

Calidad de sueño, síntomas depresivos y de ansiedad durante el confinamiento por COVID-19 en Argentina

Evaluación de aspectos de la salud mental en trabajadores hospitalarios en el contexto de la pandemia del COVID-19

Dispositivo público de telesalud mental durante la pandemia COVID-19: aproximaciones preliminares del Programa Salud Mental Responde (SMR)

Valoración del riesgo de violencia en pacientes forenses con el HCR-20^{V3}: análisis de fiabilidad interevaluador y validez concurrente

Seguimiento longitudinal de pacientes con queja cognitiva: características y perfiles de progresión

Georg Frankl: ¿el tercero o el primer hombre en la génesis del autismo?

Epidemiología de la mortalidad por suicidio en la provincia de Buenos Aires, Argentina, 2001-2017

Características del insight en la esquizofrenia. Una revisión bibliográfica



REDACCIÓN

Director Juan Carlos Stagnaro (Universidad de Buenos Aires).

Sub-directores Santiago Levín (Universidad de Buenos Aires).
Martín Nemirovsky (Proyecto Suma).
Daniel Matusevich (Hospital Italiano de Bs.As.).

Directores asociados **América Latina:** Cora Lugercho.
Europa: Dominique Wintrebert, Martín Reza, Eduardo Mahieu, Federico Ossola.
EE. UU. y Canadá: Daniel Vigo.

Comité científico **Argentina:** L. Almirón, M. Cetkovich Bakmas, A. Goldchluk, J. Nazar, J. Pellegrini, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, A. Ravenna, E. Rodríguez Echandía, A. Sassatelli, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, M.A. Vera, H. Vezzetti.
Bélgica: J. Mendlewicz. **Brasil:** J. Mari. **Colombia:** R. N. Córdoba.
Chile: A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **España:** R. Huertas, V. Barembli.
Francia: Th. Tremine, B. Odier. **Italia:** F. Rotelli. **México:** S. Villaseñor Bayardo. **Perú:** R. Alarcón. **Reino Unido:** G. Berrios. **Suecia:** L. Jacobsson.
Suiza: Nelson Feldman **Uruguay:** H. Casarotti, A. Lista. **Venezuela:** C. Rojas Malpica.

Consejo de redacción **Martín Agrest** (Proyecto Suma), **Norberto Aldo Conti** (Hospital “José T. Borda”), **Juan Costa** (Cesac 6 y 24, Hospital “P. Piñero”), **Natalia Fuertes** (Hospital Italiano de Buenos Aires), **Gabriela S. Jufe** (Consultor independiente), **Alexis Mussa** (Consultor independiente), **Esteban Toro Martínez** (Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación), **Fabián Triskier** (PAMI e INECO).

Comité de lectura Eduardo Leiderman, Ernesto Walhberg, Silvia Wikinski.

Comité de redacción **Secretario:** Martín Nemirovsky.
Julián Bustin, José Capece, Pablo Coronel, Sebastián Cukier, Laura Fainstein, Edith Labos, Elena Levy Yeyati, Silvina Mazaira, Mariana Moreno, Mariano Motuca, Nicolás Oliva, Federico Pavlovsky, Ramiro Pérez Martín, Diana Szalzman, Judith Szulik, Juan Tenconi.

Corresponsales **México:** María Dolores Ruelas Rangel. **Colombia:** Jairo González.
Venezuela: Miguel Ángel De Lima Salas. **Francia:** Eduardo Mahieu.
Reino Unido: Catalina Bronstein.

Vertex Revista Argentina de Psiquiatría es una publicación de periodicidad trimestral. Reg. Nacional de la Propiedad Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 2718-904X (versión en línea). Hecho el depósito que marca la ley. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría. (2021). 32(151): 6-90.

Todos los derechos reservados. © Copyright by Vertex. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos SA.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Coordinación de edición Carolina Pangas - edicion@polemos.com.ar

Diseño y diagramación D.I. Pilar Diez - mdpdiez@gmail.com - www.mdpdiez.wixsite.com/pdestudio.com

Imágen de tapa: Foto estructura puente - creado por wirestock - www.freepik.es



EDITORIAL

En el número anterior de *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, el simbólico ciento cincuenta después de 30 años de aparición ininterrumpida, hablamos de un futuro abierto para nuestra revista. Abierto intrínsecamente, porque nuestra publicación había marcado un hito editorial en la psiquiatría argentina, pero había llegado también a una suerte de *impasse* que exigía una profunda reflexión acerca de múltiples aspectos de su perfil. Y también abierto extrínsecamente, porque mucho ha cambiado en el mundo, en el país, en la psiquiatría y en la concepción de la circulación de la edición científica desde los comienzos de *Vertex*.

Luego de mucha reflexión, rescatando esas tres décadas de experiencia desde aquel 1990 en el que nació en las agitadas aguas sociales, económicas y políticas de la época, decidimos en el torbellino de la crisis actual, mucho mayor que aquella por sus características y su dimensión planetaria, mantener viva su existencia renovándola y haciéndola más contemporánea de lo que ha advenido en las novedades de las publicaciones de la especialidad.

Para ello partimos de lo más importante que es, conservando a casi todos los que veníamos produciendo *Vertex*, con las mismas u otras tareas, renovar y ampliar su equipo de redacción, convocando a un grupo de brillantes colegas que aportarán nuevas ideas y nuevos conocimientos. Actualizamos su diseño gráfico, cambiamos varias de sus secciones y tomamos la decisión de que tenga, a partir de ahora, una presentación exclusivamente virtual, más acorde al ritmo de los tiempos. Por otro lado, nos dotamos de una nueva página web y hemos iniciado las gestiones para garantizar una amplia difusión de sus artículos en texto completo y acceso abierto a partir de PubMed y otras bases de datos inscribiendo nuestra publicación en el movimiento de democratización del conocimiento, asegurando su gratuidad. El objetivo es tener la mayor difusión posible de autores en lengua castellana, principalmente argentinos y latinoamericanos, aunque abrimos, como siempre, sus páginas a contribuciones de todo el mundo. Esa última tarea estará en manos de Directores asociados en América Latina, Europa, EE. UU. y Canadá, y de los nuevos corresponsales en diferentes países.

Otras innovaciones que están previstas para esta segunda época de *Vertex* se irán desgranando para conocimiento de nuestros lectores mediante una constante información a través de las redes sociales.

Seguimos fieles a la idea de ser una publicación: “Abierta a las distintas orientaciones que atraviesan el campo psiquiátrico, [que] pretende ser un lugar de confrontación, de memoria y de enseñanza”; que siga pretendiendo ser una apuesta intelectual que no esquite el bulto al desafío de





EDITORIAL

hacer ciencia, reconociendo que ésta está inscrita en la trama histórica, ideológica y política de su tiempo, de la cual somos protagonistas y, como editores, formadores de opinión, con toda la responsabilidad que tal propósito implica.

Todas esas tareas se han venido desarrollando en el marco de la actual pandemia, que nos ha sumergido en la singularidad del acontecimiento que estamos viviendo con sus repercusiones mayúsculas en la salud mental de todas las personas.

Sin embargo, transcurrido poco más de un año del inicio de la crisis sanitaria global que a todos nos tiene en vilo, y sin haber salido aún de esta prolongada y angustiosa incertidumbre, algunos aprendizajes van tomando forma. Algunas preguntas van hallando respuestas, que no por provisorias dejan de ser válidas.

¿Tenemos un rol los psiquiatras en este contexto? Desde luego que sí, pero esto no fue evidente en un principio ni para la ciudadanía ni para los gobernantes. Hubo un momento inicial de enorme confusión que condujo a un análisis reduccionista de la crisis. La pandemia está ocasionada por un virus, por lo tanto solo escucharemos a infectólogos y epidemiólogos. A continuación, vino una etapa en la que psiquiatras y psicólogos fuimos convocados a hablar de las consecuencias psíquicas del confinamiento, y a ofrecer consejos simples para sobrellevar mejor las restricciones y la incertidumbre. Se nos preguntó por el trauma psíquico, por la alteración en las rutinas diarias, por el impacto diferencial de la crisis según grupos etarios, por la influencia de la pandemia en la epidemiología de la salud mental, y un gran etcétera. Ciudadanía, medios de comunicación y autoridades sanitarias comenzaron a ubicar al médico psiquiatra en la lista de los especialistas a consultar.

Desde el mismo inicio de la pandemia, pero con fundamentos crecientes, fuimos comprendiendo que la pandemia tiene, entre sus variadas facetas, un aspecto insoslayable: el aspecto comunicacional. Las palabras y las metáforas elegidas para narrarla tienen efectos subjetivos muy profundos, que pueden modificar la evolución de la mismísima crisis sanitaria generando más caos, mayor incertidumbre y conductas individualistas o contribuyendo a la producción de comunidad, de solidaridad y de cooperación. Muchos medios de comunicación buscaron lo primero, mostrando cómo la lógica comercial viene ganando, por varios cuerpos, a la ética editorial.

Es así que las y los psiquiatras llegamos a comprender que la comunicación en pandemia puede ser un instrumento sanitario de primer orden, tan específico como la vacuna misma, y que al retraso de la obtención





EDITORIAL

de la tan mentada “inmunidad de rebaño”, debido a la demora en la llegada de las vacunas, debe responderse con la generación de una nueva “solidaridad de rebaño”, que permita comprender que el mejor camino de superación de la crisis es el camino de la cooperación comunitaria.

La complejidad de la hora es enorme, por momentos inabarcable. Y por añadidura, cuando la muerte se hace presente de este modo, la angustia emergente dificulta aún más el análisis sereno y equilibrado del fenómeno. Quedan a la vista, más nítidamente que nunca: la inequidad global en todos los aspectos posibles; el impacto diferencial de la pandemia según las clases sociales; la mercantilización a escala global de la salud, hasta el punto en que ya ni incomoda al sentido común que las vacunas sean un negocio y no patrimonio de la Humanidad; en la puja geopolítica de un pequeño puñado de países por la supremacía mundial, mientras miles de millones padecen.

Han aumentado y seguirán aumentando, en todo el mundo, las consultas por síntomas mentales. Y más aún en la segunda etapa del proceso, siguiendo el modelo freudiano del trauma en dos tiempos. Aún está por verse la verdadera magnitud de este problema, que probablemente tendrá un costo mayor al calculado.

Este dramático cuadro nos muestra, con inusitada claridad, algo que sabíamos pero que suele pasarse por alto, especialmente por parte de quienes diseñan las políticas sanitarias: que la Salud Mental es parte inescindible de la salud general, y que no hay verdadera salud en un mundo de crecientes injusticias, si no la entendemos desde el punto de vista comunitario. Rescatamos, más que nunca, la Salud Pública como un instrumento de equidad social, recordando su axioma principal: lo que existe para algunos, se pretende para todos.

*Juan Carlos Stagnaro
Santiago Levín*





ÍNDICE

- 6** Calidad de sueño, síntomas depresivos y de ansiedad durante el confinamiento por COVID-19 en Argentina. *Stella M. Valiensi, Agustín L. Folgueira, Arturo D. C. Garay*
- 15** Evaluación de aspectos de la salud mental en trabajadores hospitalarios en el contexto de la pandemia del COVID-19. *Juan Cristóbal Tenconi, Ángeles Justo, María Stewart Harris*
- 25** Dispositivo público de telesalud mental durante la pandemia COVID-19: aproximaciones preliminares del Programa Salud Mental Responde (SMR). *Humberto Lorenzo Persano, María Victoria Kugler, David Alejandro Gutnisky, Florencia María Alul*
- 32** Valoración del riesgo de violencia en pacientes forenses con el HCR-20^{V3}: análisis de fiabilidad interevaluador y validez concurrente. *Elisa Folino, Karin Arbach*
- 45** Seguimiento longitudinal de pacientes con queja cognitiva: características y perfiles de progresión. *Edith Labos, Marina Cavagna, Vanina Pagotto, Marcelo Carlos Schapira*
- 55** Georg Frankl: ¿el tercero o el primer hombre en la génesis del autismo?
Juan Pablo Lucchelli
- 62** Epidemiología de la mortalidad por suicidio en la provincia de Buenos Aires, Argentina, 2001-2017. *Ana Laura Barrio, Andrés Guillermo Bolzan, Daniela Noemí Obando, Juan Ignacio Irassar*
- 71** Características del insight en la esquizofrenia. Una revisión bibliográfica.
Daniel Sotelo, Verónica Grasso, Gabriela Meloni
- El rescate y la memoria**
- 79** Gregorio Marañón: Los inicios de los estudios médicos sobre sexualidad en España.
Norberto Aldo Conti
Los estados intersexuales en la especie humana. *Gregorio Marañón*
- 89** **Lecturas**
El arte de perderse, Rebecca Solnit. *Daniel Matusevich*
- 

Calidad de sueño, síntomas depresivos y de ansiedad durante el confinamiento por COVID-19 en Argentina

Sleep quality, depressive symptoms and generalized anxiety disorders during confinement by COVID-19

Stella M.Valiensi¹, Agustín L. Folgueira², Arturo D. C. Garay³

Resumen

En Argentina el confinamiento por la pandemia ocasionada por COVID-19 produjo muchos cambios. *Objetivo:* evaluar calidad de sueño, trastornos de ansiedad, y depresión en personas adultas. *Sujetos y métodos:* mediante una encuesta anónima distribuida en el país a través de la web que fue completada por 2594 personas (69% mujeres, 32% hombres). El 30% refirió trabajar en el ámbito de la salud. Se analizó información demográfica, calidad y otras variables de sueño, síntomas depresivos y ansiedad. *Resultados:* la prevalencia de malos dormidores, síntomas depresivos y ansiedad fueron de 53%, 21,1% y 43,8% respectivamente. Los mayores de 65 años. mostraron una predilección mayor en acostarse antes y menor latencia de inicio de sueño. La regresión logística multivariada mostró que la edad <55 años y ser mujer se asoció a ansiedad y ser mal dormidor. Dormir más de 10 horas, acostarse más tarde, ser mal dormidor y ansiedad, se asoció con síntomas depresivos. Ser trabajador sanitario se asoció con tener mayor ansiedad. *Conclusiones:* identificamos prevalencia en mala calidad de sueño, ansiedad y depresión durante la pandemia. Más de la mitad de la población evaluada resultaron ser malos dormidores y presentaron puntajes elevados de síntomas relacionados con ansiedad y depresión. Adicionalmente los trabajadores sanitarios presentaron mayor ansiedad que el resto.

Palabras claves: COVID-19 y sueño - sueño - ansiedad - depresión.

Abstract

The confinement due to the pandemic caused by COVID-19 in Argentina produced many changes. Objective: To assess sleep, anxiety disorders, and depression in adults. Subjects and Methods: Through an anonymous survey distributed in the country through the web that was completed by 2,594 people (69% women, 32% men). 30% reported working in the health field. Demographic information, quality and other sleep variables, depressive symptoms and anxiety were analyzed. Results: The general prevalence of bad sleepers, depressive symptoms, and anxiety were 53%, 21.1%, and 43.8%, respectively. Those over 65 years of age showed a significantly higher prevalence of going to bed earlier and having a lower sleep onset latency. Multivariate logistic regression showed that age <55 years and being a woman were associated with anxiety and with being a poor sleeper. Sleeping more than 10 hours, going to bed later, being a poor sleeper and anxiety, were associated with depressive symptoms. Being a healthcare worker was associated with more anxiety. Conclusions: We identified poor sleep quality and alteration mental health in times of confinement. We found that more than half of the evaluated population turned out to be poor sleepers and presented high scores of symptoms related to anxiety and depression. Additionally, health workers presented more anxiety than the rest.

Keywords: COVID-19 and sleep - sleep - anxiety - depressive symptoms.

RECIBIDO 11/11/2020 - ACEPTADO 14/1/2021

¹Médica Neuróloga, Asociación Argentina de Medicina del sueño.

²Médico Neurólogo, Asociación Argentina de Medicina del sueño.

³Médico Neurólogo, Asociación Argentina de Medicina del sueño.

Autora de referencia:

Stella M.Valiensi

svaliensi@gmail.com

Lugar de realización del estudio: Laboratorio de sueño, Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA, Argentina

Introducción

La pandemia por COVID-19 ha producido una crisis en una innumerable cantidad de aspectos, en particular en lo relacionado con los efectos del aislamiento en sí mismo, en la interacción social, en lo económico, en el sueño, en la salud mental y otros fenómenos adaptativos a la inédita situación que estamos padeciendo.

A nivel social hubo que adaptarse a cambios en los sincronizadores sociales de ritmos biológicos como horarios de trabajo y escolarización online para los niños. Adaptarse a sincronizadores ambientales como ser: poca iluminación natural durante el día, disminución del ruido ambiental, exceso de uso de luz artificial (ALAN: *Artificial Light at Night*) (Kevin et al., 2017) por uso de celulares, participación de videos interactivos, mayor tiempo de trabajo en computadora, lo cual provoca que las personas se acuesten y se levanten más tarde de lo habitual y atrasen el inicio del sueño.

La pandemia provoca preocupaciones a nivel económico, asociadas a miedo y angustia ante la pérdida de empleo, la pérdida de ingresos, el uso de ahorros, el incremento de deudas, sobrecarga laboral. Pero también existe miedo a la enfermedad, al contagio de y por familiares, más aún en adultos mayores, también en personas con trastornos comórbidos subyacentes (Dong, y Boueym, 2020) y en trabajadores de la salud en los que el agotamiento físico, los trastornos emocionales y del sueño (Ho et al., 2020; Pappa et al., 2020) son frecuentes.

Se sabe que dormir bien, mejora el funcionamiento cerebral, el aprendizaje, ayuda a adaptarse mejor al trabajo, mejora el estado de ánimo, controla el estrés, la depresión, la ansiedad e interviene en el mantenimiento de diversas funciones metabólicas e inmunológicas, por lo que es importante tener una buena calidad de sueño durante el aislamiento que impone la pandemia.

A medida que las estadísticas de mortalidad y morbilidad alcanzan nuevos picos todos los días, el confinamiento se prolonga, las oportunidades recreativas para las personas disminuyen y la crisis financiera aumenta (Saxena, 2020), lo que lleva aparejado que las quejas por trastornos del sueño y de salud mental crezcan exponencialmente.

Objetivo

Evaluar calidad y cambios en el sueño, trastornos de ansiedad, y depresión en personas adultas durante el confinamiento por pandemia ocasionada por COVID-19.

Sujetos y métodos

Se realizó un estudio de corte transversal mediante una encuesta en forma anónima, difundida a través

de las redes sociales, redes de contactos de los investigadores que integran la Asociación Argentina de Medicina del Sueño, y redes conexas inherentes a sus miembros. Este estudio se realizó de conformidad con la Declaración de Helsinki.

El consentimiento informado electrónico de querer participar, se obtuvo de cada participante antes para comenzar la investigación. El participante podía retirarse de la encuesta en cualquier momento sin proporcionar ninguna justificación.

Se utilizaron cuestionarios para medir cambios en el sueño, en la calidad del mismo, se evaluó depresión y ansiedad en sujetos mayores de 18 años que residían en Argentina en el momento del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) decretado por las autoridades.

La encuesta se aplicó entre el 13 al 30 de abril 2020, casi un mes después de implementarse el confinamiento en nuestro país. Se realizó una descripción socio-demográfica de la muestra, condiciones de trabajo y horas de exposición a COVID-19 en los que trabajan en salud. Para valorar sueño utilizamos los siguientes recursos:

- a. El Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (del inglés: *Pittsburgh Sleep Quality Index*, PSQI), que evalúa la calidad subjetiva, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia de sueño, perturbaciones del sueño, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna. Una puntuación mayor a 5 categoriza a los participantes como malos dormidores. Puntuación de 5 o menos, son considerados buenos dormidores (Buysse et al., 1989). Una puntuación de 5 a 7 es una indicación de tratamiento médico; una puntuación de 8 a 14 implica que requiere atención y tratamiento médico y una puntuación de 14 a 21 sugiere un problema grave del sueño (Escobar-Córdoba, y Eslava-Schmalbach, 2005; Jimenez-Genchi, y Monteverde-Maldonado, 2008).
- b. La Escala analógica visual para valorar calidad subjetiva de sueño, siendo 0 la peor y 10 la mejor.
- c. La Escala analógica visual para valorar somnolencia diurna, siendo 0 la mínima y 10 la máxima.
- d. El hábito de dormir la siesta lo evaluamos con preguntas sobre presencia (SI/NO), frecuencia ($>$ o $<$ 3/7 días), tiempo de duración en cuarentena (igual/menor/mayor) a lo habitual.
- e. Para evaluar depresión utilizamos el Cuestionario sobre la Salud del paciente-9 (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001), que detecta la presencia, severidad de depresión y sugerencia de tratamiento. Las puntuaciones según DSMIV van de 0 a 27 puntos. 0-4: nivel de depresión negativo. 5-9: diagnóstico

dudoso repetir el PHQ9 en el seguimiento. 10-14: moderado, se sugiere hacer plan terapéutico, asesoría, seguimiento y/o recetar medicamentos. 15-19: moderado-grave, se debe prescribir medicamentos con asesoramiento. 20-27: grave, prescribir medicamentos y si no hay respuesta o es deficiente, derivar a salud mental. Con adecuada sensibilidad y especificidad (88%) para diagnóstico de depresión (Kroenke, y Spitzer, 2002; Pfizer Inc., 2010).

- f. Para detectar síntomas de ansiedad utilizamos Cuestionario de Detección de Ansiedad Generalizada: GAD-7 (García-Campayo et al., 2010; Spitzer et al., 2006). Interpretación: 0-4 puntos: no se aprecian síntomas. 5-10 puntos: síntomas leves. 11-15 puntos: síntomas moderados. 16-21 puntos: síntomas severos.

Tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra para la regresión logística se determinó que cada la variable dependiente (mal dormidor) tenga al menos un agregado de 10 eventos por cada una de las 12 variables independientes incluidas en el modelo. Se calculó que se obtendría un poder estadístico aceptable de este estudio si el tamaño de la muestra fuera mayor que 302 sujetos (Peduzzi et al., 1996).

Análisis estadístico

Los resultados de variables cualitativas se expresaron como frecuencias y porcentajes. Las variables cuantitativas, mediante media y desviación standard. Se utilizó medidas de tendencia y distribución para describir los grupos. Se utilizó el t-test y ANOVA para analizar las variables continuas, pruebas de Chi cuadrado para comparar las variables cualitativas. Regresión logística binaria para el análisis multivariado, entre sexo, edad, hora de acostarse, hora de levantarse, latencia de Inicio de sueño, horas de sueño nocturno < 6 horas y > 10 horas, diagnóstico de depresión, ansiedad y malos dormidores. Se consideró significativa una $p < 0.05$. Se usó SPSS 18 (Chicago SPSS Inc.).

Resultados

Se completaron 2798 encuestas. Se incluyeron 2594 personas, excluyéndose 204 por formulario incompleto o por vivir en el extranjero al momento de completar la encuesta. El 31% fueron hombres ($n = 803$). Edad: 18-85, media 42 ± 13 . Edad ≥ 65 años 5,4% ($n = 141$). El 66.6% residía en la provincia de Buenos Aires (en el cono urbano: 28,7% y en el interior de la provincia: 37,9%).

La mayor participación del interior correspondió a las provincias de Santa Fe con 6,3%, Catamarca: 3%, Córdoba: 2,9%, Chubut: 2,7%. Jujuy fue la única provincia de la cual no se obtuvo datos. El 67.5% ($n = 1751$) estaba empleado y de ellos el 31.7% ($n = 823$) trabajaban en salud de los cuales $n = 515$ o sea el 19,9% eran mujeres. Al dividir por géneros las mujeres que no trabajaban fueron 23,9 ($n = 619$), y trabajan pero no en salud el 25,3% ($n = 657$). Las características generales de la población evaluada y de los cuestionarios/preguntas analizadas, se observan en la *tabla 1*.

En la *tabla 2* se analizó las diversas variables de sueño por PSQI, hábitos de sueño, la presencia de síntomas de depresión por PHQ-9 y TAG por GAD-7.

En la *tabla 3* analizamos PSQI según género mediante ANOVA donde se observó que las mujeres son más malas dormidoras, tardan más en dormirse, se levantan más tarde y duermen más horas, les cuesta dormir la primer media hora, tienen más despertares, roncan más, tienen más pesadillas, y otras razones que fragmentan su sueño. Refirieron mala a muy mala calidad de sueño, toman más medicamentos para dormir, y tienen peor estado de ánimo para hacer las cosas al despertarse, que los hombres.

Además, comparamos la calidad de sueño entre adultos y personas de la tercera edad donde observamos llamativamente que no hubo diferencias en ser malos dormidores, pero los de mayor edad refirieron acostarse y dormirse antes, les cuesta dormir la primera media hora, roncan menos, refirieron menos pesadillas, no tan mala calidad del sueño, toman menos medicación para dormir, y no tienen tantos problemas con el ánimo para hacer las cosas.

En la *tabla 4*, se comparó mediante ANOVA los cuestionarios de PSQI, PHQ-9 y GAD observándose que a mayor depresión y ansiedad, la calidad del sueño es significativamente peor.

En la *tabla 5* se realizó análisis de regresión logística multivariado comparando depresión y ansiedad con múltiples variables relacionadas al sueño y se observó que tener menos de 55 años, dormir más de 10 horas, ser mal dormidor y presentar ansiedad se asoció a síntomas de depresión. Además ser mal dormidor y presentar síntomas de depresión se asoció a síntomas de ansiedad.

Al comparar mediante ANOVA los trabajadores, trabajadores de salud con los no trabajadores (*ver tabla 6*) encontramos diferencia significativa en los No trabajadores dado que se acostaban más tarde, se levantaban más tarde, dormían más horas, la latencia de inicio de sueño era mayor, y también mayor la percepción de somnolencia diurna. El puntaje de PQH9 y ser

Tabla 1. Características generales de la población y análisis de variables relacionadas con el sueño, depresión, ansiedad

Variables analizadas	n	Mínimo	Máximo	Media	DE
Edad	2594	18	85	42	13
Horas de Exposición a COVID-19	761	0	72	7	12,40
PSQI # 1 Hora de Acostarse (h/min)	2594	20:00	04:00	00:02	1:22
PSQI # 2 Latencia de Inicio de Sueño (min)	2594	0	240	37,82	40,35
PSQI # 3 Hora de Levantarse (h/min)	2594	04:00	14:00	08:29	1:38
PSQI # 4 Horas del Sueño (h/min)	2594	4	12	7:00	1:18
PSQI # 1 y 3. Tiempo en Cama (h/min)	2594	04:00	14:00	8:26	1:25
PSQI: Eficiencia del Sueño (%)	2594	40	100	83,49	13,18
Escala analógica Visual de Calidad de Sueño	2594	1	10	6,56	2,10
Escala analógica Visual de Somnolencia Diurna	2594	1	10	3,92	2,50
TTSS (h/min)*	2594	4	12	7:00	1:18
Tiempo que demora en Levantarse (min)	2594	0	240	23,06	24,01
Siestas: duración en minutos	1471	5	180	67,99	36,3
PSQI puntaje	2594	0	19	6,35	3,45
PHQ-9 – Puntaje	2594	0	27	6,39	4,62
GAD – Puntaje	2594	0	21	5,58	4,14

* TTSS: Tiempo Total de Sueño Subjetivo

malos dormidores por PSQI total, también peor, estadísticamente significativo comparado con los trabajadores. Los trabajadores de salud puntuaron significativamente, más en el GAD-7, que los no trabajadores.

Discusión

Realizamos por primera vez una encuesta sobre calidad de sueño, ansiedad y síntomas depresivos durante la pandemia por COVID-19 en Argentina. No encontramos que dichos aspectos hayan sido estudiados en otros países pero encontramos un trabajo de Huang en China, que fue publicado un día antes que la distribución de nuestra encuesta (Huang, y Zhao, 2020), con resultados en su mayoría disímiles a los nuestros. Nuestra población estuvo integrada por dos tercios de residentes de la provincia de Buenos Aires y Ciudad de Buenos Aires. Casi 2 tercios de la población tenía empleo, de los cuales más de un tercio trabajaba en el ámbito de la salud y 5,4% pertenecía a la tercera edad.

Al analizar la *calidad del sueño* encontramos que más de la mitad de nuestra población refirieron ser malos dormidores a diferencia de la población asiática donde el porcentaje fue muy inferior al nuestro (Huang, y Zhao, 2020). La mala calidad de sueño se asoció con varios factores como: aumento de latencia al inicio del sueño y de los despertares nocturnos, aunque el tiempo total de sueño subjetivo estuvo dentro de los valo-

res considerados como normales para adultos (Vyas, y Suno, 2020). Sólo los trabajadores de salud manifestaron como otra razón, dormir menos horas. Se sabe que dormir menos tiempo de lo adecuado, predispone a estrés crónico y mayor angustia (Lee et al., 2018).

Al analizar la *calidad del sueño en la tercera edad*, detectamos que si bien los sujetos refirieron mala calidad de sueño, se acostaban más temprano y dormían antes, constatándose adelanto de fase probablemente por la edad (Paul et al., 2011), pero no se pueden descartar otros factores visibles en la cuarentena como falta de exposición a la luz solar, sedentarismo y/o falta de relaciones sociales. No encontramos reportes en la literatura que hayan analizado el sueño en esta población durante la pandemia.

El sub-análisis de la calidad del sueño en mujeres demostró en forma significativa que tenían una mala calidad de sueño, a pesar de que dormían más horas pero su sueño estaba más fragmentado por prácticamente todos los motivos mencionados, e incluso refirieron roncar con mayor frecuencia que los varones. Además, refirieron consumir significativamente más medicación para poder dormir. Al realizar el análisis multivariado encontramos también que las mujeres que tenían mala calidad de sueño, dormían más de 10 horas, experimentaban ansiedad, asociada fuertemente a presentar síntomas de depresión, sobre todo

Tabla 2. Análisis de variables de sueño y algunas variables de PSQI, hábitos de sueño, depresión (PHQ-9) y ansiedad (GAD)

Valoración de sueño	Características evaluadas	n	%
Calidad de sueño por PSQI	PSQI total ≤5	1219	47
	PSQI total >5	1375	53
Clasificación obtenida de PSQI	Normal	892	34,4
	Requiere Tratamiento médico	807	31,1
	Requiere Atención y tratamiento	841	32,4
	Problema grave de sueño	54	2,1
PSQI # 5a. No dormir primer media hora	≥ 1/7 días	1220	1220
PSQI # 5b. Despertarse durante noche	≥ 1/7 días	1514	58,4
PSQI # 5c. Necesidad de ir al Baño	≥ 1/7 días	1336	51,5
PSQI # 5d. No poder Respirar bien	≥ 1/7 días	219	8,4
PSQI # 5e. Tos/Roncar ruidosamente	≥ 1/7 días	400	15,4
PSQI # 5f. Sentir Frío	≥ 1/7 días	630	24,3
PSQI # 5g. Sentir Calor	≥ 1/7 días	665	25,6
PSQI # 5h. Tener Pesadillas	≥ 1/7 días	593	22,9
PSQI # 5i. Tener Dolores	≥ 1/7 días	695	695
PSQI # 5j. Otras razones	≥ 1/7 días	466	18,0
PSQI # 6. Calificación de Calidad de sueño	Muy Buena y bastante buena	1703	65,6
	Bastante Mala y muy mala	891	34,3
PSQI # 7. Tomar medicación recetada/no recetada para dormir	≥ 1/7 días	357	13,8
PSQI # 8. Problemas para permanecer despierto	≥ 1/7 días	222	8,6
PSQI # 9. Tener ánimo para realizar actividades al levantarse	Ningún Problema	1203	46,4
	Poco Problema	881	881
	Moderado Problema	422	16,3
	Mucho Problema	88	3,4
Hábito de Siesta	No duerme siesta	1114	42,9
	Si duerme siesta	1480	57,1
	<3/7	836	32,2
	>3/7	644	24,8
Frecuencia de Siesta	Menor frecuencia	630	24,3
	Igual frecuencia	516	19,9
	Mayor frecuencia	334	12,9
Duración de Siesta	Menor duración	360	13,9
	Igual duración	753	29,0
	Mayor duración	367	14,1
Horario de Acostarse Noche	Más Temprano	826	31,8
	Igual	1083	41,8
	Más Tarde	685	26,4
PHQ-9 Total	Puntaje 0-9 (no o dudoso)	2046	78,9
	Puntaje 10-27(diagnóstico)	548	21,1
Puntajes de PHQ-9	Puntaje de 0-4	1007	38,8
	Puntaje de 5-9	1039	40
	Puntaje de 10-14	384	14,8
	Puntaje de 15-19	129	5,0
	Puntaje de 20-27	35	1,3
GAD-7 Total	Positivo (6 a 21)	1135	43,8
Grado de ansiedad	Ausente (0 a 4)	1161	44,8
	Leve (5 a 10)	1114	42,9
	Moderada (11 a 15)	234	9,0
	Severa (16 a 21)	85	3,3

Tabla 3. Análisis comparativo de PSQI según género y edad mediante Prueba de T

	Género		P	Edad		p
	Femenino n=1791	Masculino n=803		< 65 Años n=2453	≥ 65 Años n=141	
	Media ± DE	Media ± DE		Media ± DE	Media ± DE	
PSQI Puntaje Total	6,64 ± 3,51	5,71 ± 3,23	0,00	6,36 ± 3,43	6,26 ± 3,93	0,09
PSQI 1: Hora Acostarse (hh:mm)	23:58 ± 1:21	00:13 ± 1:23	0,00	00:04 ± 1:23	23:47 ± 1:11	0,02
PSQI 2: Latencia Inicio (min)	40,09 ± 41,9	32,49 ± 35,5	0,00	38,3 ± 40,04	28,54 ± 41,38	0,00
PSQI 3: Hora Levantarse (hh:mm)	08:32 ± 1:37	08:23 ± 1:40	0,03	08:29 ± 1:39	08:26 ± 1:21	0,70
PSQI 4: Duración Sueño (hh:mm)	07:03 ± 1:20	06:55 ± 1:13	0,00	07:06 ± 1:19	06:57 ± 1:16	0,57
	Género		P	Edad		p
	Femenino n=1791	Masculino n=803		< 65 Años n=2453	≥ 65 Años n=141	
PSQI 5a. No dormir primer media hora ≥ 1/7	33,7%	13,3%	0,00	45%	2%	0,01
PSQI 5b. Despertarse durante noche ≥ 1/7	41,6%	16,8%	0,00	55%	3,4%	0,31
PSQI 5c. Necesidad de ir al Baño ≥ 1/7	36%	15,5%	0,28	47,3%	4,2%	0,00
PSQI 5d. No poder Respirar bien ≥ 1/7	6,1%	2,4%	0,30	8,1%	0,4%	0,55
PSQI 5e. Tos o Roncar ≥ 1/7	9,3%	6,2%	0,00	14%	1,5%	0,00
PSQI 5f. Sentir Frío ≥ 1/7	18,5%	5,8%	0,00	23,2%	1%	0,14
PSQI 5g. Sentir Calor ≥ 1/7	19,1%	6,6%	0,00	24,4%	1,2%	0,30
PSQI 5h. Tener Pesadillas ≥ 1/7	17,4%	5,5%	0,00	21,9%	0,9%	0,09
PSQI 5i. Tener Dolores ≥ 1/7	21,1%	5,7%	0,00	25,2%	1,6%	0,40
PSQI 5j. Otras Razones ≥ 1/7	14,4%	3,6%	0,00	17%	1%	0,94
PSQI 6. Calidad Sueño Mala o Bastante Mala	25,1%	9,3%	0,00	33,1%	1,2%	0,00
PSQI 7. Tomar Hipnóticos ≥ 1/7	10,1%	3,6%	0,04	12,2%	1,5%	0,00
PSQI 8. Problemas estar despierto ≥ 1/7	6,2%	2,4%	0,31	8,4%	0,2%	0,03
PSQI 9. Mucho o Medio Problema de Ánimo para realizar actividades	14,5%	5,2%	0,02	19,2%	0,5%	0,00
PHQ-9 > 9 (Depresión)	17%	4,2%	0,00	29,7%	0,5%	0,00
GAD > 5 (Ansiedad)	33,4%	19,3%	0,00	42,3%	1,5%	0,00

en las menores de 65 años. Tanto la genética, como la fisiología de cada individuo, los factores psicológicos e incluso los cambios en el ritmo sueño y vigilia (Soria, y Urretavizcaya, 2009), son motivos que predisponen a desarrollar depresión; como así también la disminución de amplitud de la temperatura estacional y la alteración de la secreción de algunas hormonas (Linkowski et al., 1994, Souetre et al., 1988) actuando como causas asociadas que justificarían el mal dormir y la depresión. Creemos que los cambios producidos por el confinamiento como la variación en los horarios, los disturbios en la rutina social/conductual y la falta de exposición lumínica, puede justificar esa asociación encontrada en la Argentina.

También encontramos que los síntomas depresivos se asociaron ampliamente a trastornos de ansiedad, a

mala calidad del sueño, sobre todo en no trabajadores y en los que dormían más de 10 horas (hecho observado en la práctica clínica pero que aún es motivo de estudio).

Más de 1/3 de los participantes mostraron trastornos de ansiedad, en trabajadores sobre todo de salud y en mujeres (Gao et al., 2020). Coincidimos con otros autores (Furer et al., 1997) que la ansiedad podría estar relacionada con preocupación por la infección y temor a que la pandemia fuera difícil de controlar. Pero también pensamos que los mayores de 65 años pudiesen estar preocupados por miedo al contagio; sin embargo, no encontramos valores significativos al respecto, quizá por el hecho de que el confinamiento no modifica y/o mantiene estable sus actividades, su rutina y su economía. Además, uno de los sesgos de nuestro estudio es haber contado con una población pequeña, y no haber

Tabla 4. Relación entre los cuestionarios de Depresión (PHQ-9), Ansiedad (GAD) y Calidad de sueño (PSQI) mediante ANOVA Univariado

Cuestionarios analizados	n	Media PSQI	DE	p
PHQ-9: 0-4 puntos	1007	4,47	2,61	
PHQ-9: 5-9 puntos	1039	6,80	3,04	
PHQ-9: 10-14 puntos	384	8,41	3,39	0,000
PHQ-9: 15-19 puntos	129	9,79	3,70	
PHQ-9: 20-27 puntos	35	11,83	3,17	
GAD 0-4: Normal	1161	4,84	2,81	
GAD 5-10: Leve	1114	7,18	3,33	
GAD 11-15: Moderada	234	8,79	3,33	0,000
GAD 16-21: Severa	85	9,42	3,88	

Tabla 5. Análisis multivariado de regresión logística binaria de calidad de sueño por PSQI, depresión por PHQ-9 y ansiedad por GAD

Variables analizadas	Depresión por PHQ-9			Ansiedad por GAD			Calidad de sueño por PSQI		
	OR	IC95	p	OR	IC95	p	OR	IC95	p
Sexo Femenino	1,54	1,19–1,99	0,001	1,50	1,23–1,82	0,000	1,29	1,06–1,57	0,010
Edad < 55 años	2,19	1,52–3,14	0,000	1,73	1,35–2,21	0,000	0,79	0,62–1,00	0,053
Hora Acostarse >24:00	1,26	0,99–1,56	0,057	1,16	0,95–1,40	0,145	0,78	0,64–0,95	0,011
Hora Levantarse >08:00	1,07	0,82–1,39	0,623	0,76	0,62–0,95	0,013	1,51	1,22–1,88	0,000
Latencia Inicio > 30 min	1,28	1,28–1,01	0,039	1,01	0,84–1,23	0,901	3,55	2,96–4,26	0,000
Dormidor Corto (< 6 hs)	1,80	1,32–2,46	0,000	1,21	0,90–1,62	0,201	3,61	2,59–5,04	0,000
Dormir Largo (> 10 hs)	2,23	1,21–4,09	0,010	0,61	0,35–1,07	0,082	0,75	0,44–1,26	0,275
Hábito de Siestas	1,33	1,06–1,66	0,013	0,89	0,74–1,07	0,225	1,21	1,01–1,46	0,038
Ronquidos (≥1/7)	1,30	0,96–0,71	0,802	1,11	0,86–1,44	0,412	0,58	0,44–0,75	0,000
Pesadillas (≥1/7)	1,56	1,23–1,97	0,000	1,81	1,45–2,25	0,000	1,72	1,37–2,16	0,000
PSQI > 5	2,30	1,77–2,99	0,000	2,83	2,32–3,44	0,000			
PHQ-9 >9				6,77	5,24–8,75	0,000	2,31	1,78–3,01	0,000
GAD > 5	6,77	5,24 - 8,76	0,000				2,82	2,32 - 3,43	0,000
Coeficiente Cox y Snell		21,5 %			23,7%			24,8%	
Coeficiente Nagelkerke		33,4%			31,8%			33,1%	

diferenciado si vivían en un geriátrico, aparte de que el estudio se hizo al mes de declarada la cuarentena reportándose entonces leves incrementos.

El origen multicausal de los trastornos de ansiedad, la activación amigdalina/hipocampal sobre sistemas orexinérgicos/monoaminérgicos que produciría la activación del mecanismo provocadores de microdespertares, constituyendo, probablemente, el mecanismo fisiopatológico relacionado al estado de “alerta” y a la ausencia de síntomas de somnolencia, que pudimos constarlo en nuestra población (Breslau et al., 1996; Ford, y Kamerow, 1989; Franzen, y Buysse, 2008; RTM IV, 2012).

