

Cúpula

Revista

Vol. 39, Nº2, Año 2025

Publicación Oficial del Hospital Nacional de Salud Mental

Nº 2



San José, Costa Rica



www.ccss.sa.cr



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL

REVISTA CÚPULA

Julio – Diciembre
Vol. 39, N°2 Año 2025



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.39 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

Antonio Sanabria Quirós	6
-------------------------------	---

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

Nuevos fármacos en psiquiatría Manrique Sauma Montes de Oca	9
Psicofarmacología en el embarazo y la lactancia Andrés Porras Ramírez	15
Psicofarmacología en trastornos de conducta alimentaria: enfoques actuales - Psychopharmacology in eating disorders: current approaches Laura Vanessa Bermúdez Durán	20
Revisión bibliográfica: intervenciones en pacientes con riesgo de suicidio, abordaje farmacológico y consideraciones especiales Mariana Navarro Campos	27
Terapias emergentes en farmacología: revisión clínica de la psilocibina, dmt, ketamina y mdma - Emerging therapies in psychiatric pharmacology: a clinical review of psilocybin, dmt, ketamine, and mdma Allan González Hidalgo, Jose David Quiros Arias	32
Tratamiento del insomnio: uso racional de hipnóticos y alternativas seguras Treatment of insomnia: rational use of hypnotics and safe alternatives María Chavarría Elizondo	39

ENSAYO

Adulthood, rights and well-being: learnings from community practice Odette Nieto Alvarado	44
--	----

POEMA

Cuando el cuerpo recuerda Jorge Andrés Santamaría Castro	48
---	----

REFLEXIONES

Sanar con la voz y el corazón: una vivencia desde la promoción de la salud mental Raquel Mora Agüero	49
Vínculos que transforman: reflexiones sobre la adultez mayor María Fernanda Retana Rodríguez	52



EDITORIAL



Para comprender la importancia de la psicofarmacología en la psiquiatría, es indispensable conocer la historia de esta especialidad médica, cuya evolución dista mucho de la disciplina que conocemos hoy en día.

Desde las civilizaciones antiguas existían concepciones rudimentarias sobre los trastornos mentales —en Grecia, la India y China— a menudo mezcladas con mitos y creencias religiosas o sobrenaturales. Sin embargo, entre los siglos V y IV a.C., Hipócrates, y posteriormente Galeno, postularon una posible base física (humoral) de los desórdenes mentales, alejándose de las explicaciones mágicas predominantes. Aquella visión naturalista se mantuvo por siglos, pero en el Imperio romano fue diluyéndose al mezclarse con creencias populares. Aunque persistían las ideas galénicas, no hubo mayores avances en la comprensión de las causas de la enfermedad mental. Con el tiempo, durante la Edad Media, surgiría la visión escolástica en la medicina.

Tras la caída del Imperio romano (476 d.C.) y el ascenso del cristianismo como pensamiento predominante, el concepto de enfermedad se transformó: muchas dolencias se consideraban castigos divinos, pruebas espirituales o consecuencias del pecado. A partir del siglo XI, con el renacimiento intelectual europeo, la práctica médica

quedó subordinada a la teología escolástica, que priorizaba la salvación del alma sobre la curación del cuerpo. La observación clínica hipocrática fue reemplazada por una observación moral y espiritual, dando lugar a interpretaciones de los trastornos mentales como influencias del mal o posesiones demoníacas. El dominio de la fe sobre la razón generó sufrimiento durante siglos, sumado a creencias supersticiosas que retrasaron el avance científico.

En el siglo XVIII surgió el movimiento de la “terapia moral”, que promovía un trato más humano hacia las personas con enfermedad mental y buscaba eliminar prácticas como el encadenamiento en los manicomios. Philippe Pinel, en Francia, fue la figura emblemática de este cambio: enfatizó la observación clínica, la relación médico-paciente y la clasificación de las enfermedades. Su discípulo Jean-Étienne Dominique Esquirol contribuyó al desarrollo de la psiquiatría clínica con una clasificación sistemática de los trastornos mentales y la difusión del modelo clínico-asistencial moderno.

Durante el siglo XIX, la psiquiatría se sistematizó en escuelas médicas y hospitales, con clasificaciones basadas en síntomas, curso y pronóstico, sentando las bases para los sistemas modernos de diagnóstico. Emil Kraepelin fue una figura clave: sus descripciones clínicas permitieron definir entidades como la esquizofrenia y



otros trastornos que aún estructuran las clasificaciones actuales (CIE-10, DSM-5).

Ya en el siglo XX, la integración biológica, el conocimiento neurocientífico y la psicofarmacología marcaron un punto de inflexión. La década de 1950 dio inicio a una revolución farmacológica que transformó una psiquiatría institucional y psicodinámica en una disciplina biológica, clínica y terapéutica. El descubrimiento de antipsicóticos, antidepresivos y estabilizadores del ánimo permitió reducir las estancias hospitalarias y facilitar la reintegración social de los pacientes, manteniendo siempre un enfoque humanista dentro de un modelo biopsicosocial integrador.

En el contexto costarricense, según un artículo de la Dra. Oliva Brenes Antonini (2003), el Hospital Nacional de Salud Mental “Presbítero Manuel Antonio Chapuí y Torres” fue inaugurado el 4 de mayo de 1890 con el nombre de “Asilo de Locos de San José”. Aunque inicialmente tuvo un carácter reclusorio, buscaba brindar mejor calidad de vida a quienes padecían enfermedades mentales. Posteriormente, con la intervención del Dr. Carlos Durán, se crearon leyes que permitieron establecer un “Hospital de Insanos” (1920–1950), para que contara con recursos económicos propios. Con el paso de los años, el hospital se modernizó y se convirtió en el pilar docente que es hoy.

De acuerdo con un documento histórico del Posgrado en Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica (PPEM), la labor docente

en el hospital precedió a la creación de la Escuela de Medicina de la UCR. Ya en la década de 1950, el Dr. Fernando Quirós Madrigal impartía clases de psiquiatría y salud mental al personal de enfermería y médicos generales de los hospitales Central y San Juan de Dios, sin seguir aún un programa formal. El 1 de julio de 1963, el Dr. Álvaro Gallegos Chacón inició el Posgrado en Psiquiatría, estableciendo así la primera residencia médica en esta especialidad en el país. Con el tiempo, el plan de estudios se modernizó conforme a las tendencias internacionales.

La creación y modernización del Hospital Nacional de Salud Mental “Manuel Antonio Chapuí y Torres” (otrora Hospital Nacional Psiquiátrico), junto con la residencia en psiquiatría impulsada por eminentes profesionales formados en el extranjero, como el Dr. Gallegos, permitió fusionar la evolución científica internacional con los programas académicos nacionales. Dentro de ese marco surge el curso de Psicofarmacología Sistémica, del cual no se tiene registro exacto de su inicio, pero puedo dar fe de que, al comenzar mi residencia en 1997, era impartido por el Dr. Carlos Zoch Zannini. Este curso contaba con una sólida estructura académica y un nivel científico excepcional. El Dr. Zoch supo evidenciar la estrecha relación entre la psicofarmacología y las neurociencias, disciplinas que crecieron de la mano y se volvieron inseparables. Años después, tuve el privilegio de asumir la coordinación del curso de Psicofarmacología Sistémica, alrededor del año 2008, función



que sigo desempeñando con el apoyo de un destacado grupo docente. Han sido múltiples generaciones de residentes que han pasado por este curso, mostrando siempre gran interés por la psicofarmacología y enriqueciendo sus contenidos con investigaciones y tesis que han contribuido a su actualización continua.

Este curso, de carácter anual, precede a la asignatura de Psicofarmacología Clínica, que se imparte en grados superiores. En el primer semestre se abordan los fundamentos neurocientíficos y neuropsicofarmacológicos, y en el segundo, el manejo clínico psicofarmacológico de los trastornos mentales.

Desde hace algunos años, los residentes que cursan la segunda parte del programa elaboran artículos de revisión sobre distintos temas tratados en clase, con el objetivo de subrayar su relevancia clínica y aportar conocimiento actualizado contextualizado al entorno nacional e internacional. Estos trabajos han alcanzado tal calidad que han sido publicados en la Revista Cúpula, contribuyendo al desarrollo académico, la formación investigativa y el crecimiento intelectual de los residentes.

En esta edición especial, Cúpula ofrece nuevamente un espacio para que nuestros médicos en formación compartan sus logros académicos y su compromiso profesional. Contaremos con una cátedra digital de psicofarmacología clínica, dictada por varios de nuestros residentes, que evidencia el nivel

alcanzado por la neuropsicofarmacología dentro de la psiquiatría costarricense.

En sus artículos se exploran temas de alto valor clínico, como el uso racional de psicofármacos en poblaciones especiales (embarazo y lactancia), la intervención temprana en el riesgo suicida, los trastornos de la conducta alimentaria, el manejo del insomnio, así como terapias emergentes y líneas de investigación en desarrollo.

Al mirar hacia atrás, comprendemos que el camino recorrido ha sido intenso, arduo y transformador. Quienes lo han transitado lo han hecho movidos por la pasión, el humanismo y la búsqueda constante de ofrecer los mejores resultados con el menor riesgo posible.

Deseo expresar mi profundo agradecimiento al Comité Editorial de la Revista Cúpula y, en especial, a las licenciadas Silvia Navas y Rocío Pérez, por su valiosa colaboración en el crecimiento académico de tantas generaciones de estudiantes, no solo de psiquiatría sino de múltiples disciplinas. Que esta revista continúe creciendo, inspirando y visibilizando el trabajo de nuestros jóvenes investigadores.

Dr. Antonio Sanabria Quirós
Médico Psiquiatra del HNSM
Coordinador del curso de
Psicofarmacología sistémica
PPEM- UCR



NUEVOS FÁRMACOS EN PSIQUIATRÍA



Manrique Sauma Montes de Oca*

REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA

Resumen

En las últimas décadas, la psicofarmacología había mostrado pocos avances en comparación con otras áreas médicas, pero en los últimos diez años la FDA ha aprobado fármacos con mecanismos novedosos para la psiquiatría. Se realiza una revisión sobre la xanomelina/trospio, brexanolona, zuranolona, daridorexant y bupropion, los cuales son cinco moléculas aprobadas en los últimos años para el uso en psiquiatría. Estos fármacos representan un cambio importante al introducir nuevos mecanismos de acción a los tradicionalmente utilizados en el tratamiento psiquiátrico.

Palabras claves: Xanomelina/trospio, brexanolona, zuranolona, daridorexant, bupropion.

Abstract

In recent decades, psychopharmacology had shown little progress compared to other medical fields; however, in the last ten years, the FDA has approved drugs with novel mechanisms of action for psychiatry. This review covers xanomeline/trospium, brexanolone, zuranolone, daridorexant, and bupropion, which are five molecules approved in recent years for psychiatric use. These drugs represent a significant shift by introducing new mechanisms of action compared to those traditionally used in psychiatric treatment.

Keywords: Xanomeline trospium, brexanolone, zuranolone, daridorexant, bupropion.

*Médico General. Residente de Psiquiatría. UCR-CENDEISSS. Email. manriquesauma@gmail.com



Introducción

Tras la serendipia de la clorpromazina en 1950, en donde se descubrió por primera vez el bloqueo dopaminérgico y su función clínica en psiquiatría, el campo de la psicofarmacología tuvo un gran auge durante los años 60 y 70. Sin embargo, posteriormente hubo un estancamiento en general en este campo, en donde se realizaron ligeras variaciones de los mismos mecanismos de acción. Mientras que en oncología y en cardiopatías son frecuentes los hallazgos novedosos, en psiquiatría se siguen utilizando los mismos mecanismos de acción descubiertos hace más de medio siglo.

Durante los últimos años, esto ha ido cambiando, pues se ha tratado de innovar en el campo de la psicofarmacología, hasta el punto en que, en los últimos diez años, se han aprobado medicamentos con nuevos mecanismos de acción, desde la esketamina, hasta más recientemente el Cobenfy (xanomelina y cloruro de trospio). En el presente artículo se exponen algunos de los fármacos novedosos que han sido aprobado por la FDA para uso en psiquiatría en los últimos diez años.

Xanomelina y trospio

La xanomelina administrada con trospio (comercializada como Cobenfy) es un fármaco novedoso, único en su clase para el tratamiento de la esquizofrenia que fue aprobado por la FDA en el 2024 (FDA, 2024).

Su gran diferenciador es su mecanismo de acción distinto a los clásicamente utilizados en psicosis, pues combina la xanomelina, un agonista muscarínico, con trospio, un antagonista muscarínico periférico. (Hasan et Abid, 2024).

Previamente, la xanomelina ha sido investigada principalmente para la Enfermedad de Alzheimer, demostrando efectividad en la modulación de receptores muscarínicos en el cerebro, particularmente los M1 y M4, los cuales juegan un papel en la regulación de síntomas cognitivos y psicóticos. Por otro lado, el trospio, sirve como un antagonista periférico para reducir los efectos indeseados de la xanomelina a nivel sistémico sin comprometer la función a nivel central. (Hasan et Abid, 2024).

