas para separarse de sus cuidadores, que se manifiestan a través de la ausencia de objetos de transición durante sus primeros años de infancia (9).

Diagnóstico y cuadro clínico

El diagnóstico de la BN se basa en 5 criterios según en DSM-5 (13):

A. Episodios recurrentes de atracones, un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que a mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito



autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o ejercicio excesivo. Los atracones y comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

C. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso del cuerpo.

D. La alteración no se produce exclusivamente durante episodios de AN.

La forma clínica más frecuente es el acceso bulímico, conocido como atracón, en donde se da la ingesta masiva, impulsiva, continua y casi frenética de gran cantidad de comida con pérdida de control de la conducta. La comida escogida suele ser altamente calórica (19). Posteriormente realizan conductas compensatorias, tanto purgativas como vómitos autoinducidos y uso indebido de laxantes, diuréticos u otros medicamentos o no purgativas tales como la restricción alimentaria y/o ejercicio excesivo (20). Los vómitos se acompañan de sentimientos de vergüenza, odio y sentimientos de culpa. Pasado el atracón es habitual olvidar el estado afectivo y físico penoso que sucedió, por lo que si hay comida disponible, el atracón puede reanudarse (19). La BN se da en individuos con altas tasas de trastornos del estado de ánimo y del control

de los impulsos. También se ha publicado en individuos con riesgo de presentar trastornos relacionados con el consumo de sustancias y diversos trastornos de la personalidad (9).

Tratamiento

La mayor parte de los pacientes con BN no complicada no necesitan ser ingresados. En general, no son tan reservados con respecto a sus síntomas como los pacientes con AN, por lo que el tratamiento ambulatorio no suele ser complicado, aunque a menudo la psicoterapia es tormentosa y puede ser prolongada. En algunos casos cuando los atracones están fuera de control, el tratamiento ambulatorio no funciona o un paciente muestra síntomas psiquiátricos adicionales, como tendencias suicidas y consumo de sustancias puede ser necesario recurrir al ingreso hospitalario (9).

Farmacológico

El uso de antidepresivos en el tratamiento de la BN fue provocado por la observación de que la depresión suele ser una característica comórbida del trastorno.

La fluoxetina es el único medicamento aprobado FDA para el tratamiento de la BN. Los antidepresivos se recetan para la BN en las mismas dosis que se usan para tratar la depresión, con la excepción de la fluoxetina, para la cual se encontró que una dosis de 60 mg/día era más efectiva que



20 mg/día para reducir los atracones y las purgas. Un problema con la medicación administrada fuera de la hora de acostarse es que una cantidad significativa se puede purgar a través del vómito subsiguiente. Los efectos secundarios y las razones para la interrupción de los diversos medicamentos son similares a los observados en el tratamiento de la depresión. El topiramato, un fármaco anticonvulsivo, se ha evaluado en dos ensayos controlados. La razón para considerar el topiramato fue que los pacientes epilépticos experimentaron reducción del apetito y pérdida de peso con este medicamento. El topiramato fue estadísticamente superior al placebo en la reducción de los atracones y las purgas; sin embargo, no se informaron datos sobre remisión o recuperación (5).

Terapia combinada

La TCC se considera el tratamiento de primera línea para la BN porque parece ser más eficaz que la medicación antidepresiva y otras psicoterapias como la psicoterapia interpersonal.

Los componentes de la TCC incluyen: psicoeducación sobre la BN, reducción de la dieta y restablecimiento de la alimentación normal, exposición a alimentos temidos, reducción de preocupaciones sobre el peso y la forma y reducción de los desencadenantes interpersonales de los atracones. La

existencia de dos tratamientos diferentes y efectivos, los medicamentos antidepresivos y la TCC, llevó naturalmente a la cuestión de si los tratamientos combinados serían más efectivos que cualquier tratamiento solo (5).

Trastorno por atracones

El trastorno por atracones se caracteriza por un consumo rápido y discreto de cantidades objetivamente grandes de alimentos sin compensación, asociado con una pérdida de control y angustia (7). Como resultado, gran cantidad de las personas con trastorno por atracón tienen sobrepeso u obesidad (1). Los episodios a menudo ocurren en privado, por lo general incluyen alimentos hipercalóricos y durante el atracón, la persona siente que no puede controlar su impulso de comer (10).

Epidemiología

El TA es el más común de los trastornos de la conducta alimentaria. Se da alrededor del 25% de pacientes que solicitan atención médica por obesidad, y en el 50-70% de los que presentan obesidad mórbida (IMC >40). En comparación con los otros trastornos alimentarios, el trastorno por atracón es más común en hombres y personas mayores (1). El trastorno por atracón tiene una alta comorbilidad con una variedad de diagnósticos de salud mental y deteriora significativamente la calidad de vida (21).



Etiología

Las causas del TA son desconocidas. Los estilos de personalidad impulsiva y extrovertida están vinculados a este trastorno, al igual que las personas que llevan a cabo una dieta muy baja en calorías. Los atracones también pueden darse durante periodos de estrés. Puede que se realicen con la finalidad de reducir la ansiedad o aliviar estados de ánimo depresivos (9).

Diagnóstico y cuadro clínico

Para recibir el diagnóstico de trastorno por atracones, deben de cumplirse los siguientes criterios diagnósticos según el DSM-5 (13):

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por dos hechos siguientes:

1. Ingestión en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que a mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.

B. Los episodios de atracones se asocian a tres o más de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.

2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la BN y no se produce exclusivamente en el curso de la BN o la AN.

El trastorno se asocia con altas tasas de prevalencia a lo largo de la vida y secuelas de salud complicadas que incluyen una alta comorbilidad con una variedad de trastornos de salud mental y una calidad de vida significativamente deteriorada. Las comorbilidades de salud mental más prevalentes en el trastorno por atracones en adultos son la depresión, ansiedad, trastornos relacionados con el consumo de sustancias, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático (21).



Tratamiento Farmacológico

Los estudios doble ciego controlados por placebo sugieren que los antidepresivos son al menos tan útiles en el tratamiento de TA como lo son en BN. Los primeros estudios controlados con placebo encontraron que la desipramina es eficaz para reducir los atracones, con una tasa de abstinencia del 60%. Los estudios de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) han sugerido una eficacia moderada, con tasas de remisión generales de aproximadamente el 40 %, en comparación con el 20 % del placebo. La mayoría de los estudios mostraron algún grado de pérdida de peso, que en su mayor parte no fue clínicamente significativo.

Los anticonvulsivos como el topiramato y la zonisamida también parecen ser útiles en el tratamiento del TA. La dosis media de topiramato fue de 300 mg/día. La pérdida de peso media fue de 4.5 kg en el grupo de topiramato frente a un pequeño aumento de peso en el grupo de placebo.

Un estudio multicéntrico reciente sugirió que la lisdexanfetamina, un fármaco similar a la dextroanfetamina aprobado por la FDA para el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad, puede ser útil, al menos a corto plazo, para el tratamiento del TA. Se administró lisdexanfetamina

durante 8 semanas con un seguimiento de 1 semana después de la interrupción. Los resultados fueron a favor de la medicación, con el 50 % de los pacientes en el grupo que recibió lisdexanfetamina 70 mg/día logrando 4 semanas sin atracones antes del final del tratamiento, en comparación con el 21.3 % de los pacientes con placebo. Estos resultados son alentadores tanto para la reducción de los atracones como para la pérdida de peso, aunque ahora se necesitan estudios a largo plazo para examinar el mantenimiento de los logros terapéuticos y extender los hallazgos a un grupo más representativo de pacientes (5).

Psicoterapia

La TCC es el tratamiento psicológico más efectivo para el trastorno por atracones. Se ha demostrado que obtiene una disminución de los atracones y sus problemas asociados, pero los estudios no han probado una pérdida de peso notable como resultado, y la TCC combinada algún tratamiento psicofarmacológico, como los ISRS, revela mejores resultados que la primera sola. La terapia interpersonal también ha probado su efectividad, pero se centra más en los problemas interpersonales que fomentan el trastorno que en las alteraciones en la conducta alimentaria (9).



Conclusiones

Los trastornos de la conducta alimentaria se asocian con múltiples factores de riesgo, aparecen con frecuencia en la adolescencia y pueden ser fuente de graves complicaciones en la salud, incluida la muerte, por tanto, deben de ser tratados de forma precoz, el conocimiento de la etiología, epidemiología y complicaciones nos permite discernir cuando es adecuado un manejo ambulatorio o intrahospitalario, por lo que es fundamental conocer los criterios diagnósticos para la detección y el inicio de una terapia temprana. Se ha realizado una gran cantidad de investigación en el campo, sin embargo, se requieren más estudios para evaluar la naturaleza causal de los factores de riesgo. Esto ayudará a comprender las secuelas del desarrollo del trastorno alimentario y, a su vez, permitirá mejorar las intervenciones existentes y, en última instancia, mejorar los resultados para las personas.

Referencias bibliográficas

1. Jones, D., LaBouchardiere, J., Bird, C., & Richardson, J. (2021). NICE Nuggets: NG69 Eating disorders: Recognition and treatment. *InnovAiT*, 14(9), 580-582. <https://doi.org/10.1177/1755738020903757>
2. Steinglass, J. E., Berner, L. A., & Attia, E. (2019). Cognitive neuroscience of eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 75–91. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.008>
3. Steinglass, J. E., Berner, L. A., & Attia, E. (2019). Cognitive neuroscience of eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 75–91. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.008>
4. Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *Lancet*, 395(10227), 899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
5. Schatzberg, A. F., & Nemeroff, C. B. (Eds.). (2017). *The American psychiatric association publishing textbook of psychopharmacology* (5a ed.). American Psychiatry Association Publishing.
6. Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal Medicine Journal*, 50(1), 24–29. <https://doi.org/10.1111/imj.14691>
7. Bray, B., Bray, C., Bradley, R., & Zwickey, H. (2022). Binge eating disorder is a social justice issue: A cross-sectional mixed-methods study of binge eating disorder experts' opinions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*



- Health*, 19(10), 6243. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106243>
8. Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>
9. Sadock, B., Sadock, V., Kaplan, H. and Ruiz, P., 2015. *Sinopsis De Psiquiatría* (11th ed). Wolters Kluwer.
10. UpToDate. (n.d.). *Eating disorders: Overview of prevention and treatment*. Consultado 26 Octubre, 2022.
11. Weissman, R. S. (2019). The role of sociocultural factors in the etiology of eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 121–144. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.009>
12. Bulik, C. M., Blake, L., & Austin, J. (2019). Genetics of eating disorders: What the clinician needs to know. *The Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 59–73. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.007>
13. Walsh, B. T. (2019). Diagnostic categories for eating disorders: Current status and what lies ahead. *The Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.001>
14. Voderholzer, U., Haas, V., Correll, C. U., & Körner, T. (2020). Medical management of eating disorders: an update: An update. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 542–553. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000653>
15. Agras, W. S. (2019). Cognitive behavior therapy for the eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 169–179. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.001>
16. Waller, G., & Raykos, B. (2019). Behavioral interventions in the treatment of eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 181–191. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.002>
17. Society for Adolescent Health and Medicine. (2022). Medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 71(5), 648–654. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.08.006>



18. Gaete P V, López C C. (2020). Eating disorders in adolescents. A comprehensive approach. *Rev Chil Pediatr.*, 91(5):784-93. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S037041062020000500784&script=sci_arttext

19. Chaulet, S., Riquin, É., Avarello, G., Malka, J., & Duverger, P. (2015). Trastornos de conducta alimentaria en el adolescente. *EMC - Pediatría*, 50(3), 1–25. [https://doi.org/10.1016/s1245-1789\(15\)72932-x](https://doi.org/10.1016/s1245-1789(15)72932-x)

20. Losada, Analia Verónica, & Lupis, Bernardita Lioy. (2018). Etiología y Prevención de Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa. *Psicología para América Latina*, (30), 26-43. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870350X2018000100003&lng=pt&tlng=es.

21. Bray, B., Bray, C., Bradley, R., & Zwickey, H. (2022b). Mental health aspects of binge eating disorder: A cross-sectional mixed-methods study of binge eating disorder experts' perspectives. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 953203. <https://doi.org/10.3389/fpsy.20223203>



EL ABORDAJE TEMPRANO DE LA PSICOSIS: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA PSIQUIATRÍA DE PRECISIÓN CON UN ENFOQUE NO-FARMACOLÓGICO



Luis Fernando Monge Morales*

REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA

Resumen

Los trastornos psicóticos causan un sufrimiento personal significativo, discapacidad, carga familiar y costos sociales. La intervención temprana en la psicosis, que incluye estrategias no farmacológicas, es crucial, ya que las tasas de recaída pueden alcanzar el 80% dentro de los cinco años posteriores al primer episodio, lo que aumenta el riesgo de cronicidad. Más allá de la medicación, enfoques psicoterapéuticos efectivos, herramientas tecnológicas que también han mostrado potencial para mejorar la adherencia, y el estudio de biomarcadores pueden ayudar a identificar a los pacientes con mayor riesgo de desarrollar psicosis y proporcionarles una intervención temprana. Los modelos de atención integral que combinan detección temprana, intervención psicoterapéutica y tecnología han demostrado ser efectivos para retrasar la aparición de la psicosis y mejorar los resultados para los pacientes. Estas estrategias se abordan en el siguiente artículo.