En la etiopatogenia también se plantean factores genéticos, compartidos con la depresión, lo que explicaría la elevada comorbilidad de ambos trastornos (Cañellas, y Collado, 2012), como encontramos en nuestro estudio, en el cual, además, se triplicó su asociación en los malos dormidores. Por ello, creemos que reforzar la acción de los *zeitgebers* externos, como incentivar la actividad física (Mead et al., 2009), restaurar lentamente los ritmos sociales, promover la exposición a la luz, mantener horarios regulares de sueño y de alimentación (Most et al., 2010; Terman, y Terman, 2004), colaborarían en mejorar los cambios de humor

Tabla 6. Análisis variables en no trabajadores, trabajadores y trabajadores de salud, mediante test de ANOVA univariado

Variables analizadas	NO Trabajador (n=844)		Trabajador (n=1750)		Trabajador Salud (n=710)		P
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Edad (años)	41,18	± 16,16	41,13	± 11,99	42,95	± 10,48	0,008 ^a
Hora de Acostarse (hh:mm)	00:21	± 1:32	00:01	± 1:19	23:42	± 1:09	0,000 ^b
Hora de Levantarse (hh:mm)	09:13	± 1:39	08:26	± 1:28	07:41	± 1:25	0,000 ^c
Duración Sueño (hh:mm)	7:16	± 1:22	7:01	± 1:04	6:42	± 1:13	0,000 ^d
Tiempo en Cama (hh:mm)	8:52	± 1:23	8:25	± 1:23	7:59	± 1:22	0,000 ^e
Latencia Inicio Sueño (min)	43,77	± 47,24	36,11	± 37,35	32,96	± 33,67	0,000 ^f
Latencia de Levantarse (min)	25,69	± 25,76	23,18	± 24,52	19,71	± 18,76	0,000 ^g
Escala analógica visual de Calidad de Sueño (1 al 10)	6,51	± 2,17	6,62	± 2,12	6,53	± 2,01	0,487
Escala analógica visual de Somnolencia Diurna (1 al 10)	4,04	± 2,55	4,03	± 2,52	3,64	± 2,41	0,002 ^h
PSQI – Calidad de Sueño	6,60	± 3,53	6,19	± 3,41	6,29	± 3,42	0,032 ^k
PHQ-9 – Depresión	6,73	± 4,99	6,06	± 4,39	6,47	± 4,45	0,007 ⁱ
GAD-7 – Ansiedad	5,51	± 4,13	5,37	± 4,09	5,99	± 3,98	0,007 ^j

^a Diferencia entre: No Trabajador y Trabajador Salud / Trabajador y Trabajador Salud. ^b Diferencia entre: No Trabajador y Trabajador / No Trabajador y Trabajador Salud / Trabajador y Trabajador Salud. ^c Diferencia entre: No Trabajador y Trabajador / No Trabajador y Trabajador Salud / Trabajador y Trabajador Salud. ^d Diferencia entre: No Trabajador y Trabajador / No Trabajador y Trabajador Salud / Trabajador y Trabajador Salud. ^e Diferencia entre: No Trabajador y Trabajador / No Trabajador y Trabajador Salud / Trabajador y Trabajador Salud. ^f Diferencia entre: No Trabajador y Trabajador / No Trabajador y Trabajador Salud. ^g Diferencia entre: No Trabajador y Trabajador Salud / Trabajador y Trabajador Salud. ^h Diferencia entre: No Trabajador y Trabajador Salud / Trabajador y Trabajador Salud. ⁱ Diferencia entre: No Trabajador y Trabajador. ^j Diferencia entre: Trabajador y Trabajador Salud. ^k Diferencia entre: No Trabajador y Trabajador

en la población durante la pandemia. Se debe considerar que, si bien fue detectado un pequeño porcentaje de casos severos de ansiedad (3%), pueden aparecer síntomas de estrés postraumático, que estaría correlacionado con la falta de sueño (Kobayashi et al., 2007), pero la prevalencia de trastorno de ansiedad fue muy superior a la población asiática, por lo que nos obliga a utilizar herramientas para mejorar el sueño y tratarlos precozmente a nivel nacional.

Los *trabajadores de la salud* merecieron un análisis aparte dado que constatamos que además de ser malos dormidores, asociaron elevados síntomas de ansiedad. Probablemente, el miedo a contagiarse, el estrés crónico y la angustia psicológica (Lu et al., 2006) los predispusieron a esos fenómenos, en una población mayoritariamente femenina.

Los sesgos de este estudio fueron varios debido que utilizamos un método de encuesta basado en la web por lo que el muestreo de nuestro estudio fue voluntario pero a actuó a favor, la cantidad de personas que participaron que superó ampliamente el cálculo de la muestra poblacional requerida. Otro sesgo, de los varios que posee el trabajo, es no haber interrogado sobre el consumo de alcohol como inductor de

sueño, la cantidad de horas de exposición a la luz, y el haber podido evaluar mayor cantidad de población de la tercera edad, aunque, también debe considerarse que es el primer trabajo que diferencia a esta población durante la pandemia de COVID-19, incluyendo personas que no se han enfermado, y mostrando lo habitual que es disfunción del ritmo circadiano por adelanto de fase (se acuestan antes, se duermen antes, duermen aproximadamente 6 a 7 horas).

Conclusiones

Identificamos cambios en el sueño y la salud mental durante la fase inicial del confinamiento por COVID-10 en la Argentina, en población de adultos. La calidad del sueño estuvo afectada en más de la mitad de la población, constatándose importante prevalencia de síntomas de ansiedad y en menor medida síntomas de depresión. Los trabajadores de salud presentaron más síntomas de ansiedad que el resto. La tercera edad mostró cambios en el sueño.

Nuestros hallazgos se pueden utilizar para formular intervenciones en el sueño para mejorar la salud mental y la capacidad de recuperación psicológica post pandemia.

Agradecimientos

A los médicos designados como delegados regionales o aquellos médicos que colaboraron activamente en distribuir la encuesta, por orden alfabético: *Borghini, M.; Camji, J.; Castellino, G.; Coronel, M.; Fernández, M.C.; Ferro, R.; Franceschini, C.; Galíndez, F.; Heitz, I.; Larrateguy, L.; Luján, S.; Lucero, C.; Ruffa, E.; Ruggiero, M.; Sartori, V.; Smurra, M.; Questa, M.; Matejik, P* y a todos los asociados que colaboraron de una u otra manera.

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Referencias bibliográficas

- Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., Andreski, P. (1996). Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry*, 39, 411-418.
- Buyse, D., Reynolds, C., Monk, T. et al. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new Instrument for Psychiatric Practice and Reseach. *Psychiatric Res*, 28, 193-213.
- Cañellas, F., Collado, C. (2012). Enfermedades psiquiátricas y sueño. En Sociedad Española de Sueño, *Tratado de Medicina del sueño*. Editorial Panamericana, pp. 701-725.
- Dong, L., Boueym J. (2020). Public mental health crisis during COVID-19 pandemic, China. *Emerg Infect Dis*, 26(7), 1616-1618. <https://doi.org/10.3201/eid2607.200407>
- Escobar-Córdoba, F., Eslava-Schmalbach, J. (2005). Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh España. *Revista de Neurología*, 40, 150-5.
- Ford, D. E., & Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention?. *JAMA*, 262(11), 1479-1484. <https://doi.org/10.1001/jama.262.11.1479>
- Franzen, P.L., Buysse, D.J. (2008). Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Clin Neurosci*, 10(4), 473-481.
- Furer, P., Walker, J.R., Chartier, M.J., Stein, M.B. (1997). Hypochondriacal concerns and somatization in panic disorder. *Depress Anxiety*, 6, 78-85. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1520-6394\(1997\)6:23.0.co;2-1](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6394(1997)6:23.0.co;2-1).
- Gao, W., Ping, S., Liu, X. (2020). Gender differences in depression, anxiety, and stress among college students: a longitudinal study from China. *J Affect Disord*, 263, 292-300. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.121>.
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M.A., Pardo, A., Pérez-Páramo, S., López-Gómez, V., Freire, O., Rejas, F. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7/GAD-7 scales a screening tool. *Health and quality of Life Outcomes*, 20(8):8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>.
- Ho, C. S., Chee, C. Y., Ho, R.C. (2020). Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singap*, 49(1), 1.
- Huang, Y., Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288, 11-29 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>
- Jimenez-Genchi, A., Monteverde-Maldonado, E. (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad del sueño de Pittsburg en pacientes psiquiátricos. *Gac Med Mex*, 144 (6): 491-6.
- Kevin, J., Gaston, K. J., Davies, T.W., Nedelec, S. L., Holt, L. A. (2017). Impacts of Artificial Light at Night on Biological Timings. *Annual Review of Ecology, Evolution, and Systematics*, 48, 49-68. <https://doi.org/10.1146/annurev-ecolsys-110316-022745>
- Kobayashi, I., Boarts, J.M., Delahanty, D.L. (2007). Polysomnographically measured sleep abnormalities in PTSD: a meta-analytic review. *Psychophysiology*, 44, 660-669. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2007.537.x>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32509-521. <http://www.lphi.org/LPHIadmin/uploads/PHQ-9-Review-Kroenke-63754>.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*, 16(9), 606-613.
- Lee, SM., Kang, WS., Cho, A.R., Kim, T., Park, J.K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Compr Psychiatry*, 87, 123-127. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.003>.
- Linkowski, P., Kerkhofs, M., Van Onderbergenm A. et al. (1994). The 24-hour profiles of cortisol, prolactin, and growth hormone secretion in mania. *Arch Gen Psychiatry*, 51, 616-24.
- Lu, Y.C., Shu, B.C., Chang, Y.Y., Lung, F.W. (2006). The mental health of hospital workers dealing with severe acute respiratory syndrome. *Psychother Psychosom* 75, 370-375. <https://doi.org/10.1159/000095443>
- Mead, G.E., Morley, W., Cambell, P., Greig, C.A., Mc Murdo, M., Lawlor, DA. (2009). Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev*, (3), CD004366.
- Most, E.I., Scheltens, P., Van Someren, E.J. (2010). Prevention of depression and sleep disturbances in elderly with memory-problems by activation of biological clock with light-a randomized clinical trial. *Trials*, 11, 19.
- Pappa, S., Natella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior and Immunity*, 88, 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Paul, M.A., Gray, G.W., Lieberman, H.R., Love, and col. (2011). Phase advance with separate and combined melatonin and light treatment. *Psychopharmacology*, 214(2), 515-23.
- Peduzzi, P., Concato, J., Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. (1996). A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol*, 49, 1373-1379.
- Pfizer Inc. (2010). "Instrucciones para Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) y medidas de GAD-7". Pfizer.
- Postuma, R. B., Arnulf, I-, Hoglm, B., Iranzo, A., Miyamoto, T., Dauvilliers, Y. et al. (2012). A single-question screen for rapid eye movement sleep behavior disorder: A multicenter validation study. *Mov Disord*, 27, 913-916. <http://dx.doi.org/10.1002/mds.25037>.
- RTM IV. (2012). Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. En P. Soler Insa, J. Gascón Barrachina (Edit.), *Comité de Consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales*, 4ta ed., Cyesan.
- Saxena, S. K. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Epidemiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Therapeutics. *Medical Virology: from Pathogenesis to Disease Control*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-981-15-4814-7>
- Soria, V., Urretavizcaya, M. (2009). Circadian rhythms in depresión. *Actas Esp Psiquiatr*, 37(4), 222-24.
- Souetre, E., Salvati, E., Belugou, J.L. et al. (1988). Circadian rhythms in depresión and recovery: Evidence for blunted amplitude as the main chronobiological anomaly. *Psychiatry Reserch*, 28, 263-78.
- Spitzer, R. L., Williams, J.B.W., Kroenke, K., Lowe, B. (2006). A brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *JAMA*, 166, 1092-1097.
- Terman, M., Terman, J.S. (2004). Light therapy for seasonal and non seasonal depression: efficacy, protocol, safety, and side effects. *CNS Spectrums*, 10, 647-63.
- Vyas, N., Suno, E. (2020, 14 de agosto). National Sleep Foundation Recommends New Sleep Times. <https://www.sleepfoundation.org/press-release/national-sleep-foundation-recommends-new-sleep-times/page/0/1>

Evaluación de aspectos de la salud mental en trabajadores hospitalarios en el contexto de la pandemia de COVID-19

Evaluation of aspects of mental health in health personnel in the context of the COVID-19 pandemic

Juan Cristóbal Tenconi¹, Ángeles Justo², María Stewart Harris³

Resumen

Resulta relevante en el contexto mundial y nacional de la pandemia de COVID 19 la detección temprana de padecimientos mentales en poblaciones expuestas a situaciones de extrema exigencia. Los trabajadores hospitalarios forman parte de este sector altamente exigido, siendo un claro grupo de riesgo. El presente trabajo muestra los primeros resultados de una investigación que está siendo llevada a cabo por el Servicio de Salud Mental del Hospital General de Agudos "B. Rivadavia", de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Su objetivo es evaluar aspectos específicos de la salud mental de su personal. Se muestran los resultados de una encuesta enviada por vía electrónica por miembros del Servicio de Salud Mental a los distintos sectores del hospital, en momentos iniciales de la pandemia. La encuesta incluye indicadores de los siguientes aspectos: síntomas de estrés, de la serie depresiva y ansiosa y consumo de sustancias psicoactivas. Por otro lado, se realizaron tres preguntas acerca de la existencia de malestar institucional. Los resultados muestran una clara afectación del personal de Salud en las distintas áreas evaluadas.

Palabras Clave: COVID 19 - Salud Mental y COVID - Personal Sanitario y COVID - Malestar.

Abstract

In the global and national context of the COVID 19 pandemic, early detection and prevention of mental illnesses in exposed populations is relevant in situations of extreme demand. In this context, hospital workers are a highly demanded population being a clear risk group. This work shows the partial results of an investigation that is being carried out by the Mental Health Service of the General Hospital "B. Rivadavia", of the Autonomous City of Buenos Aires (CABA), which aims to evaluate some aspects of the mental health of its staff. A survey is underway that was proposed by the members of the Mental Health Service to the different sectors of the Hospital and sent electronically. The survey includes indicators of the following aspects: symptoms of stress, the depressive and anxious series and consumption of psychoactive substances. Partial results show clear involvement of health personnel in different areas evaluated.

Keywords: COVID 19 - Mental Health and COVID 19, Health personnel and COVID 19 - Subjective discomfort.

RECIBIDO 22/10/2020 - ACEPTADO 4/1/2021

¹Médico Especialista en Psiquiatría. Coordinador de los Cursos y Carreras de Especialista en Psiquiatría del Instituto de Formación de Posgrado de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Hospital General de Agudos "B. Rivadavia", GCBA.

²Psicóloga clínica. Hospital General de Agudos "B. Rivadavia" GCBA. Miembro de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), Docente auxiliar, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA).

³Ingeniera industrial. Docente del área de estadística FIUBA, Facultad de Ingeniería, Universidad Católica Argentina (UCA).

Autor de referencia:

Juan Tenconi

juantenconi@gmail.com

Lugar de realización del trabajo: Servicio de Salud Mental, Hospital General de Agudos "B. Rivadavia", GCBA. Argentina

Introducción

En la historia de la humanidad, el término equivalente a pandemias que podemos encontrar en la antigüedad es el de “pestes”. Podemos encontrar rastros de éstas desde los primeros registros escritos. En la Biblia podemos localizar su presencia tanto en el comienzo (Éxodo) como en su última parte (Apocalipsis). Allí la presencia “divina” se tornaba incuestionable, era una forma de castigo a los errores cometidos. La “peste” entra en el campo médico a partir de las comunicaciones de Galeno, quien da claras referencias de la peste Antonina en el año 165-190 DC. La función del personal de salud no fue necesariamente reconocida y gratificada, como ejemplo podemos encontrar que en la peste negra (siglo XIV) se los vestía con un traje y una máscara, lo que más allá de lo sanitario, los hacía fácilmente identificables y estigmatizables. En muchas de las epidemias modernas (Gripe española, SIDA, SARS, MERS, H1N1, etc...) la afectación de una u otra forma del personal de salud fue mostrando un compromiso creciente (Polšek, 2020).

En diciembre de 2019 fue detectado en la ciudad china de Wuhan una “nueva neumonía”, que mostró luego otra sintomatología agregada, provocada por un coronavirus que se designó como COVID-19 (World Health Organization, 2020). Desde entonces se expandió más allá de las fronteras de ese país (Li et al., 2020). A partir de su inicio el contagio ha crecido aceleradamente. El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió que la propagación del COVID-19 revestía el carácter de pandemia, incitando a todos los estados miembros a llevar adelante políticas agresivas dirigidas al control y la mitigación del virus (World Health Organization, 2020). Distintos países han llevado a cabo estrategias locales para mitigar o suprimir la propagación del virus, no desarrollándose estrategias coordinadas a nivel mundial. El 12 de marzo fue declarada en nuestro país la emergencia sanitaria que dio lugar a la implementación de medidas para frenar el avance de la pandemia (Ministerio de Salud, 2020).

La pandemia del COVID-19 en nuestro país mostró, al momento de realizar la presente encuesta que el aumento creciente de casos, la incertidumbre, la falta de un tratamiento específico para la enfermedad, la constante cobertura mediática, el caos de información, la posible falta de insumos, la toma de decisiones que involucran inevitablemente dilemas éticos son (Pfefferbaum, y North, 2020), entre otros, factores que contribuyen a aumentar la carga de estrés que viven los

trabajadores de la salud, considerados esenciales, para dar respuesta a la pandemia (Chua et al., 2004; Leka, y Stravoula, 2004; Li et al., 2020; Maunder et al., 2003; Ortiz et al. 2020; Zhang et al., 2020). Es esta situación, además de la propagación del virus (recordemos la importante incidencia de infectados por COVID-19 entre el personal de salud) (Ministerio de Salud, 2020) lo que expone a los trabajadores hospitalarios a una situación de alta exigencia en tanto actores esenciales para hacer frente a esta emergencia.

En situaciones similares, como el brote del SARS en 2003 (Bai et al., 2004; Lee et al., 2007; Polšek, 2020), se han realizado estudios que reportaron reacciones psicológicas adversas en trabajadores de la salud. Dichos estudios mostraron que los mismos tenían: miedo al propio contagio, al de los familiares, colegas y amigos; a la estigmatización y dificultad para llevar adelante sus tareas. Se reportaron síntomas de estrés, ansiedad y depresión. En Latinoamérica se realizaron estudios que dan cuenta de una correlación entre situaciones de gran estrés laboral y malestar psicológico en trabajadores de la salud (Leka, y Stravoula, 2004). Por lo dicho previamente fue clara la necesidad de evaluar la situación para implementar medidas de prevención a los fines de evitar cuadros psicopatológicos en los trabajadores hospitalarios.

Metodología

Diseño

El estudio es de tipo observacional, prospectivo y longitudinal. La encuesta fue realizada entre el 15 de abril y el 18 de junio de 2020. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación (CEI) del Hospital General de Agudos “B. Rivadavia”, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) cumpliendo con todas las legislaciones y reglamentaciones según su Manual de Procedimientos operativos vigentes al momento de su realización (Comité Central de Ética, s. f.). Aquellas personas que aceptaron participar del estudio lo expresaron a través de un consentimiento informado al inicio de la encuesta.

Para la encuesta se usó SurveyMonkey.com (una herramienta para realizar encuestas online utilizada mundialmente). Esta fue enviada a través de una plataforma de mensajería instantánea por SurveyMonkey al personal de las distintas áreas del hospital. Los postulantes debían hacer click en el link que les llegaba y responder con un click las preguntas presentadas. La encuesta era anónima y la confidencialidad asegurada por la propia plataforma.

Población en estudio

En el momento de la realización de la encuesta se calculó que estaban concurriendo al hospital aproximadamente un total de 1200 agentes. Este número fue en disminución por razones sanitarias. La muestra fue de 283 personas, 7 se excluyeron por no dar su consentimiento informado y 1 por no contestar la totalidad de la encuesta. Se consideraron válidas 275 encuestas.

Variables estudiadas

Para propiciar la realización de la encuesta, dirigida a trabajadores del hospital, profesionales o no, se intentó simplificar y reducir el número de preguntas para ser respondida en el menor tiempo posible (*ver Anexo 1*). Responder a la encuesta insume aproximadamente entre 2 y 4 minutos. Consta de dos partes. La primera parte recaba una información demográfica de los participantes incluyendo edad (en años), género, profesión, tiempo transcurrido desde la graduación, estado civil, convivencia con personas con factores de riesgo para COVID-19 e inserción laboral en el hospital. La segunda parte se diseñó adaptando al contexto COVID, preguntas de escalas validadas que evalúan tres ejes sintomáticos: depresión, ansiedad, y estrés-*burnout* (Agencia Laín Entralgo, 2008; Báguena et al., 2001; Levis et al., 2019; Rivera-Ávila et al., 2017; Spitzer et al., 2006). Se adoptó el criterio de seleccionar y adaptar las preguntas de dichas escalas en función de las que jerarquizaran la reactividad del sujeto frente al medio. Dentro de estas se dio mayor presencia al eje sintomático del estrés-*burnout*. Varias preguntas son útiles para evaluar los diversos ejes simultáneamente, solo son específicas las preguntas 10 para ansiedad, 11 y 13 para depresión, 14 y 23 para estrés-*burnout*. Asimismo, se incluyeron tres preguntas que evaluaron la percepción del cuidado de parte de la institución hacia los trabajadores y el clima laboral.

El puntaje total se obtuvo a partir de la suma de las respuestas, otorgándose el valor de 0, 1, 2, 3 y 4, para las alternativas "Nunca", "Rara vez", "A veces", "Casi siempre" y "Siempre", respectivamente. Las respuestas de los distintos ejes evaluados fueron interpretadas de la siguiente manera: la serie ansiosa (Agencia Laín Entralgo, 2008) fue evaluada con las preguntas 10, 12, 15 y 21 considerando que el puntaje entre 4 y 7 sugeriría indicadores LEVES; entre 8 y 11 MODERADOS y, entre 12 y 16 INTENSOS. La serie depresiva (Tenconi et al., 2006) fue evaluada con las preguntas 9, 11, 13, 15, y 22 considerando que el puntaje entre 5 y 9 sugeriría indicadores LEVES; entre 10 y 14 MODERADOS y, entre 15 y 20 INTENSOS. La serie de estrés (Rivera-Ávila et al., 2017) fue evaluada con las preguntas 9, 12, 14, 15, 21, 22, y 23, considerando que el puntaje

entre 9 y 14 sugiere indicadores LEVES, entre 15 y 21 MODERADOS y entre 22 y 28 INTENSOS.

La pregunta 19 sobre consumo de sustancias fue considerada de manera independiente, así como aquellas que evalúan el cuidado percibido por parte de la institución hacia los trabajadores y el clima laboral.

Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva para presentar los datos demográficos. La prevalencia de los ejes sintomáticos de depresión, ansiedad y estrés-*burnout* se calculó utilizando los valores de corte antes mencionados y se informó como los porcentajes de casos. Los intervalos de 95% de confianza para las proporciones de individuos con distintos niveles en los ejes sintomáticos se construyeron por modelo binomial (aproximación normal). Se utilizaron ensayos de hipótesis de igualdad de p para comparar la prevalencia de ejes sintomáticos en distintos grupos. Se utilizaron contrastes χ^2 para analizar la influencia de factores potencialmente asociados en la prevalencia de síntomas aislados y ejes sintomáticos.

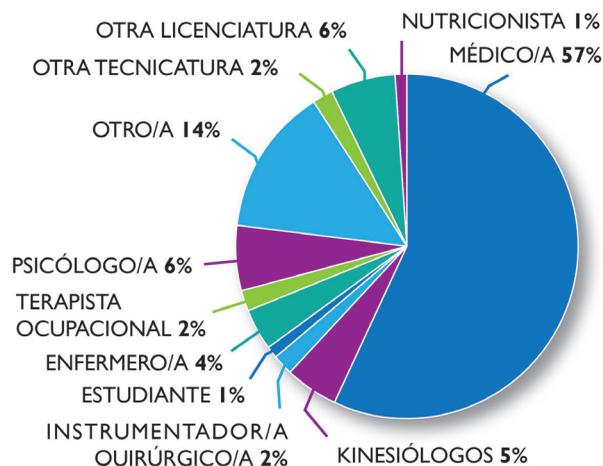
El nivel de significancia se estableció en 5% $P < .05$. Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software estadístico infostat versión 2020. El análisis de datos se realizó de marzo a mayo de 2020.

Resultados

Características demográficas

Género: del total de 275 participantes de la encuesta el 73,05 % de la muestra se autodefine como mujer y el 26,6 % varón.

Gráfico I. Distribución por profesión de la muestra estudiada



- **Edad:** el mayor porcentaje de la muestra está entre los 26 y 40 años. Más de 65 años, lo que se considera grupo de riesgo, es el 0,7% de la muestra.
- **Estado civil:** 51% casados o en concubinato, 34 % solteros y el resto viudo, divorciado o separado.
- **Profesión:** mayoría de médicas/os, luego psicólogos/os y kinesióloga/os y enfermeras/os.

Prevalencia de síntomas. Evaluación de las preguntas aisladas

Las preguntas con mayor puntaje total fueron la 14 y la 21 que evalúan la incertidumbre y la dificultad para relajarse. También tuvieron un comportamiento en conjunto (entre “Rara vez” y “Casi siempre”) las preguntas 12, 15, 16 y 23. Estas preguntas apuntan al miedo a la exposición al virus, al nerviosismo, la irritabilidad, la intensidad de sentimientos fuertes y la dificultad para disfrutar el tiempo libre. El siguiente grupo fueron las preguntas 9, 11 y 22, que exploraban las dificultades para dormir, la desesperanza y la dificultad para pensar. Poca gente identificó pensamientos de la pandemia como el motivo que no les permitiera dormir (ver gráfico 2). La pregunta sobre la depresión se correlacionaba con la desesperanza, las oleadas de sentimientos muy intensos, nerviosismo e irritabilidad (ver gráfico 2) varios síntomas del síndrome depresivo.

Un importante porcentaje (29,71%) de la muestra refirió haber aumentado el consumo de alcohol, marihuana, psicofármacos no indicados u otras sustancias.

No se encontró una correlación negativa entre las diferentes preguntas.

Si tomamos las respuestas como un todo, lo que más frecuentemente se respondió fue: “A veces”. El índice de correlación más bajo fue del 30%, entre los que tienen menos miedo de exponerse y los que les cuesta disfrutar del tiempo libre, ésta última tiene poca correlación con el resto de las preguntas. El más alto índice (más del 70%) se encuentra en las preguntas acerca del insomnio, luego encontramos una correlación del 70% entre la dificultad para relajarse y de pensar correctamente, más relacionadas con los patrones de ansiedad (ver gráfico 3).

Análisis de las variables institucionales

Llamativamente solo el 50% respondió que tenía suficiente información para llevar adelante la tarea que le corresponde (respuestas “Siempre” y “Casi siempre”). Si se separan encuestados por profesión vemos que el 83% de los kinesiólogos, el 55% de los enfermeros, el 47% de los médicos y el 35 % de los psicólogos refirieron tener información suficiente.

En cuanto a la percepción de tener los insumos necesarios contestaron “Siempre” y “Casi siempre” el 39% de los participantes de la muestra; mientras que el 27% respondió “Rara vez” o “Nunca”. El resto pensó que esto se daba “A veces”. Dentro de los que respondieron “Siempre” o “Casi siempre”, si lo dividimos por profesión, 65% de los psicólogos y el 60% de los enfermeros, el 35% de los médicos y el 33% de los kinesiólogos.

Respecto al clima laboral el 72,95% de la muestra consideró que empeoró desde el inicio de la pandemia. Si se analiza por profesión, el 83% de los kinesió-

Gráfico 2. Diagrama de caja comparativo de la prevalencia síntomas

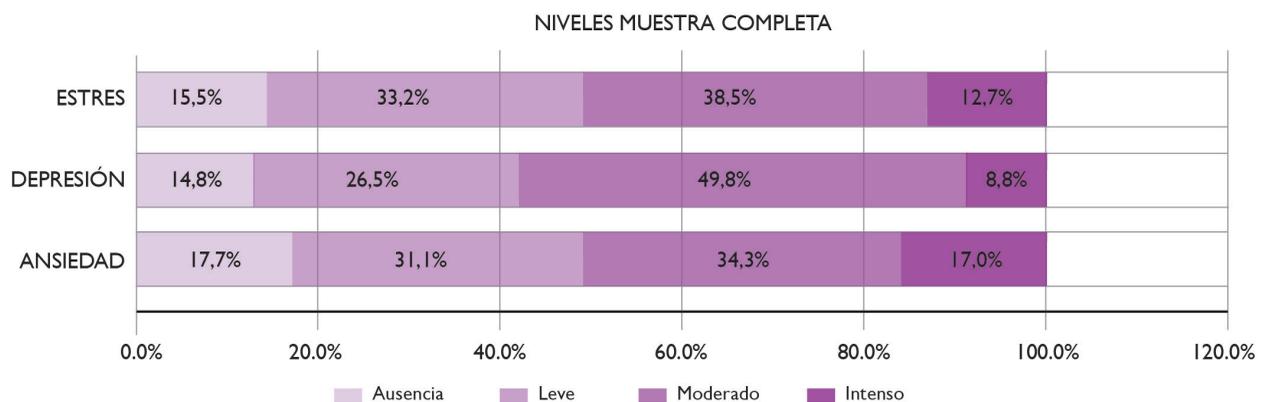


- ¿Has comenzado a tener dificultades en el sueño que antes de la pandemia no tenías?
- ¿Has sentido que los pensamientos acerca de la pandemia no te han permitido dormir?
- ¿Te has sentido desesperanzado a partir de la pandemia?
- ¿Te has sentido con miedo a la exposición al virus?
- ¿Te has sentido deprimido a partir de la pandemia?
- ¿Te has sentido con incertidumbre a partir de la pandemia?
- ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso, irritable, a partir de la pandemia?
- ¿Sientes que tienes oleadas de sentimientos muy fuertes acerca de la pandemia?
- ¿Sientes que te cuesta relajarte a partir de la pandemia?
- ¿Sientes que te cuesta pensar correctamente a partir de la pandemia?
- ¿Sientes que te cuesta disfrutar de tu tiempo libre a partir de la pandemia?

Gráfico 3. Coeficiente de correlación entre síntomas

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1		0.7369961	0.4162015	0.3253724	0.435259	0.4047421	0.4719541	0.4887056	0.5978405	0.5191684	0.3721487
2	0.7369961		0.5301285	0.4826114	0.5338001	0.4611926	0.5306622	0.5650599	0.6347356	0.6027819	0.4202964
3	0.4162015	0.5301285		0.5806284	0.619157	0.580734	0.6161904	0.6125678	0.564998	0.5508534	0.3555476
4	0.3253724	0.4826114	0.5806284		0.5139463	0.5400134	0.4997697	0.5422523	0.5590767	0.4911011	0.3078251
5	0.435259	0.5338001	0.619157	0.5139463		0.4359477	0.5632109	0.5699211	0.5104818	0.5413034	0.4275829
6	0.4047421	0.4611926	0.580734	0.5400134	0.4359477		0.5976679	0.6289972	0.530673	0.4908937	0.3753329
7	0.4719541	0.5306622	0.6161904	0.4997697	0.5632109	0.5976679		0.6306396	0.6440115	0.6326345	0.4025761
8	0.4887056	0.5650599	0.6125678	0.5422523	0.5699211	0.6289972	0.6306396		0.6079101	0.624682	0.3644451
9	0.5978405	0.6347356	0.564998	0.5590767	0.5104818	0.530673	0.6440115	0.6079101		0.7024979	0.5145223
10	0.5191684	0.6027819	0.5508534	0.4911011	0.5413034	0.4908937	0.6326345	0.624682	0.7024979		0.4977822
11	0.3721487	0.4202964	0.3555476	0.3078251	0.4275829	0.3753329	0.4025761	0.3644451	0.5145223	0.4977822	

1. ¿Has comenzado a tener dificultades en el sueño que antes de la epidemia no tenías?
2. ¿Has sentido que los pensamientos acerca de la pandemia no te han permitido dormir?
3. ¿Te has sentido desesperanzado a partir de la pandemia?
4. ¿Te has sentido con miedo a la exposición del virus?
5. ¿Te has sentido deprimido a raíz de la pandemia?
6. ¿Te has sentido con gran incertidumbre a partir de la pandemia?
7. ¿Con que frecuencia te has sentido nervioso, irritable a partir de la pandemia?
8. ¿Sientes que tienes oleadas de sentimientos muy fuertes acerca de la pandemia?
9. ¿Sientes que te cuesta relajarte a partir de la pandemia?
10. ¿Sientes que te cuesta pensar correctamente a partir de la pandemia?
11. ¿Sientes que te cuesta disfrutar de tu tiempo libre a partir de la pandemia?

Gráfico 4. Niveles de los ejes sintomáticos para la muestra completa

logos, el 82 % de los enfermeros y el 77% de los médicos pensaban que el clima laboral había empeorado.

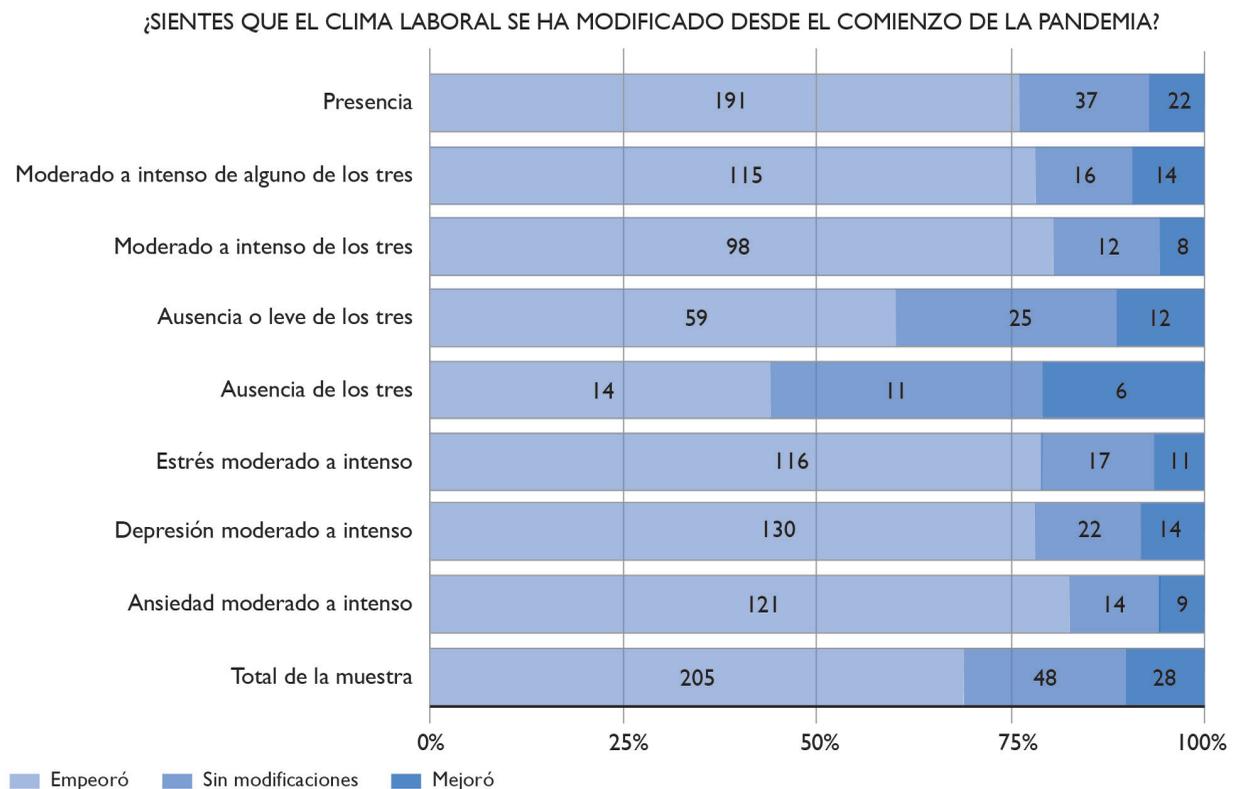
Prevalencia de ejes sintomáticos

De acuerdo a los síntomas descritos de acuerdo al patrón sindromático (síntomas de la serie depresiva, estrés y ansiedad), se observó que se informaron síntomas de la serie ansiosa, seguida por la de estrés y luego la depresiva en un 17,7%, 15,5% y 14,8%, respectivamente. Por el contrario, según la mayor inten-

sidad en los ejes sintomáticos el orden fue ansiedad, estrés y depresión: 17%; 12,7%; 8,8%, respectivamente (ver gráfico 4).

La correlación entre la serie de depresión y estrés fue del 92%, depresión con ansiedad 89%, y ansiedad y estrés el 95%, lo cual es esperable debido a la superposición de preguntas en los distintos ejes.

La percepción del empeoramiento del clima laboral coincide con la presencia de niveles moderados e intensos en los distintos ejes sintomáticos ($P=0.001$). De

Gráfico 5. Percepción del clima laboral en función de la intensidad de los ejes

los que presentaron algún eje sintomático moderado o intenso, el 79,3% percibía un empeoramiento del clima laboral, mientras que de los que no presentaban o tenían niveles leves de síntomas en los distintos ejes sólo el 61,5% lo percibía (diferencia significativa $P = 0.001$). Por otro lado, entre los que presentaron niveles de moderados a intensos en los tres ejes sintomáticos, el 83% percibía empeoramiento del clima laboral (ver gráfico 5).

La percepción de contar con insumos e información suficiente para las tareas correlaciona con un menor puntaje en los ejes sintomáticos.

Factores asociados

Convivir con personas con factores de riesgo para COVID19 aumentó significativamente el puntaje obtenido en el eje de ansiedad, moderadamente significativo en el de depresión, pero no influyendo en el de estrés. En las preguntas que hablaban del miedo a la exposición, la dificultad en disfrutar del tiempo libre y tener oleadas de sentimientos muy fuertes acerca de la pandemia también se verificó un efecto altamente significativo.

Convivir o no con una pareja no mostró diferencias significativas en la mayoría de los ejes, salvo en el de depresión, en el que tuvieron mayor puntaje los solteros en las preguntas sobre dificultades para dormir y sentirse deprimido.

El nivel de instrucción previo no mostró correlación con el nivel de gravedad de los ejes evaluados.

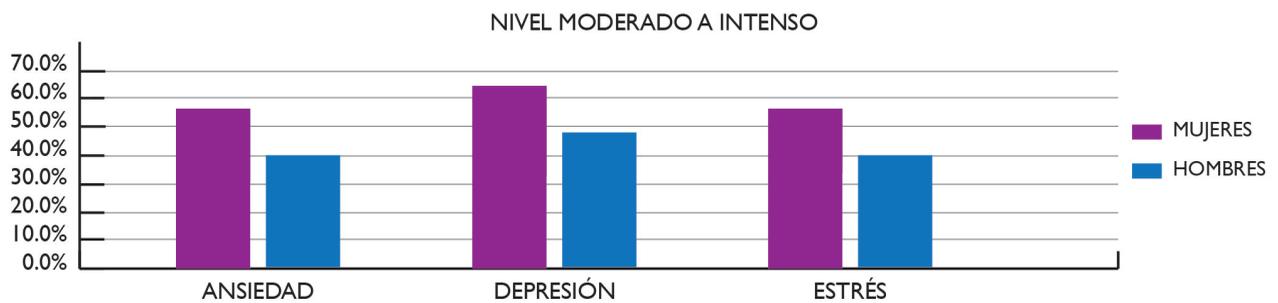
En relación al consumo de sustancias, alcohol o marihuana se verificó que fue mayor el aumento a menor edad y género masculino.

La no presencia de ejes sintomáticos no está influenciada por la edad. Pero, si consideramos los valores de moderado en adelante, hubo más prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión cuanto mayor era la edad.

En cuanto al sexo, uniendo los resultados moderados e intensos, las mujeres presentaron puntajes significativamente más altos. Las preguntas que evaluaron depresión, incertidumbre, dificultades en el sueño no tuvieron diferencias significativas en sus respuestas, mientras que el consumo de sustancias dio mayor para los hombres. El resto de las preguntas mostró una mayor incidencia en mujeres (ver gráfico 6).

Los médicos presentaron significativamente mayor puntaje en las preguntas relacionadas con la ansiedad que los no médicos, así como en aquellas preguntas que evaluaban la sensación de incertidumbre y dificultad para relajarse.

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad, género, convivencia con personas con factores de riesgo ni estado civil para las preguntas sobre clima laboral y percepción de insumos e información suficiente.

Gráfico 6. Prevalencia de los niveles moderados a intensos en los ejes sintomáticos según sexo

Discusión y conclusiones

Como ya fue mencionado en la introducción, esta encuesta fue realizada al comienzo del impacto de la pandemia en el hospital, momento de preparación de los equipos sanitarios y remodelaciones edilicias. No ha sido de nuestro interés describir cuadros de estrés, ansiedad o depresión para poder hacer un diagnóstico preciso de estas entidades clínicas, para ello habría sido necesario tomar escalas completas y validadas. Se planteó tomar algunos síntomas específicos de cada uno de estos ejes para, por un lado, priorizar la participación de los distintos miembros de la comunidad hospitalaria al diseñar un cuestionario breve y por otro, obtener una idea global del estado psíquico en este delicado contexto. Esta encuesta con 275 participantes reveló una alta prevalencia de síntomas de salud mental entre los trabajadores hospitalarios en concordancia con otros estudios similares realizados desde el inicio de la pandemia (Bai et al., 2004; Chua et al., 2004; Lai et al., 2020; Li et al., 2020; Lin et al., 2020; Zhang et al., 2020).

Nos resultó preocupante que el 29,7% de la muestra refirió que había aumentado su consumo de alcohol, fármacos no recetados o marihuana. Esto es concordante con el aumento que refirió un estudio de la Universidad de Buenos Aires (Observatorio de Psicología Social Aplicada, 2020) en población general en donde encontraron un aumento del 10,53 % de medicación y 8,1% de alcohol. Esto podría ser tomado como una forma de “automedicación” de los síntomas de estrés y ansiedad y una muestra de la búsqueda de relajación y olvido de la incertidumbre reinante, la que fue la principal queja del personal de salud. Esto está relacionado principalmente con el miedo de exposición al virus, el nerviosismo, la irritabilidad y las sensaciones fuertes.

La mayor parte de los participantes fueron médicos, los que presentaron más ansiedad y dificultad para relajarse que el resto de las profesiones, la incertidumbre, también acompañaba esta situación. Quizás esto tenga que ver con la sensación de responsabilidad frente a la pandemia. Los médicos subrayan la falta de

información (situación propia de una nueva enfermedad) y recursos para trabajar más que los profesionales de las otras disciplinas.

En cuanto al género, las mujeres presentaron más incidencia de síntomas, al igual que otros estudios similares alrededor del mundo.

La dificultad en el disfrute del tiempo libre se comportó independientemente. No relacionándose con las otras variables estudiadas. La mayor correlación la encontramos con la dificultad de pensar y relajarse.