La aprobación de la FDA se basó principalmente en el estudio EMERGENT, particularmente su última fase, el EMERGENT-3 el cual fue un ensayo fase III, doble ciego, multicéntrico, controlado con placebo en donde se evaluó la eficacia de xanomelina-trospio contra placebo durante cinco semanas. Se utilizó el fármaco en pacientes de 18 centros de Estados Unidos y 12 centros de Ucrania entre el 2021 y el 2022 e incluyó a personas adultas entre los 18 y 65 años con diagnóstico de esquizofrenia basado en los criterios diagnósticos del DSM-V y confirmado por el MINI. Se tomó un PANSS basal y como criterio de inclusión, la puntuación total debía estar entre 80 y 120. Se excluyeron pacientes con algún



otro trastorno psiquiátrico primario distinto a esquizofrenia. Con esta población, de manera aleatoria, a un grupo se le brindó el fármaco a probar y el otro se trató con placebo (control). Los resultados fueron claramente favorables para la xanomelina, puntuando con mejoría en la escala PANSS a nivel global, positiva y negativa. (Kaul et al, 2024)

En general, el fármaco fue bien tolerado, llegando a presentar efectos adversos intolerables en tan solo un 0,8%. Dentro de sus efectos adversos más frecuentes están náuseas, vómitos, dispepsia, constipación, vómitos e hipertensión arterial; en menor medida, retención urinaria, aumento de frecuencia cardíaca y reducción de los movimientos gastrointestinales. Además, el fármaco carga con riesgo de daño hepático y está contraindicado en personas con disfunción hepática y también en insuficiencia renal moderada o severa. A pesar de estos riesgos, el Cobenfy presenta una gran ventaja sobre el tratamiento tradicional de la esquizofrenia, pues no presenta aumento de peso ni síntomas extrapiramidales. (Kaul et al, 2024)

Brexanolona

La brexanolona es una formulación parenteral de la alopregnanolona. La alopregnanolona es metabolito de la progesterona y un potente modulador alostérico positivo de los receptores GABA y sufre una caída abrupta de las concentraciones plasmáticas en el

postparto, lo que se ha visto que incrementa el riesgo de ansiedad y depresión. (Azhar Y et Din AU, 2023) La brexanolona es el primer fármaco aprobado por la FDA para el tratamiento de la depresión postparto. (FDA, 2019)

La brexanolona está indicada para la depresión postparto en adultos y requiere una administración restringida en un centro de atención médica y bajo estrecha supervisión. La brexanolona se administra en una infusión intravenosa continua durante un período de 60 horas, aproximadamente 2,5 días. Este medicamento tiene la particularidad con respecto a otros fármacos utilizados para tratar síntomas depresivos que tiene un inicio del efecto muy rápido, documentándose incluso una importante mejoría a las 12 horas de aplicado el medicamento. (Kanes et al, 2017)

En cuanto a los efectos adversos, los más comunes fueron mareo, presíncope, vértigo, sedación y somnolencia. Otros registrados fueron diarrea, xerostomía, dispepsia y flushing. La sedación excesiva es un efecto adverso que requiere atención particular y es por este motivo que requiere una monitorización continua y solo se debería administrar en un centro médico. (Kanes et al, 2017)

Zuranolona

La zuranolona fue el segundo fármaco aprobado por la FDA para el tratamiento de la depresión postparto y es un esteroide



neuroactivo que modula positivamente el receptor GABA. Su vía de administración es oral y se puede utilizar en monoterapia o en terapia combinada. Fue desarrollado como una mejora de la brexanolona, la cual se encuentra únicamente disponible en vía intravenosa, mientras que la zuranolona se puede administrar de manera oral una vez al día.

En un estudio aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, se observó que la zuranolona a una dosis de 50mg al día en depresión postparto mostró una reducción en la escala de depresión HAM-D comparado con placebo. Además, logró mayores tasas de remisión tras el tratamiento por 14 días, comparado con placebo.

Dentro de los efectos adversos descritos, destacan por frecuencia la somnolencia, mareas, diarrea y fatiga. Además, puede generar sedación excesiva y confusión.

Daridorexant

El daridorexant es un fármaco hipnótico aprobado para el tratamiento del insomnio por FDA. El mecanismo de acción es un antagonismo de los receptores de orexina. Al bloquear los receptores OX1R y OX2R, los cuales, al ser activados por los ligandos endógenos, orexina A y orexina B promueven la vigilia. La narcolepsia está asociada a una pérdida de neuronas orexígenas y es de ahí en donde nació el interés por esta molécula y el sueño. Al inhibirlos, se reduce la señal y facilita el inicio y mantenimiento del sueño,

sin efectos sedantes generalizados como las benzodiazepinas. (Jiang et al., 2023)

Dentro de las ventajas con respecto a otros hipnóticos, está que tiene un menor riesgo de dependencia y tolerancias, además de que no afecta la arquitectura del sueño. Dentro de sus efectos adversos más frecuentes se encuentra cefalea, fatiga, mareos, náuseas y somnolencia. (FDA, 2023)

Bupropion/dextrometorfano

Clásicamente, a nivel farmacológico, la depresión ha sido tratada con antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina y antidepresivos atípicos como el bupropion y mirtazapina. Sin embargo, es sabido que estos medicamentos requieren un tiempo en semanas antes de que inicie la respuesta al tratamiento. De ahí que se haya explorado otras opciones para el tratamiento de la depresión.

El dextrometorfano, tradicionalmente utilizado como antitusivo, ha mostrado un potencial efecto antidepresivo, teóricamente asociado a su antagonismo no competitivo sobre los receptores glutamatérgicos NMDA. En 2019, la FDA aprobó *Auvelity*, combinación de dextrometorfano y bupropion, La aprobación se basó en estudios clínicos que compararon la eficacia de la combinación frente al bupropion solo, encontrando una reducción significativamente mayor y más rápida en la



puntuación de la escala MADRS en el grupo tratado con la combinación. (McCarthy et al., 2023; Tabuteau et al., 2022).

En esta formulación, el bupropion inhibe el citocromo CYP2D6, responsable del metabolismo del dextrometorfano, potenciando así su acción. Los efectos adversos incluyen los compartidos con otros antidepresivos, como riesgo de viraje maniaco/hipomaniaco y aumento del riesgo suicida, especialmente en población infantojuvenil, así como convulsiones, hipertensión arterial, mareo, xerostomía, disminución del apetito y ansiedad. Está contraindicado en casos de trastornos convulsivos, bulimia o anorexia nerviosa, y en la interrupción brusca de alcohol, benzodiacepinas, barbitúricos o fármacos antiepilépticos, así como con el uso concomitante de IMAO (McCarthy et al., 2023; Tabuteau et al., 2022).

Conclusiones

Tras décadas de estancamiento en los mecanismos de acción, la psiquiatría está experimentando una etapa de innovación con fármacos aprobados por la FDA que introducen dianas terapéuticas distintas a las clásicas. Uno de estos medicamentos es la xanomelina en conjunto con trospio, un mecanismo novedoso para el tratamiento de la esquizofrenia, pues es el único en su clase y distinto a los dopaminérgicos clásicamente utilizados. La brexanolona y la zuranolona son los dos primeros

medicamentos aprobados por la FDA para la depresión postparto tiene la excepcionalidad en psiquiatría en que mejoran los síntomas depresivos en poco tiempo, comparado con los antidepresivos tradicionales. Otro medicamento reciente, el daridorexante, utiliza un mecanismo de acción asociado al sistema orexígeno para tratar el insomnio. También, el dextrometorfano/bupropion ha sido otro medicamento recientemente aprobado por la FDA para uso en psiquiatría, ampliando el uso del dextrometorfano en la disciplina. Estas innovaciones no solo diversifican el arsenal terapéutico, sino que permite investigar aún más sobre la fisiopatología de los trastornos psiquiátricos al alumbrar hacia nuevos mecanismos implicados en los trastornos psiquiátricos.

Referencias Bibliográficas

1. Azhar, Y., & Din, A. U. (2025). Brexanolone. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541054/>
2. Deligiannidis, K. M., Meltzer-Brody, S., Maximos, B., Peeper, E. Q., Freeman, M., Lasser, R., ... & Doherty, J. (2023). Zuranolone for the treatment of postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*, 180(9), 668–675. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2023.23020210>



3. Hasan, A. H., & Abid, M. A. (2024). Cobenfy (xanomeline-trospium chloride): A new frontier in schizophrenia management. *Cureus*, 16(10), e32754. <https://doi.org/10.7759/cureus.32754>
4. Jiang, F., Li, H., Chen, Y., Lu, H., Ni, J., & Chen, G. (2023). Daridorexant for the treatment of insomnia disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine*, 102(7), e32754. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000032754>
5. Kanes, S. J., Colquhoun, H., Doherty, J., Raines, S., Hoffmann, E., Rubinow, D. R., & Meltzer-Brody, S. (2017). Open-label, proof-of-concept study of brexanolone in the treatment of severe postpartum depression. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 32(2), e2576. <https://doi.org/10.1002/hup.2576>
6. Kaul, I., Sawchak, S., Walling, D. P., Tamminga, C. A., Breier, A., Zhu, H., ... & Brannan, S. K. (2024). Efficacy and safety of xanomeline-trospium chloride in schizophrenia: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 81(8), 749–756. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.0367>
7. Markham, A. (2022). Daridorexant: First approval. *Drugs*, 82(5), 601–607. <https://doi.org/10.1007/s11096-022-01366-1>
8. McCarthy, B., Bunn, H., Santalucia, M., Wilmouth, C., Muzyk, A., & Smith, C. M. (2023). Dextromethorphan-bupropion (Auvelity) for the treatment of major depressive disorder. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 21(4), 609. <https://doi.org/10.9758/cpn.2023.21.4.609>
9. Tabuteau, H., Jones, A., Anderson, A., Jacobson, M., & Iosifescu, D. V. (2022). Effect of AXS-05 (dextromethorphan-bupropion) in major depressive disorder: A randomized double-blind controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 179(7), 490–499. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2022.22020210>
10. U.S. Food and Drug Administration. (2019). *ZULRESSO™ (brexanolone) injection, for intravenous use*. Sage Therapeutics, Inc.
11. U.S. Food and Drug Administration. (2023). *ZURZUVA™ (zuranolone) capsules, for oral use*. Biogen Inc.
12. U.S. Food and Drug Administration. (2024). *Cobenfy™ (xanomeline and trospium chloride) capsules, for oral use: Highlights of prescribing information*. Bristol-Myers Squibb Company.



PSICOFARMACOLOGÍA EN EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA



Andrés Porras Ramírez*

Resumen

El embarazo es un estado que posa un desafío para el tratamiento psicofarmacológico, ya que varios de los medicamentos utilizados poseen un riesgo para el embarazo, la madre, el producto, el parto, la lactancia. Al usar estos medicamentos se debe tener consideración tanto de los riesgos de no tratar, así como los riesgos que estos tienen al tratar. Es importante realizar un abordaje individualizado en cada paciente para determinar el riesgo-beneficio. No hay guías absolutas que puedan aplicarse.

Palabras claves: Psicofármacos, embarazo, lactancia.

Abstract

Pregnancy poses a unique challenge for psychopharmacological treatment, since various medications used pose a risk for the pregnancy itself, the mother the product, the birthing process and breastfeeding. In using these medications, it is necessary to weigh both the risks of not treating with the inherent risks that these medications have when used. It is important to take an individualized approach to each patient to determine their own risk-benefit. There are no absolute guidelines that define their use.

Keywords: psychotropic drugs, pregnancy, lactation.

*Médico General. Residente de Psiquiatría. UCR-CENDEISSS. Email aporras619@gmail.com



El uso de psicofármacos en el embarazo puede ser complejo tanto como para el paciente como para los tratantes. Se debe poner en balanza el riesgo intrínseco del uso de medicamentos para tratar una enfermedad sobre tanto la paciente como el feto, como el riesgo de no tratar una enfermedad mental. En estudios recientes, se ha observado que no tratar enfermedades mentales en la persona embarazada puede llevar a complicaciones a nivel del producto, mayores conductas de riesgo, menor funcionalidad a la hora del cuidado. La depresión periparto conlleva riesgos, y el suicidio materno es causa de hasta el 20% de las muertes postnatales.¹

Por el contrario, el tratamiento psicofarmacológico también tiene sus riesgos; malformaciones congénitas, parto prematuro, síndromes de intoxicación y abstinencia postnatal. Por lo cual se debe realizar un análisis “riesgo-riesgo”, donde se entiende que ambos caminos tienen sus complicaciones, y escoger el que sea menos dañino. Idealmente, se le debe aconsejar a las pacientes que los ajustes se realicen previo al embarazo, y que se encuentren en buen estado mental antes de embarazarse, en caso de ser planeado.¹

En cuanto a los antidepresivos, los ISRS son de elección por su amplio uso. No hay estudios que hayan demostrado mayor potencial teratogénico o de complicaciones mayores. Se evita el uso de paroxetina por la presencia de algunos estudios donde

se observa potencial daño, mas estos son inconsistentes y no reproducibles.² Dentro de las complicaciones asociadas a los ISRS, está la hipertensión pulmonar persistente en el neonato, aunque esta es una complicación sumamente rara, y se cree que se asocia más a la depresión que al uso de ISRS como tal. También se puede observar un síndrome de adaptación pobre del neonato en un 10-30% de los casos, observándose un síndrome leve y transitorio de irritabilidad, inquietud, taquipnea, tono aumentado, alimentación pobre.³ Esto puede llevar a hipoglicemia. Los efectos son similares con IRSN y con IRND. En general se prefieren los ISRS sobre los IRSN por el potencial efecto hipertensor en la madre.^{4,5}