Palabras claves: Psicosis, Detección temprana, trastornos psicóticos,

esquizofrenia, Psicoterapia, Intervención temprana, Biomarcadores

Abstract.

Psychotic disorders cause significant personal suffering, disability, family burden, and societal costs. Early intervention in psychosis, including non-pharmacological strategies, is crucial as recurrence rates can reach 80% within five years of the first episode, increasing the risk of chronicity. Beyond medication, effective psychotherapeutic approaches, technological tools that have also shown potential in enhancing adherence and the study of the biomarkers can help to identify patients with more risks of developing psychosis and bring them an early intervention. Comprehensive care models combining early detection, psychotherapeutic intervention, and technology have demonstrated effectiveness in delaying psychosis onset and improving patient outcomes. These strategies are discussed in the following paper.

Keywords: Psychosis, Early detection, Psychotic disorders, Schizophrenia, Psychotherapy, Early intervention, Biomarkers

* Médico General. Residente de Psiquiatría. UCR-CENDEISSS. email. luisfernando.monge@gmail.com



Introducción.

Para Kane et al (2015) los trastornos psicóticos implican una carga importante de sufrimiento personal, discapacidad, carga familiar, riesgo de muerte prematura y un enorme costo colectivo¹. Como Csillag et al. (2015) la intervención temprana en psicosis implica una aproximación comprensiva y basada en evidencia cuyo objetivo no solamente estriba en la detección temprana de síntomas psicóticos sino también en su detección². Aún, pese a que la mayoría de los pacientes con un primer episodio psicótico alcanzan remisión de síntomas positivos con medicación, los riesgos de recurrencia alcanzan hasta un 80% en los primeros 5 años posterior a la remisión de ese episodio inicial y cada episodio implica un mayor riesgo de cronicidad (Álvarez-Jiménez et al., 2012)³. De allí la importancia de conocer la importancia del empleo de diversas estrategias no farmacológicas.

Partiendo de que la psicosis podría ser afectada por condiciones tanto internas como externas (Ben-Zeev et al., 2017), se puede también partir de que el abordaje temprano no puede ser solamente circunscrito a la terapia farmacológica.⁴ Para poblaciones como CHR según Müller et al. (2014) se ha hipotetizado que la intervención psicoterapéutica (por ejemplo a través de la TCC), que tiene una mejor relación/riesgo beneficio que

los antipsicóticos. El abordaje de factores como funcionamiento psicosocial, síntomas psicóticos, calidad de vida, autocuidado, etc. son metas de la psicoterapia⁵. Se detallarán más adelante los aspectos psicoterapéuticos.

Por otro lado, también se aborda el uso de otras estrategias tecnológicas es otro elemento promisorio.

Para Hollis et al (2015) hay una capacidad promisorio a través del empleo de la tecnología que puede impactar a futuro el panorama de la psiquiatría tanto para pacientes como profesionales.⁶ A esto se suman Firth y Torous (2015) que concluyen reproductibilidad, adherencia y satisfacción de los usuarios con herramientas tecnológicas.⁷

Detección temprana y biomarcadores

Ya es conocido que el riesgo de transición a psicosis en personas consideradas dentro del grupo de alto riesgo va en aumento a partir de los primero seis meses y de forma exponencial. Según Fusar-Poli et al (2012) este riesgo incrementa progresivamente hasta un 36% a los 3 años y se ha visto que las intervenciones oportunas en estos grupos han disminuido esa tendencia a la transición.⁸ Según Fusar-Poli este riesgo es dinámico y depende de la población que se estudie, siendo así, dependiente de otras variables. Esto habla no solamente



del debate en torno a una categorización internacional formal para la detección temprana, sino más bien de la necesidad de continuar la investigación.⁸

Ante un inminente riesgo creciente con el tiempo y de la variabilidad de esa determinación, comienza el cuestionamiento de ¿Cómo realmente podemos anticipar la psicosis?

Abordando en torno al valor predictivo, nuevamente, Fusar-Poli et al. (2013) habla de que el modelo de detección temprana de personas en este grupo puede mejorar progresivamente en el futuro en tanto se tengan en cuenta más variables e instrumentos más específicos para esa detección, entre los cuales menciona variables familiares y biomarcadores.⁹

Respecto a los biomarcadores Mirzahkanian et al. (2014) habla de la evidencia disponible de que la determinación de marcadores biológicos de forma temprana se pueden atribuir a la detección de la psicosis. Entre estos menciona déficits neurocognitivos, carga genética, aspectos electrofisiológicos, medición del cortisol y de la estructura del cerebro.¹⁰

Incluso de previo, Freedman et al. (2005) habla de la posibilidad de que un proceso biológico pueda ser atribuido y visto previo al inicio de la propia psicosis. Esto con el

objetivo de identificar sujetos vulnerables de forma temprana para realizar un adecuado abordaje.¹¹

Uno de los elementos predictores más importantes es la exposición a trauma. Para Santon et al. (2019) el enlace entre el trauma temprano y la psicosis es conocido, llegando a denotarse que aquellas personas que sufren trauma hasta la segunda década de la vida tienen casi el triple de riesgo de desarrollar psicosis.¹² De hecho, este riesgo tiende a aumentar con el tipo de trauma. Agregan que aquellos que han sido víctimas de más de tres tipos categorías diferentes de experiencia traumática, tienen casi cinco veces más riesgo de desarrollar síntomas psicóticos.¹² Así mismo, hasta un 89% de los pacientes con primer episodio psicótico manifestaron trauma en la infancia comparado con controles.¹²

En torno a la respuesta al trauma, la reacción biológica al estrés que tiene una asociación notable con la manifestación de psicosis. Esto lo abordan Preussner et al. (2017) quienes asocian la respuesta al estrés mediada por el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal en la manifestación de síntomas de alto riesgo de psicosis así como en la relación con el desarrollo neuronal, la respuesta inflamatoria y la propia función del sistema nervioso central.¹³



En torno a este tema, Los hallazgos anotados por Preussner y sus colegas son correlacionables con los estudiados por Mirzakhanián y compañía con respecto a cambios neuroanatómicos y endocrinológicos. Entre ellos podemos ver los cambios volumétricos a nivel de hipófisis, aumento en los niveles de cortisol o los cambios volumétricos a nivel hipocampal.¹⁰
¹³ Por esto que no descabellado pensar que la enmarcación biológica de la psicosis esté tan altamente relacionada con la respuesta al estrés especialmente por lo prevalente que es en esta población.

Consumo de sustancias

En relación con estos factores asociados a la psicosis se ubica el consumo de sustancias. Según West et al. (2023), el uso de sustancias (en términos generales) es altamente prevalente tanto en personas con alto riesgo clínico como de primer episodio psicótico. Propone que además el uso parece ser hasta de un 54% en personas jóvenes con alto riesgo, así como un aumento en la incidencia de psicosis en personas usuarias de cannabis.¹⁴

Esto lo apoyan Di Forti et al (2019) en un amplio estudio de caso control multicéntrico donde encontraron una variación dramática en la incidencia de psicosis a través de investigación, aumentando hasta cinco veces el riesgo bajo exposición de tipos de cannabis de alta potencia.¹⁵

Álvarez-Jiménez et al. (2012) amplían la discusión mencionando un riesgo de recurrencia de poco más del doble en asociación con trastornos de consumo de sustancias. En ese estudio discuten que además, este riesgo no necesariamente está asociado a la presentación inicial del cuadro pero sí al aumento en las recaídas.³

No podemos hablar de estos factores de riesgo con un grado absoluto de independencia pues, Simmons et al. (2016) argumentan una relación bidireccional entre el uso de sustancias y el trastorno de estrés postraumático. Identifican que no solamente el trastorno por consumo puede intensificar las respuestas a la vivencia traumática, sino que además, frecuentemente las personas con trastornos por consumo de sustancias frecuentemente se ven expuestas a experiencias traumáticas.¹⁶

Si bien el tema a tratar no es directamente el trastorno de estrés postraumático, podemos intuir una conexión entre una respuesta global al estrés psicosocial de forma bidireccional con el uso de sustancias, tal cual lo mencionan Simmons y sus colegas.¹⁶

Riesgo de recaída

A propósito de la relación entre psicosis y el consumo de sustancias, este es frecuentemente relacionado también como un factor de riesgo frecuente para recaídas.



Respecto a esto, Álvarez-Jiménez et al (2012) comentan que la adherencia terapéutica, el trastorno por abuso de sustancias, comentarios críticos por parte del personal de salud y un pobre ajuste premórbido son los factores de riesgo que más manifestaron recaídas posterior a un trastorno psicótico agudo.³

Comprendiendo el riesgo de recaída y los comentarios críticos del personal, Álvarez-Jiménez y sus colegas hablan también de como el modelo de estrés psicosocial antes mencionado y desarrollado por Preussner, se ve validado por la observación del propio estrés psicosocial resultante de las circunstancias del paciente pero además, un fallo en los factores protectores como apoyo social determinado por el personal de salud^{3, 13}

Para Álvarez-Jiménez et al. (2012), de hecho, en torno al pobre ajuste premórbido, se habla también de características como aislamiento social, desventaja psicosocial como un fenómeno poco probablemente epigenético que aumente el riesgo de recaída de un PEP³

Esto podríamos entenderlo también como una forma de observación periférica a síntomas de riesgo previamente identificados en los grupos de mayor riesgo de transición. Es decir, como bien se mencionó previamente, una tendencia al arrastre de ese riesgo creciente.

Importancia de intervención temprana

Ante la importancia ya identificada de un modelo preventivo de atención, Fusar-Poli et al (2012) habla de cómo el equipo OASIS ha estado trabajando en un programa basado en evidencia e integrativo con intervenciones preventivas en psicosis y sus resultados.¹⁷ En el grupo de más alto riesgo clínico no solamente se identifican los pacientes dentro de estas categorías (APS, BLIP y GRD), sino que además explora intervenciones no farmacológicas como insumo preventivo inicial, utilizando el modelo de terapia cognitivo conductual (TCC).¹⁷

Como describe Fusar-Poli En cada sesión inicial se valora por los biomarcadores ya previamente identificados (historia de trauma, carga genética, funcionamiento neuropsicológico, etc.).¹⁷ No solamente se busca el fortalecimiento de la relación con el paciente, sino que además se aborda el distrés, los blancos de tratamiento como ansiedad, depresión, trastornos del sueño, abuso de sustancias y la reintegración social.¹⁷

Fusar-Poli et al. (2012) mencionan que como parte de la implementación de esta estrategia de intervención temprana se vio una disminución considerable del tiempo de evolución a un PEP de 375 días a 1242 días.¹⁷ Este es un dato que aislado habla de la efectividad de un modelo de intervención temprana y oportuna.



En el contexto de un Primer Episodio Psicótico (PEP), este impacto positivo también es validado por el meta-análisis conducido por Correll et al. (2018) que compara el abordaje de servicios de intervención temprana (SIT) como el OASIS contra el tratamiento usual de psicosis de primera fase. Este encontró resultados más positivos con SIT en factores como riesgo de hospitalización, tiempo de la misma, la intensidad de los síntomas y el funcionamiento.^{17, 18}

Estos modelos de intervención temprana, además, según Csillag et al. (2015) son altamente costoefectivos en términos de inversión de servicios de salud, y por otro lado hablan, de que esa posibilidad no es algo de lo cual tengan conocimiento los grandes inversores y que podría impactar positivamente de difundirse dicha posibilidad.²

Por otro lado, Kane et al. (2016) desarrolla en la importancia de un abordaje temprano y seguimiento adecuado en la implementación del programa NAVIGATE que implicaba no solamente el diagnóstico de la psicosis no tratada, sino que además, se daba seguimiento con herramientas tecnológicas remotas.¹ Observaron una mejoría en el sentido de propósito de los pacientes, motivación e interacción social y emocional medida a través de la escala Heinrichs-Carpenter.¹

Además, describen mejoría en pacientes abordados tempranamente y con seguimiento de dos años, con menores tasas de hospitalización contra aquellos que no tuvieron este seguimiento. (Kane et al., 2016)¹

Implementación de herramientas digitales

A propósito de la relación costo-beneficio vista previamente, es importante desarrollar sobre la evidencia disponible respecto al empleo de herramientas digitales para este fin.