Factores como la convivencia con personas con factores de riesgo producía un mayor miedo a contraer la enfermedad.

Al observar el comportamiento conjunto de los distintos ejes sintomáticos encontramos que la correlación entre síntomas de la serie depresiva y estrés fue del 92%, de la depresión con ansiedad fue del 89 %, y el de ansiedad con estrés del 95%. Esto es esperable, por un lado porque había muchas preguntas compartidas y, porque similares estresantes en agudo producirían las mismas reacciones sintomáticas. Se podría pensar en un patrón sindrómico de respuesta en periodo agudo. En una posterior evaluación podríamos pensar que, si encontramos síntomas de un orden, también vamos a encontrar síntomas acompañantes.

Creemos que el momento en el cual se realizó esta encuesta debe ser considerado al analizar la percepción de los recursos institucionales y el clima laboral. En estos encontramos resultados similares a los hallados en otros estudios similares realizados en Argentina en el mismo momento (Ortiz et al., 2020). Hubo una generalizada percepción de empeoramiento del clima laboral (más del 70%). Dentro de este grupo, aquellos que presentaron mayor intensidad de síntomas coincidían con una peor percepción del mismo. Cabría la pregunta si esto demostraría que esta percepción está teñida de la mayor intensidad subjetiva de los síntomas, si esto es una co-ocurrencia o, si el efecto del empeoramiento del clima es el que produce mayores síntomas.

Pudimos evaluar con el estudio de las preguntas sobre clima laboral, insumos e información, que no exis-

tían diferencias significativas en cuanto a edad, profesión, convivir o no con personas de riesgo y género.

Situaciones traumáticas como las vividas en la pandemia demuestran que el impacto subjetivo se torna inevitable. Los resultados obtenidos en este estudio dan cuenta de la presencia de malestar psíquico en el personal hospitalario el cual es un engranaje esencial para diagramar respuestas frente a la pandemia. Es indispensable considerar a futuro este aspecto vital a la hora de planificar respuestas sanitarias.

Agradecimiento

Los autores agradecen al Jefe del Servicio de Salud mental del Hospital "B. Rivadavia", Dr. Alejandro Ferreira y a todos los colegas, médicos psiquiatras y psicólogos que colaboraron en la toma de la encuesta: Valeria Castany, Josefina Elgassi, Manuel Fabre, Ana Incardona, Mariel Levinas, Cynthia López, Ana Moscón, Lucas Minervino, Mariela Neuman, Natalia Pettorossi, Paula Pisani, Delfina Pontet, José Recalde, Bárbara Sclar, Adriana Mariela Trillo y María Mercedes Vega.

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Referencias bibliográficas

Agencia Lain Entralgo, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, España, Ministerio de Sanidad y Consumo, & Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (España). (2008). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria: Versión resumida*. Agencia Lain Entralgo, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Báguena, M., Villarroya, E., Beleña, M., Díaz Martínez, A., Roldán, C., Reig, R. (2001). *Propiedades psicométricas de la versión española de la escala revisada de Impacto del Estrés (EIE-R)*. <https://www.uv.es/baguena/art-IES-R.pdf>

Bai, Y., Lin, C. C., Lin, C. Y., Chen, J. Y., Chue, C. M., Chou, P. (2004). Survey of Stress Reactions Among Health Care Workers Involved with the SARS Outbreak. *Psychiatric Services*, 55(9), 1055-1057. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.9.1055>

Chua, S. E., Cheung, V., Cheung, C., McAlonan, G. M., Wong, J. W. S., Cheung, E. P. T., Chan, M. T. Y., Wong, M. M. C., Tang, S. W., Choy, K. M., Wong, M. K., Chu, C. M., Tsang, K. W. T. (2004). Psychological effects of the SARS outbreak in Hong Kong on high-risk health care workers. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(6), 391-393. <https://doi.org/10.1177/070674370404900609>

Comité Central de Ética. (s. f.). Procedimientos Operativos del CCE. Buenos Aires Ciudad - Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado 30 de junio de 2020, <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/docencia/investigacion/investigacion/comite-central-de-etica-en-investigacion/poes-del-comite-central>

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976-e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

Lee, A. M., Wong, J. G. W. S., McAlonan, G. M., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P. C., Chu, C. M., Wong, P. C., Tsang, K. W. T., Chua, S. E. (2007). Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 233-240. <https://doi.org/10.1177/070674370705200405>

Leka, B. A., & Stravoula, M. (2004). *Protección de la Salud de los trabajadores*. Organización Mundial de la Salud (OMS). https://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf?ua=1

Levis, B., Benedetti, A., Thombs, B. D., & DEPRESSION Screening Data (DEPRESSD) Collaboration. (2019). Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: Individual participant data meta-analysis. *BMJ*, 365, 11476. <https://doi.org/10.1136/bmj.11476>

Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., Ren, R., Leung, K. S. M., Lau, E. H. Y., Wong, J. Y., Xing, X., Xiang, N., Wu, Y., Li, C., Chen, Q., Li, D., Liu, T., Zhao, J., Liu, M., Feng, Z. (2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *New England Journal of Medicine*, 382(13), 1199-1207. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>

Lin, K., Yang, B. X., Luo, D., Liu, Q., Ma, S., Huang, R., Lu, W., Majeed, A., Lee, Y., Lui, L. M. W., Mansur, R. B., Nasri, F., Subramaniapillai, M., Rosenblatt, J. D., Liu, Z., McIntyre, R. S. (2020). The Mental Health Effects of COVID-19 on Health Care Providers in China. *American Journal of Psychiatry*, 177(7), 635-636. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20040374>

Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., Savdovoy, J., Verhaeghe, L. M., Steinberg, R., Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Canadian Medical Association Journal*, 168(10), 1245-1251.

Ministerio de Salud. (2020, 6 de mayo). Actualización sobre la situación del personal de salud y la enfermedad COVID-19. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/actualizacion-sobre-la-situacion-del-personal-de-salud-y-la-enfermedad-covid-19>

Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, UBA. (2020). *Crisis Coronavirus 3: Salud Mental en Cuarentena: Relevamiento del impacto psicológico de la cuarentena en la población general*. Facultad de Psicología, UBA. <https://www.psi.uba.ar/opsa/informes/Crisis%20Coronavirus%203%202-4-2020.pdf>

Ortiz, Z., Antonietti, L., Capriati, A., Ramos, S., Romero, M., Mariani, J., Ortiz, F., & Pecheny, M. (2020). Preocupaciones y demandas frente a COVID-19. Encuesta al personal de salud. *Medicina, Buenos Aires*, 80(Supl. 3), 16-24. <https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2020/volumen-80-ano-2020-s-3-indice/preocupaciones/>

Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental Health and the COVID-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383, 510-512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>

Polšek, D. (2020). [Review of the book *Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to Infection Outbreak*, by D. Huremović, ed.]. *Croatian Medical Journal*, 61(3), 306. <https://doi.org/10.3325/cmj.2020.61.306>

Rivera-Ávila, D. A., Rivera-Hermosillo, J. C., González-Galindo, C. (2017). Validación de los cuestionarios CVP-35 y MBI-HSS para calidad de vida profesional y burnout en residentes. *Investigación en educación médica*, 6(21), 25-34. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.05.010>

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

Tenconi, J. C., Sullivan Machado, O., Pavlovsky, F. (2006). Trastornos del estado de ánimo. En: J. C. Tenconi (Edit.) *Tratado de actualización en psiquiatría (Vol. 1)*. Ed. Science, 2006, pp. 8-19.

World Health Organization [WHO]. (2020, 12 de marzo). WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic#:~:text=The%20meeting%20follows%20the%20announcement,a%20growing%20number%20of%20countries>

Zhang, W., Wang, K., Yin, L., Zhao, W., Xue, Q., Peng, M., Min, B., Tian, Q., Leng, H., Du, J., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F., Yan, T., Dong, H., Han, Y., Wang, Y., Cosci, F., & Wang, H. (2020). Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(4), 242-250. <https://doi.org/10.1159/000507639>

ANEXO I - Encuesta sobre Salud Mental Hospital "B. Rivadavia"

1. Esta encuesta es voluntaria. Está dirigida a los trabajadores del Hospital "B. Rivadavia", y pretende contribuir al cuidado de su salud. Los datos relevados en la misma son anónimos. La encuesta podrá ser repetida en el lapso de 6 meses. Al contestarla estás prestando tu consentimiento a que la información sea utilizada para investigación científica ¿Das tu acuerdo para ello?

SI NO

2. Edad (en años):

20-25 46-50
 26-30 51-55
 31-35 56-60
 36-40 61-65
 41-45 66-70
 71-75

3. Sexo

Mujer Hombre No contesta

4. Profesión. Si tienes varias, marca por la que trabajas en el hospital

Médico/a Enfermero/a Psicólogo/a
 Instrumentador/a quirúrgico/a Terapeuta ocupacional Nutricionista
 Kinesiólogo/a Estudiante Otra tecnicatura Otra licenciatura Otro

5. Tiempo transcurrido desde tu graduación (de la profesión consignada en pregunta 3) no recibido

0-5 21-25
 6-10 26-30
 11-15 31-35
 16-20 31-35
 41-50

6. ¿Cuál es tu estado civil actual?

Casado/a Concubinato Viudo/a Divorciado/a Separado/a Soltero/a

7. ¿Convives con personas con factores de riesgo para COVID19?

SI NO No sabe / no contesta

8. Inserción laboral en el hospital

Escalafón general Profesional de Planta Residente Concurrente
 Maestranza Mantenimiento Seguridad Alimentación
 Otro (especifique):.....

9. ¿Has comenzado a tener dificultades en el sueño que antes de la epidemia no tenías?

Siempre Casi siempre A veces Rara vez Nunca

10. ¿Has sentido que los pensamientos acerca de la pandemia no te han permitido dormir?

Siempre Casi siempre A veces Rara vez Nunca

11. ¿Te has sentido desesperanzado a partir de la pandemia?

Siempre Casi siempre A veces Rara vez Nunca

12. ¿Te has sentido con miedo a la exposición al virus?

Siempre Casi siempre A veces Rara vez Nunca

13. ¿Te has sentido deprimido a partir de la pandemia?

Siempre Casi siempre A veces Rara vez Nunca

14. ¿Te has sentido con gran incertidumbre a partir de la pandemia?

Siempre Casi siempre A veces Rara vez Nunca

15. ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso, irritable a partir de la pandemia?

Siempre Casi siempre A veces Rara vez Nunca

16. ¿Sientes que tienes oleadas de sentimientos muy fuertes acerca de la pandemia?

Siempre Casi siempre A veces Rara vez Nunca

17. ¿Sientes que cuentas con los insumos necesarios para realizar tu tarea de manera segura?

Siempre Casi siempre A veces Rara vez Nunca

18. ¿Sientes que cuentas con la información suficiente para poder llevar adelante la tarea que te corresponde?

Siempre Casi siempre A veces Rara vez Nunca

19. ¿Has modificado tus hábitos en el consumo de alcohol/marihuana/psicofármacos no indicados/otras sustancias desde el inicio de la pandemia?

Aumento Disminución Sin modificación

20. ¿Sientes que el clima laboral se ha modificado desde el comienzo de la pandemia?

Empeoró Mejoró Sin modificación

21. ¿Sientes que te cuesta relajarte a partir de la pandemia?

Siempre Casi siempre A veces Rara vez Nunca

22. ¿Sientes que te cuesta pensar correctamente a partir de la pandemia?

Siempre Casi siempre A veces Rara vez Nunca

23. ¿Sientes que te cuesta disfrutar de tu tiempo libre a partir de la pandemia?

Siempre Casi siempre A veces Rara vez Nunca

Dispositivo público de telesalud mental durante la pandemia COVID-19: aproximaciones preliminares del Programa Salud Mental Responde (SMR)

Public telemental health during COVID-19 pandemic: preliminary approaches on mental-health help-line program (MHLP)

Humberto Lorenzo Persano¹, María Victoria Kugler², David Alejandro Gutnisky³, Florencia María Alul⁴

Resumen

Este trabajo focaliza sobre el desarrollo del programa de atención remota en salud mental dependiente de la DGSAM-Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante la pandemia COVID-19. Está fundamentado en los conceptos de telesalud-mental. El cambio llevado a cabo desde un programa previo de orientación telefónica hacia un sistema asistencial con registro en historia integral de salud (HIS 2.0) atendido por profesionales de salud mental, la articulación intersectorial y la posibilidad de ampliación de recursos en redes de cuidados progresivos en salud mental son los aspectos más sobresalientes del dispositivo. También lo es el fortalecimiento de los sistemas de información en salud y la capacitación de profesionales en formación para la atención en telesalud-mental. Durante los primeros seis meses de funcionamiento se atendieron 7.154 llamados de los cuales el 95,62% de las situaciones de crisis se resolvieron dentro del protocolo del programa y el 4,38% restante se derivó para la prosecución de tratamientos por georreferenciación y para re-vinculación con los equipos tratantes respectivos. También fue de utilidad para resolver emergencias psiquiátricas.

El programa resulta novedoso y pionero en nuestro país y resulta ser efectivo para un modelo de atención en salud comunitaria con base en los conceptos de universalidad, gratuidad y accesibilidad. Además, es un trabajo pionero en relevamiento epidemiológico de los usuarios de los sistemas de Salud Mental durante la pandemia COVID-19.

Palabras clave: Salud mental - Telesalud mental - Telepsiquiatría – Telemedicina - Emergencias psiquiátricas.

Abstract

This paper focuses on the remote mental health care program developed at DGSAM, in Buenos Aires City during the COVID-19 pandemic. It is based on the concepts of telemental health. The change carried out from a previous phone orientation program towards a healthcare system with comprehensive health electronic records (HIS) and carried-out by mental health professionals, intersectorial articulation and progressive mental health care networks are the most outstanding aspects of the program. As well as the strengthening on health information systems and training professionals in telemental health care. During the first six months of operation, 7.154 calls were attended, 95,62% were solved within the program protocols and the remaining 4,38% were referred for georeferenced treatments and for re-linking with the respective health care teams. It was also useful in solving psychiatric emergency situations.

RECIBIDO 15/12/2020 - ACEPTADO 18/1/2021

¹ Director General de Salud Mental - Ciudad Autónoma de Buenos Aires (DGSAM)

² Lic. Psicología (DGSAM)

³ Director de Programas Especiales (DGSAM)

⁴ Médica Psiquiatra (DGSAM)

Autor de referencia:

Humberto Lorenzo Persano

hpersano@gmail.com

Lugar de realización del Trabajo: Dirección General de Salud Mental, SSAH - Ministerio de Salud, GCABA, CABA. Argentina

The program is innovative and pioneering in our country and turns out to be effective for a community health care model based on the concepts of universality, gratuity, and accessibility. Furthermore, it is the first paper in Argentina on epidemiologic aspects about the mental health system during COVID-19 pandemic.

Keywords: Mental health - Telemental health – Telepsychiatry – Telemedicine - Psychiatric emergencies.

Introducción

Los antecedentes del programa de atención remota en Salud Mental se remontan al año 1997 y al Hospital “Dr. Braulio Moyano”, adonde se brindaba orientación en adicciones. Posteriormente se amplió a todo el campo de la salud mental para, en el año 2000 y en el marco de la Ley N° 448 de la Ciudad de Buenos Aires, establecer su sede en la Dirección General de Salud Mental. En septiembre del 2001, el servicio telefónico “Salud Mental Responde”, como se denominó, promovía información sobre los recursos de Salud Mental que el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires poseía, y ofrecía contención psicológica a quien lo requería. En el año 2007 se denominó “Servicios Telefónicos - Salud Mental Responde” y “Servicio de Ayuda telefónica en Drogas y Alcohol”. Desde el año 2007 y hasta ahora el programa continuó funcionando ininterrumpidamente en la Dirección General de Salud Mental (en adelante DGSAM) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En los últimos años el promedio anual de consultas de dicho programa fue de, aproximadamente, 3.700 Llamados/Consultas. El motivo de consulta de la mayoría de los llamados registrados se debió a una solicitud de información o contención psicossocial telefónica¹.

Durante la Pandemia por COVID-19, declarada por la OMS el 11 de marzo de 2020 que obligó a decretar un aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) en la República Argentina a partir del 20 de marzo de 2020, la DGSAM decidió reorganizar dicho programa y actualizarlo debido a las condiciones imperantes en el campo de la asistencia en salud mental en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. Con el objetivo de proteger a los usuarios del sistema de salud y a los profesionales del riesgo de contagio, favorecer la comunicación con un equipo profesional, extender los días y el horario de atención (oferta) y brindar asistencia por profesionales idóneos en el marco de un contexto imprevisto, inusual, abrupto e incierto como es la pandemia mencionada; en poco tiempo se desarrolló un número telefónico (0800-333-1665) que favore-

ció la accesibilidad universal, gratuita y la posibilidad de atención durante las 24hs, todos los días.

Este dispositivo está conformado por un equipo interdisciplinario de profesionales del campo de la salud mental, especialmente médicos psiquiatras y psicólogos y su concepción es un hecho absolutamente novedoso en Argentina, ya que a su vez implica un sistema de derivaciones asistidas con articulación en red entre efectores del campo de la salud mental e interministerial. Sus ventajas no sólo son útiles durante la pandemia COVID-19 sino que lo serán también para los tiempos venideros, tal como acontece en otros países del mundo (Dinakaran et al., 2020; Tsirintani et al., 2020). Puesto que involucra una ampliación de los recursos existentes en salud mental, fortalece los registros en salud y posee una perspectiva de salud integral articulada en redes de cuidados progresivos en salud, tal como fuese planteado por la OMS y la OPS (OPS, 2010), resulta un dispositivo poderoso en la asistencia y organización del sistema de salud mental. Y, como también cumple con el objetivo de fortalecer los sistemas de información en salud de los usuarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a través de la implementación y capacitación en el sistema informático unificado SIGEHOS del Ministerio de Salud de CABA, sirve para planificar estrategias en el abordaje en salud mental a partir de los datos epidemiológicos que surjan de los propios registros de las historias clínicas electrónicas integrales de salud (HIS versión 2.0).

Marco conceptual

Los primeros registros de telesalud en psiquiatría se remontan a la década del 50 (Shore, 2013) en el Instituto Psiquiátrico de Nebraska (Doyen et al., 2018), mientras que los primeros programas de tele-psiquiatría para niños y adolescentes comenzaron en los años 70 en la Escuela de Medicina del Mount Sinai, ambos en los EE. UU. (Doyen et al., 2018).

A pesar de que en la Ciudad de Buenos Aires el programa de atención telefónica tiene más de dos

1. Fuente DGSAM - Años 2018-2019.

décadas, el marco conceptual en el cual se decidió su transformación es novedoso debido a que el programa está enmarcado en la asistencia remota en salud mental (Telesalud mental), y en una nueva forma de llevar a cabo prestaciones asistenciales en el campo de la salud mental. Es una primera aproximación de este tipo en el marco de la atención en salud mental comunitaria y muchas veces resulta una oportunidad para acceder al sistema de salud, ser empadronado en el mismo y que la intervención quede registrada en la historia integral de salud (HIS), actualmente en su versión (HIS 2.0). Esta modalidad de registro electrónico en salud fue llevada adelante en la Ciudad de Buenos Aires inicialmente en el primer nivel de atención del sistema público de salud (Faretta et al., 2019). Esta ventaja ya fue registrada por el Sistema de red de portal de telesalud en Carolina del Norte en EE. UU., donde pueden articularse nodos con servicios de emergencia, consulta externa e información electrónica de salud, y donde también pueden realizarse tanto el seguimiento como las consultas y prestaciones realizadas (Saeed, 2018). En Francia la telemedicina se estableció legalmente en el año 2009 bajo el lema: “Hospital, Paciente, Salud, Territorios” poniendo de relieve la relación la salud con las instituciones, el hábitat y el sujeto (Doyen et al., 2018).

La atención remota favorece la accesibilidad a aquellas personas que tienen dificultades, no sólo por las situaciones de la pandemia actual sino por las distancias, los tiempos que insumen los viajes, los costos, las barreras de acceso (Tsirintani et al., 2020) y las situaciones de estigma (Soron, 2016); así como también favorece la articulación con otras áreas de salud y con otros sistemas.

Los cambios tecnológicos actuales han acelerado el crecimiento de esta modalidad asistencial. Aunque el sistema de telesalud es promisorio, quedan aún algunas barreras que resultan en nuevos desafíos para resolver en el futuro inmediato, tales como los aspectos legales y las temáticas relacionadas con la confidencialidad (Hubley et al., 2016). En India han evaluado que la conexión nodal entre primer nivel de atención y el tercer nivel de mayor complejidad, a través de la tele-psiquiatría, también redundaba en un beneficio económico en el campo de la salud (Moirangthem et al., 2017).

Por otro lado, se debe entrenar a los jóvenes que están capacitándose en las residencias, concurrencias o postgrados en salud mental en la atención remota en salud bajo estas modalidades para poder afrontar los nuevos desafíos. Promover la accesibilidad, la equidad y la gratuidad como principios y valores en su formación académica resulta un logro a desarrollar. La enseñanza de telesalud mental favorecerá a los sujetos que

habitan regiones donde el acceso presencial resulta difícil y para ello debemos entrenar y capacitar a las nuevas generaciones de especialistas en salud mental y psiquiatría, especialmente para aquellos que desempeñen sus tareas en áreas rurales. Un resumen de los beneficios a ser enseñados es:

- a. reducir las disparidades geográficas y económicas en el acceso a los servicios en salud mental;
- b. reducir el tiempo de espera y de viaje para el acceso a los servicios de salud mental;
- c. mejorar la adherencia terapéutica;
- d. mejorar la enseñanza en salud mental;
- e. favorecer la coordinación entre los diferentes niveles del sistema de salud mental y
- f. aumentar la adherencia de los profesionales a desempeñar la atención en salud mental en las áreas rurales (Saeed et al., 2017).

Material y métodos

El Programa Salud Mental Responde (SMR) de la DG-SAM comenzó a funcionar durante la pandemia COVID-19 por el virus SARS-CoV-2 para dar respuesta a las necesidades de asistencia en salud mental de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, centralizado actualmente a través de una línea telefónica unificada (0800-333-1665) para poder centralizar los llamados y dar respuesta a los mismos mediante un amplio equipo de profesionales durante todos los días y las 24 hs. del día. Esta articulación asistencial en salud mental bajo la modalidad de trabajo remoto en nodos específicos del sistema público de salud y con profesionales también del propio sistema público de salud posibilita una potenciación de los propios recursos en cuidados integrales de la salud. El armado de este dispositivo fue posible gracias al esfuerzo de la propia DGSAM, el apoyo de la Dirección General de Sistemas, la Subsecretaría de Atención Hospitalaria (SSAH) y el Ministerio de Salud del GCABA.

El dispositivo SMR comenzó a funcionar en el mes de abril del año 2020 y para el presente trabajo se utilizaron los registros de los llamados de los primeros seis meses, hasta finales de septiembre del año 2020.

Los registros fueron almacenados en archivos digitales. En el presente trabajo se utilizaron los datos tratados anónimamente y respetando la confidencialidad de los usuarios. Sólo se emplearon dichos registros en forma anónima y se utilizarán para el análisis estadístico descriptivo. El diseño del trabajo es de tipo transversal durante el período mencionado.

La muestra se conformó por un registro longitudinal y aleatorio con un tamaño de 7.154 llamados en

el período abril-septiembre de 2020. Los datos fueron analizados estadísticamente para obtener un registro de lo que aconteció en el campo de la salud mental en una parte de la comunidad, la que consultó al programa SMR, durante los primeros seis meses de la pandemia COVID-19. Los cuadros clínicos fueron incluidos de acuerdo a la categorización del manual de Clasificación internacional de enfermedades, 10.^a edición (CIE-10) (Organización Panamericana de la Salud, 1995).

Resultados

El análisis descriptivo de los datos arroja que los llamados fueron realizados mayormente por personas del género femenino (71,9%), en tanto que los del género masculino correspondió al (28,1%) (7.110).

Los llamados provinieron en mayor medida de la comunidad en general, 6.747 llamados (95,3%), miembros del personal de salud llamaron en 226 oportunidades (3,2%) y hubo 4 llamados de personas pertenecientes a poblaciones vulnerables (0,1%).

Sobre 6.795 respuestas, 3.572 correspondieron a personas que no poseían cobertura alguna en salud y sólo dependían del sistema público de salud (52,6%) y 3.179 de las respuestas (46,8%) sí lo poseían, principalmente representado por PAMI (3,2%), con 214 registros.

La mayor parte de los consultantes que llamaron vivían solos, 2.710 registros (40,6%); 1.643 registros de llamadas correspondieron a personas que vivían en pareja (24,6%), 1.229 a personas que viven en familia (18,4%) y 637 registros (9,6%) a personas que viven con hijos en forma de familia monoparental. La mayoría de los registros de llamados fueron realizados para sí mismo, 5.506 registros (79,1%) y 540 registros fueron realizados por problemáticas de sus hijos (7,8%), 287 registros de llamadas fueron realizados consultando por adultos mayores (4,1%) y dos llamados por violencia familiar. Estos datos corresponden a un total de 6.964 registros de llamados.

Con respecto a los antecedentes de llamados previos, la mayoría de estos correspondió a personas que no habían utilizado el sistema previamente, sobre 6.997 registros 4.668 correspondieron a personas que nunca habían utilizado el programa (66,7%) mientras que 2.329 sí lo habían utilizado (33,3%).

Cuando se preguntó acerca de si el llamado correspondía a una situación vinculante al COVID-19, sobre 6.837 registros de llamadas, 6.539 (95,6%) correspondieron a situaciones que no estaban vinculados y 298 (4,4%) registros que sí; desagregados de la siguiente

manera 149 (2,2%) personas cursaban la enfermedad por COVID-19, 102 (1,5%) registros correspondieron a personas recuperadas de COVID-19 y unas 47 personas estaban en estudio (0,7%).

Con respecto al motivo del llamado, sobre un total de 7.060 registros, 3.895 de ellos (55,2%) fueron realizados solicitando apoyo psicosocial, 2.263 de los llamados fueron llevados a cabo para solicitar información en el campo de la salud mental. Es importante destacar que 330 registros fueron llevados a cabo (4,7%) por preocupaciones acerca de interrupción de tratamientos y acerca de necesidades para retomarlo y 230 registros obedecieron a solicitudes de contención (3,3%). Es remarkable que sólo dos personas llamaron para evidenciar que necesitaban medicación psiquiátrica.

Cuando se investigó acerca de tratamientos previos, sobre un total de 6.580 respuestas, 1865 de ellas obedecieron a personas que no tenían antecedentes de tratamientos previos (28,3%) y los que respondieron que sí, mayoritariamente habían llevado a cabo tratamientos ambulatorios 4.372 respuestas (66,4%), 690 de los registros obedecieron a personas que habían recibido alguna internación por motivos de salud mental en algún momento de su vida (10,5%), 130 de ellos (82%) habían recibido tratamiento por salud mental en dispositivos de hospital de día y 41 en comunidades terapéuticas (0,6%).

Con respecto a los motivos sintomáticos que promovieron las consultas, sobre 6.731 registros de respuestas, la mayor prevalencia 3.634 (54%) correspondieron a síntomas de ansiedad/temor. Los trastornos del ánimo ocuparon el segundo lugar con 1.993 (29,6%) de los llamados registrados, a su vez la depresión se vio representada específicamente en 17 llamados más (0,3%). Los síntomas psicóticos ocuparon el tercer lugar con 492 registros (7,3%). Los síntomas de agresividad/impulsividad ocuparon el cuarto lugar con 315 registros (4,7%). El consumo problemático de sustancias se registró en 225 llamados que corresponden al (3,3%) del total. Violencia familiar se registró en 132 llamados, correspondientes al (2%). Los síntomas de angustia se registraron en 48 llamados, representando el (0,8%) del total de los llamados. Los síntomas de insomnio se registraron en 24 llamados (0,4%) y otros trastornos del sueño a través de otros 9 llamados más, con un (0,2%) de casos. Por trastornos del comportamiento alimentario se realizaron 23 llamados, representando un (0,4%) de los casos. Los llamados por duelos en el contexto de la pandemia se registraron en 19 casos (0,3%) y 2 llamados más por duelos debidos a finalización de relaciones amorosas en el contexto de la pandemia. Los llamados por con-

flictos familiares representaron 6 de los registros. Los llamados por síntomas hipocondríacos también se registraron en 6 llamados. Los llamados por situaciones de crisis relacionadas con amenazas de suicidio fueron solamente 4 y por falta de medicación psicofarmacológica 1 solo registro.

Durante los primeros seis meses de abordaje desde el programa (SMR) la mayoría de los llamados recibidos fueron resueltos en el marco del propio trabajo de los efectores que recibieron los llamados o durante el seguimiento que el protocolo del programa habilita que corresponde a 3 llamados siguientes. Cuando los casos ameritaron un mayor nivel de seguimiento se procedió a la derivación para la continuidad de los tratamientos o para iniciarlos en zonas georreferenciadas cercanas a su domicilio o para re-vincularizar a los usuarios/pacientes con los respectivos equipos tratantes.

Se realizaron 313 derivaciones a las áreas programáticas de las cuales provenían las demandas (*ver tabla 1*). De las 313 derivaciones, el 67,4% (211 casos) se encontraban registradas y evolucionadas en la HIS.2.0-SIGHEOS, mientras que el 32,6% (102) de los usuarios no se encontraban aún empadronados en el sistema.

En cuanto a la cobertura, el 18,5% (58 casos) poseían obra social o prepaga; mientras que el 81,5% (255 casos) no contaba con ninguna cobertura.

A su vez, 46,9% (147 casos) no tomaban ningún psicofármaco al momento de la derivación; mientras que en el 53,1% (166 casos) sí lo hacía, en algunos casos indicado y en otros automedicado.

Con respecto al 4,38% de los casos (313) que requirieron derivaciones, la solicitud de estas provinieron de las diferentes áreas programáticas. Las áreas con mayor demanda correspondieron al Hospital "J. M. Ramos Mejía" (54 casos; 17,25%); Hospital "P. Piñero" (34 casos; 10,86%) y Hospital "J. A. Fernández" (32 casos; 10,22%) (*ver tabla 1*).

La resolución de casos de las 313 derivaciones se distribuyó del siguiente modo: 144 casos iniciaron tratamiento en los diferentes efectores de la salud, 68 casos requirieron reconexión con equipo tratante, 66 casos se debieron reorientar, 10 casos fueron asistidos por el programa ADOP; 4 por el SAME y 21 aún se encuentran en proceso de derivación al momento de este estudio. La gran mayoría de los casos no poseen cobertura de salud (81,5%) y pertenecen a la cobertura que brinda el sistema público de salud.

De los casos que requirieron derivaciones, más de la mitad tomaba psicofármacos. Los diagnósticos predominantes, a pesar de ser parecidos en la distribución por frecuencias que, en los casos de resolución sin derivación, los que sí lo requirieron fueron de na-

Tabla 1. Distribución de los casos que requirieron derivaciones

Área de donde provino la demanda	n° Casos (n=313)	%
HGA "C. Argerich"	20	6.39
HGA "P. Piñero"	34	10.86
HGA "J. M. Ramos Mejía"	54	17.25
HGA "J. A. Fernández"	32	10.22
HGA "T. Álvarez"	25	7.98
HGA "I. Pirovano"	29	9.27
HGA "C. Durand"	26	8.31
HGA "E. Tornú"	21	6.71
HGA "I. Penna"	25	7.98
HGA "A. Zubizarreta"	7	2.24
HGA "F. Santojanni"	22	7.03
HGA "B. Rivadavia"	5	1.60
HGA "D. Vélez Sarsfield"	13	4.15

turalidad más compleja y por ello debieron ser derivados a efectores de salud mental para la prosecución de los tratamientos.

Los cuadros predominantes en los 313 casos que se derivaron a las áreas programáticas de los hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fueron: Trastorno de Ansiedad (139 casos); Sintomatología Depresiva (81 casos); Esquizofrenia (22 casos); Trastorno Psicótico no especificado (20 casos); Consumo Problemático de sustancias (14 casos); Amenazas de Suicidio (13 casos); Trastorno bipolar (8 casos); Situaciones de violencia (6 casos); TCA (4 casos); Abuso sexual infantil (1 caso) (*ver tabla 2*).

Tabla 2. Diagnósticos psiquiátricos de los casos derivados a áreas programáticas

Diagnóstico	Cantidad de casos (n=313)	%
Trastornos de ansiedad	139	44.43
Síntomas depresivos	86	27.48
Esquizofrenia	22	7.00
Psicosis no especificadas	20	6.40
Consumo de sustancias	14	4.50
Amenazas de suicidio	13	4.16
Trastorno bipolar	8	2.55
Situaciones de violencia	6	1.90
Trastornos alimentarios	4	1.28
Abuso sexual infantil	1	0.30

Discusión y conclusiones

Los resultados preliminares que surgen del presente estudio evidencian que los sujetos del género femenino consultaron en mayor medida, aunque no es posible determinar si ello obedece a mayor prevalencia de problemáticas o a una mayor apertura a la hora de realizar una consulta en salud mental.

Por otro lado, el personal sanitario utilizó al programa como recurso para abordar las problemáticas que surgieron de la atención a pacientes por enfermedad COVID-19, por lo que el Programa ha brindado apoyo para mejorar el bienestar y, en consecuencia, la salud mental de los propios trabajadores de salud.

Las personas que viven solas demandaron en mayor medida este dispositivo. La mayoría de los llamados fueron hechos por el sujeto que requería la consulta, aunque también se realizaron para vehicular consultas para otros familiares: hijos y adultos mayores. Como nuevo dispositivo de atención remota en salud mental no resulta extraño que la mayoría de los llamados se correspondan con personas que nunca lo habían utilizado. Por otro lado, la mayoría de ellos no obedecía a problemáticas relacionadas en forma directa por la infección por el SARS-CoV-2, sino por las consecuencias de la pandemia o por el ASPO. Mayoritariamente se solicitó apoyo psicosocial.

Dos tercios de los consultantes habían tenido algún tipo de tratamiento previo en salud mental, especialmente en forma ambulatoria y sólo un 10,5% había sido hospitalizado alguna vez. El 54% de los síntomas corresponden a ansiedad/temor, un 29,9% a trastornos del ánimo, los síntomas psicóticos (7,3%), los fenómenos de agresividad/impulsividad (4,7%) y el consumo problemático de sustancias (3,3%). La alta prevalencia de síntomas de ansiedad y de trastornos del ánimo se corresponde con un estudio previo realizado en la Argentina, antes de la pandemia, sobre la población general (Cía et al., 2018). En menor medida se observaron trastornos del sueño y problemáticas por desórdenes del comportamiento alimentario. Se detectaron 53 llamados por emergencias psiquiátricas, que se canalizaron y tuvieron resolución adecuada a través del sistema de atención en emergencias SAME.

El programa SMR fue sumamente útil, durante el contexto actual para resolver situaciones de crisis por la sintomatología suscitada durante la pandemia y también por la sintomatología que trajo aparejado tanto el aislamiento social, el distanciamiento emocional, la pérdida de lazos sociales y el distanciamiento afectivo, al cual tuvo que someterse la población por el ASPO.

Cabe señalar que, en nuestro conocimiento, este es el primer trabajo en la Argentina sobre el impacto de la pandemia COVID-19 y el ASPO con datos de los registros de los consultantes en el sistema de salud público, a diferencia de otros trabajos previos sobre el impacto de la pandemia sobre los profesionales (Corral, y Ramírez, 2020) y el ASPO sobre la población general (Observatorio Psicología Social y Aplicada, 2020), que fueron realizados sobre datos obtenidos de encuestas y no sobre prestaciones asistenciales. Esto otorga a este estudio un valor muy específico para el relevamiento epidemiológico en salud mental durante la pandemia por COVID-19, al ser datos obtenidos a partir de registros clínicos.

Como producto de las innumerables dificultades que atravesó la población ante situaciones complejas e inesperadas el programa SMR resultó una herramienta sumamente útil para sobrellevar estas nuevas modalidades de convivencia social y las consecuencias que produjo en la población.

El programa SMR resulta eficaz para resolver situaciones de crisis puesto que el 95,62% pudo efectivizarse a través de los efectores del mismo y el 4,38% restante fue derivado para proseguir sus tratamientos en los efectores específicos.

Por otro lado, el programa SMR resultó un dispositivo innovador para organizar la estrategia en el primer nivel de atención en salud mental, favorecer el ingreso al sistema integral de salud público, articular con otros efectores intersectoriales, facilitar la administración de turnos y registrar en la HIS 2.0 los datos de las prestaciones brindadas.

Los resultados de las intervenciones realizadas son alentadores a la hora de afianzar este programa como una modalidad asistencial inicial en salud mental comunitaria y también para la articulación y derivación oportuna entre los distintos niveles de efectores en salud mental.

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Referencias bibliográficas

- Cía, A. H., Stagnaro, J. C., Aguilar Gaxiola, S. A., Vommaro, H., Loera, G., Medina-Mora, M. E., Kessler, R. C. (2018). Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(4), 341-350.
- Corral, R., Ramírez, J. (2020). Impacto de la pandemia COVID-19 en el equipo de salud mental. *Rev. Latinoamericana de Psiquiatría*, 19(1), 38-42.

- Dinakaran, D., Basavarajappa, C., Manjunatha, N., Kumar, C. N., Math, S. B. (2020). Telemedicine Practice Guidelines and Telepsychiatry Operational Guidelines, India-A Commentary. *Indian Journal of Psychological Medicine*, <https://doi.org/10.1177/0253717620958382>
- Doyen, C. M., Oreve, M. J., Desailly, E., Goupil, V., Zarca, K., L'Hermitte, Y., Bibay, A. (2018). Telepsychiatry for children and adolescents: a review of the PROMETTED project. *Telemedicine and e-Health*, 24(1), 3-10.
- Faretta, F., Levi, D., Marques, L., Ferrante, D., Bordoni, M. G., Baum, A., de Quirós, F. G. B. (2019). Developing an Electronic Record Tool Representative of Primary Health Care in the Public Health Care System of Buenos Aires City. *Stud Health Technol Inform*, 264: 516-520. <https://doi:10.3233/SHTI190276>
- Hubley, S., Lynch, S. B., Schneck, C., Thomas, M. & Shore, J. (2016). Review of key telepsychiatry outcomes. *World Journal of Psychiatry*, 6(2), 269.
- Moirangthem, S., Rao, S., Kumar, C. N., Narayana, M., Raviprakash, N., & Math, S. B. (2017). Telepsychiatry as an economically better model for reaching the unreached: A retrospective report from South India. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39(3), 271.
- Observatorio Psicología Social y Aplicada. (2020). Salud mental en cuarentena: Relevamiento del impacto psicológico a los 7-11 y 50-55 días de cuarentena en la población argentina. Crisis Coronavirus 7. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.psi.uba.ar/opsa/informes/Crisis%20Coronavir>
- Organización Panamericana de la Salud (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. PAHO, Washington DC.
- Organización Panamericana de la Salud. (1995). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, Volumen 1, OPS (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th Revision 1992).
- Saeed, S. A. (2018). Successfully navigating multiple electronic health records when using telepsychiatry: the NC-STeP experience. *Psychiatric Services*, 69(9), 948-951.
- Saeed, S. A., Johnson, T. L., Bagga, M., & Glass, O. (2017). Training residents in the use of telepsychiatry: review of the literature and a proposed elective. *Psychiatric Quarterly*, 88(2), 271-283.
- Shore, J.H. (2013). Telepsychiatry: videoconferencing in the delivery of psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, 170(3), 256-262.
- Soron, T. R. (2016). Telepsychiatry for depression management in Bangladesh. *Int J Ment Health*, 45(4), 1-2.
- Tsirintani, M., Andrikopoulou, L., Biniaris, S. (2020). Contemporary Telemedicine Applications in the Provision of Mental Health Services in Greece. En Androniki, Kavoura, Efstathios, Kefallonitis, Prokopios, Theodoridis (Ed.) *Strategic Innovative Marketing and Tourism* (pp. 393-401). Springer. https://doi:10.1007/978-3-030-36126-6_43

Valoración del riesgo de violencia en pacientes forenses con el HCR-20^{V3}: análisis de fiabilidad interevaluador y validez concurrente

Violence risk assessment in forensic patients using HCR-20^{V3}: interrater reliability and concurrent validity

Elisa Folino¹, Karin Arbach²

Resumen

Este estudio aporta evidencias sobre la fiabilidad interevaluador y la validez concurrente del *Historical, Clinical and Risk Management-20 Version 3* (HCR-20^{V3}) en una muestra de 35 pacientes ingresados en una unidad psiquiátrica penitenciaria de Argentina. El HCR-20^{V3} fue codificado de manera independiente por dos evaluadoras en 15 pacientes. En su gran mayoría, los índices de fiabilidad interevaluador fueron entre moderados y excelentes en la codificación de Presencia de los factores de riesgo y en la estimación de las valoraciones resumidas del riesgo de violencia futura y de violencia inminente, aunque no fueron significativos para la valoración del riesgo de daño físico grave. El HCR-20^{V3} mostró correlaciones significativas con el VRAG-R y con el PCL:SV. Los hallazgos presentan implicancias para la implementación del HCR-20^{V3} en los contextos profesionales locales y plantean posibilidades de investigación futura relevantes para la toma de decisiones en la gestión del riesgo de violencia en pacientes que se encuentran cumpliendo medidas de seguridad.

Palabras clave: Riesgo de violencia - Violencia - Evaluación forense - Juicio profesional estructurado - Confiabilidad - Validez concurrente.

Abstract

This study provides evidence on the inter-rater reliability and concurrent validity of the Historical, Clinical and Risk Management-20, Version 3 (HCR-20^{V3}) in a sample of 35 patients admitted to a forensic psychiatric unit in Argentina. The HCR-20^{V3} showed significant correlations with the VRAG-R and the PCL: SV. HCR-20^{V3} was independently coded by two evaluators in 15 patients. The inter-rater reliability indices were moderate to excellent in the coding of presence of risk factors and in the estimation of the summary risk ratings of future violence and imminent violence, although ICC were non-significant for the summary risk rating of serious physical damage. These findings have implications for the HCR-20^{V3} implementation in local professional contexts and raise future research possibilities which could be relevant for decision-making in violence risk management with patients committed to legal security measures.