En cuanto a los medicamentos anticrisis, antes llamado antiepilépticos, lo más importante es recordar que el valproato está totalmente contraindicado en el embarazo, siendo este de categoría X.^{1,6} El único momento donde podría valorarse continuar valproato en el embarazo es en una paciente que ya toma valproato para el control de epilepsia y este la mantiene libre de crisis, queda embarazada de forma no planeada, y el personal de salud se da cuenta posterior al periodo de organogénesis. Aun en estos casos, se debe hacer un análisis riesgo-riesgo del manejo de crisis epilépticas vs. malformaciones. En todos los demás contextos se debe suspender el valproato en el embarazo. Esto dado que puede presentar malformaciones mayores, con



una tasa hasta 5 veces mayor que la población general, incluyendo defectos del tubo neural y malformaciones cardíacas, así como múltiples malformaciones incompatibles con la vida. Además de esto, aún posterior al periodo de organogénesis, el valproato puede llevar a problemas en el neurodesarrollo. Los efectos teratogénicos del valproato son dosis dependiente, pero aun así no hay ninguna dosis segura.^{1,6}

En cuanto a otros medicamentos anticrisis, la fenitoína también se asocia a malformaciones mayores, por lo cual no se recomienda su uso. Para el control del estado del ánimo, la lamotrigina es el tratamiento anticrisis más inocuo para el embarazo, con una tasa de malformaciones comparable a la población general. La carbamazepina, aunque tiene mayor tasa de malformaciones, puede considerarse según el caso.⁶

Como clase, los antipsicóticos no son considerados teratogénicos. Sus riesgos son más asociados al síndrome metabólico materno y las complicaciones que esto pueda conllevar.^{1,7} Puede llegar a desarrollar un cuadro transitorio de síntomas extrapiramidales en el neonato. No aumentan la mortalidad, pero sí pueden llevar a mayor tasa de parto prematuro. La clozapina puede aumentar tasas de crisis epilépticas neonatales.⁸ No hay mayores estudios para determinar el uso de uno sobre otro. Pueden utilizarse tanto típicos como atípicos. La quetiapina tiene menor permeabilidad en la placenta, por lo cual podría considerarse

como una buena opción en el embarazo. En general, el control de los trastornos psiquiátricos supera ampliamente el riesgo de su uso.^{7,8}

El litio es un medicamento con efecto teratogénico y tóxico conocido. Con una tasa de malformaciones cardíacas cerca del doble que en la población general. Sin embargo, su uso puede considerarse en personas que lo requieren como parte de control de su trastorno afectivo, no está absolutamente contraindicado. Dentro de las malformaciones cardíacas, se puede desarrollar una anomalía de Ebstein. Otras complicaciones asociadas al uso de litio en el primer trimestre incluyen cardiomegalia, sangrado del TGI, hipotiroidismo y bocio, hepatomegalia, hipoglicemia, diabetes insípida, polihidramnios, parto pretérmino, shock, entre otros. En el neonato, se puede dar un cuadro de toxicidad con una sintomatología heterogénea, que puede incluir, pero no se limita a: APGAR bajo, apnea y cianosis, bradicardia o taquicardia, arritmias cardíacas, dificultad para alimentarse, letargia, flacidez, hipotonía, coma, reflejos pobres, crisis epilépticas, y espasmos.⁹

Las benzodiacepinas atraviesan la placenta libremente. No aumentan la tasa de malformaciones, mas sí la tasa de muerte prenatal hasta 2 veces la de la población general. Se asocia además a mayor riesgo de cesáreas, bajo peso al nacer, y potencialmente a mayor tasa de parto prematuro. En el neonato puede llevar a



mayor letargia e hipotonía neonatal, y puede provocar un síndrome de abstinencia.⁹

En cuanto a la lactancia, en caso de haber un fármaco potencialmente dañino, se prefiere suspender la lactancia y no el medicamento. La mayoría de las decisiones de escoger un medicamento sobre otro son guiadas por niveles en leche o séricos del medicamento, no por sus efectos.¹ Es difícil determinar si existen efectos a nivel del desarrollo con el uso de psicofármacos en la lactancia. En general, se evita la lactancia con el uso de valproato, litio, clozapina y benzodiacepinas.^{1,10,11} Los ISRS, otros antidepresivos, y los otros antipsicóticos se pueden continuar en la lactancia.¹

Referencias bibliográficas

1. Payne, J. L. (2019). Psychopharmacology in pregnancy and breastfeeding. *Medical Clinics of North America*, 103(4), 629-650. HYPERLINK "<http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2019.02.009>"
2. Susser, L. C., et al. (2016). Selective serotonin reuptake inhibitors for depression in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(6), 704-712.
3. Huybrechts, K. F., et al. (2014). Antidepressant use in pregnancy and the risk of cardiac defects. *The New England Journal of Medicine*, 370(25), 2397-2407.
4. Hendrick, V., Suri, R., Gitlin, M. J., & Ortiz-Portillo, E. (2017). Bupropion Use During Pregnancy: A Systematic Review. *The primary care companion for CNS disorders*, 19(5), 17r02160. <https://doi.org/10.4088/PCC.17r02160>
5. Ornoy, A., & Koren, G. (2019). SSRIs and SNRIs (SRI) in Pregnancy: Effects on the Course of Pregnancy and the Offspring: How Far Are We from Having All the Answers?. *International journal of molecular sciences*, 20(10), 2370. <https://doi.org/10.3390/ijms20102370>
6. Tomson, T., et al. (2018). Comparative risk of major congenital malformations with eight different antiepileptic drugs: a prospective cohort study of the EURAP registry. *The Lancet Neurology*, 17(6), 530-538.
7. Cohen, L. S., Viguera, A. C., McInerney, K. A., Freeman, M. P., Sosinsky, A. Z., Moustafa, D., Marfurt, S. P., Kwiatkowski, M. A., Murphy, S. K., Farrell, A. M., Chitayat, D., & Hernández-Díaz, S. (2016). Reproductive Safety of Second-Generation Antipsychotics: Current Data From the Massachusetts General Hospital National Pregnancy Registry for Atypical Antipsychotics. *The American journal of psychiatry*, 173(3), 263-270. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15040506>



8. Einarson, A., & Boskovic, R. (2009). Use and safety of antipsychotic drugs during pregnancy. *Journal of psychiatric practice*, 15(3), 183–192. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000351878.45260.94>
9. Mehta, T. M., & Van Lieshout, R. J. (2017). A review of the safety of clozapine during pregnancy and lactation. *Archives of women's mental health*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0670->
10. Hendrick, V. (2024) Teratogenicity, pregnancy complications, and postnatal risks of antipsychotics, benzodiazepines, lithium, and neuromodulation. *UpToDate*. [https:// www .uptodate.com/ contents/teratogenicity-pregnancy-complications-and-postnatal-risks-of-antipsychotics-benzodiazepines-lithium-and-neuromodulation](https://www.uptodate.com/contents/teratogenicity-pregnancy-complications-and-postnatal-risks-of-antipsychotics-benzodiazepines-lithium-and-neuromodulation)
11. Brissos, S., & Balanzá-Martínez, V. (2024). Long-acting antipsychotic treatments: focus on women with schizophrenia. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 14, 20451253241263715. <https://doi.org/10.1177/20451253241263715>
12. Kimmel, M.C. (2025) Breastfeeding infants: Safety of exposure to antipsychotics, lithium, stimulants, and medications for substance use disorders. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/breastfeeding-infants-safety-of-exposure-to-antipsychotics-lithium-stimulants-and-medications-for-substance-use-disorders>



PSICOFARMACOLOGÍA EN TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA: ENFOQUES ACTUALES PSYCHOPHARMACOLOGY IN EATING DISORDERS: CURRENT APPROACHES



Laura Vanessa Bermúdez Durán*

REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades multifactoriales de alta morbilidad y mortalidad que afectan principalmente a adolescentes y jóvenes. Se caracterizan por alteraciones en la conducta alimentaria, una preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal, y un deterioro significativo de la salud física y psicosocial. Aunque el tratamiento principal es la psicoterapia, la farmacoterapia complementaria es a menudo necesaria. Para la anorexia nerviosa (AN), no hay fármacos aprobados con eficacia robusta, aunque la olanzapina ha mostrado mejoras modestas y se investigan opciones emergentes. En la bulimia nerviosa (BN), la fluoxetina se mantiene como el estándar, demostrando ser eficaz para reducir los atracones y las conductas compensatorias, especialmente cuando se combina con la psicoterapia cognitivo-conductual. En el trastorno por atracón (TA), la lisdexanfetamina es la

principal opción aprobada. En conjunto, la evidencia respalda un abordaje integrado que combine farmacoterapia y psicoterapia, y resalta la necesidad de ensayos clínicos rigurosos para el desarrollo de nuevas intervenciones.

Palabras claves: Trastornos de la conducta alimentaria, Anorexia nerviosa, bulimia, Tratamiento

Abstract

Eating disorders (EDs) are multifactorial diseases with high morbidity and mortality that primarily affect adolescents and young adults. They are characterized by disturbances in eating behavior, excessive concern about weight and body image, and significant impairment in physical and psychosocial health. Although the primary treatment is psychotherapy, complementary pharmacotherapy is often necessary. The use of psychoactive medications presents challenges and is subject to controversy

*Médico General. Residente de Psiquiatría. UCR-CENDEISSS. email.bermudezlau96@outlook.es



regarding their efficacy and safety. In anorexia nervosa (AN), there are no approved drugs with robust efficacy, although olanzapine has shown modest improvements and emerging options are being investigated. In bulimia nervosa (BN), fluoxetine remains the standard, proving effective in reducing binge eating and compensatory behaviors, especially when combined with cognitive-behavioral psychotherapy. In binge eating disorder (BED), lisdexamfetamine is the main approved option. Overall, the evidence supports an integrated approach combining pharmacotherapy and psychotherapy and highlights the need for rigorous clinical trials for the development of new interventions.

Key Words: Eating disorders, Anorexia nervosa, bulimia, treatment

Introducción

Los Trastornos de conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de patologías psiquiátricas graves, caracterizadas por alteraciones persistentes en la ingesta y en las conductas relacionadas con la alimentación, que afectan significativamente la salud física, el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida (1). Estos trastornos presentan una de las tasas de mortalidad más altas entre las enfermedades mentales, suelen manifestarse en la adolescencia y la juventud y son notoriamente resistentes al tratamiento (2). Entre ellos destacan la Anorexia nerviosa (AN) , la bulimia

nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TA), cada uno con perfiles clínicos y consecuencias fisiológicas particulares. La complejidad etiológica de los TCA, que involucra factores biológicos, psicológicos y socioculturales, ha dificultado el desarrollo de intervenciones farmacológicas de alta eficacia, lo que ha llevado a que el tratamiento se base principalmente en abordajes psicoterapéuticos (3,4).

En las últimas dos décadas, los avances en neurociencia, psicofarmacología y endocrinología han permitido explorar nuevas dianas terapéuticas y fármacos potencialmente útiles para la modulación de la conducta alimentaria y sus síntomas asociados. Sin embargo, la eficacia de la farmacoterapia difiere notablemente entre los distintos TCA, además de presentar evidencia heterogénea (1, 3). Mientras que en AN las intervenciones farmacológicas han mostrado resultados limitados, en BN y BED se cuenta con opciones aprobadas que demuestran un impacto significativo en la reducción de conductas de atracones y purgas (5, 6). Además, el desarrollo de agonistas del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1) ha abierto una línea de investigación prometedora para el control de la ingesta y el peso corporal, aunque su uso en TCA aún plantea interrogantes sobre seguridad y aplicabilidad clínica (1).

Este trabajo revisa y sintetiza la evidencia más reciente sobre los tratamientos



farmacológicos en TCA, analizando principalmente su eficacia clínica y limitaciones, así como las perspectivas futuras en el desarrollo de terapias dirigidas a estas complejas patologías.

Método

Para la elaboración de esta monografía, se revisaron artículos, seleccionados con los siguientes criterios de inclusión: artículos de idioma inglés y español, con fechas de publicación desde el año 2021 hasta el año 2025, considerando rango de cinco años de actualización de la información. Los artículos utilizados proceden de diferentes fuentes y bases de datos, entre las que se encuentran PubMed, MEDLINE, SciELO, Elsevier, Asociación Americana de Psiquiatría, British Journal of Psychiatry, Journal of the American Medical Association (JAMA) y buscadores como Google Académico. Se utilizaron revisiones con énfasis en las palabras claves relacionadas como: “Trastorno de conducta alimentaria”, “Anorexia nerviosa”, “Bulimia”, “Tratamiento”. Como criterios de exclusión, se descartaron los artículos publicados antes del 2020, en idiomas diferentes al inglés o español, e investigaciones con conflictos de intereses. Dentro de los resultados se revisaron los artículos y se eligieron los que presentaron mayor respaldo y relevancia en la comunidad científica, además de la información más actualizada.

Marco Teórico

Anorexia Nerviosa (AN)

El tratamiento de AN se fundamenta en un consenso clínico sólido que prioriza los enfoques psicológicos. La naturaleza egosintónica de la enfermedad y la distorsión de la imagen corporal hacen de la psicoterapia el pilar central del tratamiento. A pesar de la variedad de enfoques psicológicos, como la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia familiar, no se ha establecido de manera concluyente un tipo de terapia que tenga una ventaja significativa sobre otras (2, 4).