Mohr et al. (2017) apoyan la posibilidad del uso de herramientas tecnológicas para el monitoreo del comportamiento con fines clínicos. Hablan de como el uso de sensores en el uso de artículos electrónicos del día a día puede permitir el monitoreo de síntomas en general.¹⁹ Cada dato obtenido por el sensor puede ser extrapolado a rasgos y los rasgos se pueden conectar a patrones de comportamiento y estados clínicos. Asistido por herramientas como inteligencia artificial es posible monitorizar estrés, patrón de sueño, contexto social, etc., además de las publicaciones en redes sociales.¹⁹

A partir de ahí, se han dirigido investigaciones con la implementación de otros instrumentos. Por ejemplo, Ben-Zeev et al. (2017) hicieron un estudio para mostrar CrossCheck que es un modelo de registro, monitorización e identificación de



indicadores tanto objetivos como subjetivos de recaída.⁴ Se vio que no solamente permitió el autorreporte de síntomas, sino que además una identificación temprana, utilizando también factores inconscientes como patrones de locación, deficiencia en actividad física y otros.⁴

Ben-Zeev y sus colegas también hablan de como el uso de la tecnología podría acarrear información abundante que antes no era fácilmente accesible.⁴

Finalmente Firth y Torous (2015) en un esfuerzo integrado, hicieron una revisión de la literatura disponible a ese momento del cuidado de pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos utilizando teléfonos inteligentes.⁷ De lo observado se vio que todas mostraron viabilidad en su aplicación, una incluso eficacia preliminar en intervención temprana. Esto se asocia con mayores tasas de adherencia y de satisfacción.⁷

Aproximación psicoterapéutica

Como vimos, en el estudio de Fusar-Poli et al (2012), la psicoterapia es una herramienta indispensable en las unidades de intervención temprana. Aunado a ello, Ising et al (2016) el uso de psicoterapia (en este caso TCC) en poblaciones de alto riesgo de psicosis manifestaba efectos bastante

promisorios, especialmente en población joven, con reducción en el riesgo de transición a psicosis de hasta un 54% a 12 meses.^{17, 20}

Incluso en casos de psicosis ya instauradas, como pacientes con esquizofrenia Tarrier et al (2002) concluyen una evidencia robusta que apoya el uso de TCC en pacientes con esta enfermedad e hipotetizan la necesidad de fortalecer herramientas desde el modelo cognitivo-conductual y sistémico para el abordaje de la esquizofrenia, especialmente respecto a sus síntomas positivos.²¹²

Otros modelos como el expuesto por Taylor et al. (2017) explican que la terapia cognitiva-analítica (CAT) es una terapia integradora que desarrolla desde la teoría de las relaciones objetales y la teoría del desarrollo social. Se plantea que el uso de la CAT es una opción viable para las personas a quienes la TCC les resulta inviable.²²

Taylor y colegas elaboran que La CAT opera enfocado en el paciente, y en sus patrones de relacionamiento con otros (llamados “roles recíprocos”).²² Teoriza que los problemas psicológicos provienen de roles recíprocos maladaptativos que adquieren dominancia y que son reforzados por patrones de pensamiento y conducta. Según Taylor, muchas experiencias psicóticas son interpersonales en su naturaleza.²²



En contraposición, el modelo de diálogo abierto propuesto por Olson et al. (2014) habla de un enfoque también relacional y de diálogo abierto pero enfocado desde una perspectiva sistémica.²³ Aboga por una perspectiva que se sostiene de una red de apoyo social, la flexibilidad y movilidad de los procesos de diálogo y la tolerancia a la incertidumbre.²³

En su aplicación, en contraposición con la TAC, según explican Olson y sus colegas, se busca un modelo más orientado a la reunión de grupo con una configuración de terapeuta-coterapeuta, con participación familiar. ²³ Se usan preguntas circulares como en la Terapia sistémica convencional y se busca una apertura y transparencia absolutas en toda la aplicación del proceso.²³

En similitud con la TAC pretende un diálogo abierto con un enfoque que involucra al paciente en la relación con otras personas y elabora desde las propias palabras del paciente, no desde la concepción de síntomas.²³

Nuevas iniciativas como la de Gaudiano et al. (2017) conducen el estudio REACH que plantea el uso de Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC).²⁴ Una terapia de tercera generación que se conduce bajo un modelo que adopta el empleo de técnicas de consciencia plena bajo la premisa de el desarrollo de aprendizaje de habilidades

y estrategias de afrontamiento en pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia.²⁴

Según Gaudiano uso de la TAC estriba desde el axioma de que las intervenciones dirigidas con la intención de reducir síntomas psicóticos a través de la psicoterapia acarrea un efecto paradójico, y en su lugar se propone la aceptación, la desactivación cognitiva y acción orientada a valores como método de enfrentamiento.²⁴

Conclusiones

Desarrollando a título propio, es indispensable una comprensión desde los diferentes factores precipitantes de la psicosis, siendo estos identificados como multidimensionales pero con una interrelación estrecha entre sí.

Esta comprensión a su vez, podría servir de insumo para la continuación de estudios con modelos mucho más individualizados desde la psiquiatría de precisión que propicien una identificación temprana y abordaje de los pacientes.

Estos abordajes, además de incluir un pilar farmacológico importante, debe incluir la aplicación de un modelo psicoterapéutico apoyado por evidencia que sea igualmente individualizado a las características y necesidades del paciente.



Por último, la implementación de elementos tecnológicos como aplicaciones e inteligencia artificial, podría además hacer más eficaz y costoefectivo el proceso de detección, abordaje y seguimiento, siendo todas, estrategias que pueden ser utilizadas de forma consonante.

Referencias bibliográficas

1. Kane, J. M., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Mueser, K. T., Penn, D. L., Rosenheck, R. A., Addington, J., Brunette, M. F., Correll, C. U., Estroff, S. E., Marcy, P., Robinson, J., Meyer-Kalos, P. S., Gottlieb, J. D., Glynn, S. M., Lynde, D. W., Pipes, R., Kurian, B. T., Miller, A. L., Heinssen, R. K. (2016). Comprehensive Versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis: 2-Year Outcomes From the NIMH RAISE Early Treatment Program. *The American Journal Of Psychiatry*, *173*(4), 362-372. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15050632>
2. Csillag, C., Nordentoft, M., Mizuno, M., Jones, P. B., Killackey, E., Taylor, M., Chen, E., Kane, J., & McDaid, D. (2015). Early intervention services in psychosis: from evidence to wide implementation. *Early Intervention In Psychiatry*, *10*(6), 540-546. <https://doi.org/10.1111/eip.12279>.
3. Alvarez-Jimenez, M., Priede, A., Hetrick, S. E., Bendall, S., Killackey, E., Parker, A. G., McGorry, P. D., & Gleeson, J. F. (2012). Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research*, *139*(1-3), 116-128. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.05.007>.
4. Ben-Zeev, D., Brian, R., Wang, R., Wang, W., Campbell, A. T., Aung, M. S. H., Merrill, M., Tseng, V. W. S., Choudhury, T., Hauser, M., Kane, J. M., & Scherer, E. A. (2017). CrossCheck: Integrating self-report, behavioral sensing, and smartphone use to identify digital indicators of psychotic relapse. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *40*(3), 266–275. <https://doi.org/10.1037/prj0000243>
5. Müller, H., Laier, S., & Bechdolf, A. (2014). Evidence-based psychotherapy for the prevention and treatment of first-episode psychosis. *European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience*, *264*(S1), 17-25. <https://doi.org/10.1007/s00406-014-0538-0>
6. Hollis, C., Morriss, R., Martin, J., Amani, S., Cotton, R., Denis, M., & Lewis, S. (2015). Technological innovations in mental healthcare: harnessing the digital revolution. *The British Journal*



- of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 206(4), 263–265. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.142612>
7. Firth, J., & Torous, J. (2015). Smartphone apps for schizophrenia: A systematic review. *JMIR mHealth and uHealth*, 3(4), e102. <https://doi.org/10.2196/mhealth.4930>
 8. Fusar-Poli, P. (2012). Predicting psychosis. *Archives Of General Psychiatry*, 69(3), 220. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1472>
 9. Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rössler, A., Schultze-Lutter, F., Keshavan, M., Wood, S., Ruhrmann, S., Seidman, L. J., Valmaggia, L., Cannon, T., Velthorst, E., De Haan, L., Cornblatt, B., Bonoldi, I., Birchwood, M., McGlashan, T., Carpenter, W., Yung, A. (2013). The Psychosis High-Risk State. *JAMA Psychiatry*, 70(1), 107. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.269>.
 10. Mirzakhani, H., Singh, F., & Cadenhead, K. S. (2014). Biomarkers in psychosis: an approach to early identification and individualized treatment. *Biomarkers In Medicine*, 8(1), 51-57. <https://doi.org/10.2217/bmm.13.134>
 11. Freedman, R., Ross, R., Leonard, S., Myles-Worsley, M., Adams, C. E., Waldo, M., Tregellas, J., Martin, L., Olincy, A., Tanabe, J., Kisley, M. A., Hunter, S., & Stevens, K. E. (2005). Early biomarkers of psychosis. *Dialogues In Clinical Neuroscience*, 7(1), 17-29. <https://doi.org/10.31887/dcns.2005.7.1/freedman>
 12. Stanton, K. J., Denietolis, B., Goodwin, B. J., & Dvir, Y. (2020). Childhood trauma and psychosis. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 115–129. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.08.004>
 13. Pruessner, M., Cullen, A. E., Aas, M., & Walker, E. F. (2017). The neural diathesis-stress model of schizophrenia revisited: An update on recent findings considering illness stage and neurobiological and methodological complexities. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 73, 191–218. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.12.013>
 14. West, M. L., & Sharif, S. (2023). Cannabis and psychosis. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 32(1), 69–83. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2022.07.004>
 15. Di Forti, M., Quattrone, D., Freeman, T. P., Tripoli, G., Gayer-Anderson, C.,



- Quigley, H., Rodriguez, V., Jongsma, H. E., Ferraro, L., La Cascia, C., La Barbera, D., Tarricone, I., Berardi, D., Szöke, A., Arango, C., Tortelli, A., Velthorst, E., Bernardo, M., Del-Ben, C. M., Van Der Ven, E. (2019). The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. *The Lancet Psychiatry*, 6(5), 427-436. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30048-3](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30048-3)
16. Simmons, S., & Suárez, L. (2016). Substance Abuse and Trauma. *Child And Adolescent Psychiatric Clinics Of North America*, 25(4), 723-734. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.05.006>
17. Fusar-Poli, P., Byrne, M., Badger, S., Valmaggia, L., & McGuire, P. (2013). Outreach and support in South London (OASIS), 2001–2011: Ten years of early diagnosis and treatment for young individuals at high clinical risk for psychosis. *European Psychiatry*, 28(5), 315-326. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.08.002>
18. Correll, C. U., Galling, B., Pawar, A., Krivko, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Craig, T. J., Nordentoft, M., Srihari, V. H., Guloksuz, S., Hui, C. L. M., Chen, E. y. H., Valencia, M., Juarez, F., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Brunette, M. F., Mueser, K. T., Rosenheck, R. A., Kane, J. M. (2018). Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 555. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0623>
19. Mohr, D. C., Zhang, M., & Schueller, S. M. (2017). Personal Sensing: Understanding Mental Health Using Ubiquitous Sensors and Machine Learning. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 13(1), 23-47. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-044949>
20. Ising, H. K., Kraan, T. C., Rietdijk, J., Dragt, S., Klaassen, R. M. C., Boonstra, N., Nieman, D. H., Willebrands-Mendrik, M., Van Den Berg, D. P. G., Linszen, D. H., Wunderink, L., Veling, W., Smit, F., & Van Der Gaag, M. (2016). Four-Year Follow-up of Cognitive Behavioral Therapy in Persons at Ultra-High Risk for Developing Psychosis: The Dutch Early Detection Intervention Evaluation (EDIE-NL) Trial. *Schizophrenia Bulletin*, 42(5), 1243-1252. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw018>
21. Arrier, N., Haddock, G., Barrowclough, C., & Wykes, T. (2002). Are all psychological treatments for psychosis equal? The need for CBT in the treatment of psychosis and not for



psychodynamic psychotherapy. *Psychology And Psychotherapy*, 75(4), 365-374. <https://doi.org/10.1348/147608302321151871>

22. Taylor, P. J., Jones, S., Huntley, C. D., & Seddon, C. (2017). What are the key elements of cognitive analytic therapy for psychosis? A Delphi study. *Psychology and Psychotherapy*, 90(4), 511–529. <https://doi.org/10.1111/papt.12119>
23. Olson, M, Seikkula, J. & Ziedonis, D. (2014). *The key elements of dialogic practice in Open Dialogue*. The University of Massachusetts Medical School.
24. Gaudiano, B., Davis, C., Epstein-Lubow, G., Johnson, J., Mueser, K., & Miller, I. (2017). Acceptance and Commitment Therapy for inpatients with psychosis (the REACH Study): Protocol for treatment development and pilot testing. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 5(2), 23. <https://doi.org/10.3390/healthcare5020023>



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN TRASTORNOS DE PERSONALIDAD



Fabrizio Cordero Solís*

REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA

Resumen

El DSM-5 utiliza un enfoque diagnóstico que representa la perspectiva categorial de los trastornos de personalidad. El propósito de este trabajo consiste en describir el tratamiento farmacológico para las diferentes categorías de trastornos de personalidad descritas en el DSM-5. En general, los estudios demuestran eficacia limitada para el tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad, por lo que se debe priorizar el manejo psicosocial. Existe una marcada diferencia en la cantidad de estudios para el manejo de cada tipo de trastorno de personalidad, siendo el trastorno de personalidad límite el que cuenta con mayor literatura científica al respecto. En este trastorno, los ensayos de farmacología sugieren que los medicamentos son, en el mejor de los casos, complementarios y deben minimizarse. Para otros trastornos de personalidad, como el narcisista, el histriónico y los pertenecientes al grupo C, la cantidad de literatura es más bien escasa. Si bien existe evidencia débil de eficacia de ciertos tipos de fármacos en el tratamiento de determinada sintomatología, se debe tener cautela al utilizarlos, ya que es necesario replicar o ampliar los estudios.