Keywords: Risk of violence - Violence - Forensic evaluation - Structured professional judgment - Interrater reliability - Concurrent validity.

RECIBIDO 22/10/2020 - ACEPTADO 7/11/2021

¹Magister en Salud Mental Forense. Dirección General de Salud Penitenciaria, Ministerio de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

²Doctora en Psicología Clínica y de la Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.

Autora de referencia:

Karin Arbach

k_arbach@hotmail.com

Introducción

En el ámbito legislativo de la República Argentina la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Ministerio de Salud, 2013) ha representado un avance en el ámbito psiquiátrico al regular las condiciones de la internación en instituciones de salud mental y estipular un contexto temporal de inminencia para el riesgo evaluado. Este hecho jurídico acompaña la reivindicación que los movimientos sociales vienen realizando desde hace décadas sobre el reconocimiento de los derechos de las personas con trastorno mental (Centro de Estudios Legales y Sociales, 2015). En el ámbito de la evaluación del riesgo de violencia en personas con padecimientos mentales destaca el cambio de paradigma del “diagnóstico de peligrosidad” (basado en el juicio clínico) al de “riesgo de violencia”. Dicho cambio superó el predeterminismo o estigmatización y contribuyó a la generación de técnicas de evaluación del riesgo de violencia centradas en la prevención de las conductas violentas, ajustadas a la particularidad de los casos y atentas al dinamismo y contextualidad del riesgo (Borum, 1996; Monahan et al., 2001).

La valoración estructurada del riesgo de violencia

Actualmente es ampliamente reconocido que los profesionales de la salud mental se enfrentan habitualmente con la tarea de tomar decisiones relacionadas a la potencial conducta violenta de quienes asisten. Para llevar a cabo esta tarea cuentan con distintos modelos que los orientan en las estimaciones del riesgo de que estas conductas ocurran. Aunque tradicionalmente se ha recurrido al juicio clínico, también denominado “juicio profesional no estructurado” (Bonta et al., 2013), es numerosa la evidencia disponible a partir de las últimas tres décadas sobre modelos que mejoran la precisión de dichas estimaciones (Ægisdóttir et al., 2006).

Estos modelos estructuran uno o más aspectos del proceso de evaluación. En una taxonomía simple, se los clasifica en dos categorías: los modelos actuariales y los de juicio profesional estructurado (Skeem & Monahan, 2011). En los primeros, los evaluadores toman una decisión final según unas reglas fijas y explícitas predeterminadas en base a fórmulas matemáticas (algoritmos) que, a su vez, son derivadas de datos de una muestra normativa (Grove & Meehl, 1996). Por su parte, el modelo de juicio profesional estructurado (JPE) es un abordaje exhaustivo donde la decisión final sobre el nivel de riesgo se realiza en base a la información relevada siguiendo unas guías u orienta-

ciones que estructuran qué factores de riesgo evaluar y cómo evaluarlos (Guy et al., 2012). Una diferencia fundamental entre ambos enfoques reside en el objetivo de la evaluación. Mientras el primero se focaliza en la precisión de las estimaciones probabilísticas (Grove & Lloyd, 2006), el segundo está principalmente orientado a la intervención y gestión del caso a través de la formulación exhaustiva del mismo (Douglas & Kropp, 2002). Ambos modelos han mostrado grados similares y moderados de precisión en la predicción de la violencia (Guy, 2008; Yang et al., 2010).

El HCR-20

El HCR-20 es la guía de JPE para la valoración del riesgo de violencia más ampliamente investigada (Douglas, Shaffer, et al., 2014) y más usada en los servicios forenses a nivel internacional (Singh et al., 2014). La primera versión fue publicada en 1995 (Webster, Eaves, Douglas, & Wintrup, 1995), y poco después fue revisada (Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997). Recientemente se ha publicado la tercera versión (Douglas et al., 2013) y, al igual que la versión antecesora, está compuesta por 20 factores de riesgo agrupados en tres dominios generales del riesgo: histórico, clínico y de gestión de riesgo o prospectivo. Esta última versión mejora la definición y diferenciación de los factores de riesgo (Douglas, Hart, et al., 2014) y profundiza en las aplicaciones del instrumento en la formulación y gestión del riesgo. Esta versión se encuentra adaptada y publicada en español (Douglas et al., 2015) y es la que se emplea en este estudio.

El HCR-20 en Latinoamérica

La primera traducción al español del HCR-20^{V2} fue publicada en Argentina (Webster et al., 2003) y, más tarde, otra versión se publicó en España (Webster et al., 2005). Estas versiones han sido ampliamente contrastadas en población psiquiátrica civil y forense de Argentina (Folino, Castillo, et al., 2004; Folino, Marengo, et al., 2004; Folino & Hare, 2005), Brasil (de Borba Telles, 2009; de Borda Telles et al., 2012), México (Sada et al., 2016), Ecuador (Ochoa Balarezo et al., 2017) y España (Arbach et al., 2011; Fernández García et al., 2020). Estos estudios han informado índices de moderados a excelentes de fiabilidad interevaluador (De Borba Telles, Folino, et al., 2009; Folino, Castillo, et al., 2004; Ochoa Balarezo et al., 2017), validez predictiva (Arbach et al., 2011; De Borba Telles et al., 2012; Fernández García et al., 2020; Sada et al., 2016) y validez concurrente con el PCL-R y PCL:SV (Arbach et al., 2011; Folino & Hare, 2005).

El HCR-20^{V3}

Como en el caso de la versión 2, el estudio de las propiedades psicométricas del HCR-20^{V3} ha sido particularmente fructífero en países de alto ingresos. Desde su presentación oficial en la publicación monográfica del *International Journal of Forensic Mental Health* (Douglas, Hart, et al., 2014), la evidencia empírica sobre sus aplicaciones y propiedades ha ido en aumento con aproximadamente un millar de publicaciones hasta la fecha.

La fiabilidad interevaluador del HCR-20^{V3} ha sido analizada en estudios con evaluaciones independientes de entre 2 a 5 evaluadores en muestras compuestas por entre 15 y 35 casos, generalmente pacientes psiquiátricos. Los estudios han contrastado la fiabilidad interevaluador para las valoraciones resumidas del riesgo, los ítems y las puntuaciones de las subescalas y los totales HCR-20^{V3}. En conjunto, los resultados de estos estudios reportan coeficientes de correlación intraclase (CCI) entre moderados y altos en muestras de Suecia (Douglas & Belfrage, 2014), Alemania (Kötter et al., 2014), Reino Unido (Doyle et al., 2014), Holanda (de Vogel et al., 2014) y Estados Unidos (Cawood, 2017; Howe et al., 2015; Smith et al., 2014).

La validez concurrente del HCR-20^{V3} fue analizada en relación a la versión 2 con los mismos evaluadores codificando ambas versiones (de Vogel et al., 2014; Douglas & Belfrage, 2014; Strub et al., 2014). Por ejemplo, en el estudio sueco las correlaciones entre las puntuaciones totales de Presencia de los factores de riesgo oscilaron entre .90 y .91. Las correlaciones entre las subescalas fueron más variables ($H = .87 - .89$, $C = .76$ y $R = .67 - .82$). Un estudio también reportó correlaciones robustas entre las VRR realizadas con las dos versiones del instrumento ($r = .98$) (Strub et al., 2014). En un estudio que analizaba la validez concurrente entre las versiones 2 y 3 codificadas por dos evaluadores independientes también se encontraron correlaciones significativas, aunque más bajas que las previamente reportadas (Total = .62, $H = .68$, $C = .48$, $R = .46$, VRR priorización del caso: .40, VRR daño físico grave: .39, VRR inminencia de la violencia: .58) (Howe et al., 2015).

La versión 2 del HCR-20 ha demostrado correlaciones robustas con otras medidas de valoración del riesgo de violencia como el VRAG y con los listados de psicopatía PCL-R (Douglas et al., 1999; J. Folino & Hare, 2005; Warren et al., 2005). No obstante, la validez concurrente de la nueva versión del HCR-20 con otras medias de valoración del riesgo permanece rela-

tivamente poco explorada. Se ha identificado un estudio académico que encontró correlaciones moderadas entre ambas medidas ($r = .45$) (Brookstein, 2016). Este hallazgo, sumado a la validez concurrente establecida en las versiones predecesoras del HCR-20^{V2} y el VRAG, y a la continuidad conceptual planteada entre las versiones previas y actuales de ambas medidas (Douglas et al., 2013; Rice et al., 2013), sugieren que sería plausible que algo similar ocurriera con las actuales versiones de ambos instrumentos (Brookstein, 2016). Esto permanece como un interrogante de la investigación sobre el que este estudio pretende aportar evidencia.

También permanece poco explorado el HCR-20^{V3} en el contexto latinoamericano. Tras una búsqueda en las bases de datos Dialnet, Psycodoc, Scielo, Redalyc, y Google Scholar empleando como términos de búsqueda HCR-20^{V3} y los nombres de los países de Latinoamérica, se identificó un solo trabajo académico que puso a prueba las propiedades psicométricas de una versión adaptada del HCR-20^{V3} en una muestra psiquiátrica forense de México (Nijdam-Jones, 2020). Este trabajo destaca la importancia de la adaptación cultural que requiere el instrumento, especialmente en los factores R.

El presente estudio es el primero en proveer evidencia sobre la fiabilidad interevaluador y la validez concurrente del HCR-20^{V3} en población psiquiátrica forense de Argentina. Contar con esta información es un primer paso necesario para impulsar la implementación y transferencia de esta técnica hacia los espacios profesionales del país en el ámbito de la salud mental forense.

Método

Participantes y contexto

Se evaluaron 35 hombres ingresados en una unidad penitenciaria neuropsiquiátrica de máxima seguridad de la Dirección de Salud Penitenciaria (DSP) de la Provincia de Buenos Aires. Se trata de personas consideradas inimputables por la comisión del delito bajo el artículo 34 del Código Penal argentino que regula las medidas de seguridad a implementar en estos casos (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 1922). La DSP gestiona la salud física y mental de aproximadamente 40.000 internos alojados en alcaldías y cárceles de la provincia de Buenos Aires. Aproximadamente 1200 de ellos presentan alguna patología psiquiátrica crónica y grave (Dirección de Salud mental de la DSP, 2020). Específicamente, la unidad penitenciaria donde se realizó este estudio tiene una población aproximada de 430 internos masculinos. Algunos pro-

Tabla 1. Factores de riesgo del HCR-20^{V3}

Historia de problemas con...
H1. Violencia
H2. Otras conductas antisociales
H3. Relaciones interpersonales
H4. Empleo
H5. Consumo de sustancias
H6. Trastorno mental grave
H7. Trastorno de personalidad
H8. Experiencias traumáticas/problemas en la crianza
H9. Actitudes violentas
H10. Respuesta al tratamiento o la supervisión
Historia de problemas con...
C1. Insight
C2. Ideación o intento de violencia
C3. Síntomas de trastorno mental grave
C4. Inestabilidad
C5. Respuesta al tratamiento o la supervisión
Problemas futuros con...
R1. Servicios y planes profesionales
R2. Condiciones de vida
R3. Apoyo personal
R4. Respuesta al tratamiento o la supervisión
R5. Estrés o afrontamiento

Extraído y adaptado de Douglas, Hart, et al. (19).

vienen de penales de régimen común y se alojan aquí transitoriamente, mientras que otros son los sobreesididos por inimputabilidad psiquiátrica. El presente estudio se realiza sobre este último grupo.

Instrumentos

HCR-20^{V3}

El *Historical, Clinical and Risk Management-20 Version 3* (HCR-20^{V3}) (Douglas et al., 2015) está compuesto por 20 factores de riesgo asociados con la violencia según la evidencia empírica (Guy et al., 2013). Los factores se agrupan en tres dominios de riesgo referidos a diferentes períodos temporales: 10 factores históricos (H) relativos al pasado, 5 factores clínicos (C) referidos a un período anterior que puede oscilar entre unas semanas a no más de seis meses y 5 factores sobre la gestión del riesgo (R) estimados para un período y contexto (dentro o fuera de la institución) futuro que se establece en función del motivo de la evaluación (ver tabla 1). Algunos factores cuentan con

subítems que permiten una valoración más precisa de cada ítem. Este trabajo se enfoca sobre los factores, sin considerar los subítems.

Los factores de riesgo se evalúan de acuerdo a su Presencia (presente, probable o moderadamente presente y ausente) y Relevancia (baja, media o alta). Para ello debe recurrirse a diversas fuentes que garanticen información válida y fiable. La revisión de expedientes judiciales tanto del ámbito de adulto, como juvenil, de historias clínicas, de archivos escolares y las entrevistas al evaluado y a otros que puedan actuar como informantes colaterales (familiares, amigos, profesionales) son las fuentes de información habitualmente empleadas. Se codifica como Omitido aquel ítem sobre el cual no hay información disponible para valorarlo.

Una vez codificados los factores de riesgo, es posible alcanzar valoraciones resumidas del riesgo (VRR) para tres criterios: Riesgo futuro (priorización del caso), Riesgo de daño físico grave y Violencia inminente. Estas valoraciones se realizan en tres niveles: bajo, moderado y alto.

En esta investigación nos centramos en la Presencia de los factores de riesgo y las VRR. El período considerado para valorar la subescala clínica (C) fueron los 3 meses anteriores a la entrevista de valoración. La subescala de gestión del riesgo (R) y las VRR, se codificaron considerando un período futuro de entre tres y seis meses aproximadamente en un contexto fuera de la institución (OUT). Es decir, la valoración del riesgo de violencia en esta investigación se realizó para un período temporal máximo de seis meses considerando que el paciente fuera liberado en la comunidad al momento de la evaluación con los planes asistenciales existentes.

PCL-R:SV

El *Psychopathy Checklist Revised Screening Version* (PCL-C:SV) (Hart et al., 1995) es un instrumento de cribado para el diagnóstico de psicopatía. La versión de screening deriva del PCL-R y se estableció mediante la combinación de los ítems con superposición de contenido, de modo tal que cada ítem del PCL: SV se corresponde con una característica clínica de la psicopatía, con una reducción a 12 ítems y dos partes, interpersonal y conductual. La parte 1 evalúa los rasgos interpersonales y desapego emocional e incluyen la superficialidad, grandiosidad, mentira o engaño, la falta de remordimiento, de empatía e incapacidad para aceptar responsabilidades. La parte 2 evalúa la conducta antisocial incluyendo la impulsividad, el pobre control conductual, la ausencia de metas realistas, la irresponsabilidad y la conducta antisocial en la adolescencia y en la adultez.

El PCL:SV (Hart et al., 1995) cuenta con un estudio que permitieron su adaptación para uso local en investigación que derivaron en la versión que se utiliza en este estudio (León Mayer, 2014). Sus propiedades psicométricas se han contrastado en muestras correccionales de Chile (León Mayer, 2012; León-Mayer, Olavarría, et al., 2014). Se han reportado correlaciones entre los totales del PCL: SV y el PCL-R de 0,80. Los puntajes totales del PCL: SV tuvieron una alta correlación con los Factores 1 y 2 del PCL-R, 0,67 y 0,68 respectivamente. Respecto a su fiabilidad interevaluador, se reportaron valores de CCI medio de 0,84 y de 0,92 para los puntajes totales (León Mayer, 2014).

VRAG-R

El *Violence Risk Appraisal Guide Revised* (VRAG-R) (Harris et al., 2015; Rice et al., 2013) es un instrumento actuarial diseñado para evaluar la probabilidad de reincidencia violenta o sexual en delincuentes varones. Está compuesto por 12 ítems (demográficos, criminológicos y de salud mental) de naturaleza histórica y estática que se evalúan a partir de los registros institucionales. Cada factor de riesgo obtiene un valor según una ecuación de ponderación. Los valores ponderales fueron obtenidos a partir de una muestra normativa canadiense compuesta por 1261 varones remitidos a un servicio correccional o psiquiátrico forense por un delito violento o sexual (más información en <http://www.vrag-r.org/> y bases de datos disponibles en <http://hdl.handle.net/10864/12053>). De la sumatoria de los valores en cada ítem se obtiene una puntuación total en base a la cual cada evaluado es asignado a 1 de 9 categorías de riesgo. En el manual del instrumento se indica para cada categoría de riesgo la proporción de sujetos de la muestra normativa que reincidieron en conductas violentas dentro o fuera de la institución en un período promedio de seguimiento de 21 años. Se han reportado buenos niveles de fiabilidad inter-evaluador (CCI=.98) y de validez predictiva (AUC=.75) en los estudios originales (Harris et al., 2015; Rice et al., 2013).

Procedimiento

Las evaluaciones de los participantes fueron requeridas judicialmente y de manera consecutiva al Gabinete Forense de la institución entre los meses de septiembre y enero del año 2016. Se completaron como parte de las obligaciones profesionales de evaluación y asesoramiento pericial de la autora (E.F.). La evaluadora principal (E.F.) es psicóloga magister en salud mental forense, nombrada por la DSP y cumple funciones en el Gabinete Forense. Ha recibido entrenamiento en el uso

del HCR-20^{V3} por parte de los traductores de las versiones 2 y 3 del instrumento (J.F. y K.A., respectivamente).

La información se obtuvo de diferentes fuentes: los datos psicosociales y clínicos requeridos en los apartados de factores H y C se obtuvieron a partir de la revisión de las evaluaciones forenses psiquiátricas y psicológicas en los expedientes judiciales, la historia clínica del caso y entrevistas con los pacientes y con informantes colaterales (allegados y profesionales tratantes). Las entrevistas tuvieron una duración de entre una y dos horas. La información sobre los antecedentes criminológicos se obtuvo de la revisión de los antecedentes delictivos registrados en los expedientes judiciales (impresos y electrónicos). La conducta intrainstitucional del sujeto fue valorado a partir de los expedientes y de entrevistas con el personal de seguridad. Por último, la información vincular y socioambiental principalmente requerida en el apartado de los factores R se valoró a partir de entrevistas con familiares u otros allegados, la entrevista social y registros sobre el curso de los tratamientos.

La investigación fue aprobada por el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, por las autoridades de la DSP y por la Dirección de la unidad penitenciaria donde se realizó la recogida de datos. Tras explicar los aspectos metodológicos y éticos del estudio, se requirió el consentimiento informado de los pacientes y todos accedieron a realizar las entrevistas.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados con el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (IBM Corp., 2016). Se realizaron análisis de estadística descriptiva sobre las características de los participantes (*ver tabla 2*) y sobre las codificaciones de los factores de riesgo (*ver tabla 3*).

La fiabilidad inter-evaluador se calculó sobre las codificaciones de Presencia de los factores de riesgo y de las VRR en base a la información de 15 pacientes documentada en archivos y expedientes que fueron valorados por dos evaluadoras (K.A. y E.F.). El uso exclusivo de esta fuente de información es legítimo a los fines de la investigación (Douglas et al., 2015). El coeficiente de correlación intraclass (CCI) refiere al grado de acuerdo entre evaluadores y en este estudio fue calculado mediante un modelo mixto de dos factores con acuerdo absoluto. Se reportan los índices tanto de medida única (CCI1) como de medida promedio (CCI2). El índice de medida única refiere a la fiabilidad de un único evaluador comparado con los otros, y la medida promedio se refiere a la fiabilidad promedio

de un grupo de evaluadores. No se prorratearon los puntajes en casos con factores omitidos dado que no era relevante a los efectos de evaluar la fiabilidad entre evaluadores. Para interpretar los grados de acuerdo del ICC en términos narrativos se han propuesto valores de .75 o superiores como “excelentes”, de .60 a .74 como “buenos”, entre .40 y .59 como “moderados” y bajo .40 como “pobres” (Fleiss, 1981). Otros autores sugieren la siguiente interpretación (Landis & Koch, 1977): menor a 0 es “pobre”, .00 a .20 es “escaso”, .21 a .40 es “bajo”, .41 a .60 es “moderado”, .61 a .80 es “sustancial” y .81 a 1.00 es “casi perfecto”.

Tabla 2. Características descriptivas de los participantes

Características sociodemográficas			
Edad M años (DS)	37 (11,7)		
	f	%	
Estado civil (sin pareja)	30	85.8	
Tiene hijos	13	37.1	
Nivel educativo completo			
	Ninguno	14	40.0
	Primario	16	45.8
	Secundario	5	14.2
Estado laboral al momento del delito (desempleado)	25	71.4	
Características clínicas			
Diagnóstico principal ^a			
	Esquizofrenia	12	
	Discapacidad intelectual leve	8	22.9
	Trastorno por consumo de sustancias	7	20.0
	Trastorno delirante	6	17.1
	Trastorno neurocognitivo	2	5.7
Diagnóstico comórbido			
	Ninguno	14	40.0
	Trastorno por consumo de sustancias	11	31.4
	Trastorno de la personalidad	9	25.7
	Trastorno por abuso de alcohol	1	2.9
Antecedentes criminológicos			
Delito base			
	Violencia (no sexual)	22	62.9
	Violencia sexual	7	20.0
	Delitos contra la propiedad	4	11.4
	Otros	2	5.7
Antecedentes delictivos en la adolescencia	12	34.3	
Antecedentes delictivos de adulto	18	51.4	

^a Motivo de sobreseimiento del delito por inimputabilidad.

Tabla 3. Codificación de presencia de los factores de riesgo del HCR-20V3

Item	Ausente (%)	Probablemente presente (%)	Presente (%)	Omitidos
H1	1 (2.9)	1 (2.9)	33 (94.3)	0
H2	11 (31.4)	8 (22.9)	16 (45.7)	0
H3	1 (2.9)	2 (5.7)	32 (91.4)	0
H4	1 (2.9)	6 (17.1)	28 (80.0)	0
H5	9 (25.7)	1 (2.9)	25 (71.4)	0
H6	2 (5.7)	1 (2.9)	32 (91.4)	0
H7	15 (42.9)	10 (28.6)	10 (28.6)	0
H8	5 (14.3)	7 (20.0)	15 (42.9)	8
H9	11 (31.4)	7 (20.0)	14 (40.0)	3
H10	2 (5.7)	13 (37.1)	20 (57.1)	0
C1	0 (0.0)	1 (2.9)	34 (97.1)	0
C2	28 (80)	4 (11.4)	2 (5.7)	1
C3	8 (22.9)	9 (25.7)	18 (51.4)	0
C4	3 (8.6)	12 (34.3)	20 (57.1)	0
C5	7 (20)	12 (34.3)	16 (45.7)	0
R1	3 (8.6)	1 (2.9)	31 (88.6)	0
R2	5 (14.3)	5 (14.3)	25 (71.4)	0
R3	5 (14.3)	4 (11.4)	26 (74.3)	0
R4	8 (22.9)	6 (17.1)	21 (60)	0
R5	0 (0.0)	6 (17.1)	29 (82.9)	0

N= 35

Otro aspecto a conocer de un instrumento es el grado en que se encuentra relacionado con otras técnicas relacionadas con la conducta violenta. En este estudio, la validez concurrente fue contrastada a través de las correlaciones entre las puntuaciones numéricas de Presencia del HCR-20V3 y las puntuaciones en la PCL: SV y el VRAG-R.

A los fines de los análisis estadísticos en los estudios de investigación, las codificaciones pueden ser cuantificadas en una escala de tres puntos de 0 (Ausencia), 1 (Presencia probable o moderada) y 2 (Presencia). No obstante, la suma de las puntuaciones en cada ítems para obtener una puntuación total no debe realizarse a los fines prácticos en los contextos profesionales (Douglas et al., 2015). Esta estrategia se empleó para analizar la validez concurrente del HCR-20V3 (puntuación total y de cada subescala) con el PCL:SV y el VRAG-R mediante la estimación de los coeficientes de correlación de rho de Spearman que fueron interpretados de acuerdo a Cohen (1988) como pequeñas ($r = .10$), medianas ($r = .30$) y grandes ($r = .50$) (Cohen, 1988).

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en HCR-20^{V3}, VRAG-R y PCL: SV

Medida	N	Mín.	Máx.	M	DS
HCR 20 ^{V3} total	35	9	35	28.83	5.9
H	25	9	20	15.24	3.61
C	34	3	10	6.18	1.70
R	35	1	10	8.17	2.48
VRAG-R total	35	1	9	2.09	20.60
PCL:SV total	35	0	20	11.03	5.60
Parte 1	35	0	12	4.71	3.15
Parte 2	35	0	12	6.23	3.33

HCR-20^{V3}: Historical-Clinical and Risk Management-20 Version 3.
 VRAG-R: Violence Risk Appraisal Guide Revised. PCL:SV: Psychopathy Checklist Revised Screening Version.

Tabla 5. Distribución de frecuencias en las valoraciones resumidas del riesgo (VRR)

Valoración resumida del riesgo	Nivel de riesgo		
	Bajo	Moderado	Alto
	f (%)	f (%)	f (%)
Violencia futura	7 (20.0)	14 (40.0)	14 (40.0)
Daño físico grave	11 (31.4)	15 (42.9)	9 (25.7)
Violencia inminente	31 (88.6)	3 (8.6)	1 (2.9)

Tabla 6. Correlaciones entre puntuaciones y valoraciones resumidas del riesgo con el HCR-20^{V3}

Puntuaciones HCR-20 ^{V3}	Valoraciones resumidas del riesgo		
	Violencia física	Daño	Inminencia
HCR total	.70**	.40*	.30
H	.63**	.46**	.17
C	.42	.08	.28
R	.36*	.15	.25

*p < .05; ** p < .001

Resultados

Características descriptivas de los participantes

La *tabla 2* muestra las características sociodemográficas y clínicas de los participantes.

Información descriptiva

La *tabla 3* muestra la distribución de frecuencias en función de la Presencia de los factores de riesgo.

Las puntuaciones totales y en las subescalas de las medidas empleadas se presentan en la *tabla 4*.

Las VRR se realizaron considerando los parámetros especificados más arriba, es decir un contexto externo para un período máximo de seis meses (*Tabla 5*).

La correlación entre las medidas numéricas y cualitativas del HCR-20^{V3} brinda información sobre la validez de constructo. Las puntuaciones del HCR-20^{V3} se asociaron especialmente con las VRR de violencia física (*Tabla 6*).

Acuerdo entre evaluadoras en la codificación de Presencia de ítems

Las medias y desviaciones estándar de las codificaciones de Presencia de cada ítem del HCR-20^{V3} realizadas en los 15 casos evaluados por dos evaluadoras independientes fueron las siguientes: Subescala H: Evaluadora E (M = 14.87, DS= 4.52), Evaluadora K (M = 14.13, DS= 4.50). Para la subescala C: Evaluadora E (M = 5.93, DS= 2.31), Evaluadora K (M = 5.40, DS= 2.23). Y para la subescala R (OUT): Evaluadora E (M = 7.73, DS= 3.08), Evaluadora K (M = 7.07, DS= 2.49). Para el HCR-20^{V3} total: Evaluadora E (M = 28.47, DS= 7.78), Evaluadora K (M = 26.73, DS= 7.68).

Fiabilidad interevaluador

Análisis a nivel de ítems y escalas para la Presencia de factores de riesgo

En la *tabla 7* se presentan los hallazgos basados en las codificaciones de Presencia en los ítems principales (no en los subítems). Los CCI1 serían aplicables en un contexto en el cual un único profesional está usando el HCR-20, mientras que los CCI2 se aplicarían cuando se deben considerar las codificaciones promedio de un grupo de evaluadores. En este último caso los índices tenderán siempre a ser más elevados.

Para las codificaciones de Presencia, tanto a nivel de ítems como de subescalas la mayoría de índices del CCI fueron entre “buenos” y “excelentes” (Fleiss, 1981) o entre “sustanciales” y “casi perfectos” (Landis & Koch, 1977). Un factor de riesgo (R5) presentó una CCI1 menor a .40 y valores del límite inferior del intervalo de confianza menores a 0 indicando pobre consistencia entre evaluadores y gran variabilidad en la codificación de estos ítems.

Considerando las medidas promedio, también fueron óptimos los coeficientes de acuerdo entre evaluadoras en las valoraciones resumidas del riesgo de violencia futura e inminente, aunque en el caso de la valoración del daño físico grave el acuerdo no fue significativo.

Tabla 7. Acuerdo entre evaluadores en la codificación de presencia de los ítems del HCR-20^{V3}

Items	CCI1	IC 95%		CCI2	IC 95%		Sig.
		Inf	Sup		Inf	Sup	
H1	1.00	-	-	1.00	-	-	-
H2	.93	.80	.98	.96	.89	.99	***
H3	.81	.53	.93	.90	.70	.96	***
H4	.65	.25	.87	.79	.40	.93	**
H5	1.00	-	-	1.00	-	-	-
H6	.92	.79	.97	.96	.89	.99	***
H7	.65	.25	.87	.79	.40	.93	**
H8	.80	.45	.94	.89	.62	.97	**
H9	.77	.32	.93	.87	.49	.96	***
H10	.90	.73	.96	.95	.84	.98	***
C1	1.00	-	-	1.00	-	-	-
C2	.78	.47	.92	.88	.64	.96	***
C3	.87	.67	.96	.93	.80	.98	***
C4	.46	.00	.77	.63	.00	.87	*
C5	.59	.11	.84	.74	.20	.91	*
R1	.72	.35	.90	.84	.52	.95	**
R2	.81	.51	.93	.89	.67	.96	***
R3	.70	.33	.89	.83	.49	.94	**
R4	.55	.06	.82	.71	.11	.90	*
R5	.32	-.10	.69	.49	-.23	.81	*
Totales							
H Total	.94	.83	.98	.97	.91	.99	***
C Total	.71	.34	.89	.83	.51	.94	**
R Total	.79	.48	.92	.88	.65	.96	***
HCR-20 Total	.92	.68	.98	.96	.81	.99	***
VRR							
Violencia	.66	.25	.87	.80	.40	.93	**
Daño Físico	.41	-.08	.75	.58	-.18	.86	ns
Inminencia	.78	.46	.92	.88	.63	.96	***

CCI: Coeficiente de Correlación Intraclase. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. VRR: valoración resumida del riesgo.

Validez concurrente

Una propiedad a evaluar en las medidas de evaluación es la relación que presenta con otras medidas que evalúan constructos similares (Aiken, 1996). Para analizar las asociaciones entre el HCR-20^{V3} y otras medidas que han demostrado ser útiles en la valoración del riesgo de violencia (VRAG-R y PCL:SV) se computaron los coeficientes de correlación Rho de Spearman entre las diferentes medidas (ver tabla 8). Las más robustas se encontraron entre los factores históricos del HCR y el VRAG y la parte 2 del PCL: SV, estas últimas dos medidas recogen información histórica sobre conducta antisocial y, por lo tanto, las correlaciones halladas se encuentran dentro de lo esperable.

Discusión

Este estudio tuvo como objetivo describir un grupo de pacientes psiquiátrico-forenses en términos de sus factores de riesgo de violencia y analizar la fiabilidad interevaluador y la validez concurrente del HCR-20^{V3} en esta muestra. Para ello se evaluó una muestra de 35 pacientes de una unidad psiquiátrico penitenciaria con diferentes medidas que se han mostrado útiles en la valoración del riesgo de violencia y se realizaron dos evaluaciones independientes sobre 15 de ellos.

a. Presencia de factores de riesgo

Los hallazgos indican que los participantes presentan múltiples vulnerabilidades bastante estables a lo largo del tiempo. Entre las que destacan la escasa instrucción escolar, serios problemas de ocupación laboral, problemas en los vínculos interpersonales, trastornos mentales severos y problemas con el abuso de sustancias. Este perfil general es coincidente con otras descripciones de pacientes forenses en estudios latinoamericanos (De Borba Telles, Day, et al., 2009; Folino et al., 2003).

Entre los factores clínicos de riesgo presentes al momento de la evaluación, destacan los problemas con el insight (C1). La mayoría de participantes ca-

Tabla 8. Validez concurrente del HCR-20^{V3}: Correlaciones con VRAG-R y PCL: SV

	HCR-20 Total	H	C	R	VRR Violen.	VRR Daño	VRR Inmin.
VRAG-R Total	.71**	.86**	.04	.27	.64**	.40*	.13
PCL:SV Total	.72**	.70**	.30	.33	.71**	.46**	.41*
PCL:SV Parte 1	.49**	.39*	.30	.32	.54**	.33*	.40*
PCL:SV Parte 2	.75**	.82**	.22	.38*	.68**	.47*	.31

HCR-20^{V3}: Historical-Clinical and Risk Management-20 Version 3. VRAG-R: Violence Risk Appraisal Guide Revised. PCL: SV: Psychopathy Checklist Revised Screening Version. VRR Violen.: valoración resumida del riesgo de violencia futura. VRR Daño: valoración resumida del riesgo de daño físico grave. VRR Inmin.: valoración resumida del riesgo de violencia inminente. * $p < .05$ (bilateral), ** $p < .001$ (bilateral).

recían de algún tipo de comprensión o conocimiento sobre su funcionamiento personal en relación al trastorno mental, a la propia agresividad o a su necesidad de tratamiento. Dado el contexto psiquiátrico en el que se encontraban alojados, sería esperable que este factor fuera un especial foco de intervención psicoterapéutica y un indicador útil de progreso en este proceso. La baja prevalencia de ideas o intentos de violencia (C2) se encuentra en consonancia con el rol principal de la psicopatología sobre el riesgo de violencia y con el hecho de que los sujetos se encuentran bajo tratamiento.

En la serie de casos se verificaron graves deficiencias en las condiciones medioambientales asociadas con el riesgo de violencia, lo que determinó la elevada prevalencia de los factores R del HCR-20^{V3}. Aunque Argentina ha avanzado notablemente en una Ley de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2013) que brega por los derechos de las personas en relación a una salud mental integral, existe una importante brecha entre los aspectos contenidos en la ley y su implementación efectiva en el área de la intervención (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2019). Tal vez más que en el ámbito comunitario, el tratamiento de las personas con trastornos mentales graves alojadas en el contexto psiquiátrico penitenciario carece usualmente de los recursos necesarios para garantizar una intervención adecuada a cada caso (Folino et al., 2000). Esto es de especial relevancia dado que factores socioambientales se han encontrado significativamente asociados con la reincidencia en delitos violentos en estudios previos que emplearon la versión 2 del HCR-20 (J. Folino, 2015; J. Folino, Marengo, et al., 2004; J. Folino & Hare, 2005).

La mayoría de los sujetos en este estudio ingresaron al sistema de justicia penal por la comisión de delitos graves que implicaban violencia, principalmente homicidio y violencia sexual. La mayoría carecía de conductas antisociales en la infancia o antecedentes penales juveniles, es decir que su trayectoria criminal comenzó en una etapa tardía (Beckley et al., 2016), probablemente en relación a la aparición o agravamiento de la patología mental. Aproximadamente para la mitad de ellos este fue el primer contacto con el sistema de justicia penal. Una trayectoria similar ha sido reportada en estudios previos con muestras similares (Folino & Urrutia, 2001). Es posible que la gestión temprana de los factores de riesgo descritos en el párrafo previo (incluido el trastorno mental, pero no exclusivamente) hubiera permitido implementar intervenciones preventivas para la comisión de las conductas delictivas posteriores (Maden, 2005).

En síntesis y de manera general, el riesgo de violencia en estos sujetos parece configurarse en torno a los factores psicopatológicos y déficits interpersonales y socioambientales, más que en relación a factores históricos criminológicos. Esto ha sido señalado en estudios previos que indican que ciertos factores de riesgo dinámicos están fuertemente asociados con un riesgo de violencia incrementado en individuos con psicosis (Witt et al., 2013). Esto representa una directriz para la intervención dado que justamente son los factores dinámicos, es decir aquellos susceptibles al cambio, donde los esfuerzos de gestión del riesgo resultarían más prometedores en la reducción de la reincidencia (Skeem et al., 2015).

Las valoraciones resumidas del riesgo (VRR) que se realizaron en asumiendo un escenario comunitario indicaron, en su mayoría, niveles de riesgo moderado o alto de violencia y daño. Este resultado es esperable considerando la cantidad de factores de riesgo presentes al momento de la evaluación y refleja la importancia de orientar la intervención en función de los factores de riesgo presentes a fin de reducir el riesgo de violencia (Skeem et al., 2015). Por el contrario, las VRR de inminencia resultaron, en su mayoría, en niveles bajos probablemente debido al plazo considerado en el pronóstico y al efecto progresivo (no inmediato) de influencia de los factores de riesgo tras la externación.

El hallazgo de que en general los participantes obtuvieron puntuaciones entre bajas y moderadas en la medida de psicopatía soporta la idea de que la conducta violenta en esta población, con alta prevalencia de trastornos psicóticos, no sería un componente central del constructo *psicopatía* (Skeem & Cooke, 2010) puesto que a pesar de que la mayoría habían realizado conductas de violencia grave, prevalecieron los diagnósticos del espectro psicótico o asociados a la discapacidad intelectual por sobre los trastornos de personalidad. Asimismo, el hallazgo es compatible con previos estudios que informaron baja prevalencia de psicopatía en pacientes forenses (Gray et al., 2004; Nicholls et al., 2004), al contrario de lo que ocurre en muestras de sujetos penados sin patologías mentales graves (J. Folino et al., 2003; J. Folino & Hare, 2005; León-Mayer et al., 2014; León Mayer et al., 2018).

b. Propiedades psicométricas del HCR-20^{V3}

Otro aporte principal de este estudio se relaciona con su objetivo instrumental. Junto con un estudio en México (Nijdam-Jones, 2020), este es el primero en Latinoamérica en aportar evidencias de la confiabilidad y validez concurrente del HCR-20^{V3}, lo que implica

un relevante paso adelante en la estructuración de las prácticas profesionales en evaluación del riesgo de violencia. La evidencia presentada sostiene la fiabilidad y la validez concurrente del instrumento.

Los resultados relacionados con la fiabilidad de las escalas del HCR-20^{V3} fueron, en general, de nivel bueno y excelente (Fleiss 1981). Los índices de fiabilidad resultaron similares a los del estudio original en Suecia de los autores del instrumento (Douglas & Belfrage, 2014) y a los obtenidos en Inglaterra con muestras similares (Doyle et al., 2014). También el nivel de acuerdo interevaluador en las valoraciones finales de riesgo fueron similares a otras investigaciones con pacientes psiquiátrico-forenses en Estados Unidos y Alemania (Howe et al., 2015; Kötter et al., 2014). Estudios previos con la versión 2 del HCR-20 en una muestra forense de Argentina habían mostrado índices excelentes para las subescalas H, C y R, lo que permitió consolidar la confiabilidad de la aproximación táctica a la tarea con esa versión previa (Folino, Castillo, et al., 2004). Este estudio aporta evidencia en el mismo sentido dado que tanto la versión 2 como la versión 3 mantienen el núcleo estratégico en el que se asienta el modelo del juicio profesional estructurado (Hart et al., 2017).

Estos resultados tienen relevancia en la práctica profesional pues indican que, mediante el entrenamiento adecuado, la utilización del instrumento contribuye a reducir sesgos propios del juicio clínico idiosincrático que han sido reportados en estudios previos sobre evaluación forense (Dror, 2016). Como recomendación general derivada de los intervalos de confianza particularmente amplios en algunos ítems (por ej. C4, C5, R4 y R5) se sugiere que en la valoración de estos ítems se emplee la entrevista y otras fuentes de información, además de los registros oficiales. Algo similar aplicaría para la VRR de daño físico grave.

Los análisis de correlación entre el HCR-20^{V3} con el PCL: SV y VRAG-R indican buena validez concurrente entre las medidas. El factor comportamental de la PCL:SV (Factor 2) mostró la correlación más robusta con el HCR-20^{V3}, especialmente con la subescala H. Esto cobra sentido al considerar la potencia predictiva de los antecedentes antisociales sobre la conducta violenta futura (Guy et al., 2013). Este hallazgo es similar a otros previos con la versión 2 (por ejemplo, Arbach et al., 2011; J. Folino & Hare, 2005; Gray et al., 2004) y se mantiene como un aporte novedoso en relación al HCR-20^{V3} hasta que nueva evidencia al respecto esté disponible.

También se encontró una estrecha relación entre el HCR-20^{V3} y el VRAG-R. Ambos instrumentos están

diseñados para realizar evaluaciones del riesgo de violencia, pero ambos se basan en modelos conceptuales diferentes. El segundo se basa en un paradigma actuarial cuya lógica principal asume que a mayor número de factores de riesgo corresponde más riesgo, de allí el sentido de basarse en la puntuación y los puntos de corte para tomar una decisión. Por su parte, el HCR-20^{V3} tiene un diseño que ofrece protagonismo al juicio profesional en el marco de un procedimiento estructurado (Douglas et al., 2013). A pesar de la diferencia en sus métodos fundantes, los resultados contribuyen a sostener la validez concurrente, ya que ambas medidas están diseñadas para medir constructos similares. La correlación más alta resultó con la subescala Histórica del HCR-20. Este resultado probablemente responda al hecho de que los factores del VRAG-R son estáticos, es decir, basados en la historia del individuo y los factores de la subescala H tienden a ser más estáticos (aunque no todos) que los del resto de las subescalas (Douglas, Hart, et al., 2014). Es decir, este resultado puede estar relacionado con la menor variabilidad de interpretación asociada a la naturaleza de estos factores.

c. Implicancias para la investigación

Los hallazgos del presente estudio aportan evidencia de la fiabilidad y validez de criterio del HCR-20^{V3} y representan el primer contraste empírico de la versión 3 del HCR-20 en una muestra psiquiátrico forense de Latinoamérica pero no agotan las potencialidades de la línea de investigación sino, por el contrario, estimulan futuros proyectos. Sin duda que se necesita mayor investigación en esta versión del HCR-20. Estudios con diseños retrospectivos y prospectivos deberían enfocarse en analizar la fiabilidad interevaluador incorporando diversas fuentes de información, la validez concurrente con otras herramientas de valoración del riesgo y la validez predictiva para diferentes escenarios y períodos temporales. También será necesario explorar la aplicabilidad clínica para la evaluación y gestión del riesgo en diferentes tipos de instituciones tanto forenses como civiles y países de la región latinoamericana, así como en función de grupos específicos como mujeres y pacientes con trastornos de personalidad graves o en relación a diferentes tipos de delitos.