En contraste, el rol de la farmacoterapia en la AN es limitado y controversial. No existen medicamentos aprobados por la FDA para el tratamiento de esta enfermedad (1). Los estudios clínicos, a menudo pequeños y de corta duración, no han logrado demostrar una eficacia estadísticamente significativa de los fármacos en la ganancia de peso o en la mejora de los síntomas centrales de la AN (2,4). Los medicamentos más estudiados han sido los antidepresivos y los antipsicóticos. Los antidepresivos, incluidos los tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como la fluoxetina, no han mostrado consistentemente un beneficio en el aumento de peso durante la fase aguda de la enfermedad. Aunque se prescriben con frecuencia para tratar comorbilidades como la depresión y la ansiedad, existe escasa



evidencia que respalde su eficacia en la prevención de recaídas o en la promoción del aumento de peso (1,2). La mirtazapina es el único antidepresivo con una recomendación positiva, sin embargo, esta recomendación es débil y se basa únicamente en dos informes de casos favorables del 2011 y 2018 (1). Las revisiones sistemáticas concluyen que los antidepresivos no muestran mejoría en el aumento de peso, y su impacto en los síntomas alimentarios, la psicopatología y la prevención de recaídas tras la recuperación del peso aún no se ha esclarecido.

La olanzapina ha sido el antipsicótico más estudiado, con hallazgos que sugieren mejoras modestas en el peso y la reducción de pensamientos obsesivos, pero sin resultados estadísticamente significativos. Se puede considerar su uso en casos de agitación extrema o resistencia a la realimentación, pero su aplicación es limitada (5)

La evidencia actual no respalda el uso de intervenciones farmacológicas como tratamiento específico para los síntomas esenciales de la AN. Los medicamentos, cuando se utilizan, se reservan principalmente para el manejo de trastornos comórbidos, siempre dentro de un abordaje multidisciplinario que se centra en la terapia psicológica como la intervención principal (1, 6).

Bulimia Nerviosa (BN)

El tratamiento de la BN se basa en un enfoque multidisciplinario donde la

psicoterapia focal, en particular la terapia cognitivo-conductual (TCC), se considera el tratamiento de elección. A pesar de que su acceso puede ser limitado debido a la escasez de terapeutas cualificados y las largas listas de espera, la TCC es fundamental para romper el ciclo de atracones y purgas, y modificar pensamientos disfuncionales sobre la comida y la imagen corporal (2,3). En cuanto a la farmacoterapia, la fluoxetina es el único medicamento aprobado por la FDA para el tratamiento de la BN, aunque su eficacia ha sido objeto de debate en estudios recientes. A una dosis de 60 mg/día, ha mostrado ser útil para reducir significativamente los episodios de atracones y vómitos, incluso en ausencia de depresión comórbida. Se recomienda su uso como una alternativa inicial cuando la psicoterapia no está disponible de inmediato, o como un complemento en casos de respuesta insuficiente (2, 6).

Otros fármacos también han sido objeto de investigación. El topiramato ha demostrado eficacia en la reducción de atracones y purgas. Sin embargo, su uso se ve limitado por efectos secundarios cognitivos y el riesgo de pérdida excesiva de peso. Además, su interacción con anticonceptivos orales debe ser cuidadosamente considerada en pacientes en edad fértil (4). Otros medicamentos como la trazodona, la imipramina y otros antidepresivos han mostrado resultados prometedores, aunque la evidencia es limitada debido a la falta de



estudios con poblaciones grandes y los resultados mixtos (1). A pesar de esto, se usan con frecuencia en la práctica clínica, especialmente para tratar comorbilidades como la depresión y la ansiedad. Se han evaluado otra variedad de agentes farmacológicos para la sintomatología de la bulimia nerviosa, incluyendo IMAO, antiepilépticos, antagonistas opioides, antipsicóticos sin embargo los estudios han sido con poblaciones muy pequeñas además de presentar poca evidencia (2,6).

Trastorno por Atracón (TA)

El tratamiento farmacológico del TA se ha desarrollado principalmente a partir de medicamentos reorientados para otras indicaciones. A diferencia de otros trastornos de conducta alimentaria, el TA cuenta con una opción farmacológica aprobada y con una evidencia más sólida. En 2015, la FDA aprobó la lisdexanfetamina como el primer y único fármaco con una indicación específica para el BED de grave a moderado. En dosis de 50 a 70 mg/día, se ha demostrado que es superior al placebo, reduciendo de manera consistente la frecuencia de los atracones y la psicopatología asociada. Su mecanismo de acción se relaciona con la modulación de la dopamina, noradrenalina y serotonina, mejorando la saciedad y reduciendo el valor de recompensa de la comida (1,7). También ha mostrado beneficios en la atención y la impulsividad (8)

El Topiramato es otra opción con evidencia significativa. Múltiples estudios

han demostrado que el topiramato es eficaz para reducir la frecuencia de atracones y la psicopatología asociada, además de ser el único fármaco que produce una pérdida de peso significativa. Sin embargo, su uso es limitado en la práctica clínica debido a sus importantes efectos secundarios, especialmente a nivel cognitivo (5). Se han realizado estudios con otros tratamientos como los ISRS que han mostrado cierta eficacia en la reducción de atracones, aunque los resultados son menos concluyentes que para la bulimia nerviosa. Los antidepresivos tricíclicos también han sido estudiados, pero no se recomiendan debido a su perfil de efectos adversos. Otros estimulantes del SNC utilizados para el TDAH, como el metilfenidato, han demostrado una eficacia limitada para reducir los episodios de atracón (1,4). Pese a tener tratamiento aprobado por la FDA, el tratamiento del TA sigue siendo complejo y a menudo requiere un enfoque que integre la farmacoterapia con otras intervenciones, como la psicoterapia (7).

Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos

Los enfoques de tratamiento farmacológico han incluido los ISRS y los ansiolíticos debido a la alta comorbilidad con los trastornos de ansiedad; la olanzapina, por su eficacia en la AN, que comparte muchas de sus características y la mirtazapina, por sus propiedades para inducir el apetito y el aumento de peso, y sus efectos sobre



los síntomas de depresión y ansiedad. La evidencia actual es descriptiva e incluye informes de casos y series de casos, y la interpretación de los resultados es limitada, ya que muchos de los casos implican tratamiento con polifarmacia (6, 4).

Pica

El enfoque del tratamiento de la pica depende del factor causal, sin que se hayan estudiado medicamentos específicos para la pica. La elección del tratamiento dependerá de las características de la persona que lo padece, su gravedad y tipo de enfermedad. Tras descartar deficiencias nutricionales o una causa médica, la evaluación psiquiátrica debe indicar el diagnóstico psiquiátrico para el tratamiento (6, 9).

Conclusión

En la actualidad, el abordaje farmacológico de los trastornos de conducta alimentaria se caracteriza por un enfoque basado en la evidencia que busca complementar, y no sustituir, las intervenciones psicoterapéuticas y nutricionales. Los avances en la última década han permitido identificar fármacos con eficacia específica para ciertos subtipos y síntomas, como el uso de ISRS, particularmente la fluoxetina, en la bulimia nerviosa y la lisdexanfetamina en el trastorno por atracón. Sin embargo, la respuesta terapéutica es heterogénea, y persisten desafíos importantes, como la falta de fármacos aprobados específicamente

para todos los TCA y la limitada evidencia de largo plazo sobre su seguridad y eficacia.

El panorama actual resalta la necesidad de una intervención integral y personalizada, en la que el tratamiento farmacológico sea cuidadosamente indicado según el perfil clínico, las comorbilidades psiquiátricas y los riesgos potenciales. La investigación futura debe orientarse a desarrollar terapias más dirigidas a los mecanismos neurobiológicos subyacentes, optimizar la combinación de estrategias terapéuticas y mejorar la adherencia a largo plazo. Solo mediante un abordaje interdisciplinario que combine farmacoterapia, psicoterapia y rehabilitación nutricional será posible lograr una recuperación sostenida y una mejor calidad de vida para quienes padecen estos trastornos.

Referencias Bibliográficas

1. Rodan, S.-C., Bryant, E., Le, A., Maloney, D., Touyz, S., McGregor, I. S., et al. (2023). Pharmacotherapy, alternative and adjunctive therapies for eating disorders: Findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00833-9>
2. Álvarez-Mon, M. A., Mora, F., Rodríguez-Quiroga, A., & Quintero, J. (2022). Actualización sobre los trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine*, 13(69), 4064–4071. <https://doi.org/10.1016/j.med.2022.12.004>



3. Argyrou, A., Lappas, A. S., Bakaloudi, D. R., Tsekitsidi, E., Mathioudaki, E., Michou, N., et al. (2023). Pharmacotherapy compared to placebo for people with Bulimia Nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 327, 115357. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115357>
4. Costandache, G. I., Munteanu, O., Salaru, A., Oroian, B., & Cozmin, M. (2023). An overview of the treatment of eating disorders in adults and adolescents: Pharmacology and psychotherapy. *Postępy Psychiatria i Neurologia*, 32(1), 40–48. <https://doi.org/10.5114/ppn.2023.127237>
5. Kellermann, V., Sengun Filiz, E., Said, O., Bentley, J., Khor, J. W. T., Simic, M., et al. (2024). A feasibility trial of olanzapine for young people with Anorexia Nervosa (OPEN): Clinicians' perspectives. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01106-9>
6. Mendieta Martínez, M. J., Laurencio Díaz, D. I., Jijón Durán, J. A., Mendieta Martínez, N. A., & Mejía Pinto, M. C. (2025). Relación psicológica y clínica entre trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de ansiedad: Retos y avances en el tratamiento integral. *Análisis Comportamental*, 9(1), 571–585.
7. Grilo, C. M., Ivezaj, V., Yurkow, S., Tek, C., Wiedemann, A. A., & Gueorguieva, R. (2024). Lisdexamfetamine maintenance treatment for binge-eating disorder following successful treatments: Randomized double-blind placebo-controlled trial. *Psychological Medicine*, 54(12), 1–11.
8. Spettigue, W., & Norris, M. L. (2024). Olanzapine use for the treatment of adolescents with anorexia nervosa—Reflecting on research and clinical practice. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(3), 164–170.
9. Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., et al. (2022). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders*, 27(2), 415–428. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z>



REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: INTERVENCIONES EN PACIENTES CON RIESGO DE SUICIDIO, ABORDAJE FARMACOLÓGICO Y CONSIDERACIONES ESPECIALES



Mariana Navarro Campos*

REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA

Resumen

El suicidio constituye una de las principales causas de muerte prevenible a nivel mundial, con altas tasas en adolescentes y adultos jóvenes. Esta revisión analiza las intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas más relevantes para el manejo del riesgo suicida. Se identifican dos fármacos con evidencia sólida en la reducción del suicidio consumado: el litio y la clozapina. Además, se exploran opciones emergentes como la ketamina y la esketamina, así como el uso de combinaciones farmacológicas en poblaciones específicas. Se revisan también tratamientos antidepresivos, estimulantes y abordajes integrales para trastornos comórbidos como el TLP. A nivel psicoterapéutico, la terapia cognitivo-conductual y la terapia dialéctico-conductual muestran efectividad en la prevención de recaídas. Finalmente, se enfatiza la importancia de intervenciones en crisis, seguimiento post-alto y abordaje familiar. El enfoque integral, interdisciplinario y sostenido en el tiempo resulta fundamental para una prevención efectiva del suicidio.

Palabras clave: suicidio, prevención, litio, clozapina, ketamina, terapia dialéctico-conductual, farmacoterapia.

Abstract

Suicide is one of the leading causes of preventable death worldwide, especially among adolescents and young adults. This review analyzes key pharmacological and psychotherapeutic interventions for managing suicidal risk. Lithium and clozapine are identified as the only medications with robust evidence in reducing completed suicide. Emerging treatments such as ketamine and esketamine, as well as specific pharmacological combinations, are also explored. The review discusses antidepressants, stimulants, and tailored approaches for comorbid conditions such as borderline personality disorder. Cognitive behavioral therapy and dialectical behavior therapy show strong efficacy in relapse prevention. Crisis intervention, post-discharge follow-up, and family involvement are emphasized as essential components of care. A comprehensive, interdisciplinary, and sustained approach is crucial for effective suicide prevention.

Keywords: suicide, prevention, lithium, clozapine, ketamine, dialectical behavior therapy, pharmacotherapy

*Médico General. Residente de Psiquiatría. UCR-CENDEISSS. Email. marinava95@gmail.com



El suicidio es una de las principales causas de muerte prevenible a nivel mundial, con una incidencia estimada de 700,000 muertes anuales. Representa la cuarta causa de muerte entre los 15 y 29 años, y se estima que por cada suicidio consumado hay al menos 20 intentos fallidos (11). Las tasas varían entre regiones y poblaciones: los hombres tienen mayor prevalencia de suicidios consumados, mientras que las mujeres presentan más intentos. En América Latina, se ha observado un aumento progresivo en las tasas de suicidio, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. En Costa Rica, por ejemplo, la tasa de suicidio alcanzó 8.2 por 100,000 habitantes en 2023, siendo mayor en varones jóvenes según reportes del Ministerio de Salud. Los factores de riesgo incluyen trastornos psiquiátricos, con una prevalencia cercana al 90% en personas que mueren por suicidio, consumo de sustancias (particularmente alcohol y cocaína), trauma infantil, aislamiento social, disfunción familiar, y acceso a medios letales (12). El riesgo puede manifestarse de forma aguda —como ideación suicida en el contexto de una crisis vital— o de manera crónica en presencia de patologías de base como el trastorno bipolar, la esquizofrenia o el trastorno límite de la personalidad (TLP).