Abstract:

The DSM-5 uses a diagnostic approach that represents the categorical perspective of personality disorders. The purpose of this work is to describe the pharmacological treatment for the different categories of personality disorders outlined in the DSM-5. In general, studies show limited efficacy for the pharmacological treatment of personality disorders, so psychosocial management should be prioritized. There is a marked difference in the number of studies available for the management of each type of personality disorder, with borderline personality disorder having the most scientific literature on the subject. For this disorder, pharmacological trials suggest that medications are, at best, complementary and should be minimized. For other personality disorders, such as narcissistic, histrionic, and those in group C, the amount of literature is relatively scarce. While there is weak evidence of the efficacy of certain types of medications in treating specific symptoms, caution should be exercised when using them, as studies need to be replicated or expanded.

Palabras claves: Trastornos de personalidad, trastorno de la personalidad límite, farmacoterapia.

*Médico General. Residente de Psiquiatría. UCR-CENDEISSS. email. fabricioecs@gmail.com



Introducción

De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), un trastorno de personalidad consiste en un patrón de comportamiento y de experiencia interna del sujeto que dista significativamente de las expectativas de su cultura y se manifiesta en dos o más de los siguientes dominios: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y el control de los impulsos. Este patrón es persistente, inflexible, su inicio se da al menos en la adolescencia o adultez temprana, se manifiesta en gran variedad de circunstancias personales y sociales, provoca deterioro en algún área importante del funcionamiento del individuo o un malestar clínicamente significativo y las manifestaciones clínicas no se deben a otro trastorno mental o a los efectos de una sustancia u otra afección médica (APA, 2014). El DSM-5 utiliza un enfoque diagnóstico que representa la perspectiva categorial de los trastornos de personalidad; de esta manera, divide a los trastornos de personalidad en 10 categorías divididas en tres grupos (A, B y C); además, ofrece el diagnóstico de El cambio de personalidad debido a otra afección médica y Otro trastorno de la personalidad especificado y trastorno de la personalidad no especificado (APA, 2014).

El propósito de este trabajo consiste en describir el tratamiento farmacológico para las diferentes categorías de trastornos

de personalidad descritas en el DSM-5. Un enfoque alternativo, distinto de la perspectiva categorial utilizada en el presente escrito, es el modelo dimensional (descrito en la sección III del DSM en el capítulo Modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de personalidad), el cual se basa en variaciones desadaptadas de los rasgos de personalidad (APA, 2014), y que podría tener implicaciones de tratamiento más específicas (Trull & Widiger, 2013).

Existen dos enfoques principales de tratamiento para los trastornos de personalidad: el tratamiento psicosocial y la farmacoterapia; de los cuales la intervención psicosocial se considera el tratamiento primario para el trastorno de personalidad límite y los otros trastornos de personalidad, esto debido a que la personalidad y sus trastornos surgen de la interacción compleja entre determinantes genéticos y procesos de desarrollo y a que las manifestaciones principales del trastorno son dificultades en las relaciones personales y sociales (Bateman, Gunderson, & Mulder, 2015) (Black, 2021). El tratamiento farmacológico se basa en que los rasgos conductuales asociados a los trastornos de personalidad podrían estar relacionados con anomalías neuroquímicas en el sistema nervioso central; no obstante, el modelo neurobiológico persiste sin haber sido evaluado, ya que los ensayos clínicos



se enfocan casi exclusivamente en el trastorno de personalidad límite, y la mayoría de los ensayos clínicos que investigan los efectos de los fármacos en los trastornos de personalidad se encuentran pobremente diseñados (Bateman, Gunderson, & Mulder, 2015).

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica disponible relacionada con el tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad, para ello se llevó a cabo una búsqueda de artículos en las bases de datos PubMed, EBSCO, ProQuest Central y ScienceDirect y la revista The Lancet. Si bien se procuró el uso de publicaciones recientes, algunos tipos de trastornos de personalidad carecen de estudios publicados en los últimos años, por lo que no se excluyeron artículos por la fecha de publicación.

GRUPO A

Farmacoterapia del trastorno de la personalidad paranoide

Los síntomas principales de los trastornos de personalidad del grupo A (distorsiones cognitivas y perceptivas) recuerdan tanto los síntomas positivos como los negativos de la esquizofrenia, y se ha postulado que la alteración dopaminérgica puede participar en la producción de estos síntomas. (Miyazaki et al., 2017)

Al investigar sobre el trastorno de personalidad paranoide, usualmente se encuentra escasa información sobre las opciones de farmacoterapia. Se cree que esto se debe a la falta general de confianza que los pacientes con este trastorno tienen por los demás, incluyendo a los psiquiatras. Los médicos pueden recibir comentarios denigrantes, acusaciones y amenazas potencialmente litigiosas por parte de estos pacientes. Este comportamiento no solo limita la probabilidad de que el paciente busque atención médica, sino que también resta valor a la relación terapéutica colaborativa entre el terapeuta y el paciente. Debido a que la característica predominante de este trastorno es la paranoia, una característica común de muchas otras afecciones psiquiátricas, como el trastorno de estrés postraumático y la esquizofrenia, los médicos pueden estar más dispuestos a dar a los pacientes un diagnóstico de una afección comórbida en lugar del trastorno de personalidad. En general, las características del trastorno de personalidad paranoide (por ejemplo, guardar rencor) probablemente han contribuido a la escasez de investigación sobre el tratamiento de este trastorno. (Koch et al., 2016)

De los pocos artículos escritos, una serie de casos de Birkeland del 2013 analizó retrospectivamente el curso de hospitalización psiquiátrica de 15 pacientes con trastorno de



personalidad paranoide en Dinamarca. Se encontró que un total de 7 pacientes recibieron un antipsicótico; el más prescrito fue el flupentixol, otros antipsicóticos incluyeron bromperidol y promazina. La mediana de duración del tratamiento fue de 15 semanas. De los 15 pacientes, solo 4 que recibieron terapia con medicamentos antipsicóticos estuvieron presentes durante el seguimiento de 6 semanas. Los 4 pacientes demostraron una mejoría medida por la escala Clinical Global Impression: media de 1,8 a las 6 semanas, en comparación con la gravedad inicial (media 5,5); aquellos que no recibieron medicación antipsicótica tuvieron una CGI al final media 4,0 en comparación con la línea base inicial (media 4,8). En la última visita de seguimiento, 3 de los 4 pacientes que recibieron medicamentos antipsicóticos habían mejorado, mientras que la condición de 1 paciente había empeorado. Además, de los 10 pacientes que no se perdieron durante el seguimiento, se administraron medicamentos antidepresivos a un total de 7 pacientes. Solo 3 pacientes demostraron un beneficio medido por una disminución de los síntomas de depresión; sin embargo, las medidas sobre este resultado no fueron incluidas en la publicación. (Koch et al., 2016)

Una revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios sobre el uso de tratamientos farmacológicos para pacientes con trastornos de la personalidad favoreció

el uso de anticonvulsivos para reducir la agresión y antipsicóticos para reducir los trastornos cognitivos, perceptuales y mentales. El pensamiento y la ideación paranoides caían bajo el dominio de la percepción cognitiva, pero ningún estudio incluido se realizó con un paciente que padecía un trastorno paranoico de la personalidad; más bien, la ideación paranoide fue un resultado secundario enumerado para el trastorno límite de la personalidad (un trastorno de personalidad del grupo B). (Koch et al., 2016)

Desafortunadamente, la extrema escasez de investigación deja abierta la cuestión de qué tratamiento farmacológico puede o no ser eficaz para el trastorno de personalidad paranoica. En este momento, quizás la mejor opción sea tratar la sintomatología emergente en pacientes con trastorno de personalidad paranoide. Se necesitan estudios en curso para dirigir aún más la farmacoterapia para el tratamiento del trastorno de personalidad paranoide. (Koch et al., 2016)

Farmacoterapia del trastorno de la personalidad esquizoide

La realización de una búsqueda bibliográfica específica para el tratamiento farmacológico en el trastorno esquizoide de la personalidad no arroja resultados individuales, sino que por lo general se describe con todos los demás trastornos de la personalidad. El enfoque del



tratamiento farmacológico de los trastornos de la personalidad se basa en los síntomas específicos del paciente; por ejemplo, muchos de los síntomas del trastorno esquizoide de la personalidad son similares a los síntomas negativos de la esquizofrenia. (Koch et al., 2016)

La falta de literatura sobre farmacoterapia probablemente se deba a la reclusión de estos pacientes y a la dificultad para establecer y mantener una relación terapéutica. En general, el tratamiento farmacológico podría considerarse en pacientes con trastorno esquizoide de la personalidad si hay otros trastornos psiquiátricos comórbidos que requieren tratamiento. (Koch et al., 2016)

Farmacoterapia del trastorno de la personalidad esquizotípica

El trastorno esquizotípico de la personalidad es el trastorno del grupo más ampliamente investigado en términos de bases biológicas, lo cual se encuentra relacionado con su clasificación en el eje I del DSM-IV como un trastorno del espectro de la esquizofrenia. (Miyazaki et al., 2017)

Las pruebas que respaldan el uso de antipsicóticos en el tratamiento de este trastorno son escasas y no se pueden hacer recomendaciones clínicas firmes. De acuerdo con Jakebson (2017) solo cuatro estudios sobre el tratamiento del trastorno

de personalidad esquizotípica cumplen con los criterios del nivel de evidencia A. Uno de estos estudios, realizado por Koychev et al. en 2012, encontró que, especialmente, la amisulprida podría revertir parte de la disfunción cognitiva; no obstante, estos resultados deben interpretarse con cautela ya que el efecto de la exposición continua aún se desconoce. Por tanto, es necesario realizar estudios a largo plazo que investiguen el efecto de la amisulprida en el funcionamiento. (Jakebson et al., 2017)

En un estudio del 2003, Koenigsberg et al. encontraron un efecto positivo de 2 mg de risperidona en la PANSS total y en todas las subescalas. Aunque el efecto general de los antipsicóticos no ha sido impresionante, varios estudios sugieren que los antipsicóticos como grupo mejoraron los síntomas similares a los psicóticos, como las ilusiones, el psicoticismo, la hostilidad y las ideas paranoicas. (Jakebson et al., 2017)

En la publicación de Jakobsen et al. (2017), se seleccionaron 16 estudios realizados durante el período 1972-2012, los cuales diferían sustancialmente en la calidad metodológica. La mayoría de los estudios se diseñaron como series de casos o de etiqueta abierta que probaron el efecto de los antidepresivos o los antipsicóticos en muestras de tamaño pequeño con categorías de diagnóstico mixtas, siendo la mayoría de estos estudios más antiguos.