Conclusión

El HCR-20 es la herramienta de valoración del riesgo de violencia con mayor uso en el mundo (Singh et al., 2014). Su implementación en los contextos psiquiátrico-forenses se ha demostrado factible en estudios de otras regiones del mundo (Belfrage, 1998). Aunque el contexto latinoamericano ha presentado avances limi-

tados en esta área de investigación (Goldstein et al., 2015), el presente estudio aporta evidencias a favor de la factibilidad de su implementación en esta región. El entrenamiento específico en su uso y el conocimiento de sus bases conceptuales son requisitos ineludibles de la tarea y cumplirlos está al alcance de los profesionales. Este estudio ofrece directrices para la investigación futura y plantea la relevancia de su implementación para mejorar el diseño de las intervenciones orientadas a la reducción del riesgo de violencia en los sujetos con padecimientos mentales graves que se encuentran cumpliendo medidas de seguridad en contextos penitenciarios.

Agradecimientos

A las Licenciadas en Trabajo Social *Adriana Zinani y Belén Ávila*, y al equipo del Gabinete Psiquiátrico Forense de la DPSP.

Conflictos de intereses: *Karin Arbach, es traductora de uno de los instrumentos que se emplean en este estudio. No obstante, no percibió en el pasado ni lo hará en el futuro beneficio alguno que pueda derivarse del uso o comercialización del mismo. La coautora Elisa Folino declara no tener conflictos de intereses.*

Referencias bibliográficas

Ægisdóttir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., Nichols, C. N., Lampropoulos, G. K., & Walker, B. S. (2006). The Meta-Analysis of Clinical Judgment Project: Fifty-Six Years of Accumulated Research on Clinical Versus Statistical Prediction. *The Counseling Psychologist*, 34(3), 341-382. <https://doi.org/10.1177/0011000005285875>

Aiken. (1996). *Rating scales and checklists. Evaluating behavior, personality, and attitudes*. John Wiley & Sons, Ltd.

Arbach, K., Andrés Pueyo, A., Pomarol Clotet, E., & Gomar Soñes, J. (2011). Predicting violence in psychiatric inpatients: a prospective study with the HCR-20 violence risk assessment scheme. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(2), 203-222. <https://doi.org/10.1080/14789949.2010.530290>

Beckley, A., Caspi, A., Harrington, H., Houts, R., McGee, T., Morgan, N., Schoeder, F., Ramrakha, S., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2016). Adult-onset offenders: Is a tailored theory warranted? *Journal of Criminal Justice*, 46, 64-81. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2016.03.001>

Belfrage, H. (1998). Implementing the HCR-20 scheme for risk assessment in a forensic psychiatric hospital: Integrating research and clinical practice. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 9(2), 328-338.

Bonta, J., Blais, J., & Wilson, H. A. (2013). *The prediction of risk for mentally disordered offenders: A quantitative synthesis*. Public Safety Canada. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/prdctn-rsk-mntly-dsrdrd/prdctn-rsk-mntly-dsrdrd-eng.pdf>

Borum, R. (1996). Improving the clinical practice of violence risk assessment. Technology, guidelines, and training. *The American Psychologist*, 51(9), 945-956. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8819363>

Brookstein, D. (2016). *The Predictive Validity of the Historical Clinical Risk Management – 20 Version 3 (HCR-20) and the Violence Risk Appraisal Guide – Revised (VRAG-R)*. Tesis doctoral. Swinburne University of Technology.

Cawood, J. S. (2017). The interrater reliability and predictive validity of the HCR-20V3 in common workplace environments. *Journal of Threat Assessment and Management*, 4(1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/tam0000071>

Centro de Estudios Legales y Sociales. (2015). *Cruzar el muro: Desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. http://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/wp-content/uploads/sites/2/2015/12/Cruzar_el_muro_Web.pdf

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2da ed.). Lawrence Erlbaum.

De Borba Telles, L. E. (2009). *Predicción de la conducta violenta en la población psiquiátrica forense a través de la HCR-20 y PCL-R*. Universidad Nacional de La Plata.

De Borba Telles, L. E., Day, V., Folino, J. O., & Taborda, J. (2009). Reliability of the Brazilian version of HCR-20 Assessing Risk for Violence. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31, 253-256. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009005000001>

De Borba Telles, L. E., Folino, J. O., & Taborda, J. (2012). Accuracy of the Historical, Clinical and Risk Management Scales (HCR-20) in predicting violence and other offenses in forensic psychiatric patients in Brazil. *International journal of law and psychiatry*, 35. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2012.09.001>

De Borba Telles, L. E., Folino, J. O., & Taborda, J. G. V. (2009). Incidencia de conducta violenta e antisocial em população psiquiátrica forense. *Revista de Psiquiatria de Rio Grande do Sul*, 33, 3-7. http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29143/Documento_completo_pdf?sequence=1&isAllowed=y

de Vogel, V., van den Broek, E., & de Vries Robbé, M. (2014). The use of the HCR-20V3 in Dutch forensic psychiatric practice. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 109-121. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/14999013.2014.906518>

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2019). *Censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental: Informe ejecutivo*. https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10359:argentina-presento-primero-censo-de-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental&Itemid=227

Douglas, K. S., & Belfrage, H. (2014). Interrater Reliability and Concurrent Validity of the HCR-20 Version 3. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 130-139. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.908429>

Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20V3: Assessing risk of violence – User guide*. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.

Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2015). *HCR-20 V3. Valoración del riesgo de violencia: Guía del Usuario* (K. Arbach & A. Andrés-Pueyo (eds.); Traducción). Edicions UB.

Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., Belfrage, H., Guy, L. S., & Wilson, C. M. (2014). Historical-Clinical-Risk Management-20, Version 3 (HCR-20V3): Development and Overview. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 93-108. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.906519>

Douglas, K. S., & Kropp, R. (2002). A prevention-based paradigm for violence risk assessment. Clinical and research applications. *Criminal Justice and Behavior*, 29(5), 617-658. <https://doi.org/10.1177/009385402236735>

Douglas, K. S., Ogloff, J. R., Nicholls, T. L., & Grant, I. (1999). Assessing risk for violence among psychiatric patients: the HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 917-930. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.6.917>

Douglas, K. S., Shaffer, C., Blanchard, A., Guy, L. S., Reeves, K., & Weir, J. (2014). *HCR-20 violence risk assessment scheme: Overview and annotated bibliography. HCR-20 Violence Risk Assessment White Paper Series, #1*. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.

Doyle, M., Power, L. A., Coid, J., Kallis, C., Ullrich, S., & Shaw, J. (2014). Predicting Post-Discharge Community Violence in England and Wales Using the HCR-20V3. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 140-147. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.906517>

- Dror, I. E. (2016). A Hierarchy of Expert Performance. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jar-mac.2016.03.001>
- Fernández García, R., Serván Rendón, B., Vidal Martínez, V., Medina Téllez, E., & Reneses Prieto, B. (2020). Mental illness and social exclusion: assessment of the risk of violence after release. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 22(1), 23-31. <https://doi.org/10.18176/resp.0004>
- Fleiss, J. L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions* (2da ed.). Wiley.
- Folino, J. O. (2015). Predictive efficacy of violence risk assessment instruments in Latin-America. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 7(2), 51-58. <https://doi.org/10.1016/j.ejpal.2014.11.006>
- Folino, J. O., Astorga, C., Sifuentes, M., Ranze, S., & Tenaglia, D. (2003). Confiabilidad de la Hare Psychopathy Checklist-Revised en población psiquiátrica forense argentina. *Alcmeon - Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, Año XIV, 5-11.
- Folino, J. O., Castillo, J. L., Cáceres, M. S., Campos, M. L., Silveri, M., & Ucin, S. (2004). Confiabilidad de la versión argentina de la HCR-20. *Medicina Forense Argentina - Boletín de la Asociación de Médicos Forenses de la República Argentina*, 27, 2-5.
- Folino, J. O., & Hare, R. D. (2005). Listado revisado para verificación de la psicopatía: su estandarización y validación en la Argentina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 51(2), 94-104.
- Folino, J. O., Marengo, C. M., Marchiano, S. E., & Ascazibar, M. (2004). The Risk Assessment Program and the Court of Penal Execution in the Province of Buenos Aires, Argentina. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48, 49-58.
- Folino, J. O., Montero Vázquez, J., & Sarmiento, D. (2000). Forensic psychiatric system in the Province of Buenos Aires. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 567-577. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(00\)00060-1](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(00)00060-1)
- Folino, J. O., & Urrutia, M. I. (2001). Mental disturbances and criminological characteristics in crime-accused insane as recorded at the Judiciary Office in La Plata, Argentina, for 10 years. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24(4-5), 411-426.
- Goldstein, N. E. S., Houck, M. J., & Folino, J. O. (2015). Tópicos actuales de la investigación internacional sobre riesgo de violencia. *Revista Criminalidad*, 57(1), 27-43. <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v57n1/v57n1a03.pdf>
- Gray, N. S., Snowden, R. J., MacCulloch, S., Phillips, H., Taylor, J., & MacCulloch, M. J. (2004). Relative efficacy of criminological, clinical, and personality measures of future risk of offending in mentally disordered offenders: a comparative study of HCR-20, PCL:SV, and OGRS. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(3), 523-530. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.3.523>
- Grove, W. M., & Lloyd, M. (2006). Meehl's contribution to clinical versus statistical prediction. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(2), 192-194. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.2.192>
- Grove, W. M., & Meehl, P. E. (1996). Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: the clinical-statistical controversy. *Psychology, Public Policy and Law*, 2, 293-323.
- Guy, L. S. (2008). Performance indicators of the structured professional judgment approach for assessing risk for violence to others: A meta-analytic survey [Simon Fraser University]. *En ProQuest Dissertations and Theses*. http://ezproxy.nottingham.ac.uk/login?url=http://search.proquest.com/docview/89265011?accountid=8018%5Cnhttp://sfx.nottingham.ac.uk/sfx_local/?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+&+theses&sid=ProQ:ProQuees
- Guy, L. S., Packer, I. K., & Warnken, W. (2012). Assessing risk of violence using structured professional judgment guidelines. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 12(3), 270-283. <https://doi.org/10.1080/15228932.2012.674471>
- Guy, L. S., Wilson, C., Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). HCR-20 Version 3: Item by item summary of violence literature. *En HCR-20 Violence Risk Assessment White Paper Series, núm. 3*. <http://hcr-20.com>
- Harris, G. T., Rice, M. E., Quinsey, V. L., & Cormier, C. A. (2015). *Violent offenders: appraising and managing risk* (Third Edit). American Psychological Association.
- Hart, S. D., Cox, D. N., & Hare, R. D. (1995). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist: Screening Version*. Multi Health System Inc.
- Hart, S. D., Douglas, K. S., & Guy, L. S. (2017). The structured professional judgement approach to violence risk assessment: Origins, nature, and advances. *En D. P. Boer, A. R. Beech, T. Ward, L. A. Craig, M. Rettenberger, L. E. Marshall, & W. L. Marshall (Eds.), The Wiley handbook on the theories, assessment, and treatment of sexual offending* (pp. 643-666). Wiley-Blackwell.
- Howe, J., Rosenfeld, B., Foellmi, M., Stern, S., & Rotter, M. (2015). Application of the HCR-20 Version 3 in civil psychiatric patients. *Criminal Justice and Behavior*, 43(3), 398-412. <https://doi.org/10.1177/0093854815605527>
- IBM Corp. (2016). *SPSS Statistics for Windows* (24.0). IBM Corp.
- Kötter, S., von Franqué, F., Bolzmacher, M., Eucker, S., Holzinger, B., & Müller-Isberner, R. (2014). The HCR-20 V3 in Germany. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 122-129.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- León-Mayer, Olavarría, & Folino, J. O. (2014). Descripción multidimensional de población carcelaria chilena. *Psicoperspectivas*, 13, 68-81. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue1-fulltext-243>
- León Mayer, E. (2014). Psychopathy checklist-screening version. *Manuscrito no publicado; versión autorizada para investigación*.
- León Mayer, Hare, & Folino. (2018). La psicopatía en población carcelaria de la Argentina y de Chile: Caracterización y normas transnacionales. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 29, 11-19.
- Maden, A. (2005). Violence risk assessment: The question is not whether but how. *Psychiatric Bulletin*, 29(4), 121-122. <https://doi.org/10.1192/pb.29.4.121>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. (1922). *Código Penal de la Nación Argentina* (Ley 11.179).
- Ministerio de Salud. (2013). *Ley Nacional de Salud Mental N° 26657*.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P., & Mulvey, E. (2001). *Rethinking risk assessment*. Oxford University Press.
- Nicholls, T. L., Ogloff, J. R. P., & Douglas, K. S. (2004). Assessing Risk for Violence among Male and Female Civil Psychiatric Patients: The HCR-20, PCL:SV, and VSC. *Behavioral Sciences and the Law*, 22(1), 127-158. <https://doi.org/10.1002/bsl.579>
- Nijdam-Jones, A. (2020). *Cross-cultural violence risk assessment: Adapting risk assessment for institutional violence among criminal offenders in Mexico* [Fordham University]. <https://doi.org/27543522>
- Ochoa Balarezo, J. V., Guillén, X. K., Ullauri Ortega, D., Narváez, J., León Mayer, E., & Folino, J. O. (2017). Sistematización de la evaluación de riesgo de violencia con instrumentos de juicio profesional estructurado en Cuenca, Ecuador. *Maskana*, 8(1), 1-14. <https://doi.org/10.18537/mskn.08.01.01>
- Rice, M. E., Harris, G. T., & Lang, C. (2013). Validation of and revision to the VRAG and SORAG: The Violence Risk Appraisal Guide-Revised (VRAG-R). *Psychological assessment*, 25(3), 951-965. <https://doi.org/10.1037/a0032878>
- Sada, A., Robles-García, R., Martínez-López, N., Hernández-Ramírez, R., Tovilla-Zarate, C.-A., López-Munguía, F., Suárez-Alvarez, E., Ayala, X., & Fresan, A. (2016). Assessing the reliability, predictive and construct validity of historical, clinical and risk management-20 (HCR-20) in Mexican psychiatric inpatients. *Nordic journal of psychiatry*, 9488(April 2016), 1-6. <https://doi.org/10.3109/08039488.2016.1159330>
- Singh, J. P., Desmarais, S. L., Hurducas, C., Arbach, K., Condemarin, C., Dean, K., Doyle, M., Folino, J. O., Godoy-Cervera, V., Grann, M., Ho, R. M. Y., Large, M. M., Nielsen, L. H., Pham, T. H., Rebocho, M. F., Reeves, K. a., Rettenberger, M., de Ruitter, C., Seewald, K., & Otto, R. K. (2014). International Perspectives on the Practical Application of Violence Risk Assessment: A Global Survey of 44 Countries. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(3), 193-206. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.922141>
- Skeem, J. L., & Cooke, D. J. (2010). Is criminal behavior a central component of psychopathy? Conceptual directions for resolving the debate. *Psychological assessment*, 22(2), 433-445. <https://doi.org/10.1037/a0008512>

- Skeem, J. L., & Monahan, J. (2011). Current Directions in Violence Risk Assessment. *Current Directions in Psychological Science*, 20(1), 38-42. <https://doi.org/10.1177/0963721410397271>
- Skeem, J. L., Steadman, H. J., & Manchak, S. M. (2015). Applicability of the Risk-Need-Responsivity Model to Persons With Mental Illness Involved in the Criminal Justice System. *Psychiatric Services*, 66(9), 916-922. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400448>
- Smith, S. T., Kelley, S. E., Rulseh, A., Sörman, K., & Edens, J. F. (2014). Adapting the HCR-20V3 for pre-trial settings. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 160-171.
- Strub, D. S., Douglas, K. S., Nicholls, & Nicholls, T. L. (2014). The Validity of Version 3 of the HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme Amongst Offenders and Civil Psychiatric Patients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 148-159. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.911785>
- Warren, J. I., South, S. C., Burnette, M. L., Rogers, A., Friend, R., Bale, R., & Van Patten, I. (2005). Understanding the risk factors for violence and criminality in women: the concurrent validity of the PCL-R and HCR-20. *Int J Law Psychiatry*, 28(3), 269-289. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2003.09.012>
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (2003). *Evaluación de Riesgo de Violencia - HCR-20. Versión en español, adaptada y comentada* (J. O. Folino (ed.)). Interfase Forense.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (2005). *HCR-20 Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos* (E. Hilterman & A. Andres-Pueyo (eds.)). Edicions UB.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997) *HCR-20: Assessing risk for violence (Version 2)*. Burnaby, British Columbia: Simon Fraser University, Mental Health, Law, and Policy Institute.
- Webster, C. D., Eaves, D., Douglas, K. S., & Wintrup, A. *The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk. Version 1*. Burnaby, Canada: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia; 1995.
- Witt, K., van Dorn, R., & Fazel, S. (2013). Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies. *PLoS ONE*, 8(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055942>
- Yang, M., Wong, S. C., & Coid, J. (2010). The efficacy of violence prediction: a meta-analytic comparison of nine risk assessment tools. *Psychological Bulletin*, 136(5), 740-767. <https://doi.org/10.1037/a0020473>

Seguimiento longitudinal de pacientes con queja cognitiva: características y perfiles de progresión

Longitudinal follow-up of a population with cognitive complaint: characteristics and progression profile

Edith Labos^{1,2}, Marina Cavagna², Vanina Pagotto³, Marcelo Carlos Schapira²

Resumen

La queja cognitiva es un motivo de consulta frecuente en la atención primaria de los adultos mayores y puede ser la primera manifestación de deterioro cognitivo por lo que su evaluación y seguimiento son fundamentales para un diagnóstico temprano. *Objetivo:* describir el perfil neurocognitivo basal y la evolución de pacientes con queja cognitiva evaluados en la unidad de evaluación funcional del adulto mayor del Hospital Italiano de Buenos Aires. *Método:* estudio observacional de cohorte retrospectiva de 518 pacientes con queja cognitiva a quienes se les administró una evaluación geriátrica integral y escalas de rastreo de deterioro cognitivo en la primera consulta y en consultas de seguimiento. Se excluyeron los participantes con diagnóstico de demencia en la evaluación inicial. *Resultados:* en la evaluación inicial 323 (62,36%) sujetos tuvieron diagnóstico de deterioro cognitivo leve y 195 (37,64%) no presentaron deterioro cognitivo. Del total de los pacientes, 216 (41,7%) empeoraron su estatus cognitivo inicial. Presentaron mayor edad en la evaluación basal, menor nivel de educación y peor rendimiento en *Mini Mental State Examination*, escalas de memoria, funciones ejecutivas y lenguaje que aquellos que se mantuvieron estables. *Conclusión:* En el estudio de seguimiento de esta cohorte con queja cognitiva, se verifica el impacto de la edad, el nivel de instrucción y un bajo rendimiento en los dominios de memoria, función ejecutiva y lenguaje como variables asociadas a la progresión del deterioro cognitivo.

Palabras clave: Queja cognitiva - Deterioro cognitivo leve - Evaluación geriátrica - Perfil neurocognitivo - Seguimiento longitudinal.

Abstract

Cognitive complaint is a common cause of consultation among older adults at the primary care level and it may be the first symptom of cognitive impairment, thus its assessment and follow-up are essential for an early diagnosis. Aim: to describe the baseline neurocognitive profile and evolution of patients with cognitive complaint evaluated at the geriatric assessment unit of the Hospital Italiano de Buenos Aires. Methods: observational study of a retrospective cohort of 518 patients with cognitive complaint who underwent a comprehensive geriatric evaluation and cognitive impairment screening tests at the first visit and follow-up visits. Patients diagnosed with dementia at baseline were excluded. Results: 323 (62.36%) subjects were diagnosed with mild cognitive impairment at the first visit and 195 (37.64%) had no cognitive impairment. Of the all the patients, 216 (41.7%) subjects showed worsening of their baseline cognitive status. They had an older age at baseline evaluation, a lower educational level and a worse outcome at Mini Mental State Examination and at memory, executive and language tests than those who remained stable. Conclusion: in this follow-up study of a cohort with cognitive complaint we verify the impact of age, educational level and poor outcomes on memory, executive function and language domains as variables associated with progression of cognitive impairment.

Keywords: Cognitive complaint - Mild cognitive impairment - Geriatric evaluation - Neurocognitive profile - Longitudinal follow-up.

RECIBIDO 5/1/2021 - ACEPTADO 11/1/2021

¹Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

²Servicio de Clínica Médica, Sección Geriátrica, Hospital Italiano de Buenos Aires.

³Servicio de Clínica Médica, Departamento de Investigación no patrocinada, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Autora de referencia:

Edith Labos. PhD UBA. Área: Neurolingüística

edithlabos@gmail.com

Lugar donde el trabajo fue realizado: Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA, Argentina

Introducción

La consulta del adulto mayor por quejas cognitivas es de alta frecuencia, con manifestaciones especialmente en la memoria, atención y actividades funcionales complejas. En estudios de seguimiento diversos trabajos verifican que en muchos casos se registra una progresión del deterioro cognitivo que va desde las quejas cognitivas a un cuadro de deterioro cognitivo leve (DCL) y posterior desarrollo de un síndrome demencial.

Actualmente se considera la enfermedad de Alzheimer (EA) como un continuum de progresión que comprende desde sujetos con cognición normal hasta los estadios más avanzados de la demencia (Aisen et al., 2017). Un estudio longitudinal realizado por el Centro Nacional de Coordinación de Alzheimer (Davis et al., 2018) sobre 18.103 participantes mayores de 65 años con cognición normal, DCL debido a EA y estados de gravedad de EA mostró que las probabilidades de transición anual a estados más severos fueron 8%, 22%, 25%, 36% y 16% para cognición normal, DCL debido a EA y EA leve / moderada / severa, respectivamente, a los 65 años, y aumentaron en función de la edad. Las tasas de progresión desde la cognición normal hasta el DCL debido a EA variaron entre 4% y 10% anualmente.

Otros trabajos (Bessi et al., 2018; Ganguli et al., 2019; Jessen et al., 2014) mostraron que las quejas subjetivas de memoria (QSM) en individuos sin fallas en los test cognitivos pueden representar el primer síntoma de EA en su fase preclínica. Anualmente entre el 2,3% y 6,6% de las personas mayores con QSM desarrollan DCL o demencia (Amariglio, 2013; Jessen et al., 2014; Mitchell et al., 2014).

La prevalencia de DCL va desde un 3% a un 42% y aumenta con la edad con una tasa de progresión anual a demencia del 12% en los DCL y del 2% en la población sana mayor de 65 años (Allegri et al., 2012; Petersen, 2011).

Park y col. (Park, y Han, 2015) realizaron un estudio longitudinal de 2 años de seguimiento a 1208 participantes con diagnóstico de DCL que mostró que 175 pacientes (14%) volvieron a la cognición normal, 612 (51%) se mantuvieron estables y 421 (35%) progresaron a demencia, con diagnósticos sostenidos a los 3 años.

En relación a la tasa de progresión según el tipo de DCL, Aretouli y col. (Aretouli et al., 2011) en un estudio realizado en pacientes con un seguimiento de 2 años mostró que los participantes con DCL, dominio múltiple tuvieron tasas más altas de progresión a la demencia que los de un solo dominio, pero los DCL amnésicos tuvieron tasas de conversión similares. En relación a las

medidas cognitivo-funcionales la declinación se predijo mejor mediante los reportes de los informantes sobre las deficiencias funcionales sutiles y las puntuaciones iniciales más bajas en la memoria, la fluidez de categoría y las tareas de praxias constructivas.

Otros trabajos muestran asimismo variables asociadas que determinaron el tipo de progresión. En un estudio realizado por Ganguli y col. (Mitchell et al., 2014) con un seguimiento de 5 años de evolución se verificó que los pacientes que progresaron a demencia a diferencia de los que revirtieron tenían un perfil típico de la enfermedad de Alzheimer; en tanto que los DCL que se mantuvieron estables tenían otra comorbilidad, incluida la vascular.

Estas líneas de investigación resaltan la importancia de contar con predictores clínicos y cognitivo-funcionales que permitan evaluar una proyección futura del deterioro cognitivo, a fin de optimizar los criterios de intervención terapéutica.

Dado que las manifestaciones de déficit cognitivo pueden ser multicausales y muchas de las variables intervinientes pueden ser reversibles, una intervención clínica beneficiosa deberá considerar aquellos factores de riesgo modificables, como la hipertensión, la diabetes y la depresión. Las mismas representan áreas potenciales para intervenciones terapéuticas que muchas veces permiten minimizar la progresión del DCL a estadios de mayor severidad.

Considerando la importancia del tema y la gran afluencia de pacientes a la Sección de Geriátrica de nuestro hospital, que consultan por trastornos cognitivos, este trabajo se propone realizar un relevamiento de datos retrospectivos de estas consultas.

El objetivo de este estudio fue describir el perfil neuropsicológico y evaluar las variables de progresión de deterioro neurocognitivo en un seguimiento de 518 de pacientes con queja cognitiva asistidos en un hospital universitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Comparar las características basales entre sujetos sin deterioro cognitivo y con deterioro cognitivo leve.

Métodos

Se realizó un estudio observacional y analítico de una cohorte retrospectiva de pacientes que consultaron por quejas cognitivas a la Unidad de Evaluación Funcional del Adulto Mayor del Hospital Italiano de Buenos Aires. Las quejas cognitivas podían provenir del sujeto y/o de un familiar o del médico que lo derivó a la evaluación.

Se incluyeron sujetos mayores de 60 años en forma consecutiva, evaluados entre abril de 2009 y junio de 2017, que tuvieron por lo menos una reevaluación posterior. Según el diagnóstico inicial se los clasificó en:

1. sin deterioro cognitivo y
2. con deterioro cognitivo leve (DCL) (criterios de Petersen, 2001) (Petersen et al., 2001).

Se excluyeron aquellos pacientes con diagnóstico de demencia en la primera consulta, con depresión mayor, déficits sensoriales no compensados (baja visión, hipoacusia), epilepsia o tumores del sistema nervioso central.

Se revisaron las evaluaciones posteriores, excluyendo aquellos pacientes que tuvieran 10 o menos meses de seguimiento. Se los agrupó, de acuerdo con el diagnóstico de la última evaluación, en 2 grupos:

1. estable respecto a la categoría diagnóstica inicial, es decir aquellos pacientes sin deterioro o con DCL sin progresión,
2. con progresión de deterioro cognitivo, es decir aquellos pacientes sin deterioro inicial que progresaron a DCL o a demencia, y aquellos con DCL inicial que progresaron a demencia.

Se administró a todos los sujetos una evaluación geriátrica integral (Evaluación Funcional del Adulto Mayor) en cada consulta. Esta evaluación incluyó el relevamiento del desempeño funcional, estado anímico y cognición a través de una anamnesis detallada y escalas específicas: actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (Katz et al., 1963), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (Lawton, y Brody, 1969), Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage, y Sheikh, 1986), Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975), y test de rastreo que evalúan memoria, lenguaje, atención, capacidades visuoespaciales y ejecutivas.

Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Análisis estadístico

Se describieron los datos cuantitativos con media y desvío estándar (DS) o mediana e intervalo intercuartil 25-75 (IQR) según distribución observada y los datos cualitativos como porcentaje con su frecuencia absoluta.

Para las comparaciones entre grupos para los datos cuantitativos se utilizó t test o wilcoxon según la distribución de los mismos, y en el caso de los datos cualitativos, se utilizó test de chi² o Fisher según supuestos.

Se estimó el tiempo al empeoramiento en los pacientes que presentaron progresión mediante Kaplan Meier, y se compararon los grupos según el grado de progresión: sin deterioro a DCL, sin deterioro a demencia y DCL a demencia mediante log rank test. Se consideró un nivel de significación estadística menor al 5%. El análisis estadístico se realizó con el software STATA 14.

Resultados

Se incluyeron 518 sujetos con quejas cognitivas, con un promedio de edad de 77,81 años (DS 6,0). Trescientos setenta y siete (72,78%) eran mujeres y 349 (67,37%) tenían un nivel de educación formal entre 7 y 12 años.

La *tabla 1* muestra las características demográficas y los resultados de los test basales de toda la población y la comparación entre los grupos sin deterioro cognitivo y con deterioro cognitivo leve (DCL) en la primera consulta.

En la evaluación inicial, 195 sujetos (37,64%) no tuvieron deterioro cognitivo y 323 (62,36%) tuvieron DCL.

El grupo sin deterioro cognitivo tenía menos años y mayor nivel de instrucción formal que el grupo con DCL. No hubo diferencias significativas en cuanto al género, síntomas depresivos, prevalencia de comorbilidades o uso de benzodiazepinas.

El grupo con DCL tuvo mayor compromiso de la funcionalidad medida con las escalas ABVD y AIVD, y peor puntaje en MMSE y en las escalas específicas que evaluaron los diferentes dominios cognitivos, en comparación con el grupo sin deterioro cognitivo.

Durante el seguimiento, 302 sujetos (58,3%) se mantuvieron estables de los cuales 114 no presentaban deterioro cognitivo y 188 tenían un diagnóstico de DCL; 216 (41,7%) pacientes presentaron un empeoramiento en cuanto a su estatus cognitivo funcional de los cuales 81 no tenían deterioro cognitivo al inicio y 135 presentaban DCL en la consulta inicial. Del total de participantes incluidos en el estudio, 155 evolucionaron a demencia (29,9%). En la *figura 1* se muestra la cantidad de pacientes que permanecieron estables y que progresaron y el diagnóstico del estatus cognitivo final en cada grupo.

El tiempo promedio de seguimiento de la población fue de 34,07 meses (DS 18,69).

Al comparar las características demográficas y los resultados de las escalas administradas en la primera consulta entre los grupos de pacientes según su evolución -estables y que progresaron- se observó que el grupo estable tenía menor edad y mayor nivel de educación en comparación con el grupo que progresó.

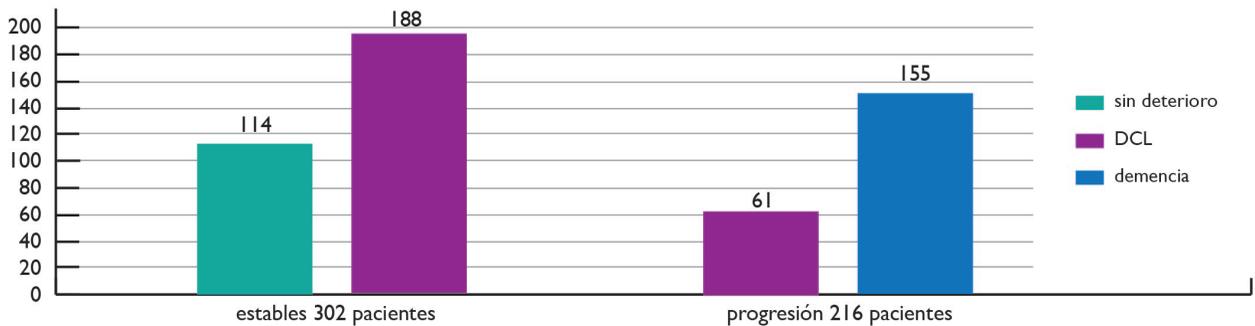
El grupo que progresó tuvo peor rendimiento en MMSE, MIS recuerdo inmediato, MIS recuerdo diferido, fluencia semántica, denominación, test del reloj y TMT A. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al género, prevalencia de comorbilidades, síntomas depresivos, escalas de funcionalidad y los

Tabla 1. Características basales de la población y comparación entre los grupos sin deterioro cognitivo y con deterioro cognitivo leve

Características basales	Todos los sujetos n=518	Sin deterioro n=195	Con DCL n=323	p valor
Género femenino ¹	377 (72,78)	143 (73,33)	234 (72,44)	0,829
Edad ²	77,81 (6,03)	77,45 (6)	78,26 (6,04)	0,005
Nivel de educación¹				
Menos de 7 años	35 (6,76)	6 (3,09)	29 (8,98)	0,010
7 a 12 años	349 (67,37)	129 (66,15)	220 (68,11)	0,010
Más de 12 años	134 (25,87)	60 (30,77)	74 (22,91)	0,010
Hipertensión arterial ¹	349 (67,37)	127 (65,13)	222 (68,73)	0,399
Dislipemia ¹	214 (41,31)	81 (41,54)	133 (41,18)	0,935
Diabetes tipo 2 ¹	27 (5,21)	11 (5,64)	16 (4,95)	0,729
Enfermedad coronaria ¹	24 (4,63)	11 (5,64)	13 (4,02)	0,405
Accidente cerebrovascular ¹	20 (3,86)	9 (4,61)	11 (3,41)	0,495
Uso de benzodiazepinas ¹	183 (35,33)	77 (39,49)	106 (32,82)	0,126
ABVD ²	7,79 (0,44)	7,85 (0,36)	7,75 (0,48)	0,013
AIVD ²	6,79 (0,64)	6,93 (0,36)	6,71 (0,76)	<0,001
MMSE ²	27,44 (2,20)	28,36 (1,67)	26,88 (2,31)	<0,001
Yesavage ²	2,99 (2,72)	3,19 (2,96)	2,87 (2,57)	0,187
Dígitos directo ²	5,14 (1,06)	5,25 (1,09)	5,08 (0,99)	0,077
Dígitos inverso ²	3,68 (0,98)	4,01 (0,94)	3,47 (0,94)	<0,001
MIS recuerdo inmediato ²	6,66 (1,56)	7,39 (0,86)	6,23 (1,72)	<0,001
MIS recuerdo diferido ²	5,72 (1,96)	6,93 (1,03)	5,00 (2,04)	<0,001
Fluencia semántica ²	14,55 (4,87)	16,74 (4,85)	13,26 (4,36)	<0,001
Fluencia fonológica ²	12,26 (6,34)	14,25 (6,84)	11,06 (5,64)	<0,001
Denominación ²	8,99 (1,41)	9,57 (0,75)	8,70 (1,53)	<0,001
Reloj ²	5,86 (1,97)	6,59 (1,23)	5,41 (2,19)	<0,001
TMT A ²	68,65 (30,6)	60,28 (25,43)	74,29 (32,50)	<0,001
TMT B ²	163,39 (70,88)	132,62 (55,69)	189,60 (72,06)	<0,001

¹ Frecuencia absoluta N y relativa (%); ² Media (desvío estándar); ABVD: actividades básicas de la vida diaria; AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria; MMSE: Mini Mental State Examination; MIS: Memory Impairment Screen; TMT A: Trail Making Test A; TMTB: Trail Making Test B; DCL: Deterioro Cognitivo Leve

Figura 1. Pacientes que permanecieron estables y que progresaron y diagnóstico del estatus cognitivo final en cada grupo



demás test cognitivos administrados (span de dígitos, fluencia fonológica, TMT B). La *tabla 2* muestra las comparaciones entre los 2 grupos de pacientes.

Al considerar en particular el grupo de sujetos con DCL se observó que aquellos que progresaron luego a demencia tuvieron inicialmente puntajes más bajos en MMSE, MIS recuerdo inmediato y diferido, fluencia semántica, denominación y test del reloj (*ver tabla 3*).

En el grupo de los 216 pacientes que progresaron se observaron diferencias en los tiempos de progresión según los subgrupos; la mediana de progresión para el grupo sin deterioro que evolucionó a DCL fue 39,2 meses (IQR 25,7-55,0), para el grupo sin deterioro que evolucionó a demencia fue 42,3 (IQR 32,1-56,4) y para el grupo de DCL que progresó a demencia fue 30,0 (IQR 20,2-45,4). Al comparar estos 3 subgrupos, se observó diferencia significativa en la velocidad de progresión entre el grupo sin deterioro que progresó a DCL y entre el grupo con DCL que evolucionó a demencia ($p=0,014$) (*ver tabla 3*).

Discusión

En este trabajo se relevó la evolución de sujetos con quejas cognitivas que consultaron a una unidad de evaluación geriátrica integral de un hospital universitario, comparando el perfil demográfico y neuropsicológico de inicio según la evolución posterior.

De los 518 sujetos incluidos con quejas cognitivas sin demencia, el 62,36% tuvo diagnóstico de DCL en la primera consulta. Este grupo presentó mayor edad, menor nivel de educación, mayor compromiso de las AIVD y peor rendimiento en MMSE y en las escalas específicas de los dominios cognitivos evaluados que los sujetos sin deterioro cognitivo inicial. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al género, la presencia de síntomas depresivos ni la prevalencia de comorbilidades asociadas entre ambos grupos.

Durante el seguimiento, el 41,7% de la población empeoró su estatus cognitivo inicial, esto incluye tanto

a los sujetos sin deterioro cognitivo como a los pacientes con DCL al inicio. El rasgo en común de todos los sujetos evaluados fueron las quejas cognitivas. Si bien en el presente estudio no contamos con el dato de la fuente de las quejas cognitivas (el propio sujeto y/o un familiar o médico tratante), hay trabajos que señalan que la fuente de las quejas puede predecir la progresión del deterioro cognitivo. Un estudio poblacional con 5 años de seguimiento de Qi y col. (Qi et al., 2018) encontró que cuando la queja cognitiva provenía tanto del paciente como de un informante aumentaba el riesgo de deterioro cognitivo (Odds ratio (OR) 1,60) más que si las quejas eran sólo del paciente o del informante (OR 0,98), ajustando los resultados por edad, género, nivel de educación, depresión y puntaje de MMSE basal. Gifford y col. (2014) informaron resultados similares tanto para sujetos cognitivamente normales como sujetos con DCL, donde las quejas de sujeto e informante aumentaron el riesgo de progresión del deterioro cognitivo más que las quejas sólo del sujeto o del informante y a su vez las quejas de sólo uno de ellos aumentó el riesgo en comparación con sujetos sin quejas. Este estudio evidenció que el 14% de los sujetos cognitivamente normales empeoró su estatus cognitivo (progresión a DCL o demencia) en 3 años de seguimiento promedio, y dentro de este grupo aquellos con quejas autorreferidas y del informante tuvieron una tasa de progresión fue del 29%, remarcando el rol de la fuente de las quejas. Muy similar a nuestros resultados, en este mismo estudio el grupo de pacientes con DCL evolucionó a demencia en un 41% y dentro de este grupo, los que tuvieron quejas subjetivas y del informante, el 49% evolucionó a demencia.

Consideramos que el hecho de que los sujetos provienen de una unidad de evaluación geriátrica, puede tener influencia en la tasa de progresión del estatus cognitivo observada. En este sentido, hay trabajos que señalan que los sujetos con deterioro cognitivo subjetivo reclutados en una clínica de memoria tienen

Tabla 2. Características demográficas basales y resultados de los test cognitivos en la primera consulta según grupos de evolución de los sujetos

Características basales	Pacientes estables n= 302	Pacientes que progresaron n= 216	p valor
Género femenino ¹	213 (70,53)	164 (75,92)	0,175
Edad ²	76,72 (6,23)	79,34 (5,37)	<0,001
Nivel de educación¹			
Menos de 7 años	14 (4,64)	21 (9,72)	0,043
7 a 12 años	203 (67,22)	146 (67,6)	0,043
Más de 12 años	85 (28,14)	49 (22,68)	0,043
Hipertensión arterial ¹	193 (63,91)	156 (72,22)	0,047
Dislipemia ¹	131 (47,38)	83 (38,42)	0,261
Diabetes tipo 2 ¹	15 (4,97)	12 (5,55)	0,765
Enfermedad coronaria ¹	14 (4,64)	10 (4,63)	0,994
Accidente cerebrovascular ¹	12 (3,97)	8 (3,7)	0,887
Uso de benzodiazepinas ¹	109 (36,09)	74 (34,26)	0,669
ABVD ²	7,77 (0,47)	7,81 (0,39)	0,367
AIVD ²	6,83 (0,63)	6,74 (0,66)	0,118
MMSE ²	27,78 (1,92)	26,96 (2,47)	<0,001
Yesavage ²	3,06 (2,71)	2,89 (2,75)	0,504
Dígitos directo ²	5,15 (1,04)	5,14 (1,09)	0,890
Dígitos inverso ²	3,74 (0,99)	3,58 (0,95)	0,059
MIS recuerdo inmediato ²	6,95 (1,39)	6,26 (1,69)	<0,001
MIS recuerdo diferido ²	6,09 (1,76)	5,21 (2,12)	<0,001
Fluencia semántica ²	15,03 (4,89)	13,93 (4,73)	0,011
Fluencia fonológica ²	12,68 (6,55)	11,69 (5,92)	0,081
Denominación ²	9,19 (1,16)	8,79 (1,57)	<0,001
Reloj ²	6,03 (1,81)	5,59 (2,17)	0,013
TMT A ²	65,3 (27,78)	74,22 (34,19)	0,009
TMT B ²	157,96 (71,46)	173,39 (69,08)	0,100

¹ Frecuencia absoluta N y relativa (%); ² Media (desvío estándar); ABVD: actividades básicas de la vida diaria; AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria; MMSE: Mini Mental State Examination; MIS: Memory Impairment Screen; TMT A: Trail Making Test A; TMTB: Trail Making Test B

Tabla 3. Resultados de las escalas administradas en la primera consulta de los sujetos con DCL según la evolución de los sujetos

Escalas primera consulta	Deterioro cognitivo leve n=323	DCL estable n= 188	DCL que progresó n= 135	p valor
ABVD ¹	7,75 (0,48)	7,73 (0,52)	7,78 (0,41)	0,298
AIVD ¹	6,71 (0,76)	6,77 (0,73)	6,62 (0,79)	0,073
MMSE ¹	26,88 (2,31)	27,38 (1,99)	26,19 (2,52)	<0,001
Yesavage ¹	2,87 (2,57)	3,08 (2,64)	2,57 (2,45)	0,082
Dígitos directo ¹	5,08 (0,99)	5,12 (1,09)	5,02 (1,09)	0,460
Dígitos inverso ¹	3,47 (0,94)	3,54 (1,00)	3,39 (0,84)	0,161
MIS recuerdo inmediato ¹	6,23 (1,72)	6,60 (1,58)	5,70 (1,77)	<0,001
MIS recuerdo diferido ¹	5,00 (2,04)	5,54 (1,90)	4,24 (1,98)	<0,001
Fluencia semántica ¹	13,26 (4,36)	13,70 (4,25)	12,63 (4,46)	0,011
Fluencia fonológica ¹	11,06 (5,64)	11,47 (5,74)	10,48 (5,47)	0,122
Denominación ¹	8,70 (1,53)	8,93 (1,33)	8,36 (1,73)	0,001
Reloj ¹	5,41 (2,19)	5,67 (2,00)	5,03 (2,39)	0,009
TMT A ¹	74,29 (32,50)	71,93 (30,11)	78,44 (36,18)	0,174
TMT B ¹	189,60 (72,06)	187,09 (72,49)	194,95 (71,68)	0,557

¹ Media (desvío estándar); ABVD: actividades básicas de la vida diaria; AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria; MMSE: Mini Mental State Examination; MIS: Memory Impairment Screen; TMT A: Trail Making Test A; TMTB: Trail Making Test B

mayor riesgo de progresión a DCL que los de la población general (Rodríguez-Gómez et al., 2015). Snitz y col. (Snitz et al., 2018) encontraron que el deterioro cognitivo subjetivo se asoció significativamente con la incidencia de DCL tanto en una cohorte de una clínica de memoria como en una cohorte de población general, pero los sujetos de la clínica de memoria tuvieron un Hazard ratio (HR) de 15.97 (IC95%: 6.08 – 42.02) contra un HR de 1.18 (IC95%: 1.00 – 1.40) de la cohorte de población general.