Fármacos con evidencia robusta en reducción del suicidio

1. Litio Entre los tratamientos farmacológicos, el litio se destaca

como el agente con mayor respaldo en la prevención del suicidio. Diversos metaanálisis han encontrado que reduce el riesgo de suicidio consumado hasta en un 60% en pacientes con trastorno bipolar y depresión recurrente (1,2). Este efecto parece ser independiente del control del estado de ánimo, lo que sugiere una acción específica sobre el comportamiento suicida. Los mecanismos propuestos incluyen la regulación de neurotransmisores como la serotonina, modulación de la impulsividad, y efectos neuroprotectores mediados por la inhibición de GSK-3 β . El litio requiere monitoreo regular de niveles plasmáticos (0.6–1.2 mEq/L) y evaluación de función renal y tiroidea. Su perfil de seguridad, si bien manejable, demanda adherencia terapéutica y vigilancia continua.

2. Clozapina En pacientes con esquizofrenia resistente, la clozapina ha demostrado eficacia superior en la reducción de ideación y conducta suicida, según el estudio InterSePT (3). Este fármaco no solo mejora síntomas psicóticos, sino que reduce hospitalizaciones por intento suicida y mejora la calidad de vida global. La dosis efectiva suele oscilar entre 300 y 600 mg diarios, pero su uso exige



monitoreo hematológico riguroso debido al riesgo de agranulocitosis (<1%).

Intervenciones emergentes: fármacos de acción rápida

1. Ketamina y esketamina La ketamina intravenosa (0.5 mg/kg) ha mostrado una reducción rápida de la ideación suicida, con efectos observables entre 2 y 4 horas post administración. Canuso et al. (4) informaron una mejoría significativa en síntomas depresivos y suicidas en pacientes con trastorno depresivo mayor resistente. Su análogo esketamina, aprobado por la FDA en 2019, se administra de forma intranasal (56–84 mg, dos veces por semana) y ha sido incorporada como opción en el tratamiento agudo de pacientes con riesgo suicida. A pesar de su eficacia, estos tratamientos presentan limitaciones: efectos transitorios, necesidad de administración en centros especializados, riesgo de disociación y potencial de abuso.

2. Antidepresivos (ISRS y otros) Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), como fluoxetina, sertralina y escitalopram, han sido ampliamente utilizados en el tratamiento de la depresión, pero su rol en la reducción del suicidio ha sido objeto de controversia. La FDA

emitió en 2004 una alerta sobre el posible aumento del riesgo suicida en menores de 25 años durante las primeras semanas de tratamiento. Sin embargo, en adultos mayores, su uso ha mostrado beneficios consistentes en reducción de ideación suicida y mejoría funcional (12).

3. Combinaciones farmacológicas

En adolescentes con trastornos afectivos, la combinación de quetiapina (300–600 mg) con valproato (20–30 mg/kg) ha mostrado una reducción del 40% en conductas autolesivas, hospitalizaciones y síntomas afectivos graves (7). Este abordaje se considera útil cuando la impulsividad o la disforia severa coexisten con síntomas del espectro bipolar.

4. Estimulantes en TLP con TDAH

Fazel et al. (5) demostraron que el tratamiento del TDAH comórbido en pacientes con TLP mediante metilfenidato reduce hasta en un 30% la tasa de intentos suicidas. Se plantea que el control de la impulsividad y la mejora en la atención pueden modular indirectamente la conducta suicida en esta población.

Intervenciones no farmacológicas

Terapia cognitivo-conductual (TCC): La TCC adaptada a la prevención del suicidio ha demostrado eficacia en la reducción de la



ideación y de los intentos. Brown et al. (6) observaron una disminución del 50% en la recurrencia de intentos suicidas en pacientes que habían recibido esta intervención tras un intento previo. Las técnicas incluyen entrenamiento en solución de problemas, reestructuración cognitiva, y construcción de redes de apoyo.

Terapia dialéctico-conductual (DBT) Desarrollada por Linehan, la DBT es especialmente útil en personas con TLP y conductas suicidas crónicas. Linehan et al. (8) encontraron una reducción del 50% en intentos suicidas y hospitalizaciones en mujeres con TLP tratadas con DBT comparado con tratamiento usual. El modelo incluye sesiones individuales, entrenamiento grupal en habilidades, coaching telefónico y supervisión clínica estructurada.

Intervención en crisis y seguimiento: La intervención en crisis incluye la evaluación estructurada del riesgo, elaboración de planes de seguridad y reducción del acceso a medios letales. Se ha demostrado que estrategias de seguimiento como llamadas telefónicas post-alta pueden reducir el riesgo de reincidencia suicida en un 30–40% (10). La intervención en el entorno familiar mediante psicoeducación también ha mostrado resultados favorables en adolescentes.

Conclusiones

El manejo del riesgo suicida requiere una aproximación integral, que

combine estrategias farmacológicas y psicoterapéuticas. El litio y la clozapina son los únicos fármacos con evidencia robusta en la reducción del suicidio consumado. Fármacos de acción rápida como la ketamina ofrecen soluciones efectivas en contextos agudos, mientras que la psicoterapia estructurada, especialmente la TCC y la DBT, constituye un pilar esencial en la prevención a largo plazo. La intervención debe ser interdisciplinaria, sostenida en el tiempo y centrada en las necesidades particulares del paciente.

Referencias Bibliográficas

1. Baldessarini, R. J., Tondo, L., & Hennen, J. (2006). Lithium treatment and suicide risk in major affective disorders: Update and new findings. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 249–256. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.3.249>
2. McCall, W. V., & Yao, J. K. (2023). Designing clinical trials to assess pharmacological treatment for suicidal ideation/behavior: Issues and solutions. *Clinical Drug Investigation*, 43(2), 123–139. <https://doi.org/10.1007/s40261-023-01111-4>
3. Meltzer, H. Y., Alphas, L., Green, A. I., Altamura, A. C., Anand, R., Bertoldi, A., et al. (2003). Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Archives of General*



- Psychiatry*, 60(1), 82–91. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.1.82>
4. Canuso, C. M., Singh, J. B., Fedgchin, M., Alphs, L., Lane, R., Lim, P., et al. (2022). Efficacy and safety of intranasal esketamine for the rapid reduction of depressive symptoms in patients at imminent risk for suicide: Results of a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 179(7), 583–592. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2022.22010195>
5. Fazel, S., Smith, E. N., Chang, Z., Geddes, J. R., & Lichtenstein, P. (2022). Associations between attention-deficit hyperactivity disorder and risk of suicide in individuals with borderline personality disorder: A population-based cohort study. *JAMA Network Open*, 5(3), e220238. <https://doi.org/10.1001/jama.networkopen.2022.0238>
6. Brown, G. K., Have, T. T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *JAMA*, 294(5), 563–570. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.563>
7. Lu, J., Huang, J., & Gao, W. (2025). Pharmacological and psychosocial interventions for adolescents with self-injurious behavior: A systematic review. *Translational Psychiatry*, 15, 73. <https://doi.org/10.1038/s41398-025-01536-5>
8. Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757–766. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>
9. Food and Drug Administration. (2004). *Public health advisory: Suicidality in children and adolescents being treated with antidepressant medications*. <https://www.fda.gov/media/144793/download>
10. Motto, J. A., & Bostrom, A. G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services*, 52(6), 828–833. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.6.828>
11. Organización Mundial de la Salud. (2023). *Suicide worldwide in 2023: Global health estimates*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240069892>
12. Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., et al. (2025). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Focus (PsychiatryOnline)*. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.2025.2300>



TERAPIAS EMERGENTES EN FARMACOLOGÍA: REVISIÓN CLÍNICA DE LA PSILOCIBINA, DMT, KETAMINA Y MDMA

EMERGING THERAPIES IN PSYCHIATRIC PHARMACOLOGY: A CLINICAL REVIEW OF PSILOCYBIN, DMT, KETAMINE, AND MDMA



Allan González Hidalgo*
Jose David Quiros Arias**

REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA

Resumen

Durante décadas, los psicodélicos fueron relegados al margen de la medicina. Sin embargo, investigaciones recientes han renovado el interés por su uso en psiquiatría, particularmente en trastornos como la depresión resistente, el trastorno por estrés postraumático y la ansiedad existencial. Este artículo revisa la evidencia clínica sobre la psilocibina y el N,N-dimetiltryptamina (DMT), así como otras moléculas con efectos psicotrópicos emergentes, como la ketamina y la MDMA. Se analiza su eficacia, mecanismos de acción y perfil de seguridad, destacando su potencial para transformar el abordaje terapéutico de diversas condiciones psiquiátricas.

Palabras clave: psilocibina, DMT, ketamina, MDMA, depresión resistente, psicodélicos, farmacoterapia emergente.

Abstract

For decades, psychedelics remained at the margins of medicine. However, recent research has renewed interest in their use within psychiatry, particularly for treatment-resistant depression, post-traumatic stress disorder, and existential anxiety. This article reviews clinical evidence regarding psilocybin and N,N-dimethyltryptamine (DMT), as well as other emerging psychotropic agents such as ketamine and MDMA. Their efficacy, mechanisms of action, and safety profiles are analyzed, highlighting their potential to reshape the therapeutic approach to several psychiatric conditions.

Keywords: psilocybin, DMT, ketamine, MDMA, treatment-resistant depression, psychedelics, emerging pharmacotherapy.

*Médico General. Residente de Psiquiatría. UCR-CENDEISSS. Email. allangohi98@gmail.com

**Médico General. Residente de Psiquiatría. UCR-CENDEISSS. Email. davidquirosarias@gmail.com



La farmacoterapia psiquiátrica ha dependido tradicionalmente de compuestos que actúan sobre los sistemas monoaminérgicos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o los antipsicóticos dopaminérgicos. Aunque eficaces en muchos casos, una proporción significativa de pacientes no responde adecuadamente a estos tratamientos. Este fenómeno ha motivado la búsqueda de nuevas alternativas, entre las cuales destacan los llamados psicodélicos clásicos y otras moléculas con propiedades psicotrópicas emergentes. Este artículo analiza la evidencia más reciente sobre psilocibina, DMT, ketamina y MDMA, centrándose en su potencial terapéutico, mecanismos de acción y desafíos regulatorios.

Psilocibina y DMT

Durante buena parte del siglo pasado, los llamados psicodélicos clásicos, entre ellos la psilocibina y el N,N-dimetiltriptamina (DMT), ocuparon un lugar marginal en la medicina. Más que en las consultas y hospitales, su nombre circulaba en los ambientes contraculturales, asociado a movimientos artísticos, espirituales y políticos. Sin embargo, a partir de la última década, algo empezó a cambiar: nuevas investigaciones, desarrolladas con rigor metodológico y marcos éticos más estrictos, han ido recuperando el interés por estos compuestos, no como curiosidad cultural, sino como posibles aliados en el tratamiento de trastornos mentales graves.

Uno de los focos más importantes de este renacer científico se encuentra en la Universidad Johns Hopkins, donde el Dr. Roland Griffiths lideró varios de los estudios que hoy se citan como referencia obligada (1–3). Los resultados acumulados en ensayos controlados y metaanálisis señalan que, en contextos terapéuticos bien preparados, la psilocibina y el DMT pueden producir mejoras rápidas y, en algunos casos, duraderas, en cuadros de depresión resistente, ansiedad vinculada a enfermedades terminales y angustia existencial.

Evidencia clínica sobre psilocibina

El ensayo publicado por Griffiths y colaboradores en 2016 (3) es considerado un punto de inflexión en la investigación moderna con psilocibina. El estudio, de diseño aleatorizado y doble ciego, incluyó a 51 personas diagnosticadas con cáncer avanzado y síntomas relevantes de ansiedad o depresión. En un entorno terapéutico cuidadosamente diseñado, los participantes recibieron una dosis alta de psilocibina. La mejoría fue clara: reducción marcada de la sintomatología, aumentos en la sensación de paz y bienestar, y efectos que, en buena parte de los casos, se mantenían medio año después.

Ese mismo año, en la Universidad de Nueva York, Ross et al. (10) desarrollaron un protocolo similar y observaron resultados muy próximos: menos ansiedad y depresión,



pero también cambios más profundos, como una relación distinta con la idea de la muerte, caracterizada por mayor aceptación y sentido de conexión con los demás.

Un metaanálisis de Yu y Yang (14) integró estos y otros ensayos, concluyendo que la psilocibina produce mejoras de gran magnitud clínica en la ansiedad existencial de pacientes con enfermedades terminales, incluso cuando se administra en una o dos sesiones, en contraste con los tratamientos farmacológicos convencionales que requieren consumo prolongado.

En depresión resistente, el grupo de Carhart-Harris (5) comparó la psilocibina con el escitalopram en un ensayo de seis semanas. Aunque la variable principal no mostró diferencias significativas, la psilocibina superó al antidepresivo en aspectos como la calidad de vida y la reducción de la ansiedad. Davis et al. (2), en Johns Hopkins, evaluaron dos sesiones de psilocibina en pacientes con depresión mayor moderada o grave: el 71 % alcanzó respuesta clínica y más de la mitad mantuvo la remisión durante varios meses.

Evidencia sobre DMT y ayahuasca

El DMT, presente de forma natural en diversas plantas y principal componente psicoactivo de la ayahuasca, ha captado atención por su acción rápida y la corta duración de sus efectos en comparación con la psilocibina.