Los datos publicados sobre el aspecto del tratamiento farmacológico del trastorno de la personalidad esquizotípico son escasos. La escasez de literatura sobre el tratamiento antipsicótico de este trastorno puede deberse a que la afección se considera un pródromo de esquizofrenia en lugar de una enfermedad propiamente dicha. (Jakebson et al., 2017)

Varias investigaciones han demostrado que los antipsicóticos tienen un efecto modesto sobre la cognición y la percepción y un mejor efecto sobre la ira, la hostilidad y la impulsividad; sin embargo, estos estudios no separan claramente el trastorno de personalidad esquizotípico del límite. Los antidepresivos parecen no tener efecto sobre el control de los impulsos y solo un efecto modesto sobre la regulación afectiva, mientras que los estabilizadores del estado de ánimo parecen tener un efecto mayor sobre la impulsividad. (Jakebson et al., 2017)

El tratamiento de este trastorno es muy relevante, incluso desde el punto de vista de la salud pública, ya que es hereditario con una prevalencia del 4-16% de los familiares de esquizofrénicos de primer grado no psicóticos y con una prevalencia del 2-3% en la población general, y se asocia con costos significativos para la sociedad. De esta manera, el tratamiento de este trastorno para los síntomas psicóticos transitorios/breves con antipsicóticos parece ser razonable. Las psicosis no tratadas pueden tener

consecuencias devastadoras para la salud del individuo y su entorno, como suicidio o comportamiento violento hacia otros. Sin embargo, el tratamiento antipsicótico continuo también puede ser potencialmente beneficioso con respecto a la mejora de la función cognitiva y ejecutiva, el pensamiento desorganizado y desordenado, el comportamiento extraño o extravagante y el funcionamiento social general en general. Los riesgos y beneficios deben evaluarse cuidadosamente y discutirse con los pacientes antes y durante la intervención. En los casos en que los beneficios no superen claramente los riesgos, se debe interrumpir el tratamiento. (Jakebson et al., 2017)

Se han realizado 3 estudios en pacientes esquizotípicos que examinan el efecto de la farmacoterapia sobre los síntomas negativos. Los síntomas negativos evaluados en estos estudios incluyeron el procesamiento del contexto, los déficits cognitivos y la memoria de trabajo. En 2007 McClure et al. publicaron un estudio de 4 semanas, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo de los efectos de la guanfacina (un agonista alfa-2) en las anomalías del procesamiento del contexto. Este estudio demostró que los sujetos del grupo de guanfacina cometieron menos errores relacionados con el procesamiento del contexto, en un grado estadísticamente significativo, en comparación con el grupo



de placebo. Los autores concluyeron que la guanfacina puede ayudar a mejorar algunos déficits cognitivos observados en el espectro de la esquizofrenia. McClure et al realizaron otro estudio en 2010 estudio doble ciego controlado con placebo de 4 semanas sobre los efectos de la pergolida (agonista dopaminérgico) en los déficits cognitivos asociados con el trastorno esquizotípico de la personalidad. Los pacientes exhibieron mejoras estadísticamente significativas en la velocidad de procesamiento, el funcionamiento ejecutivo, la memoria de trabajo y el aprendizaje y la memoria verbal. Es importante tener en cuenta que la pergolida ya no está disponible en los Estados Unidos debido a un aumento de los defectos cardíacos valvulares. Rosell et al en 2015 realizaron un estudio de los efectos de la dihidrexidina, un agonista selectivo del receptor de dopamina D1, sobre la memoria de trabajo en 16 pacientes con trastorno esquizotípico de la personalidad. Este estudio mostró una memoria de trabajo mejorada durante 1 de las 2 pruebas administradas. Sin embargo, la dihidrexidina solo está disponible en formulación intravenosa y tiene una acción de corta duración. Los 3 medicamentos investigados en esta área afectan la norepinefrina o la dopamina en la corteza prefrontal, lo que plantea la posibilidad de interacciones con medicamentos antipsicóticos. Las limitaciones de estos estudios incluyen el

pequeño tamaño de la muestra, los efectos adversos de las intervenciones y la falta de disponibilidad de agentes. (Koch et al., 2016)

En general, la olanzapina, la risperidona, el tiotixeno, el haloperidol y la fluoxetina han mostrado efectos beneficiosos en pacientes con trastorno esquizotípico de la personalidad. No obstante, muchos de los estudios resultan confusos por la inclusión de pacientes con trastorno límite de la personalidad. Las diversas limitaciones de la literatura existente requieren que los profesionales apliquen estos hallazgos a la práctica clínica con precaución. (Koch et al., 2016)

GRUPO B

Farmacoterapia del trastorno de la personalidad límite

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno psiquiátrico debilitante que afecta al 0,4-3,9% de la población de los países occidentales. Actualmente, las agencias reguladoras no han aprobado ningún medicamento para el tratamiento del TLP. No obstante, hasta el 96% de los pacientes con TLP reciben al menos un medicamento psicotrópico. (Gartlehner et al., 2021) (D'Silva et al., 2013)

No hay un consenso acerca del tratamiento farmacológico del TLP, pero un objetivo común es la minimización de



daños priorizando la psicoterapia siempre que sea posible, evitando la polifarmacia, añadiendo medicamentos y disminuyendo paulatinamente aquellos que carezcan de eficacia clara, fomentando la colaboración de los pacientes a través de la psicoeducación. Las benzodiazepinas y las sustancias similares a estas deben evitarse debido a la preocupación por promover la dependencia, el abuso y la desinhibición del comportamiento. (Choi-Kain et al., 2017) (Lietor, Cuevas & Prieto, 2021)

En contraste con los ensayos de psicoterapia, los ensayos de farmacología sugieren que los medicamentos son, en el mejor de los casos, complementarios y deben minimizarse. (Choi-Kain et al., 2017) (Starcevic & Janca, 2018)

Se han llevado a cabo varios ensayos abiertos y controlados de tratamiento farmacológico del TLP. La interpretación de los hallazgos es algo complicada por la diversidad de presentaciones de pacientes al inicio del tratamiento, incluido si el paciente está hospitalizado o si es ambulatorio; la gravedad general de la patología; presencia de trastornos de personalidad comórbidos; presencia o ausencia de trastorno depresivo mayor, incluidos síntomas atípicos; énfasis en sintomatología variable, como psicoticismo o agresión impulsiva; y el uso de una amplia gama de medidas de resultado. Además,

algunas de las características centrales del trastorno, como la difusión de la identidad, las vicisitudes interpersonales y la estructura defensiva primitiva, nunca se examinaron y, por lo tanto, la suposición de que estas características responden menos a la medicación no se ha probado empíricamente. (Miyazaki et al., 2017)

El libro de Schatzberg y Nemeroff ofrece una guía para el tratamiento del TPL, la cual se menciona a continuación (Miyazaki et al., 2017):

Si los síntomas más destacados son depresión, sensibilidad interpersonal e impulsividad y agresión:

1. Comenzar con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) (o un antidepresivo relacionado).
2. Si responde bien, mantener. Si la respuesta es parcial, agregar un estabilizador del estado de ánimo.

Si no hay respuesta, cambiar a estabilizador del estado de ánimo.

3. Si la ira, la ansiedad o el descontrol residual son significativos, agregue un antipsicótico atípico.

Si los síntomas más destacados son labilidad del estado de ánimo, impulsividad y agresión, y antecedentes familiares del espectro bipolar:



1. Comenzar con un estabilizador del estado de ánimo (valproato, carbamazepina o litio son alternativas).
2. Si responde bien, mantener.
3. Si la respuesta es parcial, agregar un estabilizador del estado de ánimo.

Si no hay respuesta, cambie de estabilizador del estado de ánimo.

3. Si la ira, la ansiedad o el descontrol residual son significativos, agregue un antipsicótico atípico.

Si los síntomas más prominentes son paranoia, psicoticismo, hostilidad y ansiedad abrumadora:

1. Comenzar con antipsicóticos atípicos (olanzapina y risperidona son los más estudiados).
2. Si responde bien, mantener.

Si la respuesta es parcial, agregue ISRS o un estabilizador del estado de ánimo.

Si no hay respuesta y los síntomas del estado de ánimo son mínimos, cambie a un antipsicótico típico.

De acuerdo con Gartlehner et al., (2021), en una Revisión Sistemática y Metanálisis que incluyó 21 ensayos controlados aleatorios (ECA) con datos sobre 1768 participantes, concluyeron que la evidencia disponible generalmente indica que la

eficacia de las farmacoterapias para el tratamiento del TLP es limitada. En ensayos clínicos, los antipsicóticos, anticonvulsivos y antidepresivos de segunda generación no redujeron la gravedad del TLP. La evidencia de certeza baja y muy baja indica que los anticonvulsivos pueden mejorar la ira, la agresión y la labilidad afectiva; sin embargo, la evidencia se limita principalmente a estudios únicos. Los antipsicóticos de segunda generación tuvieron poco efecto sobre la gravedad de los síntomas específicos que comúnmente se asocian con el TLP, pero mejoraron los síntomas psiquiátricos generales. Ninguna de las farmacoterapias tuvo un efecto positivo sobre el funcionamiento. La evidencia sobre la eficacia comparativa y los daños se limitó a dos ECA pequeños. La olanzapina pareció ser más eficaz que la fluoxetina para mejorar la agresión y los síntomas depresivos, pero no difirió significativamente de la asenapina (antipsicótico atípico). Dado que la mayoría de estos hallazgos se basan en evidencia de certeza baja o muy baja, los hallazgos deben verse con cautela. (Gartlehner et al., 2021)

A pesar de la evidencia limitada que respalda los beneficios de las farmacoterapias, las guías de práctica clínica brindan recomendaciones contradictorias. Algunas sociedades profesionales recomiendan con cautela el uso no autorizado de agentes psicotrópicos



como parte de un enfoque multimodal. Por el contrario, el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) del Reino Unido y el Consejo Nacional de Investigación Médica y de Salud de Australia recomiendan evitar las farmacoterapias como tratamientos de primera línea, excepto en crisis agudas. (Gartlehner et al., 2021)

Los estudios que utilizaron el agonista α 2-adrenérgico clonidina (un antihipertensivo, agonista de receptores de imidazolina) mostraron eficacia en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT) comórbido y el TLP y sugieren un papel para la clonidina en el tratamiento de la hiperexcitación y los trastornos del sueño asociados con el TLP. Varios ensayos controlados aleatorios respaldan el uso de ácidos grasos omega-3 para reducir la agresión y los síntomas afectivos en pacientes con TLP de moderado a grave. (Miyazaki et al., 2017) (Stoffers & Lieb, 2015)

La investigación psicofarmacológica reciente en pacientes con TLP se ha centrado en los neuropéptidos, incluidos los opioides, la oxitocina, la vasopresina y el neuropéptido Y, todos los cuales modulan redes complejas de sistemas de neurotransmisores y facilitan la coordinación de la señalización y los comportamientos afectivos. Se ha conceptualizado que el TLP está relacionado con el apego alterado y, por lo tanto, la oxitocina, la vasopresina y los

opioides pueden ser de particular relevancia para el tratamiento del TLP, dada la función de desarrollo de estos neuropéptidos en el apego y la relación entre la seguridad del apego y las representaciones cognitivas sociales estables del yo y el otro. (Miyazaki et al., 2017)

Aunque algunos estudios han sugerido un papel para los antagonistas de los opiáceos en el tratamiento de los síntomas disociativos y los flashbacks en el TLP, otros ensayos no han demostrado ningún beneficio del tratamiento con antagonistas de los opiáceos en los síntomas agudos de tensión y disociación en el TLP. (Miyazaki et al., 2017)

Otro sistema de neuropéptidos que ha recibido mayor atención para la intervención farmacológica en el tratamiento de la disfunción interpersonal es el sistema de oxitocina. La oxitocina está asociada con el procesamiento empático y la vinculación afiliativa y se ha demostrado que tiene efectos atenuantes sobre el eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal y el sistema nervioso autónomo. Los déficits de oxitocina se han relacionado con la inseguridad del apego y la angustia por separación, y la oxitocina desempeña un papel en la mediación de las señales sociales, la confianza y el comportamiento prosocial. Se han encontrado niveles más bajos de oxitocina en el líquido cefalorraquídeo en mujeres con



antecedentes de abuso o negligencia infantil, y los primeros estudios experimentales sugieren un papel del sistema de oxitocina en la atenuación de las respuestas emocionales y hormonales al estrés en el TLP. (Miyazaki et al., 2017)

Trabajar a través de experiencias interpersonales puede ser difícil para los pacientes con TLP, y el tratamiento farmacológico adyuvante que se enfoca en la capacidad de habituación puede optimizar la eficacia general del tratamiento. La habituación, un proceso que depende de la neuroplasticidad y los cambios en la densidad del receptor, se ve afectada fundamentalmente por la señalización del N-metil-daspartato glutamatérgico (NMDA), lo que sugiere un papel de los medicamentos glutamatérgicos en la mejora de los síntomas afectivos, impulsivos, interpersonales y cognitivos del TLP. La mejora del aprendizaje y la habituación psicofisiológica modulada por la señalización de NMDA podría crear sinergias entre la psicofarmacología y la psicoterapia, de manera análoga a las estrategias propuestas para el TEPT con respecto a la mejora de la extinción del miedo y la interferencia de la consolidación de la memoria traumática. (Miyazaki et al., 2017)