En aquellos pacientes que empeoraron se evidenciaron al menos tres variables predictoras en relación al estado basal, 1. la edad, 2. el nivel de instrucción y 3. el perfil cognitivo.

En relación a la edad como un factor predisponente a progresión de deterioro cognitivo nuestros resultados son esperables y concuerdan con lo referido en otros estudios. Los pacientes que progresaron ya sea de estado cognitivo normal a DCL o demencia, o de DCL a demencia eran mayores al momento de la primera consulta que aquellos que se mantuvieron estables.

Varios estudios verifican que la edad es una de las variables de mayor impacto tanto en la declinación cognitiva propia del envejecimiento como en el desarrollo de enfermedades neurodegenerativas. Un estudio prospectivo en pacientes con DCL realizado en la población china señala la edad, la puntuación baja en el MMSE y el tipo amnésico de DCL como los mayores predictores de evolución hacia la demencia (Ding et al., 2016).

En un trabajo de revisión (Steiner et al., 2017) sobre estudios longitudinales en relación a la progresión del déficit cognitivo en distintas poblaciones de sujetos con déficit cognitivo, los autores refieren que el ritmo de progresión es más rápido tanto en las personas añosas con quejas de memoria como en aquellas con diagnóstico de DCL. En coincidencia con esta observación, en nuestra población se comprobó que el tiempo de progresión fue significativamente más rápido para los sujetos con DCL que para los sujetos sin deterioro cognitivo (p 0,014). La misma diferencia en el tiempo de progresión entre normales y DCL se observó en el trabajo de Gifford et al. ya citado.

Si bien es innegable el impacto de la edad en el rendimiento cognitivo hay que considerar las variables interindividuales, como la instrucción, el estilo de vida y la salud general que tendrán un impacto tanto en el perfil del envejecimiento normal como en la respuesta cerebral al daño estructural causado por una enfermedad degenerativa.

En esta línea nuestros resultados evidencian que una alta proporción de sujetos con menos de 7 años de instrucción mostraron un empeoramiento del déficit cognitivo en relación a los grupos de mayor instrucción. Este hecho se verifica tanto en aquellos sujetos sin deterioro de inicio que progresaron a DCL, como en los pacientes con DCL que progresaron hacia la demencia.

Norton y col. identificaron un bajo nivel educativo como uno de los mayores factores de riesgo de demencia estimado en un 20 por ciento de los casos estudiados (Norton et al., 2014).

En nuestro grupo de pacientes este hallazgo podría interpretarse como el impacto de la reserva cognitiva en el perfil de progresión del déficit cognitivo. El concepto de reserva cognitiva desarrollado por Stern (Stern, 2012) se define como la habilidad de optimizar y compensar el desempeño normal de un sujeto frente a un daño cerebral en relación a la reorganización sináptica en términos de eficiencia, plasticidad y flexibilidad, utilizando estructuras cerebrales no activas en condiciones normales. Un alto nivel educativo, y asimismo un nivel complejo de ocupación estarían asociados a mejor desempeño en medidas de funciones cognitivas. Los cambios en la estructura del cerebro posibilitarían una mayor compensación tanto el envejecimiento normal como en la presencia de patologías en el cerebro envejecido.

Otros autores sugieren que la contribución de la educación a la reserva cognitiva se limita a su asociación con el nivel de función cognitiva en el período del envejecimiento (Sidenkova et al., 2020; Wilson et al., 2019).

Hayward y col. (Hayward et al., 2015) destacan la importancia de los múltiples beneficios de la educación para la salud, tales como obtener mejores empleos e ingresos, acceder a redes sociales más amplias y de mayor apoyo e incrementar las habilidades cognitivas.

Personas con un mayor daño neurodegenerativo pero con un alto nivel de reserva cognitiva en relación a los individuos con baja reserva, conservarían un buen nivel de pensamiento y conceptualización hecho que justificaría un menor deterioro cognitivo y por ende menor riesgo de desarrollar una demencia (Langa, 2018).

En relación al perfil cognitivo los resultados muestran una diferencia significativa entre los grupos estudiados evidenciada entre los pacientes que se mantuvieron estables y los que progresaron.

Las variables indicadoras a partir de la consulta basal se observan tanto en el resultado del desempeño global (MMSE) como en otras escalas que evalúan los diferentes dominios cognitivos.

El análisis de estos datos permitió identificar indicadores cognitivos de progresión tanto de aquellos pacientes que pasaron de la normalidad a DCL como de aquellos que pasaron de DCL a demencia.

Coincidiendo con otros trabajos ya mencionados el MMSE resultó un marcador válido de cambio que manifiesta la progresión del desempeño cognitivo global en ambos grupos.

Múltiples estudios han encontrado que los sujetos que presentan un mayor rendimiento cognitivo global, en las mediciones iniciales, tienen menos propensión a desarrollar demencia de tipo Alzheimer. En contraposición, los sujetos de mayor edad que presentan un bajo rendimiento global en las mediciones iniciales, aumentan el riesgo de desarrollar demencia de tipo Alzheimer (Forlenza et al., 2013; Rossini et al., 2007).

A excepción de los puntajes del span de dígitos, la fluencia fonológica y TMT B, se observan diferencias significativas en el resto de los test cognitivos.

La significación de mayor relevancia se registra en el dominio mnésico donde es de destacar el resultado del test MIS que muestra una diferencia significativa tanto para el recuerdo inmediato como el diferido ($p < 0,001$). En un trabajo previo (Labos et al., 2018) comprobamos el valor predictivo del test MIS con recuerdo diferido para identificar pacientes con DCL en riesgo de progresar a demencia: para un punto de corte de menos de 6 (en una escala de 8 puntos) el OR fue de 4,09 (IC95% 2,64 – 6,34), $p < 0,00001$, y de 3,71 (IC95% 2,37 – 5,81), $p < 0,00001$, luego de ajustar por edad y nivel de educación. En el actual trabajo observamos el valor predictor del test tanto en sujetos sin deterioro cognitivo, como en aquellos con DCL. En menor grado también fue significativo el rendimiento basal en las tareas de función ejecutiva como el test del reloj y el Trail Making B. Asimismo el TMT A, tarea vinculada al dominio atencional y la denominación y fluencia semántica, tareas relacionadas al lenguaje.

Es decir que los indicadores vinculados a tareas de dominios múltiple en la consulta basal caracterizarían un perfil de empeoramiento del déficit cognitivo, que muestra fallas a preponderancia mnésica.

Nuestros resultados coinciden con otras investigaciones (Ding et al., 2016) que muestran que las fallas en las escalas de memoria, especialmente en su fase diferida, en las pruebas de fluidez verbal y en la habilidad visomotora son predictores cognitivos de progresión a demencia. El desempeño en estas tareas pudo identificar el 85% de los individuos que desarrollaron demencia y el 95 % de los que se mantuvieron estables, en un seguimiento longitudinal de cuatro años. Asimismo nuestros resultados coinciden con el estudio realizado por Aretouli y col. (Aretouli et al., 2011) ya mencionado que muestra puntuaciones iniciales más bajas en la memoria, la fluidez de categoría y las tareas de praxias constructivas como indicadores de progresión.

De los resultados obtenidos podríamos inferir que en la población estudiada de pacientes con quejas cognitivas, las variables referidas a la edad, un bajo nivel de educación, y peor puntaje basal en MMSE y escalas de memoria, lenguaje y funciones ejecutivas se asociaron a progresión del deterioro cognitivo. Consideramos que los datos presentados revisten interés a fin de conocer la evolución de sujetos con quejas cognitivas y que asimismo contribuyen a enriquecer la literatura existente sobre el tema. Cabe remarcar que la población estudiada tiene características particulares como pertenecer a un nivel socioeconómico medio y tener acceso a un sistema de salud de alta calidad, lo cual tal vez no permite extrapolar lo observado a otras poblaciones.

Una de las debilidades del trabajo es que no contamos en este análisis con datos de neuroimágenes, por lo cual esta sería una próxima línea de investigación a seguir en el futuro.

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Referencias bibliográficas

- Aisen, P. S., Cummings, J., Jack, C. R., Morris, J. C., Sperling, R., Frölich, L., Jones, R. W., Dowsett, S. A., Matthews, B. R., Raskin, J., Scheltens, P., & Dubois, B. (2017). On the path to 2025: understanding the Alzheimer's disease continuum. *Alzheimer's Research & Therapy*, 60. <https://doi.org/10.1186/s13195-017-0283-5>
- Allegri, R. F., Russo, M. J., Kremer, J., Taragano, F. E., Brusco, I., Ollari, J. A., Serrano, C. M., Sarasola, D., Demey, I., Arizaga, R. L., & Bagnati, P. (2012). [Review of recommendations and new diagnosis criteria for mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease]. *Vertex, Rev Arg Psiquiatría*, 23(101), 5–15.
- Amariglio, R. (2013). F5-01-04: Subjective cognitive concerns as an early indicator of Alzheimer's disease pathology. *Alzheimer's & Dementia*, 9(4S_21), 824–825. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2013.04.454>
- Aretouli, E., Okonkwo, O. C., Samek, J., Brandt, J. (2011). The Fate of the 0.5s: Predictors of 2-Year Outcome in Mild Cognitive Impairment. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 17(2), 277–288. <https://doi.org/10.1017/s1355617710001621>
- Bessi, V., Mazzeo, S., Padiglioni, S., Piccini, C., Nacmias, B., Sorbi, S., Bracco, L. (2018). From Subjective Cognitive Decline to Alzheimer's Disease: The Predictive Role of Neuropsychological Assessment, Personality Traits, and Cognitive Reserve. A 7-Year Follow-Up Study. *J Alzheimers Dis.*, 63(4), 1523–1535. <https://doi.org/10.3233/JAD-171180>
- Davis, M., O'Connell, T., Johnson, S., Cline, S., Merikle, E., Martenyi, F., Simpson, K. (2018). Estimating Alzheimer's Disease Progression Rates from Normal Cognition Through Mild Cognitive Impairment and Stages of Dementia. *Current Alzheimer Research*, 15(8), 777–788. [doi:10.2174/1567205015666180119092427](https://doi.org/10.2174/1567205015666180119092427)
- Ding, D., Zhao, Q., Guo, Q., Liang, X., Luo, J., Yu, L., Zheng, L., Hong, Z., & Shanghai Aging Study (SAS). (2016). Progression and predictors of mild cognitive impairment in Chinese elderly: A prospective follow-up in the Shanghai Aging Study. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 4, 28–36. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dadm.2016.03.004>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Forlenza, O. V., Diniz, B. S., Stella, F., Teixeira, A. L., Gattaz, W. F. (2013). Mild cognitive impairment. Part 1: clinical characteristics and predictors of dementia. *Braz J Psychiatry*, 35, 178–185. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-3503>
- Ganguli, M., Jia, Y., Hughes, T. F., Snitz, B. E., Chang, C. C. H., Berman, S. B., Sullivan, K. J., Kamboh, M. I. (2019). Mild Cognitive Impairment that Does Not Progress to Dementia: A Population-Based Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(2), 232–238. <https://doi.org/10.1111/jgs.15642>
- Gifford, K. A., Liu, D., Lu, Z., Tripodis, Y., Cantwell, N. G., Palmisano, J., Kowall, N., & Jefferson, A. L. (2014). The source of cognitive complaints predicts diagnostic conversion differentially among nondemented older adults. *Alzheimer's & Dementia*, 10(3), 319–327. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2013.02.007>
- Hayward, M. D., Hummer, R. A., Sasson, I. (2015). Trends and group differences in the association between educational attainment and U.S. adult mortality: Implications for understanding education's causal influence. *Social Science & Medicine*, 127, 8–18. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.024>
- Jessen, F., Amariglio, R. E., van Boxtel, M., Breteler, M., Ceccaldi, M., Chételat, G., Dubois, B., Dufouil, C., Ellis, K. A., van der Flier, W. M., Glodzik, L., van Harten, A. C., de Leon, M. J., McHugh, P., Mielke, M. M., Molinuevo, J. L., Mosconi, L., Osorio, R. S., Perrotin, A., (...) Subjective Cognitive Decline Initiative (SCD-I) Working Group (2014). A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia*, 10(6), 844–852. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.01.001>
- Jessen, F., Wolfsgruber, S., Wiese, B., Bickel, H., Mösch, E., Kaduszkiewicz, H., Pentzek, M., Riedel-Heller, S. G., Luck, T., Fuchs, A., Weyerer, S., Werle, J., van den Bussche H., Scherer, M., Maier, W., Wagner, M, German Study on Aging, Cognition and Dementia in Primary Care Patients. (2014). AD dementia risk in late MCI, in early MCI, and in subjective memory impairment. *Alzheimers Dement.*, 10(1), 76–83. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.09.017>
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185, 914–919.
- Labos, E., Cavagna, M., Camera, L., Boietti, B., & Schapira, M. (2018). Longitudinal Follow-Up of a Population with MCI: Predictive Value of the MIS Test with Delayed Recall for Progression to Dementia. *Advances in Alzheimer's Disease*, 7, 183–196. <https://doi.org/10.4236/aad.2018.74012>
- Langa, K. M. (2018). *Cognitive Aging, Dementia, and the Future of an Aging Population*. En: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Committee on Population; Majmundar MK, Hayward MD, editors. Future Directions for the Demography of Aging: Proceedings of a Workshop. National Academies Press (US). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513075/>

- Lawton, M. P., Brody, E. M. (1969). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *The Gerontologist*, 9(3), 179–186. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_part_1.179
- Mitchell, A. J., Beaumont, H., Ferguson, D., Yadegarfar, M., Stubbs, B. (2014). Risk of dementia and mild cognitive impairment in older people with subjective memory complaints: meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(6), 439–451. <https://doi.org/10.1111/acps.12336>
- Norton, S., Matthews, F. E., Barnes, D. E., Yaffe, K., Brayne, C. (2014). Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *The Lancet Neurology*, 13(8), 788–794. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(14\)70136-x](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(14)70136-x)
- Park, M. H., Han, C. (2015). Is there an MCI reversion to cognitively normal? Analysis of Alzheimer's disease biomarkers profiles. *International Psychogeriatrics*, 27(3), 429–437. <https://doi.org/10.1017/s1041610214002129>
- Petersen, R. C. (2011). Clinical practice. Mild cognitive impairment. *N Engl J Med*, 364(23), 2227–2234. <https://doi.org/10.1056/NEJMc0910237>
- Petersen, R. C., Stevens, J. C., Ganguli, M., Tangalos, E. G., Cummings, J. L., DeKosky, S. T. (2001). Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 56(9), 1133–1142. <https://doi.org/10.1212/wnl.56.9.1133>
- Qi, X. M., Gu, L., Tang, H. D., Chen, S. D., Ma, J. F. (2018). Association of Source of Memory Complaints and Increased Risk of Cognitive Impairment and Cognitive Decline. *Chinese Medical Journal*, 131, 894–898. <https://doi.org/10.4103/0366-6999.229904>
- Rodríguez-Gómez, O., Abdelnour, C., Jessen, F., Valero, S., Boada, M. (2015). Influence of Sampling and Recruitment Methods in Studies of Subjective Cognitive Decline. *Journal of Alzheimer's Disease*, 48(Suppl. 1), S99–S107. <https://doi.org/10.3233/jad-150189>
- Rossini, P. M., Rossi, S., Babiloni, C., Polich, J. (2007). Clinical neurophysiology of aging brain: From normal aging to neurodegeneration. *Progress in Neurobiology*, 83(6), 375–400. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2007.07.010>
- Sidenkova, A., Litvinenko, V., Kalinin, I. (2020). The mechanisms of the protective effect of education in cognitive aging. *BIO Web of Conferences*, 22, 01016. <https://doi.org/10.1051/bioconf/20202201016>
- Snitz, B. E., Wang, T., Cloonan, Y. K., Jacobsen, E., Chang, C. H., Hughes, T. F., Kamboh, M. I., Ganguli, M. (2018). Risk of progression from subjective cognitive decline to mild cognitive impairment: The role of study setting. *Alzheimer's & Dementia*, 14(6), 734–742. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2017.12.003>
- Steiner, A. B. Q., Jacinto, A. F., de Sá Mayoral, V. F., Brucki, S. M. D., & de Albuquerque Citero, V. (2017). Mild cognitive impairment and progression to dementia of Alzheimer's disease. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 63(7), 651–655. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.07.651>
- Stern, Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *The Lancet Neurology*, 11(11), 1006–1012. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(12\)70191-6](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(12)70191-6)
- Wilson, R. S., Yu, L., Lamar, M., Schneider, J. A., Boyle, P. A., Bennett, D. A. (2019). Education and cognitive reserve in old age. *Neurology*, 92(10), e1041–e1050. <https://doi.org/10.1212/wnl.00000000000007036>
- Yesavage, J. A., Sheikh, J. I. (1986). 9/Geriatric Depression Scale (GDS). *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165–173. https://doi.org/10.1300/j018v05n01_09

Georg Frankl: ¿el tercero o el primer hombre en la génesis del autismo?

Georg Frankl: the third or first man in the genesis of autism?

Juan Pablo Lucchelli¹

Resumen

El autismo es un trastorno del desarrollo que tiene consecuencias significativas sobre el devenir de las personas concernidas. Descrito oficialmente por primera vez en la década de 1940, el trastorno conoció oscilaciones conceptuales, pero cada vez más se lo considera una suerte de espectro o de continuo caracterizado principalmente por una dificultad en la comunicación social. En este artículo demostraremos como dos tipos clínicos bien diferentes del espectro autístico, es decir las descripciones clínicas de Kanner y de Asperger, deben mucho al rol jugado por el psiquiatra vienés Georg Frankl quien trabajó con ambos clínicos. El rol de Frankl no solo habría sido el de oficiar como una suerte de canal de comunicación entre Kanner y Asperger, sino quien influyó de manera decisiva en la obra de ambos psiquiatras.

Palabras clave: Autismo - Kanner - Asperger - Espectro autístico - Frankl.

Abstract

Autism is a developmental disorder that has significant consequences on the future of the individuals concerned. Officially described for the first time in the 1940's, the disorder knew conceptual oscillations, but increasingly it is considered a sort of spectrum or continuum characterized mainly by a difficulty in social communication. In this article we will show how two very different clinical types of the autistic spectrum, i.e. the clinical descriptions of Kanner and Asperger's, owe much to the role played by the Viennese psychiatrist Georg Frankl who worked with both clinicians. Frankl's role would not only have been that a sort of channel of communication between Kanner and Asperger, but it would have been Frankl who influenced both psychiatrists in a decisive way.

Keywords: Autism - Kanner - Asperger - Autistic spectrum - Frankl.

RECIBIDO 14/11/2020 - ACEPTADO 4/1/2021

¹Médico jefe en el Hôpital du Jura Bernois, Pôle de Santé Mentale, L'Abbaye 22713 Bellelay, Suiza. Miembro del Laboratoire de Psychopathologie, E.A. 4050, Université de Rennes 2, Francia.

Correspondencia:

lucchelli@hotmail.com

Introducción

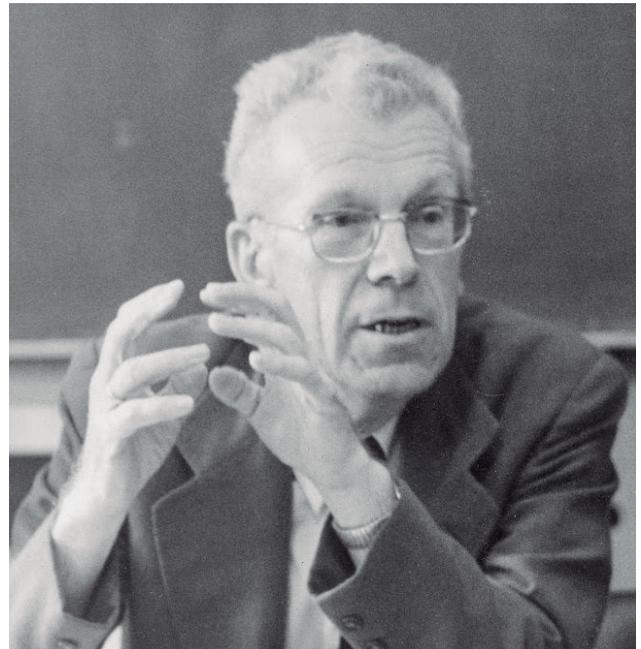
El autismo es un trastorno del desarrollo que tiene consecuencias significativas sobre el devenir de las personas concernidas. Descrito oficialmente por primera vez en la década de 1940, el trastorno conoció oscilaciones conceptuales, pero, cada vez más se lo considera una suerte de espectro o de continuo caracterizado principalmente por una dificultad en la comunicación social y una tendencia permanente a desarrollar intereses específicos o rutinas más o menos inflexibles. En este sentido una nueva etapa comenzó con la publicación de la última edición del *Diagnostic and statistical manual* (quinta edición: DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) ya que estos dos criterios mayores (interacción social e intereses específicos) son suficientes en esa clasificación para orientar hacia el diagnóstico de espectro autístico, mientras que la *Clasificación internacional de enfermedades* (ICD-10), publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992 (ICD-10, 2005), todavía distinguía el “síndrome de Asperger” como una entidad diferente del autismo propiamente dicho, de tipo “Kanner”¹.

Lo que es sorprendente en la génesis del trastorno autístico es que con solo unos meses de diferencia, dos psiquiatras, Leo Kanner (Kanner, 1943) y Hans Asperger (Asperger, 1944), en dos continentes diferentes separados por la Segunda Guerra Mundial, hayan podido describir dos trastornos psiquiátricos emparentados. Es muy interesante como fenómeno, ya que lo que siempre se supuso es que ambos autores describieron “el mismo trastorno”, lo cual indicaba una especie de casualidad o de serendipia, cuando en realidad, si se explora incluso de manera superficial ambos trastornos, es evidente que hay diferencias importantes (en realidad, una sola, pero fundamental) entre ellos. Entonces, más allá del aspecto clínico propiamente dicho, elemento decisivo como ya veremos al caracterizar dos formas clínicas muy diferentes, ¿cómo se ha tratado de explicar la “coincidencia” que hizo que un psiquiatra americano y otro austriaco hayan descrito trastornos similares casi al mismo tiempo?

“El tercer hombre”

En un libro excelente publicado en 2015, *Neurotribes* (Silberman, 2015), Steve Silberman demuestra como la descripción clínica casi simultánea de Kanner y de Asperger no fue en absoluto fruto de una casualidad sino que debió mucho, muy probablemente, al rol jugado por el psiquiatra Georg Frankl, quién tra-

bajo con Asperger hasta 1937 en la “Heilpädagogische Station” creada por el psiquiatra Erwin Lazar (y conocida como la «Clínica de Lazar»), y que luego fue a trabajar en el servicio de Kanner en Maryland, cuando debió emigrar a los Estados Unidos a causa de la persecución nazi. Dejando de lado la hipótesis de una pura coincidencia entre los dos trabajos sobre el autismo aparecidos simultáneamente (una de las grandes coincidencias en la medicina del siglo XX”, según Silberman), la primera interpretación que surgió fue que Frankl habría funcionado como una especie de correo entre los dos genios de la clínica, tal como lo sugiere la investigación de Robison (Robison, 2017). Frankl sería el “eslabón perdido” que conecta a los dos hombres, siendo así un “tercer hombre” en la génesis del nuevo concepto clínico (Robison, 2017). Esta interpretación es apasionante, pero la unidireccionalidad del viaje de Frankl desde Europa a América, deja suponer que Kanner copiaba en algo la clínica que emanaba de Viena (el genio debía ser necesariamente Asperger). Era más difícil pensar, aunque no imposible, ya que Kanner publica su estudio casi un año antes que Asperger, que fuese Kanner quien habría influenciado a Asperger a partir de lo que Frankl relataba de su experiencia americana (para ello, habría que suponer que las cartas que salían de Estados Unidos llegaban sin gran problema ni obstáculo a Austria, dos países en guerra).



Hans Asperger (1918-1980)

1. Aunque en su nueva versión, la CIE 11, de reciente aparición, clasifica los trastornos del desarrollo de manera completamente diferente.

Los nombres de Kanner y Asperger están tan impresos en nuestros espíritus y ligados a la historia del autismo, que parecía difícil imaginar que la influencia fuese diferente, ni de Asperger hacia Kanner, ni de éste último hacia el austriaco, y que fuera más bien Frankl quién habría influenciado a Kanner. Pero recientemente surge una nueva hipótesis aún más interesante que sugieren Muratori y sus colaboradores (Muratori et al., 2020). Ellos que proponen que, en realidad, fue Frankl quien influenció tanto a Kanner como a Asperger en la creación de esa nueva entidad clínica muy original que es el autismo en todas sus diferentes formas. Para ser más precisos, la investigación no solo concierne a Frankl, sino más bien a la pareja Frankl, es decir Georg y su esposa Anni Weiss.

En la obra de Georg Frankl, cabe destacar tres textos en relación con el autismo: el primero publicado en 1934, bajo el título sugestivo de “Dar órdenes y obedecer” (*Befehlen und Gehorchen*) (Frankl, 1934), sugestivo si tenemos en cuenta que Hitler llega al poder en 1933, en el cual trata de demostrar que lo que cuenta en la comunicación humana (e incluso no humana, ya que el texto comienza con una anécdota a propósito de dos perros a quien su amo le da órdenes de manera diferente y con diferentes resultados) no es tanto la comunicación en el sentido de la comprensión semántica, sino más bien el tono o la prosodia en que algo es dicho. Para utilizar términos que pertenecen a la lingüística, podríamos decir que lo esencial no es el enunciado sino más bien la enunciación: se puede uno preguntar también si este aspecto de la psicología referida al lenguaje afectivo no proviene en gran parte del psicólogo Karl Bühler, quien enseñaba en Viena desde los años 1920. Se puede ver allí que Frankl se interesó en la esfera afectiva de la comunicación, de tal modo que no sería sorprendente que varios años después se focalice sobre los trastornos afectivos en los niños. En efecto, el segundo texto importante es el que Frankl publica en el mismo número de la revista *Nervous Child* en 1943, adonde publica su famoso artículo Kanner, intitulado “Language and affective contact” (Frankl, 1943) – recordemos el título del artículo de Kanner “Autistic disturbances of affective contact” (Muratori, y Bizzari, 2019): la noción de “contacto afectivo” aparece en ambos textos, pero sabemos que es Frankl quien se había ocupado de este tema desde hacía diez años. El concepto de “lenguaje afectivo” es, por supuesto, fundamental, ya que anticipa en casi un siglo los desarrollos actuales sobre la “cognición so-

cial”. Por último, es probablemente en 1957 que Frankl escribe un texto sobre el autismo (curiosamente se trata casi de la primera vez que encontramos bajo la pluma de este autor el término “autismo”), que quedo inédito hasta el año 2019, fecha en la cual Muratori y su grupo lo publican en italiano bajo el título “L'autismo infantile. Un tentativo di analisi” (Muratori, y Bizzari, 2019), (ver en “Autism and Childhood. An Attempt of Analysis”: (<https://spencer.lib.ku.edu>)).

¿Qué pensar del paralelo sorprendente entre los dos textos de Frankl y de Kanner? Kanner defiende el texto de Frankl e incluso intercede con el editor de la revista *Nervous Child* en su favor. El 5 de enero de 1943, en una carta al director de *Nervous Child* Kanner escribe: “... *“the more I read [el artículo de Frankl], the more I am impressed by it and the more I realize what a gem it is. My own paper on autistic disturbances of affective contact is now [just taking shape.]* (“... cuanto más leo [el artículo de Frankl], más me impresiona y más me doy cuenta de la joya que es. Mi propio artículo sobre las alteraciones autistas del contacto afectivo está ahora [apenas tomando forma]”). Y continúa: *“The few cases that come into consideration present a condition that has never been described before.”* (“Los pocos casos que entran en consideración presentan una condición nunca antes descrita”)(Robison, 2017). En cierto modo se podría pensar que Frankl salió perjudicado en la construcción de este nuevo tipo clínico, pero, en ese caso, ¿por qué no reaccionó pidiendo un reconocimiento, incluso en su último texto inédito de 1957? ¿Podríamos pensar, como lo sugiere Silberman, que Frankl tenía una deuda infinita hacia Kanner, en el sentido que le debía simple y llanamente “his life”, “su vida”, como dice Silberman?

¿Y si se tratara más bien de una mujer?

Otra hipótesis pondría en primer plano a Annie Weiss. Frankl y Weiss formaban parte del grupo de Asperger y no solo eran una pareja sino que además podemos pensar que tenían un intercambio importante en torno a lo que más les interesaba como clínicos. En efecto, luego de la muerte prematura de Lazar en 1932, formado con Bleuler, Frankl, de 35 años de edad, se convierte en el psiquiatra “senior” de la clínica y hereda la tradición de Lazar. Es así que Asperger comienza a trabajar en la clínica de Viena, siendo diez años más joven que Frankl. Asperger se forma en psiquiatría bajo la supervisión de Frankl y de Weiss.

2. N. del A: agradezco a Maria Asperger Felder haberme confirmado personalmente esta información.



Annie Weiss (1897-1991)

Si tomamos, por ejemplo, una carta de Asperger fechada en 1934, sabemos, gracias a la información de la hija de Asperger (Maria Asperger Felder) que su padre ya utilizaba el término “autístico” (Muratori, y Bizzari, 2019)². Pero esto no indica que Asperger fuera el único en utilizarlo: en un artículo de 1935, Weiss describe la sintomatología autística de un niño, pero sin emplear el término autismo (Weiss, 1935). En otra carta de 1937, es Weiss quien escribe a Asperger describiendo un niño y precisando que era “muy autista” (“*denn das Kind ist sehr autistisch*”) (Dluzak, 2019). Puesto que Lazar se había formado con Bleuler, el forjador del término autismo aplicado a la esquizofrenia, es bastante probable que sea el mismo Lazar quien utilizara éste término, y que Frankl y Weiss lo emplearan de manera corriente en la clínica. Más allá de la palabra autismo, lo que nos interesa, en primer lugar, es la observación clínica correspondiente a este trastorno. En 1934 Weiss deja súbitamente Viena (Robison, 2017) y, luego de varias peripecias (entre ellas una llegada fallida a Estados Unidos, ya que debe volver a Europa para luego volver definitivamente al país americano), comienza a validar su título de psicóloga en América. A pesar de todas estas idas y vueltas, Weiss logra publicar en inglés, en 1935, un artículo que hace referencia explícita a un caso de autismo (como ya indiqué, sin emplear la palabra autismo). ¿De qué manera, en medio de todas estas desventuras de exiliada, Weiss habría podido inventar una nueva patología psiquiátrica en solo algunos meses? Evidentemente, la clínica de Lazar conocía este tipo de patología.

Detengámonos un instante en el artículo de Annie Weiss publicado en 1935 en Estados Unidos. Su publicación trata de un caso de autismo típico, mismo si ella no utiliza la palabra autismo como tal. Si conservamos el orden de prioridades, como lo hemos hecho en nuestro título refiriéndonos al “primer hombre”, no podríamos decir que Weiss haya sido la primera mujer, ya que, como sabemos, otra mujer, Melanie Klein, ya había publicado un caso similar en 1930, el famoso “caso Dick” (Klein, 1978). Pero eso no es todo: si somos aún más estrictos, la primera autora en publicar casos de autismo, referido a la psicosis, pero describiendo la presentación clínica original como tal, ha sido la rusa G.E. Sukhareva, quien en 1927 publica «*Die schizoide Psychopathien im Kindesalter*» (Sukhareva, 1926).

Como lo destaca Silberman (Silberman, 2015), Sukhareva se interesó en esos casos peculiares que se parecen a una esquizofrenia precoz, salvo que a la diferencia de lo que ocurre con la esquizofrenia de los adultos, no solo estos casos no empeoran con el tiempo sino que incluso llegar a estabilizarse y mejorar drásticamente con el avance de la edad. El caso de Sukhareva merecería una investigación completa, ya que se trata



Grunya Efimovna Sukhareva (1891-1981)

sin ninguna duda de los primeros casos de autismo “de tipo Asperger” (o de “tipo Sukhareva”) de la historia: se trata en realidad de dos artículos adonde se describen, por un lado seis casos de autismo en niños y, por el otro, cinco casos de niñas, también de tipo “Asperger”. Es bastante probable que Asperger haya conocido los artículos de Sukhareva, puesto que la psiquiatra rusa publicaba en alemán.

Volvamos entonces a Annie Weiss. Su artículo publicado en 1935 describe el caso de un niño, Gottfried, hospitalizado en la clínica de Lazar, donde ya trabajaba Asperger. El caso corresponde perfectamente a las posteriores descripciones clínicas hechas por Asperger: el niño se entiende mejor con los adultos que con sus padres, es muy preciso sobre todo en lo que respecta al lenguaje, presta una exagerada atención a detalles que para otros pasan desapercibidos (cuando se le pide escribir sobre una hoja observa, por ejemplo, que la hoja contiene una arruga, etc.); se detiene en la significación de cada palabra sin poder tener una visión global, social; en una simple actividad de asociación de ideas o imágenes, «*G. is not able to escape from his logical attitude*», e incluso «*He can recognize the facts, but cannot invent what may lie between them*» (Weiss), etc.

Teniendo en cuenta este contexto, ¿cómo habría podido hacer Asperger, joven médico que solo comenzaba a trabajar en la clínica en 1932 a los 25 años, para acuñar el concepto de autismo? Parece evidente que el concepto clínico existía en ese hospital vienés, y que había sido importado, probablemente, a partir de la experiencia bleuleriana. De 1932, año de la muerte de Lazar, a 1937, fecha de la partida de Frankl de Europa, el grupo de la clínica tuvo tiempo para compartir los mismos centros de interés y, sobre todo, un mismo vocabulario.

Leo Kanner

Pasemos ahora del otro lado del Atlántico: Kanner publica en 1943 su conocido artículo sobre once casos de autismo. El primer caso es el famoso caso “Donald”, es decir Donald Triplett, el primer caso diagnosticado de autismo (Triplett aún está vivo, domiciliado en Mississippi). Donald fue seguido durante dos semanas por Frankl, lo que está mencionado por Kanner en su artículo original. El famoso texto de Kanner comienza de esta manera “Since 1938, there have come to our attention a number of children whose condition di-

ffers so markedly...” (“Desde 1938, nos han llamado la atención una serie de niños cuya condición difiere tan marcadamente...”), ¿por qué citar esa fecha desde el comienzo del artículo? ¿Qué ocurre en 1938 y por qué emplear la fórmula “our attention”? ¿A quién engloba el “nosotros” del comienzo de la frase?

Sabemos que éste tipo de expresión, denominada plural de modestia³, es frecuente en los textos científicos, y que el “nosotros” puede remplazar el “yo”, la primera persona del singular. Este particular empleo de la primera persona del plural se asocia típicamente con textos académicos y científicos. Pero la coexistencia en el artículo *princeps* sobre el autismo del “nosotros”, expresada en el posesivo “our attention”, y la fecha 1938, puede muy difícilmente no hacernos pensar en Georg Frankl. Sobre todo porque el año 1938 vuelve bajo la pluma de Kanner en su famoso artículo de esta manera: “En la consulta en el Harriet Lane Home en octubre de 1938, Donald se encontraba en buen estado somático. La observación inicial y un estudio que duró dos semanas llevado a cabo por los doctores Eugenia S. Cameron y Georg Frankl (...)”. De más está



Leo Kanner (1894-1981)

3. El plural de modestia es un artificio retórico que consiste en utilizar un nosotros que encubre un yo. La primera persona singular se convierte en plural para que el individuo responsable de aseveraciones, juicios, propuestas, etc., pase a un segundo plano y quede oculto tras una pluralidad ficticia. Se trata de dar un paso atrás lingüísticamente para no atribuirse demasiada importancia a uno mismo.

decir que muy probablemente se trate de la descripción de Frankl, sobre todo porque, como se supo luego, Kanner insistió para que el editor de *Nervous Child* publicara el texto de Frankl sobre los trastornos afectivos en los niños en el mismo número que su artículo sobre los once casos de autismo. Por otro lado, en la historia clínica de Donald Triplett no figura la palabra “autismo” en las primeras consultas realizadas por Kanner, y éste “no parecía estar seguro de cual fuese la patología del niño” (Robison, 2017). Es más, como lo indica Robison, la llegada de Frankl y su evaluación del caso “Donald”, permitirá a Kanner pensar en el mismo diagnóstico (autismo) a propósito de otros casos que había visto desde 1935 (por ejemplo, el “caso 8 Alfred L. Entonces, Frankl envía un manuscrito a la revista *Nervous Child* sobre los trastornos del “contacto afectivo”, texto que la revista publicará en 1943, con el título “Language and Affective Contact” (Frankl, 1943), en el mismo número en que publica su célebre artículo Kanner.

Lo importante para Frankl es la dificultad del contacto afectivo. Aquí es donde la observación de Muratori (Muratori et al., 2020) gana en pertinencia. No se trata solo de tipos clínicos diferentes, ya que por ejemplo habría que separar de manera neta el tipo Asperger del tipo Kanner, sino más bien de constatar que es lo que estos tipos clínicos tendrían en común. Lo que tienen de diferente debería ser bastante claro: el autismo de tipo Kanner (o “prototípico”, como diría L. Mottron (Mottron, 2016)) es aquel en el que hay un retraso del lenguaje; el tipo “Asperger” es aquel en el que no solo no hay retraso del lenguaje sino que además el niño, muy pronto, presenta una gran destreza lingüística, pudiendo frecuentemente hablar a los 5 o 6 años de edad con más vocabulario que muchos adultos. ¿Y qué es lo que estos dos tipos clínicos tendrían en común? El presentar una dificultad o una diferencia importante en lo que respecta a la comunicación social o, mejor dicho, en la esfera de la “cognición social” (Tomasello, 1999). ¿Y de qué se trata en esta famosa cognición social sino de lo que podemos vislumbrar como una manera diferente de tener un contacto afectivo? Es decir que el lazo con el otro o con los otros es diferente a la manera “normo típica” que conocemos. En todo caso, si quisiéramos reconstruir la migración del término autismo con la significación que le atribuimos hoy, es bastante probable que haya comenzado en Viena, en el contexto de la clínica de Lazar, y emigrado a Baltimore con Frankl, independientemente de que Kanner haya conocido la palabra “autismo” en la terminología de Bleuler.

Último enigma

Quedaría por resolver un último enigma, y se trata de un enigma editorial. ¿Por qué ambos autores publicaron sus textos respectivos con solo unos meses de intervalo? Si ambos conocían desde mucho tiempo antes este tipo de patología, ¿cómo explicar esta coincidencia editorial? Lamentablemente no tenemos conocimiento de otros archivos que puedan ayudarnos a obtener un principio de respuesta al enigma. Sin embargo, no habría que olvidar que solo se conoce por diferencia: no solo ambos autores publican casi al mismo tiempo en dos partes muy distantes del globo, sino que además (y sobre todo) publican acerca de patologías autísticas bien diferentes. Si Frankl conocía el autismo de tipo “Asperger”, es decir sin déficit en la adquisición del lenguaje, ¿cómo pudo ver en “Donald”, por ejemplo, un típico caso de autismo (de Asperger)? Si tomamos como caso paradigmático de autismo a la vienés el caso “Gottfried” descrito en 1935 por Annie Weiss, ¿qué relación tendría con el caótico y casi mudo “Donald”, en la época en que Frankl lo conoce? Evidentemente, no tenemos una respuesta inmediata, pero todos los proyectores se dirigen de nuevo a Frankl: en los dos casos se trata sobre todo de una particularidad o una dificultad en el “contacto afectivo” (o en la “cognición social”), lo que reuniría todos estos tipos clínicos bajo un mismo espectro; tal es la concepción del autismo hoy día.

Conclusión

La historia del nacimiento del concepto de autismo aún no se terminó de escribir. Demasiada casualidad, difícil de desmentir, presentaban el descubrimiento de dos entidades similares, que hoy forman un espectro y un mismo concepto clínico, en dos partes completamente distantes del globo, pero casi al mismo tiempo. Muy recientemente, varios investigadores han echado una luz sobre el rol fundamental jugado por Georg Frankl y, en cierto modo, han situado así la génesis del autismo en torno de la Viena de los años 1930, quizá a partir del genio clínico de Erwin Lazar. Simultáneamente, podemos afirmar, sin ninguna duda, que los primeros casos de trastornos autísticos fueron descritos en Moscú, en los años 1920, por la médica rusa Sukhareva.