En Brasil, Palhano-Fontes et al. (8) llevaron a cabo un ensayo controlado en pacientes con depresión resistente. Una sola dosis de ayahuasca, administrada en un entorno clínico, produjo mejoras notorias en las primeras 24 horas, con persistencia parcial durante la semana siguiente. Este hallazgo cobra relevancia al considerar que se trataba de pacientes sin respuesta a múltiples tratamientos previos.

Sampedro et al. (12) revisaron la literatura y describieron beneficios adicionales de la ayahuasca, incluyendo una regulación emocional más flexible, un aumento de la introspección y un posible papel en la reducción del consumo problemático de sustancias.

El DMT sintético también ha sido explorado. Carhart-Harris et al. (4) estudiaron la formulación intravenosa SPL026 en depresión mayor y reportaron que más de la mitad de los pacientes lograron remisión tras una única administración. Por otro lado, Rush et al. (11) documentaron que el DMT vaporizado produjo mejoras mantenidas hasta cuatro semanas después. Kwaśny et al. (7), en un estudio de fase I, confirmaron que el 5-MeO-DMT presenta un perfil de seguridad aceptable en voluntarios sanos, sin eventos adversos graves.

Mecanismos de acción

La psilocibina y el DMT comparten un mecanismo central: la activación de los receptores serotoninérgicos 5-HT_{2A}. Este



proceso modifica la actividad de la red de modo por defecto (DMN), una red cerebral implicada en la autorreferencia, la rumiación y la narrativa interna (13).

Las investigaciones de neuroimagen muestran que, durante la experiencia psicodélica, la DMN reduce su actividad y se facilita la comunicación entre áreas cerebrales que normalmente operan de forma más aislada. Este aumento de la conectividad puede traducirse en una mayor flexibilidad cognitiva y emocional, permitiendo reinterpretar recuerdos, traumas o patrones de pensamiento rígidos.

Griffiths y su equipo (1,3) sostienen que parte del valor terapéutico radica en que estas sustancias pueden inducir experiencias que los pacientes describen como espirituales o místicas, dotadas de un significado personal duradero. Agnorelli et al. (1) añaden que estas reorganizaciones funcionales podrían favorecer procesos de neuroplasticidad y abrir la puerta a una reconfiguración más saludable de los circuitos emocionales.

Seguridad y consideraciones éticas

En contextos clínicos bien controlados, la psilocibina y el DMT presentan un perfil de seguridad aceptable. Los efectos adversos más frecuentes incluyen náuseas, mareos, ansiedad transitoria y, en el caso de la ayahuasca, vómitos. Sin embargo, su uso no está exento de riesgos: en personas con antecedentes de psicosis o inestabilidad emocional grave, la probabilidad de descompensación es alta (6,9).

Por ello, la selección cuidadosa de candidatos, la preparación previa, el acompañamiento durante la experiencia y la integración posterior son elementos esenciales para garantizar un uso seguro. También quedan desafíos éticos y regulatorios: la formación de terapeutas, la definición de protocolos claros y la estandarización de dosis son pasos imprescindibles para que estas terapias puedan incorporarse a la práctica clínica sin perder su eficacia ni comprometer la seguridad.

Perspectivas con ketamina y MDMA

Además de los psicodélicos clásicos, otros compuestos con acción psicotrópica están siendo evaluados como herramientas terapéuticas. Entre ellos, la ketamina y la MDMA han despertado especial interés, tanto por sus mecanismos particulares como por sus indicaciones clínicas emergentes.

En el caso de la ketamina, se trata de un antagonista no competitivo del receptor NMDA de glutamato, cuya administración, generalmente por vía intravenosa o intranasal, ha demostrado efectos antidepresivos rápidos, en ocasiones observables en las primeras 24 horas (15,16). Estos hallazgos han llevado a su aprobación en varios países como tratamiento para la depresión resistente, especialmente en formulaciones como el esketamine. A diferencia de la psilocibina o



el DMT, su uso es más frecuente en entornos biomédicos convencionales, aunque también requiere monitoreo riguroso debido a potenciales efectos adversos como disociación, hipertensión o abuso (17).

Por su parte, la 3,4-metilendio-ximetanfetamina (MDMA) ha sido evaluada principalmente para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático (TEPT). La organización MAPS ha liderado ensayos clínicos fase III que muestran que, en combinación con psicoterapia, la MDMA puede reducir significativamente los síntomas del TEPT incluso en casos crónicos o refractarios (18). Su acción facilitadora de la empatía, la confianza y el procesamiento emocional profundo se considera clave en su eficacia. A diferencia de los psicodélicos serotoninérgicos clásicos, la MDMA no genera visiones o disolución del ego, pero sí permite una exploración emocional intensa, con bajo riesgo de descompensación si se administra adecuadamente (19).

Tanto la ketamina como la MDMA muestran un potencial terapéutico considerable, aunque desde aproximaciones distintas. Su incorporación al debate actual en psicofarmacología expande el horizonte de las intervenciones psiquiátricas, complementando la investigación sobre psilocibina y DMT y ofreciendo alternativas novedosas para poblaciones clínicas específicas.

Conclusiones

La investigación sobre terapias emergentes en farmacología psiquiátrica ha evolucionado significativamente en la última década. La evidencia acumulada con psilocibina y DMT señala mejoras clínicas relevantes, especialmente en ansiedad existencial y depresión resistente, mientras que compuestos como la ketamina y la MDMA abren nuevos caminos para abordar trastornos refractarios desde perspectivas neurobiológicas distintas. Si bien aún persisten retos éticos, regulatorios y de formación clínica, el potencial transformador de estas sustancias justifica su inclusión en los debates actuales sobre el futuro de la psiquiatría.

Referencias Bibliográficas

1. Ignorelli, C., et al. (2024). Functional brain network reorganization following psychedelic therapy: Implications for psychiatric treatment. *arXiv*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2411.19840>
2. Davis, A. K., Barrett, F. S., May, D. G., Cosimano, M. P., Sepeda, N. D., Johnson, M. W., et al. (2021). Effects of psilocybin-assisted therapy on major depressive disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 78(5), 481–489. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0157>



3. Griffiths, R. R., Richards, W. A., McCann, U., & Jesse, R. (2006). Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance. *Psychopharmacology (Berl)*, 187(3), 268–283. <https://doi.org/10.1007/s00213-003-1546-4>
4. Carhart-Harris, R., et al. (2023). Phase II trial of intravenous DMT (SPL026) in major depressive disorder: Efficacy and safety. *European Neuropsychopharmacology*, 63, 30–39. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2023.01.002>
5. Carhart-Harris, R. L., Giribaldi, B., Watts, R., Baker-Jones, M., Murphy-Beiner, A., Murphy, R., et al. (2021). Trial of psilocybin versus escitalopram for depression. *New England Journal of Medicine*, 384, 1402–1411. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2028486>
6. Johnson, M. W., Richards, W. A., & Griffiths, R. R. (2008). Human hallucinogen research: Guidelines for safety. *Journal of Psychopharmacology*, 22(6), 603–620. <https://doi.org/10.1177/0269881108099777>
7. Kwaśny, M., et al. (2024). Short-term safety and tolerability of 5-MeO-DMT in healthy volunteers: A phase I study. *Psychopharmacology (Berl)*, 241(1), 77–86. <https://doi.org/10.1007/s00213-023-06639-2>
8. Palhano-Fontes, F., Barreto, D., Onias, H., Andrade, K. C., Novaes, M. M., Pessoa, J. A., et al. (2019). Rapid antidepressant effects of the psychedelic ayahuasca in treatment-resistant depression: A randomized placebo-controlled trial. *Psychological Medicine*, 49(4), 655–663. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002249>
9. Dos Santos, R. G., Hallak, J. E., Tófoli, L. F., & Trindade, C. (2011). Autonomic, neuroendocrine, and immunological effects of ayahuasca: A comparative study with d-amphetamine. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31(6), 717–726. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e3182325b45>
10. Ross, S., Bossis, A., Guss, J., Agin-Liebes, G., Malone, T., Cohen, B., et al. (2016). Rapid and sustained symptom reduction following psilocybin treatment for anxiety and depression in patients with life-threatening cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12), 1165–1180. <https://doi.org/10.1177/0269881116675512>
11. Rush, B., et al. (2025). Vaporized DMT for treatment-resistant depression: Preliminary outcomes. *Journal of Clinical Psychiatry*, 86(3), 152–158. <https://doi.org/10.4088/JCP.22m14644>
12. Sampedro, F., et al. (2022). Ayahuasca: Neurobiological and therapeutic



- effects in mood and anxiety disorders. *Journal of Psychopharmacology*, 36(5), 558–571. <https://doi.org/10.1177/02698811221105815>
13. Vollenweider, F. X., & Preller, K. H. (2020). Psychedelic drugs: Neurobiology and therapeutic potential. *Nature Reviews Neuroscience*, 21(11), 611–624. <https://doi.org/10.1038/s41583-020-00389-0>
 14. Yu, C. L., & Yang, F. C. (2024). Psilocybin for end-of-life anxiety symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1251. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1251>
 15. Zarate, C. A., Singh, J. B., Carlson, P. J., Brutsche, N. E., Ameli, R., Luckenbaugh, D. A., et al. (2006). A randomized trial of an N-methyl-D-aspartate antagonist in treatment-resistant major depression. *Archives of General Psychiatry*, 63(8), 856–864. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.8.856>
 16. Daly, E. J., Trivedi, M. H., Janik, A., Li, H., Zhang, Y., Li, X., et al. (2019). Efficacy of esketamine nasal spray plus oral antidepressant treatment for relapse prevention in treatment-resistant depression: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 76(9), 893–903. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1461>
 17. Short, B., Fong, J., Galvez, V., Shelker, W., & Loo, C. K. (2018). Side-effects associated with ketamine use in depression: A systematic review. *Lancet Psychiatry*, 5(1), 65–78. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30403-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30403-8)
 18. Mitchell, J. M., Bogenschutz, M., Lilienstein, A., Harrison, C., Kleiman, S., Parker-Guilbert, K., et al. (2021). MDMA-assisted therapy for severe PTSD: A randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Nature Medicine*, 27(6), 1025–1033. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01336-4>
 19. Feduccia, A. A., Jerome, L., Yazar-Klosinski, B., Emerson, A., & Doblin, R. (2022). Breakthrough for trauma treatment: Safety and efficacy of MDMA-assisted psychotherapy compared to paroxetine and sertraline. *Psychopharmacology (Berl)*, 239(10), 3153–3164. <https://doi.org/10.1007/s00213-022-06075-w>



TRATAMIENTO DEL INSOMNIO: USO RACIONAL DE HIPNÓTICOS Y ALTERNATIVAS SEGURAS

TREATMENT OF INSOMNIA: RATIONAL USE OF HYPNOTICS AND SAFE ALTERNATIVES



María Chavarría Elizondo*

REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA

Resumen

El insomnio es un trastorno del sueño común con un fuerte impacto en la salud mental y calidad de vida. Esta revisión integra la evidencia reciente (2020–2025) sobre el uso racional de hipnóticos y alternativas seguras, considerando guías clínicas internacionales y estudios recientes sobre benzodiacepinas, fármacos Z, antidepresivos sedantes, agonistas melatoninérgicos y antagonistas duales de receptores de orexina (DORAs), así como intervenciones no farmacológicas como la terapia cognitivo-conductual para insomnio (TCC-I). La discusión aborda eficacia, seguridad, costos y disponibilidad regional, concluyendo que el enfoque individualizado multimodal, con TCC-I como pilar, es la estrategia más adecuada.

Palabras clave: benzodiacepinas, DORAs, hipnóticos, insomnio, terapia cognitivo-conductual

Abstract

Insomnia is a prevalent sleep disorder with significant physical and mental health impacts. This review integrates recent evidence (2020–2025) on the rational use of hypnotics and safe alternatives, considering international clinical guidelines and recent studies on benzodiazepines, Z-drugs, sedative antidepressants, melatonin receptor agonists, and dual orexin receptor antagonists (DORAs), as well as non-pharmacological interventions such as cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I). The need for an individualized and multimodal approach is emphasized.

Keywords: benzodiazepines, cognitive behavioral therapy, DORAs, hypnotics, insomnia

*Médico General. Residente de Psiquiatría. UCR-CENDEISSS. Email. mchavarrie@ccss.sa.cr



Revisión del tema

El tratamiento del insomnio requiere una aproximación integral que contemple tanto intervenciones no farmacológicas como farmacológicas. La elección del abordaje depende de la etiología, cronicidad, comorbilidades y preferencias del paciente (Riemann et al., 2022).

1. Benzodiacepinas: Las benzodiacepinas (BZD) son moduladores alostéricos positivos del receptor GABA-A, incrementando la frecuencia de apertura del canal de cloro y potenciando la inhibición neuronal. Se clasifican según su vida media en corta (ej. triazolam), intermedia (ej. lorazepam) y larga (ej. flurazepam). Su eficacia para reducir la latencia y aumentar el tiempo total de sueño está bien documentada, aunque con alteraciones de la arquitectura del sueño (reducción de N3 y REM) (Sateia & Buysse, 2022). Los riesgos incluyen dependencia, tolerancia, caídas, deterioro cognitivo y síndrome de abstinencia. Las guías internacionales recomiendan su uso a corto plazo (≤ 4 semanas) y a la dosis mínima efectiva (Neubauer, 2021).