Chen et al. en un estudio reciente, compararon la efectividad y la seguridad de una única infusión intravenosa de ketamina (0.5 mg/Kg en 40 minutos) en pacientes con

trastorno depresivo mayor (TDM) con rasgos límites de personalidad (TDM + RL) (31 sujetos) y TDM solo (TDM-RL) (122 sujetos). Los participantes incluyeron 153 pacientes adultos masculinos y femeninos de 18 a 65 años que cumplían con los criterios de diagnóstico del DSM-5 para el trastorno depresivo mayor. Alrededor de dos tercios de los participantes tenían ideación suicida grave y activa en el momento de la selección, y un tercio no tenía ideación ni conducta suicida reciente. (Chen et al., 2022)

La ketamina es igualmente efectiva en pacientes con TDM con y sin rasgos límites de personalidad. Los resultados con ambos grupos son consistentes con estudios previos que muestran una mejoría de los síntomas en personas con TDM pocas horas después del tratamiento con ketamina que dura hasta dos semanas. (Chen et al., 2022)

El grupo TDM + RL tuvo una BSS (escala de Beck para ideación suicida) más elevada al inicio que la muestra TDM-RL, lo cual es consistente con el mayor riesgo de suicidio en este grupo. Las mejoras en las tendencias suicidas en ambos grupos se correlacionaron significativamente con el cambio en la puntuación de depresión, y la cantidad de asociación fue casi idéntica entre los grupos. Sin embargo, el cambio en la depresión representó menos de la mitad de la variación en el cambio en las tendencias suicidas. Esto plantea la posibilidad de que una parte



del efecto que ejerce la ketamina sobre las tendencias suicidas sea independiente del impacto sobre la depresión. Un estudio anterior, aleatorizado y controlado también encontró que los efectos de la ketamina sobre la depresión y los pensamientos suicidas eran parcialmente independientes. (Chen et al., 2022)

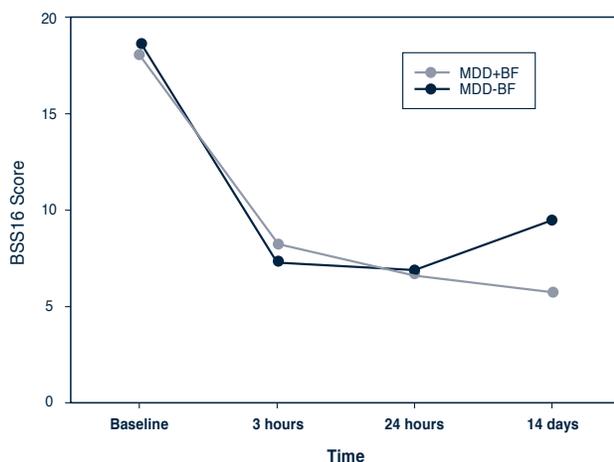


Fig. 2. Change in Beck Scale for Suicide Ideation (BSS16) arithmetic mean scores by group, major depressive disorder (MDD) with elevated borderline features (MDD + BF) versus MDD without borderline features (MDD-BF)

Solo un ensayo controlado aleatorizado ha evaluado la eficacia de la medicación para reducir las conductas autolesivas específicamente, demostrando que, entre los adultos con TLP, más participantes se abstuvieron de autolesionarse durante el tratamiento con aripiprazol y a los 18 meses de seguimiento, en comparación con los que recibieron un placebo. Específicamente, solo 2 de los 26 pacientes se autolesionaron durante las 8 semanas de tratamiento con aripiprazol y 4 durante el seguimiento de 18

meses (en comparación con 5 del grupo de placebo durante el tratamiento y 11 durante el seguimiento). De manera similar, un ensayo no aleatorio encontró que otro antipsicótico atípico (ziprasidona) resultó en tasas y frecuencias más bajas de autolesiones en adolescentes, en comparación con medicamentos neurolépticos alternativos (por ejemplo, risperidona, olanzapina, clorproxiteno y prometazina). (Turner et al., 2014)

Con respecto a los no antipsicóticos, un ensayo de referencia múltiple de casos controlados mostró que las tasas y la frecuencia de las conductas autolesivas disminuyeron significativamente durante el tratamiento de aumento con naltrexona en adultos con TLP. Varios ensayos no controlados también informaron los beneficios de la venlafaxina, la buprenorfina, la fluoxetina y la naltrexona en la reducción de la frecuencia de estas conductas y/o el aumento de las tasas de abstinencia de conductas autolesivas, pero es necesaria la replicación con diseños controlados para respaldar estos hallazgos. (Turner et al., 2014)

Farmacoterapia del trastorno de la personalidad antisocial

El trastorno de personalidad antisocial, en vista de su prevalencia e importancia, está muy poco representado en la evidencia de los



datos de los ensayos, con solo tres estudios pequeños. Las guías NICE para el trastorno de personalidad antisocial concluyen que las intervenciones farmacológicas no deben usarse de forma rutinaria para el tratamiento del trastorno de personalidad antisocial o sus comportamientos asociados. Sin embargo, NICE afirma que las intervenciones farmacológicas pueden usarse para trastornos mentales comórbidos. Khalifa y sus colegas llegaron a una conclusión similar en un metanálisis de ocho estudios de farmacoterapia para el trastorno de personalidad antisocial. (Bateman, Gunderson, & Mulder, 2015).

Varios estudios han demostrado las propiedades antiagresivas de la clozapina en la esquizofrenia y su efecto positivo en el trastorno límite de la personalidad. Brown et al. (2014) publicaron una serie de casos de 7 pacientes con trastorno de personalidad antisocial tratados con clozapina, con antecedentes importantes de violencia grave y detenidos en un hospital de alta seguridad del Reino Unido. Los 7 pacientes mostraron una mejoría significativa con la clozapina. Se demostró que beneficia todos los dominios de los síntomas, especialmente el descontrol del comportamiento impulsivo y la ira. El número de incidentes violentos cometidos por 6 de los 7 pacientes se redujo significativamente y se redujo el riesgo de violencia de todos los pacientes. Los

niveles séricos de clozapina para 6 de los 7 pacientes estaban en el rango de 150 a 350 ng/mL; es decir, se utilizaron dosis bajas. De esta manera, concluyeron que la clozapina es beneficiosa para reducir la gravedad clínica. La disfunción de la dopamina se ha postulado como una patología subyacente en el TLP, y esto está respaldado por la evidencia de que los síntomas del trastorno de personalidad pueden tratarse con neuromoduladores que mejoran la disfunción de la dopamina, como el antipsicótico atípico clozapina. Además, se ha demostrado que la serotonina (5HT) tiene un papel clave en la modulación del comportamiento agresivo. A través de su acción compleja sobre los sistemas dopaminérgico y serotoninérgico, la clozapina induce propiedades antiagresivas, que pueden ser beneficiosas en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. Sin embargo, se necesita más investigación para evaluar la base farmacodinámica de la eficacia de la clozapina en este grupo de pacientes. (Brown et al., 2014)

Farmacoterapia del trastorno de la personalidad histriónica

La búsqueda acerca de literatura científica sobre del tratamiento farmacológico en el trastorno de la personalidad histriónica arrojó escasos resultados. En este trastorno de la personalidad, la farmacoterapia puede ser



complementaria a los síntomas objetivo (p. ej., el uso de antidepresivos para la depresión y las molestias somáticas, ansiolíticos para la ansiedad y antipsicóticos para la desrealización y las ilusiones) (Boland et al., 2022).

Farmacoterapia del trastorno de la personalidad narcisista

El tratamiento farmacológico del trastorno de personalidad narcisista es guiado según los síntomas (Caligor et al., 2015). El litio puede ayudar a los pacientes cuyo cuadro clínico incluye cambios de humor. Debido a que los pacientes con trastorno narcisista de la personalidad toleran mal el rechazo y son susceptibles a la depresión, también pueden ser útiles los antidepresivos, especialmente los fármacos serotoninérgicos (Boland et al., 2022).

GRUPO C

Farmacoterapia del trastorno de la personalidad evitativa

En general, no se cree que la farmacoterapia sea eficaz en el trastorno de la personalidad, y no hay ensayos de su uso específico en este trastorno informados en la literatura. Sin embargo, existen recomendaciones clínicas para utilizar enfoques farmacoterapéuticos similares a los del trastorno de ansiedad social, en el cual los inhibidores de la

recaptación de serotonina específicos y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina tienen una sólida literatura de eficacia, y claramente es probable que la farmacoterapia sea valiosa para la comorbilidad, como la depresión. (Lampe & Malhi, 2018)

Farmacoterapia del trastorno de la personalidad dependiente

La farmacoterapia puede ayudar a tratar síntomas específicos, como la ansiedad y la depresión, que son características comúnmente asociadas con el trastorno de personalidad dependiente. Los pacientes que experimentan ataques de pánico o que tienen altos niveles de ansiedad por separación pueden beneficiarse de la farmacoterapia dirigida a los síntomas, como los fármacos antidepresivos. (Boland et al., 2022)

Farmacoterapia del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva

En cuanto a los tratamientos farmacológicos, existen pocos hallazgos de investigación hasta ahora. La poca investigación que se ha llevado a cabo proporciona evidencia preliminar de la eficacia de la carbamazepina y la fluvoxamina para reducir los rasgos de este trastorno, y del citalopram en personas que también presentan síntomas depresivos. (Diedrich & Voderholzer, 2015).



Conclusiones

Existen pocos estudios de alta calidad que abarquen el tratamiento farmacológico de la mayoría de los trastornos de personalidad.

La farmacoterapia más estudiada ha sido en el trastorno de la personalidad límite, en la cual se recomienda priorizar el tratamiento psicológico.

En general, en caso de considerarse un beneficio con la farmacoterapia, la recomendación es ofrecer los fármacos adecuados según la sintomatología predominante. Asimismo, se puede ofrecer tratamiento para los trastornos comórbidos.

Si bien existe evidencia débil de eficacia de ciertos tipos de fármacos en el tratamiento de determinada sintomatología, se debe tomar en cuenta los efectos secundarios y las preferencias del paciente. También se debe tener cautela al utilizar este tipo de terapia, ya que es necesario replicar o ampliar los estudios acerca de la eficacia de los fármacos en estos trastornos.

Referencias bibliográficas

1. Asociación Americana de Psiquiatría - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Editorial Médica Panamericana.
2. Bateman, A., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, 385, 735-743.
3. Black, D. (2021). A clinical approach to pharmacotherapy for personality disorders: Evidence is limited, but these principles and strategies can help guide prescribing. *Current Psychiatry*, 20(4), 26.
4. Boland, R., Verduin, M. & Ruiz, P. (Eds.). (2022). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry* (12.a ed.). Wolters Kluwer.
5. Brown, D., Larkin, F., Sengupta, S., Romero-Ureclay, J. L., Ross, C. C., Gupta, N., Vinestock, M. & Das, M. (2014). Clozapine: an effective treatment for seriously violent and psychopathic men with antisocial personality disorder in a UK high-security hospital. *CNS Spectrums*, 19(5), 391-402.
6. Caligor, E., Levy, K. N. & Yeomans, F. E. (2015). Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic and Clinical Challenges. *American Journal of Psychiatry*, 172(5), 415-422.
7. Chen, K. S., Dwivedi, Y. & Shelton, R. C. (2022). The effect of IV ketamine in patients with major depressive disorder and elevated features of borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 315, 13-16.



8. Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. A. & Unruh, B. T. (2017). What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 4(1), 21-30.
9. Diedrich, A. & Voderholzer, U. (2015). Obsessive–Compulsive Personality Disorder: a Current Review. *Current Psychiatry Reports*, 17(2).
10. D’Silva, K., Chadwick, K., Egleston, P., Milton, J., Ferriter, M., & Abdelrazek, T. (2013). Pharmacotherapy for personality disorder-Prescribing practice at a high secure hospital: A preliminary report. *Personality and Mental Health*, 7(1), 22-27.
11. Gartlehner, G., Crotty, K., Kennedy, S., Edlund, M. J., Ali, R., Siddiqui, M., Fortman, R., Wines, R., Persad, E. & Viswanathan, M. (2021). Pharmacological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *CNS Drugs*, 35(10), 1053-1067.
12. Jakobsen, K., Skyum, E., Hashemi, N., Schjerning, O., Fink-Jensen, A. & Nielsen, J. (2017). Antipsychotic treatment of schizotypy and schizotypal personality disorder: a systematic review. *J Psychopharmacol*, 31(4), 397-405.
13. Koch, J., Modesitt, T., Palmer, M., Ward, S., Martin, B., Wyatt, R. & Thomas, C. (2016). Review of pharmacologic treatment in cluster A personality disorders. *Mental Health Clinician*, 6(2), 75-81.
14. Lampe, L. & Malhi, G. (2018). Avoidant personality disorder: current insights. *Psychology Research and Behavior Management*, 11, 55-66.
15. Lieter, M., Cuevas, I., & Prieto, M. (2021). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: A review. *European Psychiatry*, 64(S1), S439.
16. Miyazaki, M., Simeon, D. & Hollander, E. (2017). *Treatment of Personality Disorders. En The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychopharmacology* (5.a ed.). American Psychiatric Association Publishing.
17. Starcevic, V., & Janca, A. (2018). Pharmacotherapy of borderline personality disorder: Replacing confusion with prudent pragmatism. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(1), 69-73.
18. Stoffers, J., & Lieb, K. (2015). Pharmacotherapy for Borderline



Personality Disorder—Current Evidence and Recent Trends. *Current Psychiatry Reports*, 17(1), 534.