Conflictos de intereses: *el autor declara no tener conflictos de intereses.*

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fifth Edition. American Psychiatric Press.
- Asperger, H. (1944). Die Autistischen 'Psychopathen' im Kindesalter? *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76-136.
- Dluzak, S. (2019) The forgotten pioneers: the life and work on Anni Weiss and Georg Frankl. <https://www.researchgate.net/publication/337935440>
- Frankl, G. (1934) Befehlen und Gehorchen. *Zeitschrift für Kinderforschung*, 42: 463-479; 43: 1-21.
- Frankl, G. (1943). Language and affective contact. *Nerv Child*, 2:251-262.
- ICD-10. (2005). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. World Health Organization.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Klein, M. (1978). L'importance de la formation du symbole dans le développement du moi. En *Essais de Psychanalyse*. Paris: Payot (*The Importance of Symbol-Formation in the Development of the Ego* 1930).
- Mottron, L. (2016). *L'intervention précoce pour enfants autistes. Nouveaux principes pour soutenir une autre intelligence*. Mardaga.
- Muratori, F., Bizzari, V. (2019). *Alle origini dell'autismo. Il ruolo dimenticato di George Frankl*. Giovanni Fioriti Editori.
- Muratori, F., Calderoni, S., Bizzari, V. (2020). George Frankl: an undervalued voice in the history of autism. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 27 Aug 2020. <https://doi:10.1007/s00787-020-01622-4>
- Robison, J. E. (2017). Kanner, Asperger, and Frankl: A Third Man at the Genesis of the Autism Diagnosis. *Autism*, 21(7), 862-871. <https://doi:10.1177/1362361316654283>
- Silberman, S. (2015). *Neurotribes*. Allen & Unwin.
- Sukhareva, G. (1926). Die Schizoiden Psychopathien im Kindesalter. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 60: 235-61.
- Tomasello, M. (1999). *The cultural origins of human cognition*. Harvard University Press.
- Weiss, A. B. (1935). Qualitative Intelligence Testing as a Means of Diagnosis in the Examination of Psychopathic Children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 5(2), 154-179.

Epidemiología de la mortalidad por suicidio en la provincia de Buenos Aires, Argentina, 2001-2017

Epidemiology of suicide in Buenos Aires province, Argentina, 2001-2017

Ana Laura Barrio¹, Andrés Guillermo Bolzan², Daniela Noemí Obando³, Juan Ignacio Irassar⁴

Resumen

El suicidio es una de las principales causas de mortalidad entre los adolescentes y jóvenes en casi todo el mundo. El objetivo de este trabajo es describir la evolución histórica en la provincia de Buenos Aires a lo largo del período 2001-2017. El diseño fue descriptivo observacional retrospectivo sobre la mortalidad por lesiones auto infligidas. Los datos de mortalidad se obtuvieron de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Los datos de mortalidad analizados fueron los relativos a las lesiones autoinfligidas intencionalmente. A lo largo del período estudiado se produjeron 19.287 defunciones por suicidios en la provincia de Buenos Aires, con una tasa acumulada de 7,36 por 100 mil. El tipo de modalidad más frecuentemente fue el uso de un agente externo. Al relacionar las tasas de suicidio con el tamaño poblacional de las diferentes regiones sanitarias se observa que existe una relación inversa entre el tamaño poblacional y las tasas de mortalidad. La tasa global de defunciones muestra que tuvo variaciones: disminución de la tasa desde 2001 a 2009 (con un pico en 2003); crecimiento de 2010 a 2012 y nuevamente disminución desde 2013 hasta 2017.

Palabras clave: Suicidio - Epidemiología - Mortalidad.

Abstract

Suicide is one of the main causes of death among teenagers and young people around the world. The purpose of this work is to describe the historical evolution in the province of Buenos Aires over the period 2001-2017. The design was a retrospective observational description about mortality due to self-inflicted injuries. Mortality data was obtained from the Direction of Statistics and Information in Health (DEIS) of the Ministry of Health of the province of Buenos Aires. Mortality data analyzed was related to intentional self-inflicted injuries. Over the period studied, 19,287 suicide bombings were produced in the province of Buenos Aires, with an accumulated sum of 7.36 per 100 thousand. The type of mode most often used an external agent. Relating suicide cases to the population size of the different health regions, it is observed that there is an inverse relationship between the population size and mortality rates. There were global variations: rate reduction from 2001 to 2009 (with a peak in 2003); growth from 2010 to 2012 and again reduction from 2013 until 2017.

Keywords: Suicide - Epidemiology - Mortality.

RECIBIDO 29/10/2020 - ACEPTADO 29/12/2020

¹Lic. en Psicología. Maestranda en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud.

Cargo actual e institución: Investigadora. Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud, provincia de Buenos Aires, Argentina.

²Licenciado en Antropología, Maestrando en Efectividad Clínica y Sanitaria,

Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud, provincia de Buenos Aires, Argentina.

³Licenciada en Bioquímica. Residente de epidemiología, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Argentina.

⁴Licenciado en Bioquímica. Residente de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Autor de referencia:

Andrés Guillermo Bolzan

andresguillermobolzan@gmail.com

Lugar en que fue realizado el presente trabajo: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud, provincia de Buenos Aires, Argentina.

Introducción

El suicidio es una de las principales causas de mortalidad entre los adolescentes y jóvenes en casi todo el mundo. Junto a los homicidios y los accidentes, constituyen una de las causas de muerte clasificadas como violentas y consideradas evitables (Altieri, 2007). Puede definirse como el resultado de comportamientos autoinfligidos que tienen como intención la propia muerte (Gerstner et al., 2018). Si bien es difícil encontrar una definición universalmente aceptada de suicidio, para este estudio y en función de la información disponible, el fenómeno se analiza sólo considerando las muertes por suicidio, es decir, los actos consumados. Se trata de un problema de salud pública multideterminado que requiere un abordaje multidisciplinario. Los factores sociales, psicológicos, culturales y de otro tipo pueden interactuar para conducir a una persona a un comportamiento suicida (Organización Panamericana de la Salud, 2014a).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó en 2014 que alrededor de un millón de personas en el mundo mueren por suicidio cada año, es decir, el 1,4 % de las muertes a nivel mundial lo cual lo ubica entre las veinte principales causas de mortalidad. Además, indica que en la región de las Américas se producen alrededor de 65.000 defunciones anuales por suicidio y estimó una tasa de mortalidad ajustada por edad de 7,3 cada 100.000 habitantes en el periodo 2005-2009, lo que representa el 12,4% de las causas externas en dicha región. Según la OPS, la cifra ascendería a 1,5 millones de muertes por suicidio para el año 2020 (Organización Panamericana de la Salud, 2014b).

En un tercio de los países del mundo las tasas de suicidio han ido en aumento, y en la actualidad representa según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la segunda causa de defunción, luego de los accidentes, en el grupo etario de 15 a 29 años (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Según un estudio sobre suicidio realizado en la población adolescente (15 -19 años) y joven (20 a 24 años) de Argentina en el período 1999-2007 la tasa promedio de suicidio en la población de 15 a 24 años es de 10,7 cada 100.000 habitantes (Sola, 2011). La evolución de las tasas de mortalidad por suicidios en la Argentina entre los años 1988 y 2008 fue estable, aunque es interesante señalar que experimentó un aumento durante la crisis socio-económica de fines de la década del '90 y comienzos de la del 2000, superando las 8 muertes cada 100.000 habitantes en los años 2001, 2002 y 2003. En el período descrito se registró, además, un cambio en el perfil etario, disminuyendo

la incidencia en mayores de 55 años y aumentando la de jóvenes entre 15 y 34 años (Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, 2010). Diferentes informes han mostrado que dicho perfil se mantiene y que las tasas de suicidio siguen aumentando (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2019).

Las muertes por suicidio son prevenibles en tanto se cuente con información adecuada sobre los factores intervinientes, y puedan elaborarse políticas de prevención oportunas.

Dada la importancia a nivel mundial, regional y nacional del suicidio como problema de salud pública, así como la escasez de artículos académicos publicados con datos de la provincia de Buenos Aires, se ha considerado que el presente trabajo resulta una contribución al conocimiento de la problemática en dicha provincia.

El objetivo de este trabajo es describir la evolución histórica del suicidio en relación a la edad, el sexo y la modalidad empleada en la provincia de Buenos Aires a lo largo del período 2001-2017.

Métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo observacional retrospectivo sobre la mortalidad por lesiones autoinfligidas de la población general en el período 2001-2017 en la provincia de Buenos Aires.

Los datos de mortalidad se obtuvieron de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Los datos de mortalidad analizados fueron los relativos a las lesiones autoinfligidas intencionalmente, CIE-10: X600; X700, y X800-849, según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, a saber:

- CIE X600: causas cuya modalidad es la *intervención de un agente invasivo* para lograr la defunción (envenenamiento autoinfligido intencionalmente por y exposición a analgésicos no narcóticos, anti-piréticos y antirreumáticos)
- CIE X700: causas cuya modalidad es la *intervención de un agente externo* para lograr la defunción (lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento o estrangulamiento, sofocación, uso de arma de fuego o de arma blanca).
- CIE X800-849: causas cuya modalidad es la *no intervención de un agente externo* para lograr la defunción (lesión autoinfligida intencionalmente al saltar de un lugar elevado).

Se calcularon las tasas de mortalidad por suicidio acumuladas de la serie histórica 2001-2017, así como por año y por sexo desagregando en los tres grandes grupos de causas de suicidio mencionadas. Dichas tasas se calcularon en base a las poblaciones totales de la provincia según el año especificado y, cuando se calcularon acumulados, se procedió a la sumatoria de las poblaciones del período.

La razón de tasas fue considerada para comparar entre sexos y entre grupo de causas. Para los cálculos de tasas, se emplearon como denominadores los datos de población de los censos 2001 y 2010, y las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la República Argentina.

Se calcularon las tasas de mortalidad acumuladas, así como las poblaciones acumuladas para cada región sanitaria de la provincia de Buenos Aires para el período 2001-2017.

Resultados

Las *tablas 1 a 5* muestran la distribución de las defunciones y sus respectivas tasas según año, edad, sexo y modalidad de la serie histórica 2001-2017, en tanto que las *figuras 1 y 2* ilustran las tasas de mortalidad acumuladas según edad y región sanitaria.

A lo largo del período estudiado se produjeron 19.287 defunciones por suicidios en la provincia de Buenos Aires, con una tasa acumulada de 7,36 cada 100 mil habitantes (*tabla 1*). Del año 2001 al año 2009 la tasa de defunciones se redujo hasta alcanzar un valor mínimo de 5,94, lo que significó una reducción del 27% en ese período. Desde 2009 hasta 2012 dicha tasa se incrementó hasta alcanzar 8,40, lo que supuso un aumento del 29,28%. Finalmente, se observa una nueva reducción de la tasa en el período 2013 - 2017, cayendo a 6,92 cada 100.000 habitantes. Esto significó una reducción del 17,61% respecto del año 2012.

El tipo de modalidad más frecuentemente usada en toda la serie fue el uso de un agente externo (ahorcamiento, uso de arma de fuego o arma blanca), seguida de la no intervención de un agente externo (salto al vacío).

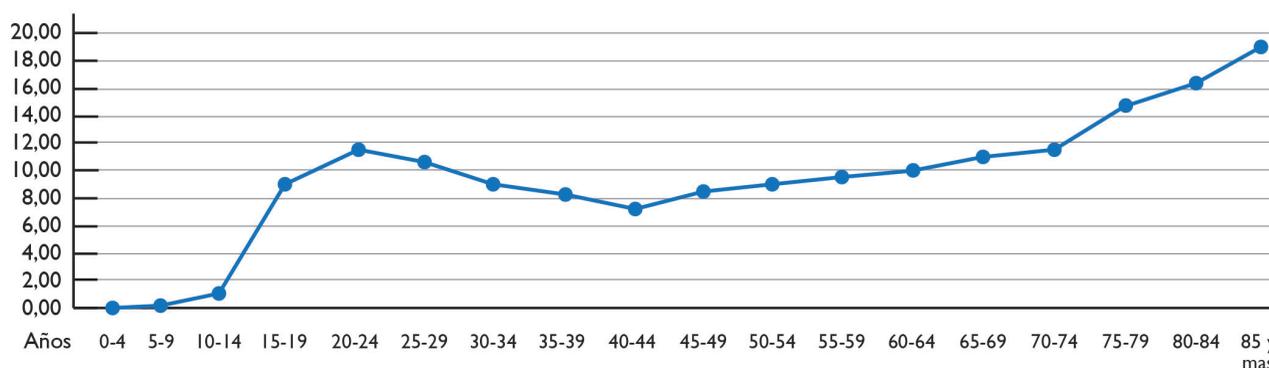
De los 19.264 suicidios donde constaba el dato de sexo (99,8% de los certificados de defunción) el 80,4% fueron varones y el resto mujeres (*tabla 2*), es decir que por cada muerte femenina, hubo 4 masculinas. La tasa de mortalidad por suicidios masculina fue 4 veces superior a la femenina: 2,8 cada 100.000 mujeres contra 12 cada 100.000 varones.

El uso de un agente externo resultó la modalidad de suicidio general más frecuente, mostrando tasas casi 5 veces mayores en varones respecto de las mujeres (*tabla 3*). Las tasas de suicidio por uso de agente invasivo (envenenamiento) fue similar entre ambos sexos.

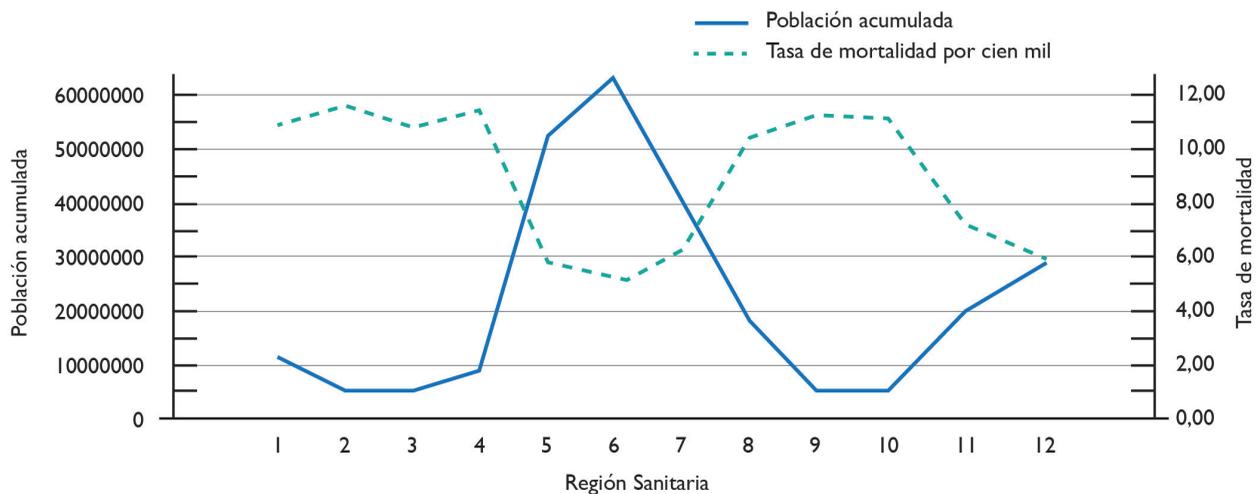
Al analizar el porcentaje que cada modalidad representa dentro del total de suicidios para cada sexo (*tabla 4*) se puede obtener un tipo de información diferente al dado por las tasas; que expresan la relación entre el número de óbitos por causa sobre el total de habitantes por sexo. De cada 100 suicidios en varones, 93 fueron por uso de un agente externo (ahorcamiento, uso de arma de fuego o arma blanca); mientras que esa cifra es de 83 en mujeres. En relación al uso de agente invasivo y la no intervención de un agente externo, vemos que entre las mujeres estas modalidades presentan mayores porcentajes que entre los varones.

La curva de tasa de mortalidad por suicidio acumulada, según edad (*figura 1*), refleja una concentración del evento en los grupos de edad de 10 a 24 años, llegando a una tasa de 11,8 cada 100.000 habitantes en el grupo de 20-24 años. Otro grupo en el que se observa una concentración en la tasa de suicidio es el de personas de 70 años o más, presentando una tasa de 20 por 100.000 en los mayores de 75 años.

Figura 1. Tasa de mortalidad por suicidios (por 100.000 habitantes) según la edad. Acumulado. Provincia de Buenos Aires. Serie histórica 2001-2017



Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Figura 2. Tasa de mortalidad según Región Sanitaria. Provincia de Buenos Aires. Acumulado serie histórica 2001-2017

Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Tabla 1. Distribución de las defunciones absolutas y tasas por suicidios (cada 100.000 habitantes) según modalidad, por año y acumulado. Provincia de Buenos Aires. Serie histórica 2001-2017

Año	Defunciones				Tasas por cien mil habitantes			
	Uso de agente externo	Uso de agente invasivo	Sin agente	Total	Global	Uso de agente externo	Uso de agente invasivo	Sin agente
2001	1020	23	110	1153	8,14	7,20	0,16	0,78
2002	978	20	116	1114	7,80	6,84	0,14	0,81
2003	1143	25	117	1285	8,92	7,93	0,17	0,81
2004	1067	20	83	1170	8,05	7,34	0,14	0,57
2005	1039	12	111	1162	7,93	7,09	0,08	0,76
2006	1040	28	65	1133	7,66	7,03	0,19	0,44
2007	937	17	62	1016	6,84	6,31	0,11	0,42
2008	884	18	103	1005	6,68	5,87	0,12	0,68
2009	819	12	71	902	5,94	5,39	0,08	0,47
2010	928	15	86	1029	6,60	5,95	0,10	0,55
2011	955	19	87	1061	6,79	6,11	0,12	0,56
2012	1230	14	68	1312	8,40	7,87	0,09	0,44
2013	1068	19	74	1161	7,13	6,56	0,12	0,45
2014	1121	19	72	1212	7,36	6,80	0,12	0,44
2015	1078	17	51	1146	6,88	6,47	0,10	0,31
2016	1155	25	69	1249	7,42	6,86	0,15	0,41
2017	1067	20	90	1177	6,92	6,27	0,12	0,53
Acumulado	17529	323	1435	19287	7,36	6,69	0,12	0,55

Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Tabla 2. Distribución de las defunciones por suicidios según sexo y tasa específica. Provincia de Buenos Aires. Serie histórica 2001-2017

Año	Varones	Tasa	Mujeres	Tasa	Razón de tasas
2001	915	13,20	238	3,2	4,0
2002	849	12,15	265	3,6	3,3
2003	1032	14,65	253	3,4	4,3
2004	960	13,52	210	2,8	4,8
2005	920	12,85	242	3,2	4,0
2006	921	12,75	211	2,8	4,5
2007	814	11,17	202	2,6	4,2
2008	808	10,99	195	2,5	4,3
2009	751	10,13	150	1,9	5,2
2010	806	10,50	220	2,7	3,8
2011	845	10,87	215	2,6	4,1
2012	1081	13,73	228	2,7	5,0
2013	935	11,73	225	2,7	4,3
2014	957	11,38	252	3,1	3,6
2015	922	11,30	224	2,6	4,3
2016	1018	12,34	229	2,6	4,6
2017	960	11,51	211	2,4	4,7
Acumulado	15494	12,01	3770	2,8	4,2

Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Al relacionar las tasas de suicidio con el tamaño poblacional de las diferentes regiones sanitarias (*tabla 5 y figura 2*), se observa que existe una relación inversa entre el tamaño poblacional y las tasas de mortalidad.

Discusión

El análisis de la tasa global de defunciones por suicidio en nuestro estudio muestra que tuvo variaciones en el periodo estudiado, definiendo tres sub-periodos: disminución de la tasa desde 2001 a 2009 (con un pico en 2003); crecimiento de 2010 a 2012 y nuevamente disminución desde 2013 hasta el último año de nuestro estudio, 2017. Como indica la *tabla 1* en los últimos diez años del periodo estudiado se alcanzaron valores algo superiores a los de la primera mitad de la serie. Sin embargo, el leve descenso registrado desde el año 2003 deja la tasa de mortalidad por suicidio al nivel de los valores iniciales (7,7 cada 100.000 habitantes en 1988 y 7,6 cada 100.000 en 2008) (*ver figura 2*). El

pico del año 2003, correspondiente a la tasa más alta hallada en todo el período 2001-2017 en la provincia de Buenos Aires, concuerda con lo reportado por el Ministerio de Salud de Nación en relación a que este año corresponde al período comprendido entre fines de los 90 y el año 2003, cuando Argentina estuvo signada por la crisis social y económica y donde se registraron las tasas más altas de suicidio a nivel nacional (Sistema de Vigilancia en Salud Mental y Adicciones Epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, 2019; Zeballos, 2003).

En relación a las defunciones según sexo, en la provincia de Buenos Aires se observó una desigual contribución al evento, destacándose la preponderancia del género masculino en la consumación de los suicidios con una regularidad que se encuentra presente en todo el período de estudio, 2001-2017. Ese patrón se observa también a nivel nacional (Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Trasmisibles, 2010; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2009; Sistema de Vigilancia en Salud Mental y Adicciones Epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, 2019), en el año 2008 la razón de tasas (hombre/mujeres) en Argentina fue de 4,12 (Sistema de Vigilancia en Salud Mental y Adicciones Epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, 2019); en otros países en diferentes épocas (Gerstner et al., 2018), así como a nivel mundial con tasas de suicidio entre hombres 3,5 veces mayor que la de las mujeres (Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Trasmisibles, 2010; Sistema de Vigilancia en Salud Mental y Adicciones Epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, 2019). Esta tendencia es compartida por la mayor parte del mundo a excepción de China, donde las tasas de suicidios en mujeres son superiores a las de hombres (Banco Mundial, 2019). Algunos autores, que analizan el fenómeno de la preponderancia masculina en los suicidios desde una perspectiva de género, refieren que la diferencia se explica en parte, y para ciertas causas de suicidio, por el rol que se espera cumpla el varón. Algunas de estas causas son visibles, como ocurre con las adicciones, en las que el consumo de alcohol y drogas es mayor en el caso de los hombres; o en el de la violencia-suicida, como en el caso del suicidio terrorista o el que tiene lugar después de episodios de violencia de género. Otras causas son menos aparentes como la de no poder cumplir con su función de proveedores o el sentimiento de desamparo y la depresión a las que los hombres se enfrentan con dificultad al tener más problemas para pedir ayuda o demostrar sus emociones (Rosado Millán et al., 2014).

Tabla 3. Distribución de las tasas de mortalidad (cada 100 mil habitantes) por suicidios según sexo y modalidad. Provincia de Buenos Aires, 2001-2017

Año	Varones			Mujeres			Razón de tasas		
	Uso de agente externo	Uso de agente invasivo	Sin agente	Uso de agente externo	Uso de agente invasivo	Sin agente	Uso de agente externo	Uso de agente invasivo	Sin agente
2001	12,07	0,16	0,97	2,53	0,17	0,59	4,8	1,0	1,6
2002	10,90	0,11	1,13	2,96	0,16	0,51	3,7	0,7	2,2
2003	13,28	0,18	1,18	2,81	0,16	0,46	4,7	1,1	2,6
2004	12,59	0,14	0,79	2,33	0,13	0,36	5,4	1,0	2,2
2005	11,77	0,08	0,99	2,62	0,08	0,53	4,5	1,0	1,9
2006	12,01	0,22	0,53	2,30	0,16	0,36	5,4	1,0	2,2
2007	10,50	0,11	0,56	2,27	0,12	0,28	4,6	0,9	2,0
2008	9,93	0,14	0,93	2,01	0,11	0,46	4,9	1,3	2,0
2009	9,42	0,09	0,62	1,59	0,07	0,31	5,9	1,4	2,0
2010	9,78	0,08	0,64	2,17	0,11	0,46	4,5	0,7	1,4
2011	9,93	0,13	0,81	2,24	0,11	0,30	4,4	1,2	2,7
2012	13,06	0,10	0,57	2,42	0,07	0,28	5,4	1,4	2,0
2013	11,02	0,09	0,63	2,27	0,14	0,29	4,8	0,6	2,2
2014	10,63	0,11	0,64	2,78	0,12	0,22	3,8	0,9	2,9
2015	10,85	0,10	0,36	2,27	0,11	0,26	4,8	0,9	1,4
2016	11,68	0,11	0,55	2,20	0,19	0,28	5,3	0,6	2,0
2017	10,65	0,10	0,77	2,03	0,14	0,27	5,2	0,7	2,9
Acumulado	11,16	0,12	0,74	2,33	0,13	0,36	4,8	0,9	2,0

Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

La diferencia en la proporción de suicidios según sexo debe ser observada con precaución ya que podría estar asociada a la “paradoja del suicidio” (Canetto, y Sakinofsky, 1998); es decir, los hombres tienen un mayor riesgo de cometer suicidio que las mujeres, pero las mujeres cometen más intentos suicidas. Ejemplo de ello, un estudio realizado en la ciudad de Bahía Blanca donde se observó una alta preponderancia femenina en los intentos de suicidio por intoxicación medicamentosa (Bufonea et al., 2018).

A su vez, la paradoja del suicidio nos lleva a pensar en el sub-registro que existe normalmente respecto de los intentos suicidas; la denuncia de los intentos suicidas varía entre los países y en la mayoría de los casos no hay información disponible y confiable, por la falta de un apropiado sistema de vigilancia. En Argentina, el Sistema de Vigilancia de Lesiones registró, entre 2007 y 2009, 1.179 lesiones autoinfligidas (intentos de suicidio o suicidios consumados) de los cuales solo el 2% fueron suicidios consumados, es decir alrededor

de 48 intentos de suicidio por cada suicidio registrado (Sistema de Vigilancia en Salud Mental y Adicciones Epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, 2019). No solamente los suicidios consumados sino también la vigilancia de los intentos suicidas se convierten así en un tema de importancia para la salud pública.

En relación con la modalidad empleada para la consumación del suicidio, siguiendo nuestros resultados, el uso de un agente externo (ahorcamiento, uso de arma de fuego o arma blanca) resultó la modalidad más frecuente, para todos los grupos de edad, en toda la serie histórica estudiada. Según el Boletín de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo (Sola, 2011), los principales mecanismos utilizados para cometer suicidio han sufrido variaciones importantes entre los años 1988-2008, creciendo notablemente el recurso del ahorcamiento o la sofocación. Si en 1988 sólo 1 de cada 4 suicidios era por ese medio, en 2008 la proporción era 2 de cada 3. Serfaty y colegas (Serfaty et al., 2004), quienes analizaron

Tabla 4. Distribución porcentual de la modalidad de suicidio según sexo y año. Provincia de Buenos Aires. 2001-2017

Año	Varones			Mujeres		
	Uso de agente externo	Uso de agente invasivo	Sin agente	Uso de agente externo	Uso de agente invasivo	Sin agente
2001	91,5%	1,2%	7,3%	76,9%	5,0%	18,1%
2002	89,8%	0,9%	9,3%	81,5%	4,5%	14,0%
2003	90,7%	1,3%	8,0%	81,8%	4,7%	13,4%
2004	93,1%	1,0%	5,8%	82,4%	4,8%	12,9%
2005	91,6%	0,7%	7,7%	81,0%	2,5%	16,5%
2006	94,1%	1,7%	4,1%	81,5%	5,7%	12,8%
2007	94,0%	1,0%	5,0%	85,1%	4,5%	10,4%
2008	90,3%	1,2%	8,4%	77,9%	4,1%	17,9%
2009	92,9%	0,9%	6,1%	80,7%	3,3%	16,0%
2010	93,2%	0,7%	6,1%	79,1%	4,1%	16,8%
2011	91,4%	1,2%	7,5%	84,7%	4,2%	11,2%
2012	95,1%	0,7%	4,2%	87,3%	2,6%	10,1%
2013	93,9%	0,7%	5,3%	84,0%	5,3%	10,7%
2014	93,4%	0,9%	5,6%	88,9%	4,0%	7,1%
2015	96,0%	0,9%	3,1%	86,2%	4,0%	9,8%
2016	94,7%	0,9%	4,4%	82,5%	7,0%	10,5%
2017	92,5%	0,8%	6,7%	83,4%	5,7%	10,9%
Total	92,9%	1,0%	6,1%	82,7%	4,5%	12,8%

Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Tabla 5. Distribución de las defunciones por suicidio según región sanitaria y agrupamiento. Acumulado 2001-2017. Tasas por cien mil habitantes

Región	Uso de agente externo	Uso de agente invasivo	Sin agente	Total defunciones	Poblaciones acumuladas	Tasa acumulada
1	1078	39	143	1260	11269803	11,18
2	468	18	25	511	4441624	11,50
3	426	7	34	467	4309956	10,84
4	989	16	57	1062	9494547	11,19
5	2851	44	218	3113	53089828	5,86
6	3117	27	286	3430	63642750	5,39
7	2253	33	195	2481	39616038,2	6,26
8	1961	66	170	2197	19445661	11,30
9	565	10	28	603	5300902	11,38
10	573	10	32	615	5480496	11,22
11	1278	24	87	1389	19863661	6,99
12	1435	21	117	1573	27519476	5,72

Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

la mortalidad por suicidio de adolescentes y jóvenes ocurrida en el país entre los años 1991 y 2000 también encontraron que las formas de suicidio más frecuentes fueron el ahorcamiento y el disparo por arma de fuego, seguidas por el envenenamiento. En otros países de América tales como México (Dávila-Cervantes, 2019), también se ha hallado el ahorcamiento como método de autoeliminación más frecuente.

La modalidad empleada según el sexo podría contribuir a la diferencia entre las tasas totales de suicidio de varones y mujeres. Algunas investigaciones atribuyen estas diferencias al uso de métodos más efectivos por parte de los varones, como el ahorcamiento o los disparos, mientras que las mujeres suelen escoger métodos menos efectivos como intoxicaciones con medicamentos (Ahn et al., 2012; Canetto, y Sakinofsky, 1998; Sola, 2011). En nuestro estudio se refleja ese patrón, la modalidad "lesión autoinfligida por intervención de un agente externo" (que incluye ahorcamiento y disparo por arma de fuego) resultó una modalidad más frecuente entre los casos de suicidio de varones, que entre las mujeres. La proporción de suicidios por intervención de un agente invasivo (que incluye envenenamientos) mostró importancia para el sexo femenino. Es interesante mencionar aquí el patrón encontrado en Ecuador donde se invierte la paradoja del suicidio en el grupo de jóvenes debido a que las mujeres en zonas rurales tienen mayor acceso a pesticidas, los cuales como agente de envenenamiento resulta un método altamente efectivo (Gerstner et al., 2018).

Al analizar la tendencia acumulada en el periodo estudiado para las distintas edades, se encuentra un pico para las edades adolescentes entre 15 y 24 años. Esto concuerda con la vasta bibliografía sobre la problemática de suicidio en la etapa adolescente en nuestro país y a nivel mundial. En la Argentina, el suicidio adolescente es la segunda causa de muerte en la adolescencia después de las lesiones de tránsito: en el año 2005 el suicidio fue la segunda causa de muerte en los adolescentes de 15 a 24 años a nivel nacional (Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Trasmisibles, 2010; Sistema de Vigilancia en Salud Mental y Adicciones Epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, 2019). El relevamiento de datos mostró que hubo un aumento de las tasas en las últimas décadas en el país entre las y los adolescentes de 15 a 19 años. En términos de magnitud, el fenómeno se presenta con mayor frecuencia en los varones (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2019; Serfaty et al., 2004; Sola, 2011). A su vez, se ve que en la población mayor a 75 años la tasa de suicidios es la más elevada

con respecto a las demás edades. Según el informe de OPS (Organización Panamericana de la Salud, 2014b) las personas de 70 años o mayores presentaban una tasa de suicidio de 12,4 por 100.000, la más elevada entre los diferentes grupos de edad en las Américas. El perfil hallado en nuestro estudio, donde los adultos mayores representan un grupo con alto riesgo para el suicidio es compartido por otros países y también otras épocas (Crestani et al., 2019; Shulman, 1978).

Por último, cuando analizamos la relación de las tasas de suicidio con el tamaño poblacional de las diferentes regiones sanitarias, observamos que existe una relación inversa entre el tamaño poblacional y las tasas de mortalidad. Esto concuerda con algunos artículos que encontraron una relación similar. Solá (Sola, 2011), al estudiar la sociodemográfica del suicidio en la población adolescente y joven en Argentina en el período 1997-2007, refiere que se observó una relación epidemiológica inversa: a menor densidad de población, mayores fueron las tasas de suicidio. Por otro lado, un estudio de UNICEF que analiza la situación en Argentina del suicidio adolescente (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2019), da cuenta de este fenómeno señalando que las poblaciones más grandes del país muestran la mayor cantidad de suicidios (peso absoluto), pero el peso relativo muestra que hay algunos departamentos con poca población en los que los suicidios adolescentes son una realidad cercana. Al analizar las tasas de mortalidad específica por suicidio, los autores encuentran que son más elevadas en algunos municipios pequeños. El ejemplo de la provincia de Jujuy es representativo: la tasa de suicidio adolescente provincial fue de 14,2 cada 100.000 adolescentes para el período 2001 - 2010, mientras que el departamento de Humahuaca alcanzó 36,8 cada 100.000 y Yavi 33,6 cada 100.000. Refieren así, como un hallazgo relevante de su trabajo, la importancia de localidades con menos habitantes en el análisis del fenómeno.

Conclusiones

En este estudio hemos hallado que los grupos con mayor riesgo de cometer suicidio son el grupo de adolescentes y, en particular, el de adultos mayores; que existe una preponderancia masculina para el evento, aunque se debe tener cuidado con el sub-registro de los intentos de suicidio, que podrían estar enmascarando el intento de suicidio de las mujeres como un importante problema de salud pública. También hallamos que el método más frecuentemente usado en todo el período fue el de uso de un agente externo y

que existe una relación inversa entre el tamaño poblacional y las tasas de suicidio. Creemos que toda esta información es valiosa para abordar adecuadamente la prevención del suicidio.

Por otro lado, llamamos a reflexionar acerca de la fiabilidad de los sistemas de certificación y notificación de los suicidios, así como acerca de la mejora de los sistemas de vigilancia que incluyan el intento de suicidio como evento de interés, en el sentido de aportar a la pertinencia de las estrategias de intervención.

La información epidemiológica de este artículo provee las bases para la implementación de acciones tendiente a prevenir el suicidio y la promoción de la atención integral de esta problemática.

Agradecimientos

Al personal de la Dirección de Información Sistemática del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, que consolida la información de las defunciones en sistemas analizables y al equipo de la Dirección de Epidemiología del mismo Ministerio, que monitorea diariamente los eventos de notificación obligatoria e indirectamente posibilita este tipo de estudios.

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Referencias bibliográficas

Ahn, M. E., Park, S., Ha, K., Choi S. O., Jin Pyo Honga, J. P. (2012). Gender ratio comparisons of the suicide rates and methods in Korea, Japan, Australia, and the United State. *Journal of Affective Disorders*, 142(1-3), 161-165.

Altieri, D. (2007). Mortalidad por suicidio en Argentina. Nivel, tendencia y diferenciales. En: C. Martínez (Edit.). *Introducción a la suicidología: teoría, investigación e intervenciones* (pp. 56-67). Lugar Editorial.

Banco Mundial. (2019, 7 de diciembre). Suicide mortality rate (per 100,000 female population - China). <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.SUIC.FE.P5?locations=CN&view=map>.

Bufonea, I., Dejtera, M., Fortunattia, M., García Elliota, F., Irazabala, C., Marliaa, R., Daiana, M., Parroua, M., Romanoa, M., Specialea, G., Agostin, G. (2018). Caracterización de la consulta por intoxicación medicamentosa en los adolescentes en el Hospital Municipal de Bahía Blanca, Buenos Aires. *Arch Argent Pediatr*, 116(4), 275-282. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n4a16.pdf>

Canetto, S. S., Sakinofsky, I. (1998). The Gender Paradox in Suicide. *Suicide Life-Threatening Behav*, 28(1), 1-23.

Crestani, C., Masotti, V., Corradi, N., Schirripa, M. L., Cecchi, R. (2019). Suicide in the elderly: a 37-years retrospective study. *Acta Biomed*, 90(1), 68-76. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i1.6312>

Dávila-Cervantes, C. A. (2019). Factores sociodemográficos asociados a la mortalidad por suicidios en México, 2012-2016. *Univ. Salud* 21(3): 235-239. <http://doi.org/10.22267/rus.192103.160>.

Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. (2010). Perfil epidemiológico del suicidio en la Argentina, 1988-2008. *Boletín de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo*, 2:57-78. http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/m_perfil-epidemiologico-suicidio-argentina.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *El suicidio en la adolescencia. La situación en la Argentina*. https://www.unicef.org/argentina/media/6326/file/Suicidio_adolescencia.pdf (06 de diciembre 2019).

Gerstner, R. M. F., Soriano, I., Sanhueza, A., Caffé, S., Kestel, D. (2018). Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Rev Panam Salud Pública* 42:e100. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.100>

Organización Mundial de la Salud. *Infografías. Suicidios: hechos y datos*. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/suicide-infographic-es.pdf?ua=1 (06 de diciembre 2019)

Organización Panamericana de la Salud. (2014a). Prevención del suicidio: un imperativo global. OPS, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=EC1ED-30BA31E38AB581EA08C73A77D76?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud. (2014b). Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. OPS. <https://www.paho.org/hq/dmdo-cuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>

Rosado Millán, M. J., García García, F., Alfeo Álvarez, J. C., Rodríguez Rosado, J. (2014). El suicidio masculino: una cuestión de género. *Prisma Social*, (13):433-491. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=353744532013>.

Serfaty, E., Andrade, V., Foglia, L., Masautis, A., Negri, G. (2004). Suicidio en adolescentes y jóvenes residentes en Argentina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 50(4): 281-288.

Shulman, K. (1978). Suicide and parasuicide in old age: a review. *Age and Ageing*, 7(4), 201-209. <https://doi.org/10.1093/ageing/7.4.201>

Sistema de Vigilancia en Salud Mental y Adicciones Epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación. *Perfil epidemiológico del suicidio en Argentina, algunas aproximaciones*. <http://www.fepra.org.ar/docs/salud-mental/suicidio.pdf> (06 de diciembre 2019).

Sola, M. (2011). Sociodemografía del suicidio en la población adolescente y joven en Argentina, 1997-2007. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(9):18-23. <http://www.rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen9/art-orig>

Zeballos, J. L. (2003). *Argentina: efectos sociosanitarios de la crisis 2001-2003*. Organización Panamericana de la Salud.

Características del insight en la esquizofrenia. Una revisión bibliográfica

The features of insight in schizophrenia, a bibliographic review

Daniel Sotelo¹, Verónica Grasso², Gabriela Meloni³

Resumen

El tratamiento de la esquizofrenia continúa siendo un enorme desafío. A pesar de los avances de las últimas décadas en fisiopatología, genética y terapéutica, los resultados generales en la evolución de los pacientes no parecen haber experimentado cambios tan significativos.

La cognición es particularmente importante, teniendo en cuenta que es determinante en la funcionalidad, y ésta, a su vez, en los rendimientos sociales, familiares, académicos y laborales. Dentro de las variables cognitivas se puede incluir la capacidad de insight, como una forma de auto reconocimiento, que va más allá de la conciencia de enfermedad. Como todas las funciones cognitivas, también se encuentra deteriorada en los pacientes y dificulta, quizás como ninguna otra, la adherencia al tratamiento, con la posibilidad de mala evolución, recaídas y peor pronóstico. El objetivo del presente trabajo es investigar, a través de una revisión bibliográfica, las características de insight en esta patología y cuál es su importancia en la clínica y pronóstica.

Palabras Clave: Esquizofrenia - Déficit cognitivo - Insight - Anosognosia - Metacognición.

Abstract

Treatment of schizophrenia remains a huge challenge. Despite advances in recent decades in pathophysiology, genetics, and therapeutics, overall outcomes in the evolution of patients do not appear to have undergone such significant changes. Cognition is particularly important, bearing in mind that it is a determining factor in functionality, and this, in turn, in social, family, academic and work performance. Cognitive variables may include the ability to Insight as a form of self-recognition that goes beyond disease awareness. Like all cognitive functions, it is also impaired in patients and hinders, perhaps like no other, adherence to treatment, with the possibility of poor evolution, relapses and worse prognosis. The objective of this paper is to investigate, through a literature review, the characteristics of Insight and what is its importance in the clinical and prognostic of schizophrenia.

Keywords: Schizophrenia - Cognitive deficit - Insight - Anosognosia - Metacognition.

RECIBIDO 12/11/2020 - ACEPTADO 7/1/2021

¹Médico Psiquiatra, Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba.

²Médica, Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba.

³Médica, Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba.

Autor de referencia:

Daniel Sotelo

danielsotelo@gmail.com

Introducción

La esquizofrenia es una enfermedad compleja, probablemente un síndrome que incluye varias entidades patológicas. Los síntomas psicóticos como las alucinaciones, los delirios y la desorganización del pensamiento, conducen al diagnóstico, pero generalmente están precedidos por disfunciones en la cognición, el afecto y la motivación. Estos aspectos de la esquizofrenia explican disminuciones sustanciales en el funcionamiento social y ocupacional y parecen ser determinantes primarios de la morbilidad a largo plazo (Carpenter, y Koenig, 2008; Loch, 2019).

El DSM 5 continúa definiendo la enfermedad a través de los síntomas positivos (alucinaciones, delirios o discurso desorganizado más otro síntoma del criterio A como conducta desorganizada o catatónica o síntomas negativos) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), sin embargo, esto no ocurrió siempre. Para Kraepelin, lo central era la declinación cognitiva que permitía diferenciarla de la enfermedad maniaco depresiva, que también presentaba síntomas psicóticos, pero tenía un curso diferente (Kraepelin, 2008). Bleuler la conceptualizó identificado como principales características a la ambivalencia, el autismo, el afecto incongruente y la alteración en las asociaciones, relegando a alucinaciones y delirios a la categoría de síntomas secundarios (Bleuler, 2011). En la actualidad, nuevamente, la sobredimensión de los síntomas positivos está siendo reconsiderada (Kahn, y Keefe, 2013; Loch, 2019), planteando un cambio conceptual de la esquizofrenia de un trastorno psicótico a uno cognitivo y negativo (Loch, 2019). Dentro de las variables que muestran rendimientos deficitarios, la disminución del insight puede ser considerado como parte del proceso general de deterioro en la cognición.

Metodología

Se utilizó como metodología la revisión bibliográfica a través de la búsqueda en libros y tratados de la especialidad y en los registros de Medline y SciELO, sin límite temporal. Se incluyeron artículos en inglés y español publicados en el periodo comprendido desde 1990 hasta la actualidad. Se utilizaron palabras clave y búsquedas combinadas de palabras que involucran características del insight y disminución del insight en esquizofrenia. Los términos de búsqueda que se utilizaron fueron esquizofrenia, déficit cognitivo, funcionalidad, insight, anosognosia y metacognición.