2. Fármacos Z: Los hipnóticos no benzodiacepínicos —zaleplón, zolpidem, zopiclona y eszopiclona— actúan selectivamente sobre la

subunidad $\alpha 1$ del receptor GABA-A. Tienen inicio de acción rápido y menor impacto en la estructura del sueño que las BZD, aunque pueden aumentar N2. Zaleplón, por su vida media de ~ 1 hora, es útil para el insomnio de conciliación. Zolpidem y Eszopiclona muestran eficacia en mantenimiento del sueño, pero se han asociado con parasomnias y comportamientos complejos, lo que motivó advertencias de la FDA en 2020 (Bonnet & Arand, 2020). Existe riesgo de dependencia, por lo que se indica su uso limitado.

3. Antihistamínicos sedantes: Fármacos como difenhidramina e hidroxizina actúan bloqueando receptores H1 en el SNC. Su uso para insomnio crónico no está respaldado por evidencia robusta, y sus efectos adversos (somnolencia diurna, deterioro cognitivo, efectos anticolinérgicos) limitan su uso, especialmente en adultos mayores (Neubauer, 2021).

4. Antidepresivos sedantes

a. Tricíclicos: La doxepina a dosis bajas (3–6 mg) ha demostrado eficacia para insomnio de mantenimiento, con perfil de seguridad favorable (Krystal et al., 2023).

b. Trazodona: Útil en pacientes con depresión e insomnio, pero su uso debe balancearse con el riesgo de hipotensión ortostática y priapismo (Wu et al., 2024).

c. Mirtazapina: Aumenta el sueño profundo y es eficaz en depresión con insomnio, aunque



puede causar somnolencia diurna y aumento de peso (Ferini-Strambi & Marelli, 2021).

5. Agonistas melatoninérgicos: Incluyen melatonina, amelteón y agomelatina. Actúan sobre receptores MT1 y MT2 regulando la inducción y el ritmo circadiano. Ramelteón ha demostrado reducir la latencia sin riesgo de dependencia; la agomelatina combina acción melatoninérgica y antagonismo 5-HT_{2c}, mejorando la arquitectura del sueño (Ferini-Strambi & Marelli, 2021).

6. Antagonistas duales de receptores de orexina (DORAs): Los DORAs — suvorexant, lemborexant y daridorexant— bloquean reversiblemente los receptores OX1R y OX2R, inhibiendo la señal de orexina y reduciendo la vigilia (Roth & Yardley, 2021). Ensayos clínicos demuestran su eficacia en latencia, mantenimiento y eficiencia del sueño sin alterar significativamente la arquitectura y con bajo riesgo de dependencia (Kishi et al., 2025). Daridorexant, con vida media más corta, presenta menor somnolencia residual; lemborexant ha mostrado superioridad frente a zolpidem en latencia y WASO (Habiba et al., 2023). Su principal limitante es el alto costo y la baja disponibilidad en Latinoamérica.

Terapia cognitivo-conductual para insomnio (TCC-I). Considerada el estándar de oro por guías como AASM y ESRS.

Incluye técnicas como control de estímulos, restricción de sueño, reestructuración cognitiva, educación en higiene del sueño y relajación muscular progresiva (Wu et al., 2024). Meta-análisis recientes confirman su eficacia sostenida y la utilidad de formatos digitales, que mejoran accesibilidad y reducen costos, con resultados comparables a la terapia presencial (Riemann et al., 2022). La TCC-I digital ha demostrado reducir también la severidad de apnea obstructiva del sueño en pacientes con ambas condiciones (Wu et al., 2024).

Combinaciones terapéuticas. En casos seleccionados, la combinación de TCC-I con farmacoterapia permite un control sintomático rápido mientras se instauran cambios conductuales, reduciendo la necesidad prolongada de hipnóticos (Sateia & Buysse, 2022).

Conclusiones:

El tratamiento del insomnio debe abordarse de manera integral, priorizando la terapia cognitivo-conductual para insomnio (TCC-I) como primera línea, tal como recomiendan las guías internacionales, reservando la farmacoterapia para casos seleccionados o como coadyuvante temporal.

Benzodiacepinas y fármacos Z son eficaces para el control sintomático a corto plazo, pero su uso debe limitarse por



los riesgos de dependencia, tolerancia y alteraciones cognitivas. La selección de hipnóticos debe individualizarse, utilizando la dosis mínima eficaz y con monitorización estrecha.

Los antagonistas duales de receptores de orexina (DORAs) representan una de las opciones más prometedoras por su perfil de seguridad y menor impacto en la arquitectura del sueño. Sin embargo, su acceso en Latinoamérica está restringido por costos y disponibilidad.

La modalidad digital de la TCC-I ha demostrado eficacia comparable a la presencial, mejorando la accesibilidad y favoreciendo la adherencia, especialmente en contextos con limitación de recursos humanos especializados.

En casos refractarios o de sintomatología severa, la combinación de TCC-I con farmacoterapia de inicio puede ofrecer beneficios rápidos mientras se instauran cambios conductuales duraderos, reduciendo la necesidad de tratamiento farmacológico prolongado.

Referencias Bibliográficas:

1. Bonnet, M. H., & Arand, D. L. (2020). *Efficacy and safety of zaleplon, zolpidem, and eszopiclone for insomnia: A systematic review and meta-analysis*. Elsevier.
2. Ferini-Strambi, L., & Marelli, S. (2021). *Pharmacological treatment of insomnia: Current and emerging options*. Dove Medical Press.
3. Habiba, U., Waseem, R., Shaikh, T. G., et al. (2023). Comparative efficacy and safety of lemborexant 5 mg versus 10 mg for the treatment of insomnia: A systematic review. *Neurol Sci.* 2023 May;44(5):1533-1541. doi: 10.1007/s10072-023-06601-6.
4. Kishi, T., Ikuta, T., Citrome, L., et al. (2025). *Comparative efficacy and safety of daridorexant, lemborexant, and suvorexant for insomnia: A systematic review and network meta-analysis*. Nature Publishing Group.
5. Krystal, A. D., Prather, A. A., & Ashbrook, L. H. (2023). *Pharmacological treatments for chronic insomnia: A review of the evidence*. Dove Medical Press.
6. Neubauer, D. N. (2021). *Pharmacotherapy for insomnia in adults*. Elsevier.
7. Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., et al. (2022). *European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia*. Wiley-Blackwell.
8. Roth, T., & Yardley, J. (2021). *Daridorexant in the treatment of*



insomnia disorder: A new dual orexin receptor antagonist. Elsevier.

9. Sateia, M. J., Buysse, D. J., Krystal, A. D., Neubauer, D. N., & Heald, J. L. (2017). Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 13(2), 307–349. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6470>
10. Wu, J. Q., Appleman, E. R., Salazar, R. D., & Ong, J. C. (2024). *Cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with psychiatric and medical conditions: A systematic review.* Elsevier.



ADULTEZ MAYOR, DERECHOS Y BIENESTAR: APRENDIZAJES DESDE LA PRÁCTICA COMUNITARIA



Odette Nieto Alvarado*

ENSAYO

Introducción

Durante mi participación en el Trabajo Comunal Universitario “TC-505 Estrategias para la promoción de la salud mental desde un enfoque de derechos humanos”, se me brindó la oportunidad de interactuar en espacios de conversación y aprendizaje con adultos mayores.

Compartir con esta población me llevó a reflexionar sobre los múltiples factores que inciden en el bienestar en la etapa de la adultez mayor. Me permitió conocer cómo el entorno, la participación social, el acceso a espacios seguros y estimulantes, así como el trato digno, pueden marcar una gran diferencia en su salud mental y calidad de vida.

En el contexto actual de Costa Rica, marcado por un acelerado envejecimiento demográfico, estas consideraciones adquieren una relevancia particular. Comprender qué implica en realidad un envejecimiento saludable, identificar los desafíos sociales que enfrentan las

personas mayores y reconocer el potencial transformador de los espacios comunitarios resulta clave para construir una sociedad más consciente y preparada para este momento de la vida.

Apartir de lo aprendido en el TCU, pretendo destacar la necesidad de crear espacios que acompañen de forma integral el proceso de envejecimiento. Para ello, menciono elementos como el contexto demográfico del país, el concepto de envejecimiento saludable planteado por la Organización Mundial de la Salud, el impacto del aislamiento social, la relevancia de un enfoque de derechos humanos, la participación social en la vejez y los beneficios que pueden tener las actividades comunitarias que estimulan la dimensión cognitiva, física y emocional.

a. Contexto demográfico

Comprender el envejecimiento saludable requiere tener en cuenta primero el contexto demográfico en que ocurre. Costa Rica enfrenta un proceso acelerado de envejecimiento poblacional, donde la

*Estudiante de Medicina Universidad de Costa Rica – Sede Rodrigo Facio Participante del TCU-505: “Estrategias para la promoción de la salud mental desde un enfoque de los derechos humanos” Correo electrónico: odette.nieto@gmail.com



proporción de personas de 65 años y más está aumentando rápidamente. Según las estimaciones y proyecciones nacionales de población del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2024), se espera que esta población se duplique entre 2024 y 2044.

Este fenómeno se debe principalmente al aumento de la esperanza de vida, que se proyecta que alcance 84,27 años en 2050, y a la disminución constante de la tasa global de fecundidad (INEC, 2024). Frente a este panorama, es importante que existan iniciativas que, desde lo comunitario, promuevan una vejez activa, acompañada y valorada. Incluso acciones pequeñas, como facilitar espacios de conversación o actividades grupales, pueden marcar una diferencia en el bienestar de las personas mayores.

Por lo tanto, es necesario comprender qué se entiende por envejecimiento saludable, ya que no se trata solo de vivir más años, sino de hacerlo con bienestar y autonomía. Este concepto permite enmarcar de forma más clara las acciones necesarias para responder a los desafíos que impone el cambio demográfico.

b. Concepto de envejecimiento saludable

La OMS (2015) define el envejecimiento saludable como “el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (p. 14), dicha capacidad se refiere a las habilidades que

permiten a una persona mayor hacer lo que considera importante en su vida cotidiana.

Aunque es natural que la capacidad intrínseca disminuya con la edad, la OMS (2015) señala que un entorno favorable puede compensar estas pérdidas y contribuir a mantener la autonomía y la calidad de vida. Esto refuerza la idea de que el envejecimiento saludable es un proceso dinámico, que depende tanto del individuo como de su contexto.

c. Impacto del aislamiento social en las personas adultas mayores.

Aunque el envejecimiento saludable depende en parte de las capacidades físicas y mentales individuales, el entorno en el que vive la persona mayor puede facilitarlo o dificultarlo. Cuando ese entorno no favorece la participación, la conexión social o el acceso a espacios seguros, pueden surgir factores de riesgo como el aislamiento social. Este es uno de los desafíos más comunes en la vejez y puede tener efectos negativos tanto físicos como emocionales. La evidencia muestra que la soledad en personas mayores se asocia con mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, deterioro cognitivo, ansiedad y depresión (Gerlach, Solway & Malani, 2024).

La OMS (2021, pp 7-8) destaca la importancia de abordar este problema mediante intervenciones que promuevan la conexión social, como la participación en



grupos, la inclusión digital o el fortalecimiento de redes intergeneracionales. Identificar a tiempo a quienes están en riesgo y generar oportunidades de encuentro puede marcar una diferencia significativa en su bienestar.

d. Enfoque de derechos humanos en el cuidado de las personas adultas mayores.

Además de los factores sociales y de salud, el respeto a los derechos humanos es fundamental para garantizar una vejez digna. En Costa Rica, la ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en 2016 representó un paso importante hacia este objetivo, al reconocer derechos clave como la autonomía, el cuidado adecuado, la participación y la no discriminación. Este instrumento promueve un cambio cultural necesario: dejar de ver a las personas mayores como objetos de asistencia y reconocerlas como sujetos plenos de derechos, lo cual resulta esencial para diseñar espacios, acciones y entornos que respondan verdaderamente a sus necesidades (CONAPAM, 2023, pp. 20–21).

e. Beneficios de la estimulación cognitiva y física en la salud mental de las personas mayores.

Las actividades que promueven la estimulación cognitiva y física han demostrado ser herramientas valiosas para mejorar la salud mental y el bienestar general en la vejez. Schultheisz et al. (2018) evaluaron el impacto de talleres semanales

de estimulación cognitiva y encontraron mejoras significativas en memoria, atención, funciones ejecutivas y autoestima, tanto en personas con quejas cognitivas como en aquellas sin ellas. Estas intervenciones no solo fortalecieron el desempeño cognitivo, sino que también contribuyeron al bienestar emocional, reforzando su valor como estrategia preventiva frente al deterioro asociado al envejecimiento. De forma complementaria, Langhammer et al. (2018) señalaron que la actividad física regular está asociada con una mejor calidad de vida, mayor funcionalidad y menor riesgo de enfermedades crónicas, caídas, ansiedad y depresión. Así, ambas formas de estimulación (cognitiva y física) cumplen un rol clave en la promoción de un envejecimiento saludable e integral, especialmente cuando se incluyen en espacios comunitarios.

Reflexiones finales

A través de esta experiencia de trabajo comunal, comprendí con mayor profundidad las necesidades y desafíos que enfrentan las personas adultas mayores. El contacto directo me permitió observar cómo factores como la participación, el acompañamiento y la estimulación (física y cognitiva) pueden impactar de forma positiva en su bienestar general.

También comprendí el valor de crear un espacio donde se practique la escucha activa, se validen los sentimientos y se fomente el intercambio de experiencias entre personas adultas mayores.