19. Trull, T., & Widiger, T. (2013). Dimensional models of personality: the five-factor model and the DSM-5. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15, 135-146.
20. Turner, B. J., Austin, S. B. & Chapman, A. L. (2014). Treating Nonsuicidal Self-Injury: A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Interventions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 576-585.



PROCESO DE ENFERMERÍA BASADO EN EL MODELO PSICODINÁMICO DE HILDEGARD PEPLAU, A UNA USUARIA CON DIAGNÓSTICO DE RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL DURANTE EL 2022.

NURSING PROCESS BASED ON HILDEGARD PEPLAU'S PSYCHODINAMIC MODEL FOR A PATIENT DIAGNOSED WITH RISK OF SUICIDAL BEHAVIOR AT THE NATIONAL MENTAL HEALTH HOSPITAL DURING 2022.



Julieta Rodríguez Ramírez*

CASO CLÍNICO

RESUMEN

El suicidio es un problema de salud pública significativo, a menudo descuidado y rodeado de estigmas. Este artículo presenta el caso clínico de una persona usuaria con diagnóstico de enfermería de Riesgo de Conducta Suicida utilizando el Proceso de Enfermería y basado en el Modelo Psicodinámico de Hildegard Peplau, se desarrolló una relación interpersonal de ayuda entre enfermera-persona usuaria, lo que permitió una atención personalizada y de alta calidad. El análisis incluyó las etapas de valoración, diagnóstico, identificación de resultados, planificación e intervención y evaluación. Los objetivos terapéuticos fueron alcanzados, evidenciando una mejoría en la condición de salud de la persona-usuaria, quien recuperó su equilibrio emocional. Este caso destaca la importancia de una relación empática, auténtica y respetuosa en la práctica de la enfermería.

ABSTRACT

Suicide is a major public health problem, often neglected and surrounded by stigma. This article presents the clinical case of a patient diagnosed with risk for suicide, ineffective coping, and situational low self-esteem. Utilizing the Nursing Process based on Hildegard Peplau's Psychodynamic Model, an interpersonal helping relationship was developed between the nurse and the patient, allowing for individualized and high-quality care. The analysis included the stages of assessment, diagnosis, outcome identification, planning and intervention, and evaluation. Therapeutic goals were achieved, demonstrating an improvement in the patient's condition, who regained emotional balance. This case highlights the importance of an empathetic, authentic, and respectful relationship in nursing practice.

Keyword:

Psychodynamic Model, Interpersonal Helping Relationship, Nursing, Suicide behavior

MSc. Julieta Rodríguez Ramírez. Enfermera de Salud Mental y Psiquiatría, Máster en Psicología Empresarial, Especialista en Comunicación Política. Programa de Intervención Breve. Hospital Nacional de Salud Mental. E mail: jarodrig@ccss.sa.cr



Introducción

El suicidio es un problema de salud pública importante, pero a menudo descuidado, rodeado de estigmas, mitos y tabúes. Cada caso de suicidio es una tragedia que afecta gravemente a los individuos, a las familias y comunidades. Según la Organización Mundial de la Salud “...cada año, más de 703.000 personas se quitan la vida tras numerosos intentos de suicidio, lo que corresponde a una muerte cada 40 segundos” **(1)**.

Para este análisis de caso clínico se utilizará el Proceso de Enfermería que se define como un método sistemático, ya que es secuencial, cíclico, y controlado con el objetivo de administrar el cuidado de enfermería; debe considerarse de vital importancia por ser uno de los más importantes sustentos metodológicos en el reconocimiento de enfermería como disciplina. El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial.

Desde que la *American Nurse Association* en 1973 publicó los estándares para el proceso, cobró importancia la aplicación del método científico en la práctica asistencial, convirtiéndose en la herramienta para desarrollar las actividades propias de enfermería, actividades enfocadas en su objeto de estudio, el cuidado **(2)**. Por otro lado, el modelo teórico aplicado fue el

Psicodinámico de Hildegart Peplau (1990), quien desarrolla su Modelo de Relación Interpersonal de Ayuda (R.I.A), describiendo cuatro fases en la relación enfermera-paciente, esto significa que mientras el proceso de enfermería se desarrolla como herramienta que permite al profesional brindar una atención individualizada, integral y de alta calidad a la usuaria, las intervenciones siguen las etapas del modelo de Peplau.

El siguiente caso clínico corresponde a una usuaria que presentó los diagnósticos NANDA-I de acuerdo con la Clasificación 2021-2023: Riesgo de Conducta Suicida, Afrontamiento ineficaz y Baja autoestima situacional. Llamaremos a la paciente identificada como Gloria, y que es atendida en la Consulta de Enfermería Salud Mental del Programa de Intervención Breve (P.I.B) del Hospital Nacional de Salud Mental en el año 2022.

Presentación Caso Clínico:

Femenina, 41 años de nacionalidad colombiana, quien vive en la provincia de Heredia, Costa Rica. Es soltera, convive con hijo de 14 años; labora como coordinadora en importaciones y exportaciones en una transnacional, tiene estudios universitarios completos, es cristiana evangélica. Su red de apoyo se restringe a su hijo y el novio actual. Antecedentes Patológicos Personales: Antecedentes médicos:



no refiere. Antecedentes quirúrgicos: colecistectomizada, hace como 5 años aproximadamente. Traumas: refiere trauma craneo encefálico durante la infancia, al caerse de un segundo piso, además, la madre le golpeaba la cabeza contra la pared como una forma de castigo. Antecedentes psiquiátricos: niega internamientos. Actualmente toma el siguiente tratamiento medicamentoso: Venlafaxina 225 mg am, Clonazepam 1 mg H.S, Levomepromazina 12.5mg H.S, Epival suspendido hace 1 mes. Antecedentes Personales No Patológicos: Presenta alergias a medicamentos: Codeína, Valproato. No consumidora de sustancias alcohólicas o adictivas. Antecedentes Sociales de Violencia Intrafamiliar: Presenta antecedentes de abuso físico y psicológico por parte de madre cuando era niña. Estuvo 1 año desempleada viviendo de la liquidación y pensión del hijo. La usuaria fue referida al servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paul, por un intento de autoeliminación, al consumir un importante número de pastillas de Clonazepan el 6 julio del 2022. La misma refirió presentar problemas económicos debido a desempleo por más de 1 año, lo que le ocasionó limitaciones con los gastos del carro, el estilo de vida, manutención del colegio del hijo y deudas con los bancos (tarjetas, préstamos). Se muestra ambivalente con respecto a la ideación suicida, pero se encuentra permeable a la intervención; se le ajustó

tratamiento y fue atendida por la enfermera del Programa de Intervención Breve (PIB) para manejo ambulatorio. El Diagnóstico médico: Episodio depresivo moderado + intento de autoeliminación mediante consumo de medicamentos.

Discusión:

Etapa de Valoración:

La etapa de valoración tuvo como base el historial de enfermería de Patrones Funcionales (Marjory Gordon) en el que se identificó como puede verse en la **tabla 1**, los patrones de sueño-descanso, cognitivo-perceptivo, auto perceptivo y adaptación-tolerancia al estrés alterados. El patrón de rol-relaciones se identificó en riesgo.

Tabla #1
Valoración según los Patrones Funcionales de Marjory Gordon

PATRONES FUNCIONALES	CONDICIÓN DEL PATRÓN	OBSERVACIONES
1. PATRÓN PERCEPCIÓN / MANTENIMIENTO DE LA SALUD:	SIN ALTERACIÓN	Es consciente de su trastorno depresivo, de requerir tratamiento farmacológico y de su I.A.E
2. PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO	SIN ALTERACIÓN	Refiere comer como siempre.
3. PATRÓN ELIMINACIÓN	SIN ALTERACIÓN	No menciona molestias.



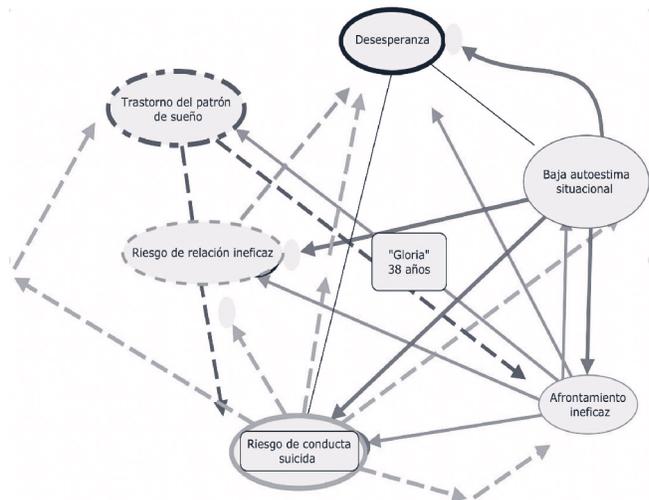
4. PATRÓN DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO	SIN ALTERACION	No refiere alteraciones.
5.PATRÓN SUEÑO Y DESCANSO	ALTERADO	Patrón de sueño irregular y superficial. Dificultad de conciliación y mantenimiento Fase REM.
6.PATRÓN COGNITIVO / PERCEPTIVO:	ALTERADO	Pensamientos intrusivos ansiosos e ideas de muerte ambivalentes.
7.PATRÓN AUTOPERCEPC.	ALTERADO	Sentimientos de baja autoestima, frustración, culpabilidad e impotencia.
8. PATRÓN ROL/ RELACIONES:	RIESGO DE ALTERACIÓN	Preocupación por parte de su novio y preocupación de no haber podido hablar sobre su IAE con su hijo adolescente
9.PATRÓN SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN	SIN ALTERACIÓN	Pareja estable.
10. PATRÓN ADAPTACIÓN / TOLERANCIA AL ESTRÉS:	ALTERADO	Su crisis actual está relacionada con preocupaciones exacerbadas y estrés relacionado con problemas económicos por desempleo que se dio por más de 1 año.
11.PATRÓN VALORES/ CREENCIAS:	SIN ALTERACIÓN	Paciente evangélica practicante.

Fuente: Elaboración propia, 2022. A partir de los datos recolectados del historial de enfermería.

Etapa de Diagnóstico:

De acuerdo con la Clasificación de Diagnósticos de NANDA-I 2021-2023 (3) los siguientes diagnósticos: trastorno del patrón de sueño, riesgo de relación ineficaz, desesperanza, baja autoestima situacional, afrontamiento ineficaz y riesgo de conducta suicida, como puede verse en **figura 1**.

Figura # 1
Red de razonamiento lógico de Gloria



Fuente: Elaboración propia, 2022. A partir de los datos recolectados del historial de enfermería.

Todos estos con variadas características definitorias y factores relacionados. Por lo anterior se realizó el Análisis de Resultados del Estado Actual (AREA), luego de lo cual se procedió a identificar el diagnóstico prioritario a través de la **tabla 2** en la que se identificó al diagnóstico de Riesgo de Conducta Suicida, ya que como puede notarse corresponde al diagnóstico con mayor número de conexiones con las otras etiquetas diagnósticas.



Tabla #2.
Priorización de etiquetas diagnósticas NANDA según entradas y salidas de análisis AREA

Etiqueta diagnóstica	Entradas	Salidas	Totales
DESPERANZA [00124]	4	2	6
BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL [00120]	3	4	7
AFRONTAMIENTO INEFICAZ [00069]	3	5	8
RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA [00289]	4	5	9
RIESGO DE RELACIÓN INEFICAZ [00229]	3	1	4
TRASTORNO DEL PATRÓN DE SUEÑO [00198]	2	2	4

Fuente: Elaboración propia, 2022. A partir de los datos recolectados del historial de enfermería.

Etapa de Identificación de Resultados.

Basados en la Clasificación de Resultados por sus siglas en inglés NOC (4), se establecieron los siguientes NOC: 1408 Autocontrol del impulso suicida, con los siguientes indicadores: 140801. Expresa sentimientos, 140804. Verbaliza ideas de suicidio, si existen. 140805. Verbaliza control de impulsos. La escala utilizada tuvo un rango de 1: nunca demostrado, 2. Raramente demostrado, 3. A veces demostrado, 4. Frecuentemente demostrado y 5. siempre demostrado (Véase tabla 3).

Tabla #3
Evaluación inicial y final del NOC: 1408-Autocontrol del impulso suicida

Dx: 00289-RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA R/C POBRE CONTROL DE IMPULSOS, VULNERABILIDAD DE LA PERSONA E INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN PREVIO.							
NOC: 1408-Autocontrol del impulso suicida							
Indicadores	1	2	3	4	5	Punt Diana	Final
140801 Expresa sentimientos 1-Nun /2-Ra / 3-A ve /4-Fre /5-Siem: <i>Demostrado</i>		2			5	5	5
140804 Verbaliza ideas de suicidio, si existen 1-Nun /2-Ra / 3-A ve /4-Fre /5-Siem: <i>Demostrado</i>			3	4		5	4
140805 Verbaliza control de impulsos 1-Nun /2-Ra / 3-A ve /4-Fre /5-Siem: <i>Demostrado</i>	1			4		5	4

Fuente: Elaboración propia, 2022. A partir de los datos recolectados del historial de enfermería.

Nota: números en rojo valoración inicial y números en verde valoración final.



El segundo NOC fue el código 1205. Autoestima con los siguientes indicadores: 120501. Verbalizaciones de autoaceptación. 120502. Aceptación de las propias limitaciones y 120519. Sentimientos sobre su propia persona.

Etapa de Planeación e Intervención

El trabajo de enfermería en estas dos etapas tuvo como base la Clasificación de Intervenciones de Enfermería por sus siglas en inglés NIC (5). Acá las NIC que se utilizaron fueron: NIC: 5230. Aumentar el Afrontamiento, con las siguientes actividades: valorar y discutir las alternativas a la situación, tratar de comprender la perspectiva de la usuaria sobre la situación estresante, ayudar a la usuaria a identificar estrategias positivas para afrontar adecuadamente sus limitaciones y manejar su estilo de vida, ayudar a la usuaria a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento y alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. NIC: 5400. Potenciación de la Autoestima con las siguientes actividades: ayudar a la usuaria a encontrar la autoaceptación, ayudar a establecer objetivos realistas para aumentar la autoestima, animar a la usuaria a evaluar su propia conducta y reafirmar los puntos fuertes personales que identifique la usuaria.

Etapa de evaluación.

Puede verse en la **tabla 4** la diferencia entre la primera y segunda valoración realizada, evidenciando la mejoría de su

condición. Lo que a su vez se relaciona con intervenciones enfermeras consistentes y apropiadas.

Tabla #4
Evaluación inicial y final del NOC:
1302-Afrontamiento de problemas

Dx: 00069- AFRONTAMIENTO INEFICAZ R/C POBRES MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO M/P Expresa frustración. Expresa impotencia. Percepción de fracaso. Informa desesperanza. Informa tristeza. Ideas pasivas de muerte. Pérdida de la independencia económica. Pobre control de impulsos.							
NOC: 1302-Afrontamiento de problemas:							
Indicadores	1	2	3	4	5	Pun Diana	Final
130203 Verbaliza sensación de control 1-Nun /2-Ra / 3-A ve /4-Fre /5-Siem: Demostrado	1			4		5	4
130205 Verbaliza aceptación de la situación 1-Nun /2-Ra / 3-A ve /4-Fre /5-Siem: Demostrado	1				4	5	4
130212 Utiliza estrategias de superación efectivas 1-Nun /2-Ra / 3-A ve /4-Fre /5-Siem: Demostrado	1				4	5	4

Fuente: Elaboración propia, 2022. A partir de los datos recolectados del historial de enfermería.

Nota: números en rojo valoración inicial y números en verde valoración final.



En la última etapa del proceso se evidenció: “estabilidad emocional, tranquilidad, mejor estilo de vida, mejor conciencia de sí misma, adecuada toma de decisiones, actitud positiva, mejor introspección, más empoderada...” La persona usuaria: pudo “Identificar estrategias positivas para afrontar adecuadamente sus limitaciones y su nuevo estilo de vida, esto ayudó a la usuaria a aumentar su afrontamiento”. “Usuaria emocionalmente estable en condiciones de alta de enfermería de salud mental. Realizó excelente su última tarea de introspección relacionada con su FODA emocional.” (EDUS, 23, noviembre, 2023). Además, logró expresar sus sentimientos con sus seres queridos: “usuaria refiere que su hijo le expresó sus temores y ambos se abrieron emocionalmente, doña Gloria refiere que ambos lloraron mucho y ella le prometió que «nunca lo volvería hacer « y que sacarían más tiempo de calidad para compartir...» “Usuaria refiere patrón de sueño estable y adecuado apego al tratamiento. Al corte no refiere ideación suicida, no plan estructurado, no intenciones homicidas, no trastorno sensorio-perceptivo, no agitación psicomotriz. se le hace referencia al Equipo Interdisciplinario de Salud Mental del Hospital de Heredia.” (EDUS, 2, noviembre, 2022).

Conclusión

El Modelo Psicodinámico permitió estructurar el proceso de enfermería de manera sistemática. Este modelo organiza y alinea tanto las etapas del proceso de enfermería como las de la Relación Interpersonal de Ayuda entre enfermera y la persona usuaria. Al tomar en cuenta los temores, inquietudes y necesidades de ambas partes, se logra una nueva construcción relacional. Esto se evidencia en que los objetivos terapéuticos fueron alcanzados para beneficio de la persona usuaria y respondieron al diagnóstico enfermero. El profesional de enfermería, al establecer una relación de ayuda, debe considerar las particularidades de cada persona. Cada vivencia es única y debe ser respetada y validada. La Relación Interpersonal de Ayuda establecida por Pepleau debe ser empática, auténtica, cálida y respetuosa para que la persona usuaria pueda alcanzar verdaderamente los objetivos planteados y recuperar su equilibrio emocional. El establecimiento de los NOC y NIC guiaron el proceso de inicio a fin, permitiendo la consecución de los objetivos terapéuticos y con ello la mejoría de la condición de salud de Gloria.



Referencias Bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud (2024, 07 abril). *Prevención del suicidio*. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
2. Gutiérrez Lesmes, O. A., Torres, C. A., & Loba Rodríguez, N. J. (2018). Factores relacionados con la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Colombia. *Revista CUIDARTE*, 9(1), 2007-2016. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.480>.
3. NANDA Internacional. (2020). *Diagnósticos de enfermería NANDA 2021-2023* (1.ª ed.). Elsevier.
4. Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M. (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. Elsevier.
5. Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., & Wagner, C. (2018). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Elsevier



YO TAMBIÉN TENGO DERECHO A VIVIR



Georgina Priscila Castañeda Molina*

POEMA

Mi longevidad no me quita pasión.
Mi memoria conserva historias, y mi cuerpo refleja experiencias.
Mi edad no es solo un número, también es sabiduría.
Mis canas son lienzos por pintar.
Mi semilla no se ha apagado, no me quites el derecho a disfrutar.
También merezco seguir construyendo; Quiero que respetes mis ganas de vivir.
Mi independencia significa libertad.
Hablan de salud mental, pero el encierro y el regaño no me la darán.
Dicen que respetan, pero subestiman mis capacidades.
Sigo siendo una persona llena de vida, aunque piensen lo contrario.
Tengo más historias que años.
Mi cuerpo sigue luchando.
Mi corazón sigue bailando.
Mi boca, aunque caída sigue sonriendo.
Mis ojos al cerrarse siguen soñando.
Mi piel tiene un brillo especial.
Mis manos todavía ansían recorrer más caminos.
Soy un ciudadano de oro y merezco ser escuchado.
Anhelo que mis derechos sean respetados.
Quiero seguir aprendiendo, aconsejando y aportando para un país mejor.
Pues pese al paso de mis años, yo también tengo derecho a vivir dignamente.



* Estudiante de Licenciatura en Orientación, de la Universidad de Costa Rica y del TC-505 Estrategias para la promoción de la salud mental desde un enfoque de derechos humanos de la Universidad de Costa Rica, 2024. Email. georgina.castaneda@ucr.ac.cr



**REVISTA CÚPULA DEL
HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL “MANUEL ANTONIO CHAPUI”
SAN JOSÉ, COSTA RICA A.C.**



NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

1. La Revista Cúpula del Hospital Nacional de Salud Mental “Manuel Antonio Chapuí”, es una publicación periódica semestral cuya temática está orientada al campo de la Salud Mental, Psiquiatría y Áreas Afines.
2. En casos especiales, podrán publicarse números extraordinarios que se designarán como edición especial.
3. Es una publicación electrónica de acceso libre, con enlace de acceso el sitio web de la Biblioteca Médica del Hospital Nacional de Salud Mental. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupulanueva.php>
4. Los artículos y/o escritos a publicar son: Artículos de investigación, Casos Clínicos, Revisiones bibliográficas, Ensayos, Sección Literaria, Reseñas de Libros, Entrevistas y Notas al Editor.
5. El artículo debe ser original e inédito, se debe enviar una copia del manuscrito en formato Word, con letra arial tamaño 12 a espacio sencillo, justificación completa y en dos columnas. Junto con el artículo debe enviar la carta ética de presentación y solicitud de publicación del artículo con la (s) firma (as) respectivas del autor o autores.
6. Los artículos se deberán enviar o entregar a la siguiente dirección: Comité Editorial “**Revista Cúpula**”. Biblioteca Médica Dr. Gonzalo González Murillo Hospital Nacional de Salud Mental, Pavas. Teléfono. 2242-6300 / ext. 2347. Correo electrónico: [**bmpsiquiatrico2304@gmail.com**](mailto:bmpsiquiatrico2304@gmail.com)
7. El manuscrito del artículo tendrá el siguiente formato de contenido: un título, autor (es) incluir las calidades: lugar de trabajo, profesión y correo electrónico para contacto, resumen en idiomas español e inglés, introducción, desarrollo, conclusiones y referencias bibliográficas. Los trabajos de investigación deben incluir los apartados de: materiales y métodos, resultados, discusión, agradecimientos, anexos, cuadros y figuras. Se tienen disponibles plantillas en Word para la transcripción del artículo, según el tipo de escrito. Las mismas se pueden solicitar Correo electrónico: [**bmpsiquiatrico2304@gmail.com**](mailto:bmpsiquiatrico2304@gmail.com)



8. Los artículos sobre estudios de investigación deben realizarse según las regulaciones éticas establecidas y contar con el visto bueno del Comité de Bioética del Centro de Trabajo donde se realizó la investigación.
9. Los escritos deben respetar el derecho a la privacidad de las personas con trastorno mental; no se deben utilizar descripciones, fotografías y otros detalles que contribuyan a su identificación salvo autorización de este, sus padres o tutor.
10. Las referencias se citan dentro del texto de forma cronológica, por apellido y año, separándolas entre sí por punto y coma, ejemplo (Obileke et al., 2021; Palanisamy et al., 2019; Santoro et al., 2017). Utiliza el formato APA 7ª edición y, de ser posible, citar sólo artículos científicos (en caso de ser absolutamente necesario, puedes citar libros académicos, tesis o sitios web oficiales).
11. La longitud del manuscrito no sobrepasará la cantidad de 20 páginas.
12. Las opiniones emitidas en los trabajos que se publican son de responsabilidad exclusiva del autor (a) o autores (as)
13. Esta revista evalúa cada manuscrito usando un proceso de revisión de pares “doble ciego”. Después de una valoración preliminar del Comité Editorial, los manuscritos serán enviados a un mínimo de dos personas revisoras externas e independientes a la revista para valorar la calidad científica del envío, hasta por un máximo de dos oportunidades de revisión. El Consejo Editorial será la instancia responsable de la decisión definitiva de aceptar o rechazar la publicación de los artículos.
14. Sólo se recibirán aquellos artículos que cumplan con el formato y la temática indicados. Los artículos que no cumplan con los criterios de pertinencia temática, formales y de documentación serán devueltos y podrán ser corregidos y vueltos a presentar en un plazo máximo de 15 días hábiles.
15. Se notificará a la persona autora por medio escrito del resultado de la evaluación. Las personas dictaminadoras podrán emitir uno de los siguientes criterios: 1) aceptado sin modificaciones, 2) aceptado con modificaciones y 3) no aceptado.
16. Todos los artículos aceptados para publicarse pasan a ser propiedad de la Revista Cúpula. No se devolverá el manuscrito al autor (es), quien debe guardar copia de su trabajo, el Comité Editor no se hace responsable de daños o pérdidas del mismo.
17. Por cada artículo que se publique, el autor (es) recibirá (n) una copia del artículo en formato digital y se enviará al correo indicado por el autor.



[WWW.CCSS.SA.CR](http://www.ccss.sa.cr)