Esta vivencia me permitió aplicar conocimientos adquiridos en la formación académica desde una perspectiva más humana, y reafirmó la necesidad de que, como profesionales en salud, contribuyamos activamente a construir entornos más inclusivos y sensibles al proceso de envejecimiento.

Referencias Bibliográficas

1. Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2023). *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2023–2033* (1.^a ed.). Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor.
2. Gerlach, L. B., Solway, E. S., & Malani, P. N. (2024). Social isolation and loneliness in older adults. *JAMA*, 331(23), 2058. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.3456>
3. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2024, 11 de julio). *Población de 65 años y más en Costa Rica se duplicará en los próximos 20 años*. <https://inec.cr/noticias/poblacion-65-anos-mas-costa-rica-se-duplicara-los-proximos-20-anos>
4. Langhammer, B., Bergland, A., & Rydwick, E. (2018). The importance of physical activity exercise among older people. *BioMed Research International*, 2018, Article ID 7856823. <https://doi.org/10.1155/2018/7856823>
5. Organización Mundial de la Salud. (2015). *Resumen. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. <https://www.who.int/es/publications/item/9789241565042>
6. Organización Mundial de la Salud. (2021). *Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief*. <https://www.who.int/publications/item/9789240030749>
7. Schultheisz, T. S. D. V., Aquino, R. R. de, Alves, A. B. F., Radl, A. L. M., & Serafim, A. P. (2018). Effect of cognitive stimulation workshops on the self-esteem and cognition of the elderly: A pilot project. *Dementia & Neuropsychologia*, 12(4), 421–426. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-040013>



CUANDO EL CUERPO RECUERDA



Jorge Andrés Santamaría Castro*

POEMA

Al principio llegan con pasos cautelosos,
dudando si aún saltan sus cuerpos orgullosos.
Las rodillas cargan el peso del tiempo,
los ojos guardan recuerdos en silencio.

Pero basta un estirón, una risa encendida,
y algo despierta en su alma dormida.
El cuerpo que yacía casi sin actuar,
recuerda al fin que también sabe bailar.

Los veo y sé que no es solo su físico,
es la mente que rompe el letargo rígido.
Es la puerta abierta a sueños y memorias,
que laten aún bajo viejas historias.

Sus rostros se iluminan, su voz se alza fuerte,
y en medio del ejercicio renace la suerte.
No es solo ejercicio ni juegos al azar,
es dignidad que lucha por brillar.

El alma olvida los años pasados,
y vive el presente en movimientos entregados.

Una parte vuelve a aquello que amó,
y en ese instante, el cuerpo recordó.

* Estudiante de Ciencias del Movimiento Humano. Sede Rodrigo Facio Participante del TCU-505: "Estrategias para la promoción de la salud mental desde un enfoque de los derechos humanos" de la Universidad de Costa Rica, 2025. Correo institucional: JORGE.SANTAMARIACASTRO@ucr.ac.cr



SANAR CON LA VOZ Y EL CORAZÓN: UNA VIVENCIA DESDE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL



Raquel Mora Agüero*

REFLEXIÓN

Hay experiencias que no se olvidan, que se quedan pegadas al alma y vuelven una y otra vez en forma de recuerdo cálido, de lección inesperada o de emoción que brota sin aviso. Así fue mi paso por el TCU 505, pues traspasó los márgenes de lo académico y se instaló en mi vida como una experiencia profunda, dulce y desafiante, lo cual me lleva a escribir esta reflexión a modo de agradecimiento.

Entré con cierta expectativa de “poner en práctica” lo aprendido. Me imaginaba compartiendo herramientas, planificando talleres, aplicando conocimientos. Pensaba que yo llegaría a “dar”, a “ofrecer algo”, y sí, ofrecí, pero no tenía idea de todo lo que iba a recibir, porque lo que sucedió en esos espacios fue más humano que técnico, más real que planificado, más sanador de lo que habría imaginado.

Desde el primer encuentro, algo cambió, no fue inmediato, pero sí muy claro: me di cuenta de que no estábamos ahí solo para hablar de salud mental desde la teoría, sino para encarnarla, vivirla y construirla entre personas

reales, con historias reales, con dolores, alegrías, frustraciones, memorias, silencios, risas y preguntas. Personas adultas mayores que, con solo su presencia, derribaban prejuicios, abrían puertas y nos miraban con una honestidad que desarmaba.

Lo primero que me enseñaron fue a escuchar, no escuchar para responder, ni para resolver, ni para corregir, escuchar de verdad con el corazón abierto, sin juicio, sin prisa. A veces, ese era el acto más poderoso, porque detrás de cada historia compartida, había algo que necesitaba ser dicho, algo que durante años quizás no había tenido espacio para ser nombrado y ahí estábamos nosotros, brindando ese espacio, sosteniendo, acompañando y aprendiendo.

Hubo talleres que me marcaron más que otros, momentos que guardo con especial cuidado, recuerdo una sesión en la que hablamos del autocuidado emocional, al final, una señora compartió en voz bajita que hacía mucho tiempo no se preguntaba cómo se sentía, que estaba tan acostumbrada a cuidar a los demás

* Estudiante de Terapia Física Universidad de Costa Rica – Sede Rodrigo Facio Participante del TCU-505: “Estrategias para la promoción de la salud mental desde un enfoque de los derechos humanos” Correo electrónico: RAQUEL.MORAAGUERO@ucr.ac.cr



—hijos, nietos, vecinos, amigas— que había olvidado lo que era detenerse y preguntarse: “¿Y yo cómo estoy?”. Esa reflexión me atravesó, porque entendí que muchas veces lo que más duele no es la falta de recursos o de compañía, sino la desconexión interna, la sensación de haberse perdido a uno mismo.

Y es que envejecer, como lo entendí en este proceso, no es solo acumular años, es transitar cambios que muchas veces son invisibles para el resto: perder roles, rutinas, seres queridos, funciones físicas, autonomía y espacios de decisión, sin embargo, también es una etapa de reinención, resignificación, de nuevas formas de estar en el mundo y acompañar ese proceso desde la promoción de la salud mental, requiere sensibilidad, respeto y presencia genuina.

Me encontré con personas que, pese a las dificultades, conservaban una esperanza luminosa, que tenían ganas de aprender, de compartir, de reír, que agradecen cada espacio de escucha como si fuera un regalo y al mismo tiempo, me encontré con historias de abandono, de dolor silencioso, de invisibilización, con realidades que duelen, pero que necesitan ser vistas para poder transformarse.

En uno de los espacios, una persona compartió que lo que más le había gustado del taller era “poder hablar sin que nadie la interrumpiera”, esa frase, tan simple en

aparición, me hizo pensar mucho en lo poco que escuchamos en esta sociedad y en cómo muchas personas adultas mayores, que han vivido tanto y tienen tanto para enseñar, son relegadas a un segundo plano, como si ya no tuvieran nada importante que decir y no es así, lo confirmé una y otra vez en cada taller, cada conversación y en cada momento compartido. Sus voces están llenas de historia, de sabiduría, de verdades que incomodan y otras que acarician. Están llenas de humanidad y escucharlas es un acto de justicia, reparación y sanación.

También fue un proceso de crecimiento personal muy profundo, me vi muchas veces cuestionando mis propios prejuicios, enfrentando mis inseguridades, descubriendo aspectos de mí que no conocía. Aprendí a soltar el control, a confiar en lo que surgía en el momento, a mirar con ternura los errores, aprendí que no siempre tengo que tener todas las respuestas, que a veces lo más valioso que puedo ofrecer es mi presencia honesta.

Hubo momentos en los que sentí impotencia, porque los talleres eran breves y yo quería hacer más. Quería asegurarme de que cada persona se sintiera acompañada, contenida y cuidada. Pero también aprendí que no todo depende de mí, que una palabra puede sembrar algo, que un espacio, aunque breve, puede dejar huella y que el cuidado también incluye reconocer mis propios límites.



Me emocionó mucho el nivel de compromiso y entrega de mis compañeras y compañeros de equipo. Fue hermoso ver cómo cada quien ponía su corazón en lo que hacía, cómo nos apoyamos mutuamente, cómo tejíamos juntos una red de afecto y contención, en la que nos recordábamos una y otra vez, que lo importante no era hacerlo perfecto, sino hacerlo con amor. También agradezco profundamente a la persona coordinadora del TCU, que sostuvo el proyecto con tanta dedicación y por supuesto, agradezco con el alma a cada persona adulta mayor que formó parte de este proceso. Por confiar, por abrir su mundo y por enseñarme tanto sin proponérselo, me enseñaron a mirar con más profundidad, a valorar el presente, a abrazar lo sencillo, me mostraron que la salud mental también se construye con risas, con memoria compartida, con presencia amorosa.

Ahora que el TCU ha terminado formalmente, no siento que sea un cierre, siento que es una semilla que quedó plantada en mí. una forma nueva de mirar la vida, el trabajo comunitario, la vejez y la salud mental. Me llevo la certeza de que este fue uno de los procesos más significativos de mi formación, no solo profesional, sino profundamente humana.

Promover la salud mental desde un enfoque de derechos humanos no es solo una bonita consigna, es un compromiso. un camino, una práctica que se elige todos los días y que necesita

sensibilidad, escucha, paciencia y coraje, porque implica ver lo que muchas veces no se quiere ver, escuchar lo que incomoda y acompañar desde la presencia, no desde la prisa.

Si algo me enseñó este TCU, es que la salud mental no está en el futuro, ni en recetas mágicas, está aquí, en el presente compartido, en una conversación sincera, en una pregunta hecha con cariño, en un silencio respetado, en una risa que nos desarma y en una mirada que dice “estoy con vos”.

Gracias, TCU 505, por tanto, gracias por mostrarme que sanar con la voz y el corazón es posible, gracias por recordarme que trabajar con personas adultas mayores es un privilegio, una responsabilidad y una oportunidad inmensa de aprendizaje y amor.

Y gracias a la vida, por haberme puesto en este camino justo en este momento.





VÍNCULOS QUE TRANSFORMAN: REFLEXIONES SOBRE LA ADULTEZ MAYOR

REFLEXIÓN



María Fernanda Retana Rodríguez*

Los caminos de la vida nos llevan por experiencias que esperamos y otras que nos toman por sorpresa, esas que nos sacuden, nos provocan replantearnos y nos enseñan a mirar de otra manera lo que somos y lo que podemos ser. Al recordar mi vivencia durante el TCU *“Estrategias para la promoción de la salud mental desde un enfoque de derechos humanos”*, revivo la ansiedad y emoción del primer día, cuando me preparaba para conocer a las personas participantes de los talleres. No esperaba ser acogida con tanta calidez, ni experimentar de inmediato ese “clic” que nos permitió establecer un vínculo genuino inclusive terapéutico. En ese momento percibí que mi presencia allí tenía un propósito; con el tiempo comprendí que era un espacio para crecer tanto personal como profesionalmente, así como para entregarme a las personas con afecto y compromiso.

Como estudiante de enfermería, había tenido la oportunidad de trabajar con otros grupos etarios, a excepción de la adultez mayor. Durante el transcurso del TCU,

pude observar de cerca las necesidades humanas de estas personas en función de su contexto: algunas institucionalizadas, otras viviendo con familiares o solas. A su vez, logré reconocer de manera tácita los determinantes sociales de la salud y entendí que, aunque las experiencias de cada persona son únicas y mediadas por factores personales, políticos, económicos y sociales, la flexibilidad en la planificación de los talleres y la incorporación de diversidad de temáticas permitían facilitar conocimientos y habilidades para la vida, buscando enriquecer y homogenizar la experiencia de todos los participantes. Además, los talleres promovieron un espacio seguro donde las personas adultas mayores podían compartir, aprender y realizar actividades dinámicas que potenciaran sus capacidades, fortalecieran la autoestima, el sentido de pertenencia y fomentaran la participación activa, contribuyendo a su bienestar holístico.

A raíz de la búsqueda de ese bienestar holístico, constaté que la salud mental

* Estudiante de Enfermería. Universidad de Costa Rica – Sede Rodrigo Facio. Participante del TCU-505: “Estrategias para la promoción de la salud mental desde un enfoque de los derechos humanos” Correo electrónico: maria.retanarodriguez@ucr.ac.cr



implica afrontar los desafíos del día a día, encontrar recursos en uno mismo y mantener un equilibrio que permita crecer en cada etapa del curso de vida. Particularmente en esta población, el tema del duelo es un aspecto fundamental. No se trata de caracterizar el duelo como solo la pérdida de un ser querido, sino también el proceso de adaptación que supone la tercera edad, la resignificación de la identidad y el establecimiento de nuevos propósitos. Esta experiencia me enseñó la importancia de validar emociones y pensamientos, acompañar con empatía y reforzar la autoestima para que las personas adultas mayores se sientan capaces de asumir o descubrir nuevos roles. Más allá

del imaginario colectivo que suele percibir a la persona adulta mayor como discapacitada o infantilizada, considero vital adoptar otros lentes que permitan reconocer y potenciar su dignidad y autonomía.

Por último, el diálogo intergeneracional, más allá de un concepto, se convirtió en una experiencia enriquecedora. El sentido de pertenencia y la vitalidad que percibía en sus ojos al compartir sus historias, conocimientos y espiritualidad era único. Vivir esto me permitió comprender que la promoción de la salud mental requiere humanidad, sensibilidad y respeto profundo por los derechos y la dignidad de cada persona.





**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