El insight como variable cognitiva en la esquizofrenia

Las alteraciones cognitivas en la esquizofrenia han sido subestimadas durante mucho tiempo (Mihaljević-Peleš et al., 2019). *“El foco en la psicosis como target principal para la investigación y tratamiento de este devastador trastorno ha oscurecido lo obvio: la esquizofrenia no es un trastorno psicótico primario, es un trastorno cognitivo”* (Kahn, y Keefe, 2013). La evidencia sostiene que los pacientes presentan un rendimiento inferior al de controles sanos en prácticamente todas las tareas cognitivas y neuropsicológicas (Fu et al., 2017; Green, y Harvey, 2014; Kahn, y Keefe, 2013; Walker et al., 2017). Este déficit cognitivo se asocia a los pobres resultados a nivel funcional, es decir rendimiento personal (trabajo, tareas de la casa, estudio), vida independiente e interacción social con familia y amigos. Hay suficientes datos que sustentan la asociación entre cognición y resultados comunitarios en la esquizofrenia (Bonilha et al., 2008), siendo la cognición uno de los más fuertes predictores de resultados positivos en la funcionalidad del paciente (Green, y Harvey, 2014). Además, este déficit explica mejor que otros aspectos de la enfermedad, como los síntomas positivos y negativos, esos bajos rendimientos (Bell, 2009; Keefe, y Fenton, 2007).

En la actualidad se considera a la falta o disminución de insight como parte de este déficit asociado a lesiones o disfunciones cerebrales (Lysaker, y Bell, 1994; Nair, 2014), probablemente vinculado a los lóbulos frontales y parietales (Smith et al., 2000; Thompson et al., 2001). Es decir, la disminución del insight es una falencia que forma parte del deterioro general de las funciones cognitivas (Ching Chen et al., 2005). La correlación entre estimaciones del insight con puntuaciones de tests cognitivos específicos como, por ejemplo, el *Wisconsin Sord Cartig Test (WCST)* o escalas de Coeficiente intelectual permiten relacionar este déficit particular con la disfunción cognitiva global (Cuesta et al., 2006).

Evolución del concepto de insight y definiciones

No se ha encontrado una palabra que traducida al español represente lo que implica el concepto y, por otra parte, no existe una única definición. Las primeras explicaciones lo limitaban a los cambios provocados por la patología mental. Según Aubrey Lewis, en su definición de 1934, es: “la correcta actitud hacia los cambios mórbidos en sí mismo y la comprensión de que la enfermedad es mental” (Lewis, 2004).

Para Jaspers es “el sentimiento de estar enfermo y cambiado, además de la capacidad de evaluar la naturaleza y la gravedad de la enfermedad” (Orfei et al., 2008), ligándolo también al proceso patológico.

La idea se fue ampliando y especificando, teniendo un punto de partida en la evaluación propia de la patología, la conciencia de enfermedad y la necesidad de tratamiento. Desde un inicio, buscando el reconocimiento del trastorno mental, la atribución de los síntomas a la enfermedad y el reconocimiento de que el tratamiento puede ser necesario (de Jong et al., 2019) hacia otras facetas como la conciencia sobre las consecuencias sociales de la enfermedad (McGorry, y McConville, 1999). Su significado ha progresado desde dimensiones como el reconocimiento de padecer una enfermedad mental, la adherencia al tratamiento y la habilidad de reconocer determinados eventos inusuales como anormales (Smith et al., 2000), hacia una forma más compleja de autoconocimiento. Esto, además de incluir la apreciación de los rasgos de personalidad propios y los de índole patológica, tiene en cuenta cómo estos afectan a las interacciones de la propia persona con el ambiente (Marková, y Berrios, 1992). La evolución del concepto, entonces, ha dejado de enfocarse en procesos individuales e introspectivos para incluir la interrelación del sujeto con su entorno.

Beck ha propuesto dos tipos o dimensiones, insight clínico e insight cognitivo. El insight clínico, centrado en el proceso patológico, puede, a su vez, tener características más intelectuales, donde el paciente puede repetir lo que se le dice, sin que necesariamente refleje una verdadera creencia o bien, características más emocionales que evidencian mayor capacidad introspectiva que posibilita una autoconciencia con capacidad de modificar su sistema de creencias disfuncionales. Luego, el cognitivo, que es la habilidad para reflexionar sobre sí mismo, comprendiendo la posibilidad de estar en un error, receptivo al feedback con los demás y sin exceso de confianza (Beck et al., 2004). De acuerdo a esta perspectiva, el insight es más que un camino que conduce al conocimiento de estar enfermo a través de funciones intelectuales o cognitivas, sino que, a su vez, es también un proceso que incluye variables emocionales y volitivas y que trascienden lo individual para incorporar la interrelación de la persona con el ambiente y aquellos que lo rodean.

De igual modo que otras áreas de la psicopatología, el insight ha evolucionado desde un concepto más bien categorial, es decir, que establece sólo su presencia o su ausencia, a otro más multidimensional y continuo

(David, 1990). Como tal, incluye otros aspectos que trascienden a la conexión con la psicopatología. “Es un constructo que resulta de las perspectivas del paciente, del medio y de los procesos de interacción entre ambos” (Marková, y Berrios, 1992).

Una de las maneras más aceptadas de definirlo es como *un subtipo de autoconocimiento relativo a la enfermedad y a las consecuencias de esta, en la relación de un paciente con el mundo* (Amador, y David, 2004).

El insight y la psicopatología

El deterioro del insight ha sido verificado y estudiado en muchas patologías, en las cuales juega un importante rol, entre ellas, trastorno bipolar, enfermedad de Alzheimer, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados (David et al., 2012; Marková et al., 2009). En este último caso, el DSM 5 incorporó un especificador de Insight para TOC, Trastornos dismórfico corporal y trastorno de acumulación, reconociendo su trascendencia en la evolución de los cuadros (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Asimismo, hay publicaciones sobre el tema en los trastornos depresivos (Lee et al., 2010), trastornos alimentarios (Konstantakopoulos et al., 2011), fobias específicas (Menzies et al., 1998), fobias sociales (Vigne et al., 2014), adicciones y trastornos de la personalidad (Konstantakopoulos, 2019).

El insight en la esquizofrenia

Si bien la afectación del insight ha sido descrita y estudiada en diversos ámbitos de la psicopatología, es particularmente en la esquizofrenia, donde acumula mayor desarrollo.

En relación a otros trastornos psiquiátricos, este déficit en esquizofrenia es más grave y más permanente (Pini et al., 2001). Entre estos pacientes, cifras que oscilan entre el 50 y el 80 % muestran un insight pobre o ausente sobre su condición patológica o sus manifestaciones clínicas (Amador et al., 1991; Pousa et al., 2017).

Cuando su enfoque era categorial, su presencia o ausencia determinaba si un fenómeno era psicopatológico o no. Desde ese punto de vista, no era posible transitar un episodio de psicosis con conciencia del mismo. Esta perspectiva también fue siendo progresivamente abandonada, debido justamente a las dificultades que implica un encuadre que no contempla situaciones intermedias o combinadas, tales como presencia de insight incompleto o su conservación en estados psicóticos. Aunque en estadios psicóticos es común su afectación y que los pacientes no reconozcan sus síntomas, también

existen pacientes con síntomas agudos y conservación del insight. Además, ante la remisión de estos síntomas, el insight no necesariamente mejora en todas sus facetas (McEvoy et al., 1989).

La observación de pacientes afectados de cuadros psiquiátricos graves que conservan, al menos en parte, la conciencia sobre ellos mismos y su proceso, condujo al desarrollo de la idea de diferencias de grado, es decir, una perspectiva de dimensión.

El insight puede estar presente en algunas áreas y ausente en otras. Si existe una ausencia completa, el paciente niega su patología, los cambios que pudiera provocar y la necesidad de tratamiento. Pero puede haber modalidades parciales que se expresan de diferente modo. Pacientes que admiten padecer una enfermedad mental o algún cambio, pero no reconocer como patológicas algunas experiencias (por ejemplo, alucinaciones) o atribuirlos a fenómenos delirantes. Pacientes que reconocen su patología o sus manifestaciones, pero no los cambios que como consecuencia de su enfermedad se producen en su entorno. Pacientes que reconocen parte de sus manifestaciones como patológicas, pero no todas o que reconocen sus síntomas en experiencias pasadas, pero no lo hacen mientras los experimentan. Y también al revés. No es extraño encontrar pacientes con esquizofrenia que nieguen estar enfermos pero que al mismo tiempo puedan admitir los beneficios que les ofrece la medicación (Amador et al., 1991). La atribución de los síntomas también constituye una alternativa intermedia de este proceso. Esto es, el argumento con el cual el paciente explica sus signos o síntomas (por ejemplo, atribuir una alucinación auditiva a un chip insertado en su cerebro, en vez de a la patología) (Amador et al., 1993).

En resumen, en esta compleja patología no es posible una simplificación de la conciencia que tienen los pacientes sobre las manifestaciones y sus derivados. El abandono del enfoque categorial, a todo o nada, permitió contemplar las diferentes posibilidades y matices que puede presentar esta característica altamente frecuente y erradicar la idea de que su presencia es incompatible con los episodios psicóticos.

Insight y asociación con otros síntomas

La determinación del vínculo del insight con otros dominios de la psicopatología de esta enfermedad es compleja. Se ha discutido sobre la pertenencia del déficit a alguno de las manifestaciones sintomáticas características de la esquizofrenia, pero esta dificultad que presentan los pacientes parece ser independiente de la psicopatología clásica (Joseph et al., 2015). Por

el contrario, hay correlación con la cognición total, el coeficiente intelectual, la memoria y las funciones ejecutivas (Aleman et al., 2006) apoyando, como se expresó, la noción del insight como parte de los rendimientos cognitivos. El pobre insight en esta patología evidencia un déficit cognitivo en los mecanismos de auto apreciación y se asocia significativamente con parámetros cognitivos: cognición total, memoria, y función ejecutiva (Nair et al., 2014).

La asociación con los síntomas positivos y negativos es controvertida. Algunos autores indican que no se asocia con la severidad de tales síntomas (Joseph et al., 2015), pero otros encuentran una interrelación entre ellos y sostienen que un mejor insight podría asociarse a síntomas positivos y negativos menos severos (Bora et al., 2007). Estudios que incluyen a pacientes con un primer episodio psicótico, han demostrado un mayor insight a lo largo del tiempo, y se ha visto relacionado en la mayoría de los casos, con una disminución concomitante de los síntomas positivos (Pascual et al., 2018). Es posible también su incidencia sobre otras manifestaciones de relevancia con importantes consecuencias. Un adecuado insight se ha relacionado con mayores síntomas depresivos y un mejor funcionamiento cognitivo (Cuesta, y Peralta, 1994; David et al., 1995; McEvoy et al., 1989; Pascual et al., 2018). El insight aumenta los síntomas depresivos (McEvoy et al., 2006; Mintz et al., 2003; Sabbag et al., 2012; Wiffen et al., 2010), así como el estigma (Lysaker et al., 2007) y el riesgo suicida (Sim et al., 2004). Esto puede deberse a que la ampliación de la conciencia de tener una enfermedad mental, puede provocar desesperanza y desesperación acerca de su impacto (Schwartz, y Smith, 2004).

Todas estas variables promueven un complejo panorama. La mejoría de la autopercepción es necesaria para fortalecer la adherencia al tratamiento y, como consecuencia, proyectar mejores resultados para los pacientes. Pero este proceso debe ser cuidadosamente monitoreado debido a que puede acarrear una mayor incidencia de síntomas anímicos y aumento del riesgo de suicidio.

Relación entre insight, funcionalidad y curso crónico

Es importante conocer de qué modo el insight puede vincularse con la cronicidad y la funcionalidad en estos pacientes. Cuando se comparó a un grupo de sujetos con un primer episodio psicótico vs otros con esquizofrenia crónica, los primeros sólo mostraron un nivel

de funcionamiento superior si tenían un insight parcial o elevado. Más aún, mostraron peor funcionamiento psicosocial que los pacientes crónicos si su capacidad de insight para la enfermedad era bajo (Thompson et al., 2001). Esto indica que la carencia de insight es una variable de afectación directa en los resultados funcionales, incluso por encima de la cronicidad.

Dicho de otra manera, aún en pacientes con curso crónico, un insight conservado mejora los resultados generales, otorgando a esta variable un valor destacado en relación a la evolución de la patología.

Estos resultados se replican en muchos trabajos que concluyen que una mayor comprensión clínica y cognitiva se asocia con un mejor funcionamiento ejecutivo (Aleman et al., 2006; Burton et al., 2011; Larøi et al., 2000; Medalia, y Thysen, 2010; Monteiro et al., 2008; Mysore et al., 2007; Orfei et al., 2010; Shad et al., 2004; Simon et al., 2009).

Por lo tanto, valorar la capacidad de insight puede ser importante como variable marcadora de características evolutivas y como tal, como posible target de intervenciones terapéuticas.

Insight y terapéutica

Este déficit es uno de los principales problemas a los que deben enfrentarse los profesionales a la hora de instaurar y mantener cualquier tipo de tratamiento, puesto que si un paciente que no es consciente de su propio malestar, difícilmente aceptará medidas que juzga injustificadas. En el mejor de los casos, los pacientes podrán convenir la intervención debido a la presión del entorno, lo que provoca un gran desgaste y perspectivas poco alentadoras para la continuidad en el tiempo.

Esta característica tiene múltiples consecuencias. La ausencia o la disminución del insight repercute en el tratamiento y las posibilidades de los pacientes. Se asocia a mayor probabilidad de incumplimiento con la medicación (Bitter et al., 2015) y es uno de los principales impulsores de la falta de adherencia (Higashi et al., 2013; Kim et al., 2020; Velligan et al., 2017), definida como la toma por debajo del 80% de la medicación mensual indicada (Kim et al., 2020). Aquellos pacientes que presentan este déficit probablemente minimicen o nieguen la necesidad de tratamiento, desarrollen actitudes negativas hacia la medicación e incluso lo abandonen (Lincoln et al., 2007; Lysaker et al., 2018). Esto representa un riesgo, ya que la adherencia a la medicación antipsicótica es crítica para el tratamiento de estos pacientes (Velligan et al., 2009) y su ausencia es un factor de mal pronóstico ya que se asocia al agravamiento

de los síntomas (Haddad et al., 2014), mayor riesgo de recaída (Pousa et al., 2017; Svarstad et al., 2001) y de internaciones (Novick et al., 2015).

Por el contrario, los pacientes con mayor insight exhiben mejor adherencia al tratamiento farmacológico (Mohamed et al., 2009). La mejora de la adherencia debe ser un objetivo primordial en estos tratamientos, sin embargo, a pesar de su relevancia, se ha logrado un progreso limitado en el desarrollo de una intervención efectiva para mejorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con esquizofrenia (Olsson et al., 2006).

Posibilidades terapéuticas del déficit de insight

Es indudable que este déficit en los pacientes puede incidir, por varios caminos, en el curso de la patología. Aun así, no hay evidencia suficiente de que los tratamientos clásicos de la esquizofrenia, basados en antipsicóticos, ofrezcan una mejoría ostensible. El estudio CATIE mostró alguna mejoría en el insight, pero no es claro respecto a si se debe a la mejoría en la psicopatología general o al efecto particular del tratamiento (Kim et al., 2020; Mattila et al., 2017). Una excepción podría resultar la clozapina. Hou y cols sostienen que no se demostró que los antipsicóticos, excepto este atípico, mejoren el insight en estos pacientes (Hou et al., 2015).

Los abordajes no farmacológicos tampoco exhiben resultados concluyentes. Se propone, entre otros, la terapia de cumplimiento, una forma de terapia cognitivo-conductual (TCC), o estrategias psicoeducativas (Anderson et al., 2010; Byerly et al., 2005; Gray et al., 2006; O'Donnell, 2003). En sí la TCC *es una de las intervenciones más prometedoras en el tratamiento tanto de las manifestaciones clínicas como de las diversas comorbilidades (ansiedad y depresión) y consecuencias psicológicas y psicosociales de la esquizofrenia. Se ha visto que con la TCC hay una mejoría de la conciencia de la enfermedad en estos pacientes, pero se advierte que ellos pueden tener una mayor tendencia a deprimirse. Si, en la TCC se incluye la psicoeducación y la intervención familiar de manera estructurada, se logra un efecto positivo en el cumplimiento con el tratamiento y las rehospitalizaciones* (Gutiérrez Ciceri, 2008).

Por otro lado, el entrenamiento metacognitivo, es otro tratamiento que presenta posibles resultados prometedores (Lam et al., 2015; Pousa et al., 2017).

La incidencia del insight en el curso de la esquizofrenia, más que nada a través de su vínculo con la funcionalidad y la adherencia al tratamiento, es indudable,

por lo que debiera ser un objetivo de mayores investigaciones en busca de ampliar su conocimiento y promover acciones que mejoren sus aspectos deficitarios.

Mientras tanto, como postula De Jong y cols quizás los esfuerzos de investigación deberían centrarse no solo en el desarrollo de intervenciones para mejorar el insight sino en identificar abordajes que puedan ser efectivos aún en su ausencia (de Jong et al., 2019).

Conclusiones

Aunque el déficit cognitivo ha sido subestimado mucho tiempo, es una manifestación frecuente entre los pacientes que padecen esquizofrenia y se asocia con sus bajos rendimientos. Entre sus manifestaciones puede considerarse el deterioro en la capacidad de insight.

El concepto de insight ha evolucionado a través del tiempo desde una perspectiva categorial, vinculada a los cambios provocados por la patología a una dimensional que incluye, además, procesos cognitivos y afectivos más complejos relacionados al autoconocimiento.

Su presencia ha sido constatada en diversos cuadros psicopatológicos, entre ellos los trastornos del estado del ánimo, enfermedad de Alzheimer, TOC, trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad y adicciones, pero es en esquizofrenia donde tienen mayores desarrollos.

Entre el 50 y el 80% muestran un insight deteriorado y las variables de grado y de combinación en cuanto a áreas afectadas o atribución de los síntomas son más complejas que meramente su presencia o ausencia.

La evidencia muestra que, aunque esta problemática se centre en el eje de lo cognitivo (y no sobre los síntomas positivos), su disminución puede estar ligada a un agravamiento de estas expresiones. Por otro lado, su evolución favorable puede agravar los síntomas depresivos en estos pacientes y, por consecuencia, aumentar el riesgo suicida.

En cuanto a la adherencia, el deterioro del insight representa un factor que conspira contra las posibilidades terapéuticas, pues el paciente no considera requerir ayuda. Esto incide en el devenir clínico, con mayores abandonos, detrimento de la funcionalidad y peor pronóstico. En este sentido, parece determinar peores resultados en la funcionalidad que el propio curso crónico.

Además, la disminución del insight posee un importante factor pronóstico, ya que además de su impacto en la adherencia, incide también sobre sus resultados y el funcionamiento social (Segarra et al., 2012).

Los estudios que tienen como target el abordaje específico del insight no son numerosos. El tratamiento

con antipsicóticos, con la probable excepción de clozapina, no parecen ofrecer beneficios significativos. De igual modo, los tratamientos no farmacológicos tampoco han mostrado beneficios concluyentes.

En definitiva, por sus importantes consecuencias, la carencia de insight debería continuar siendo un objetivo de estudio; bien para desarrollar estrategias terapéuticas, o bien, si esto no es posible, llevar adelante medidas que contribuyan a una mejor evolución de la patología, aun no contando con su presencia.

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Referencias bibliográficas

- Aleman, A., Agrawal, N., Morgan, K. D., David, A. S. (2006). Insight in psychosis and neuropsychological function: meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 189:204-212.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. J., Gorman, J. M. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 17; 113-132.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. J., Gorman, J. M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry*, 150: 873-879.
- Amador, X. F., & David, A. S. (Eds.). (2004). *Insight and psychosis: Awareness of illness in schizophrenia and related disorders (2nd ed.)*. Oxford University Press.
- Anderson, K. H., Ford, S., Robson, D., Cassis, J., Rodrigues, C., Gray, R. (2010). An exploratory, randomized controlled trial of adherence therapy for people with schizophrenia. *Int. J. Ment. Health Nurs*, 19, 340-349.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5° Ed. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res*, 68(2-3):319-329. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00189-0](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00189-0)
- Bell, M., Tsang, H. W., Greig, T. C., Bryson, G. J. (2009). Neurocognition, social cognition, perceived social discomfort, and vocational outcomes in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 35(4):738-747. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm169>
- Bitter, I., Fehér, L., Tényi, T., Czobor, P. (2015). Treatment adherence and insight in schizophrenia. *Psychiatr Hung*, 30(1):18-26.
- Bleuler, E. (2011). *Demencia Praecox o El grupo de las esquizofrenias*, 1ª. Ed. Polemos.
- Bonilha, L., Molnar, C., Horner, M. D., Anderson, B., Forster, L., George, M. S., Nahas, Z. (2008). Neurocognitive deficits and prefrontal cortical atrophy in patients with schizophrenia. *Schizophr Res*, 101(1-3):142-51. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.11.023>
- Bora, E., Sehatoglu, G., Asiler, M., Atabay, I., Veznedaroglu, B. (2007). Theory of mind and unawareness of illness in schizophrenia. Is poor insight a mentalizing deficit? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 257: 104-11.
- Burton, C. Z., Vella, L., Twamley, E. W. (2011). Clinical and cognitive insight in a compensatory cognitive training intervention. *Am J Psychiatr Rehabil*, 14:307-326.
- Byerly, M. J., Fisher, R., Carmody, T., Rush, A. J. (2005). A trial of compliance therapy in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *J. Clin. Psychiatry* 66, 997-1001.
- Carpenter, W., Koenig, J. (2008). The Evolution of Drug Development in Schizophrenia: Past Issues and Future Opportunities. *Neuropsychopharmacology*, 33, 2061-2079.

- Ching Chen, K., Lin Chu, C., Kuang Yang, Y., Lieh Yeh, T., Hui Lee, I., See Chen P., Band Lu, R. (2005). The relationship among insight, cognitive function of patients with schizophrenia and their relatives' perception. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 657–660. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2005.01433.x>
- Cuesta, M. J., Peralta, V. (1994). Lack of insight in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 20(2):359–366.
- Cuesta, M. J., Peralta, V., Zarzuela, A. y Zandío, M. (2006). Insight dimensions and cognitive function in psychosis: a longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 6, 26. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-26>
- David, A. S. (1990). Insight and psychosis. *Br J Psychiatry*, 156(6):798–808. <https://doi.org/10.1192/bjp.156.6.798>
- David, A. S., Bedford, N., Wiffen, B., Gilleen, J. (2012). Failures of meta-cognition and lack of insight in neuropsychiatric disorders. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 367(1594):1379–1390. <https://doi.org/10.1098/rstb.2012.0002>
- David, A., van Os, J., Jones, P., Harvey, I., Foerster, A., Fahy, T. (1995). Insight and psychotic illness. Cross-sectional and longitudinal associations. *Br J Psychiatry*, 167(5):621–628.
- de Jong, S., Hasson-Ohayon, I., van Donkersgoed, R. J. M., et al. (2019). Predicting therapy success from the outset: The moderating effect of insight into the illness on metacognitive psychotherapy outcome among persons with schizophrenia. *Clin Psychol Psychother*, 26(6):650–660. <https://doi.org/10.1002/cpp.2388>
- Fu, S., Czajkowski, N., Rund, B. R., Torgalsbøen, A. K. (2017). The relationship between level of cognitive impairments and functional outcome trajectories in first-episode schizophrenia. *Schizophr Res*, 190:144–149.
- Gray, R., Leese, M., Bindman, J., Becker, T., Burti, L., David, A., et al. (2006). Adherence therapy for people with schizophrenia. European multicentre randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 189, 508–514.
- Green, M. F., Harvey, P. D. (2014). Cognition in schizophrenia: Past, present, and future. *Schizophr Res Cogn*, 1(1):e1–e9.
- Gutiérrez Ciceri, C., Ocampo Saldarriaga, M. V., Gómez Franco, J. (2008). Terapia cognitivo-conductual en esquizofrenia: una revisión narrativa de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37:164–174.
- Haddad, P. M., Brain, C., Scott, J. (2014). Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient Relat Outcome Meas* 23;5:43–62.
- Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K., Diez, T., Granström, O., De Hert, M. (2013). Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacol*, 3(4): 200–218.
- Hou, C.-L., Cai, M.-Y., Ma, X.-R., Zang, Y., Jia, F.-J., Lin, Y.-Q., Chiu, H.F.K., Ungvari, G.S., Ng, C.H., Zhong, B.-L., Cao, X.-L., Li, Y., Shinfuku, N., Xiang, Y.-T. (2015). Clozapine prescription and quality of life in Chinese patients with schizophrenia treated in primary care. *Pharmacopsychiatry* 48, 200–204.
- Joseph, B., Narayanaswamy, J. C., Venkatasubramanian, G. (2015). Insight in schizophrenia: relationship to positive, negative and neurocognitive dimensions. *Indian J Psychol Med*, 37(1):5–11.
- Kahn, R. S., Keefe, R. S. (2013). Schizophrenia is a cognitive illness: time for a change in focus. *JAMA Psychiatry*, 70(10):1107–1112.
- Keefe, R. S. E., Fenton, W. S. (2007). How should DSM-V criteria for schizophrenia include cognitive impairment? *Schizophr Bull*, 33(4):912–920. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm046>
- Kim, J., Ozzoude, M., Nakajima, S., et al. (2020). Insight and medication adherence in schizophrenia: An analysis of the CATIE trial. *Neuropsychopharmacology*, 168:107634.
- Konstantakopoulos, G. (2019). Insight across mental disorders: A multifaceted metacognitive phenomenon. *Psychiatriki*, 30(1):13–16.
- Konstantakopoulos, G., Tchanturia, K., Surguladze, S. A., David, A. S. (2011). Insight in eating disorders: clinical and cognitive correlates. *Psychol Med*, 41(9):1951–1961. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002539>
- Kraepelin, E. (2008). *La Demencia Precoz*, 2ª Edición. Ed. Polemos.
- Lam, K. C. K., Ho, C. P. S., Wa, J. C., Chan, S. M. Y., Yam, K. K. N., Yeu- ng, O. S. F., Wong, W. C. H., Balzan, R. P. (2015). Metacognitive training (MCT) for schizophrenia improves cognitive insight: a randomized controlled trial in a Chinese sample with schizophrenia spectrum disorders. *Behav. Res. Ther.* 64, 38–42.
- Larøi, F., Fannemel, M., Rønneberg, U., Flekkøy, K., Opjordsmoen, S., Dullerud, R., Haakonsen, M. (2000). Unawareness of illness in chronic schizophrenia and its relationship to structural brain measures and neuropsychological tests. *Psychiatry Res*, 100:49–58.
- Lee, M. S., Lee, H. Y., Kang, S. G., et al. (2010). Variables influencing antidepressant medication adherence for treating outpatients with depressive disorders. *J Affect Disord*, 123(1-3):216–221. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.10.002>
- Lewis, R. (2004). Should cognitive deficit be a diagnostic criterion for schizophrenia? *J Psychiatry Neurosci*, 29(2):102–113.
- Lincoln, T. M., Lincoln, E., Lullman, W. (2007). Rief Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia, a systematic review. *Schizophr Bull*, 31(6): 1324–1342.
- Loch, A. A. (2019). Schizophrenia, Not a Psychotic Disorder: Bleuler Revisited. *Front Psychiatry*, 10:328. Published 2019 May 10.
- Lysaker, P. H., Bell, M. (1994). Insight and cognitive impairment in schizophrenia: Performance on repeated administrations on the Wisconsin Card Sorting Test. *J Nerv Ment Dis*, 182(11):656–60. <https://doi.org/10.1097/00005053-199411000-00010>
- Lysaker, P. H., Daroyanni, P., Ringer, J. M., Beattie, N. L., Strasburger, A. M., Davis, L. W. (2007). Associations of awareness of illness in schizophrenia spectrum disorder with social cognition and cognitive perceptual organization. *J Nerv Ment Dis*, 195(7):618–621.
- Lysaker, P. H., Pattison, M. L., Leonhardt, B. L., Phelps, S., Vohs, J. L. (2018). Insight in schizophrenia spectrum disorders: relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments. *World Psychiatry*, 17(1):12–23.
- Marková, I. S., Berrios, G. E. (1992). The meaning of insight in clinical psychiatry [published correction appears in Br J Psychiatry 1992 Sep;161:428]. *Br J Psychiatry*, 160 (6):850–860. <https://doi.org/10.1192/bjp.160.6.850>
- Marková, I. S., Jaafari, N., Berrios, G. E. (2009). Insight and obsessive-compulsive disorder: a conceptual analysis. *Psychopathology*, 42(5):277–282. <https://doi.org/10.1159/000228836>
- Mattila, T., Koeter, M., Wohlfarth, T., Storosum, J., van den Brink, W., Derks, E., Leufkens, H., & Denys, D. (2017). The impact of second generation antipsychotics on insight in schizophrenia: Results from 14 randomized, placebo controlled trials. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 27(1), 82–86. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2016.10.004>
- McEvoy, J. P., Apperson, L. J., Appelbaum, P. S., et al. (1989). Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis*, 177(1):43–47.
- McEvoy, J. P., Johnson, J., Perkins, D., Lieberman, J. A., Hamer, R. M., Keefe, R. S., et al. (2006). Insight in first episode psychosis. *Psychol Med*, 36:1385–93.
- McGorry, P. D., McConville, S. B. (1999). Insight in psychosis: an elusive target. *Compr Psychiatry*, 40(2):131–42. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(99\)90117-7](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(99)90117-7)
- Medalia, A., Thysen, J. (2010). A comparison of insight into clinical symptoms versus insight into neuro-cognitive symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res*, 118:134–139.
- Menzies, R. G., Harris, L. M., Jones, M. K. (1998). Evidence from three fearful samples for a poor insight type in specific phobia. *Depress Anxiety*, 8(1):29–32.
- Mihaljević-Peleš, A., Janović, M., Šagud, M., Živković, M., Janović, S., Jevtović, S. (2019). Cognitive deficit in schizophrenia: an overview. *Psychiatr Danub*, 31(Suppl 2):139–142.

- Mintz, A. R., Dobson, K. S., Romney, D. M. (2003). Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res*, 61(1):75-88.
- Mohamed, S., Rosenheck, R., McEvoy, J., Swartz, M., Stroup, S., & Lieberman, J. A. (2009). Cross-sectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 35(2), 336-346. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn067>
- Monteiro, L. C., Silva, V. A., Louzã, M. R. (2008). Insight, cognitive dysfunction and symptomatology in schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 258:402-405.
- Mysore, A., Parks, R. W., Lee, K. H., Bhaker, R. S., Birkett, P., Woodruff, P. W. (2007). Neurocognitive basis of insight in schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 190:529-530.
- Nair, A., Palmer, E. C., Aleman, A., David, A. S. (2014). Relationship between cognition, clinical and cognitive insight in psychotic disorders: a review and meta-analysis. *Schizophr Res*, 152(1):191-200. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.11.033>
- Novick, D., Montgomery, W., Treuer, T., Aguado, J., Kraemer, S., & Haro, J. M. (2015). Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results from a 1-year European outpatient observational study. *BMC psychiatry*, 15, 189. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0560-4>
- O'Donnell, C. (2003). Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia. *BMJ* 327, 834.
- Olfson, M., Marcus, S. C., Wilk, J., & West, J. C. (2006). Awareness of illness and nonadherence to antipsychotic medications among persons with schizophrenia. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 57(2), 205-211. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.2.205>
- Orfei, M. D., Robinson, R., Bria, P., Caltagirone, C., Spalletta, G. (2008). Unawareness of Illness in Neuropsychiatric Disorders: Phenomenological Certainty versus Etiopathogenic Vagueness. *Neuroscientist*, 14(2):203-22. <https://doi.org/10.1177/1073858407309995>
- Orfei, M. D., Spoletini, I., Banfi, G., Caltagirone, C., Spalletta, G. (2010). Neuropsychological correlates of cognitive insight in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 178:51-56.
- Pascual, M., Vilaplana Pérez, A., Pedrós Roselló, A., Martínez Mollá, P. (2018). Insight, sintomatología y funcionamiento neurocognitivo en pacientes con psicosis. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 38(134): 491-508.
- Pini, S., Cassano, G., Dell'Osso, L., Amador, X. (2001). Insight Into Illness in Schizophrenia, Schizoaffective Disorder, and Mood Disorders With Psychotic Features. *Am J Psychiatry*, 158:122-125. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.1.122>
- Pousa, E., Ochoa, S., Cobo, J., Nieto, L., Usall, J., Gonzalez, B., et al. (2017). A deeper view of insight in schizophrenia: Insight dimensions, unawareness and misattribution of particular symptoms and its relation with psychopathological factors. *Schizophr Res*, 189:61-68.
- Sabbag, S., Twamley, E. W., Vella, L., Heaton, R. K., Patterson, T. L., Harvey, P. D. (2012). Predictors of the accuracy of self assessment of everyday functioning in people with schizophrenia. *Schizophr Res*, 137:190-195.
- Schwartz, R. C., Smith, S. D. (2004). Suicidality and psychosis: the predictive potential of symptomatology and insight into illness. *J Psychiatr Res*, 38(2):185-191.
- Segarra R., Ojeda, N., Peña, J., et al. (2012). Longitudinal changes of insight in first episode psychosis and its relation to clinical symptoms, treatment adherence and global functioning: one-year follow-up from the Eiffel study. *Eur Psychiatry*, 27(1):43-49.
- Shad, M. U., Muddasani, S., Prasad, K., Sweeney, J. A., Keshavan, M. S. (2004). Insight and prefrontal cortex in first-episode schizophrenia. *Neuroimage*, 22:1315-1320.
- Sim, K., Mahendran, R., Siris, S. G., Heckers, S., Chong, S. A. (2004). Subjective quality of life in first episode schizophrenia spectrum disorders with comorbid depression. *Psychiatry Res*, 129(2):141-147.
- Simon, V., De Hert, M., Wampers, M., Peuskens, J., van Winkel, R. (2009). The relation between neurocognitive dysfunction and impaired insight in patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry*, 24:239-243.
- Smith, T. E., Hull, J. W., Israel, L. M., Wilson, D. F. (2000). Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull*, 26:193-200. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033439>
- Svarstad, B., Shireman, T., Sweeney, J. (2001). Using drug claims data to assess the relationship of medication adherence with hospitalization and costs. *Psychiatr Serv* 52: 805-811.
- Thompson, K. N., McGorry, P. D., Harrigan, S. M. (2001). Reduced awareness of illness in first-episode psychosis. *Compr Psychiatry*, 42:498-503. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.27900>
- Velligan, D. I., Sajatovic, M., Hatch, A., Kramata, P., Docherty, J. P. (2017). Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Prefer Adherence*, 3:11:449-468
- Velligan, D. I., Weiden, P. J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., Docherty, J. P., & Expert Consensus Panel on Adherence Problems in Serious and Persistent Mental Illness (2009). The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *The Journal of clinical psychiatry*, 70 Suppl 4, 1-48.
- Vigne, P., de Menezes, G. B., Harrison, B. J., Fontenelle, L. F. (2014). A study of poor insight in social anxiety disorder. *Psychiatry Res*, 219(3):556-561.
- Walker, A., Spring, J., Travis, M. (2017). Addressing Cognitive Deficits in Schizophrenia: Toward a Neurobiologically Informed Approach. *Biol Psychiatry*, 81(1): e1-e3.
- Wiffen, B. D., Rabinowitz, J., Fleischacker, W. W., Davis, A. S. (2010). Insight: demographic difference and associations with one year outcome in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Clin Schizophr Relat Psychoses*, 4:169-75.



*Gregorio Marañón, Caras y Caretas,
17 de enero de 1931.*

EL RESCATE Y LA MEMORIA

Gregorio Marañón: Los inicios de los estudios médicos sobre sexualidad en España

Norberto Aldo Conti

Gregorio Marañón y Posadillo nació en Madrid el 19 de mayo de 1887, fue médico y ensayista, abarcando en sus trabajos no médicos algunos de los acuciantes problemas que enfrentó España en su tiempo, por lo cual es considerado como un intelectual español de la generación de 1914.

Estudió medicina alcanzando el título de Licenciado en 1909 y el de Doctor en Medicina en 1910; de sus maestros el más relevante fue, sin duda, Santiago Ramón y Cajal, a quien recordaba no solo por sus enseñanzas científicas, sino también por su impronta moral como lo atestigua en su discurso de ingreso a la Academia de Ciencias en 1947.

Al inicio de su actividad profesional se interesó por la endocrinología en el momento en que esta especialidad comenzaba a desarrollarse en España; en ese año de 1910 viajó al laboratorio de Paul Ehrlich en Frankfurt donde realizó investigaciones en quimioterapia bajo su supervisión. En 1911 regresa a España y trabaja en el Hospital General de Madrid donde desarrolla una intensa actividad clínica y académica en torno a la naciente endocrinología española. Fruto de esta actividad fue un curso introductorio dictado en el Ateneo de Madrid en 1915 que se publicó como *La doctrina de las secreciones internas*, y luego su libro sobre el climaterio, *La edad crítica*, de 1919, y su discurso de ingreso a la Academia de Medicina, *Problemas actuales de la doctrina de las secreciones internas*, pronunciado en 1922.

Durante la década de 1920 Marañón se interesó en la obra de Freud, especialmente en la teoría psicosexual; entendía la libido como “hambre sexual” y la postulaba también como un impulso primario, pero dependiente de la irrupción en el torrente sanguíneo de la descarga hormonal gonadal. Esta manera de articular la naciente teoría psicoanalítica con la biología y el saber médico llevó a que fuera muy leído en algunos círculos críticos a la teoría psicoanalítica de la libido y también entre psicoanalistas a quienes les interesó su aproximación a la temática del desarrollo psicosexual, entre ellos es destacable Marie Bonaparte quien hace referencia a Marañón en su trabajo *De la sexualidad de la mujer* y en cuya casa Marañón conoció a Freud.

Pero el interés de Marañón no se circunscribe a la sexualidad; durante esa década también se ocupó de llevar adelante investigaciones sobre la hipófisis, la tiroides, las paratiroides y las suprarrenales con importantes publicaciones sobre la enfermedad de Addison. Fruto de este trabajo es su libro *Endocrinología*. Reconocido como uno de los orientadores de la clínica médica española de esa época, en 1931 fundó el Instituto de Patología Médica y en 1932 fue elegido, sin oposiciones, Catedrático de Endocrinología.

Debido a la Guerra Civil Española emigró a Francia, viviendo en París entre 1936 y 1943, año en que regresó a Madrid; en 1945 pasó a integrar el Consejo Superior de Investigaciones Científicas y en 1948, a instancias suyas, el Consejo creó el Instituto de Endocrinología Experimental; por esa época publicó su Manual de diagnóstico etiológico considerado el primer tratado de medicina interna producido en España y ampliamente difundido en la medicina de lengua castellana.

El otro aspecto destacado de su vida intelectual se refiere a su actividad como ensayista, tal vez de mayor notoriedad, para el gran público, que su producción médica. Allí desarrolló un estilo situado a mitad de camino entre la producción científica y la expresión literaria que mucho tuvo que ver con el éxito de sus publicaciones, sus temas están centrados en las biografías y la historiografía, entre su prolífica obra podemos destacar: *Enrique IV de Castilla y su tiempo* (1930), *Las ideas biológicas del padre Feijoo* (1934), *Vocación y ética* (1935) *El Conde-duque de Olivares (la pasión de mandar)* (1936); *Tiberio. Historia de un resentimiento* (1939); *Luis Vives (Un español fuera de España)* (1942); *Antonio Pérez (El hombre, el drama, la época)* (1947); *Cajal: su tiempo y el nuestro* (1950), *El médico y su ejercicio profesional en nuestro tiempo* (1952), *El Greco y Toledo* (1956).

Debido a sus múltiples actividades intelectuales Marañón recibió el reconocimiento de gran cantidad de instituciones españolas y extranjeras, entre las cuales podemos citar su incorporación a las Reales Academias Nacionales de la Lengua, de la Historia, de las Bellas Artes, de Medicina y de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales de España, La Real Academia de Ciencias Morales y Políticas de Francia, los Doctorado Honoris Causa de las Universidades de Oporto y Coimbra de Portugal y el Doctorado Honoris Causa de la Universidad Sorbona de París.

Falleció en Madrid el 27 de marzo de 1960 a los 72 años.

Los Estados Intersexuales

En diciembre de 1927 Gregorio Marañón impartió un Ciclo de Conferencias en la Sociedad Hispanocubana de Cultura de la Habana; el material en ellas presentado constituyó el núcleo de origen de su obra *Los Estados Intersexuales en la Especie Humana*, publicado por Morata, en Madrid en 1929.

En el prólogo de la misma nos da una clara indicación del camino que piensa recorrer y de los lineamientos teóricos que lo articulan:

La intersexualidad es un elemento de la normalidad sexual actual, y su conocimiento uno de los puntos de partida de la normalidad futura. Las anomalías sexuales —la homosexualidad principalmente— constituyen tan solo un capítulo aislado en la larga serie de los que forman este estudio. Casi todos los seres humanos están tocados, en grado mayor o menor, de una sombra de intersexualismo, sin detrimento de su normalidad social. La perversión del instinto afecta, únicamente en un número, en proporción, muy reducido de nuestros semejantes. Ocurre, pues, con la vida instintiva lo mismo que con la vida de la inteligencia. El hombre de resortes mentales perfectos es casi un mito; pero entre este mito y el demente hay una ancha zona donde se acogen, haciendo equilibrios entre la normalidad y la extravagancia, casi todos nuestros semejantes. De la misma suerte, entre el ser humano de sexualidad inmaculada —casi teórico— y el de sexualidad invertida, se extiende la gran masa de los hombres y de las mujeres, normales en el sentido social; pero que, biológicamente, exhiben una sexualidad impura.

Y así como la interpretación de las diversas formas de la locura no puede intentarse considerándolas como fenómenos extraños a la normalidad, sino como prolongaciones por grados sucesivos de ésta; así también los desvaríos del instinto no deben ser para nosotros otra cosa que formas retrasadas de tendencias unidas a la tendencia normal de los hombres actuales por raíces de un monstruoso sentido filogenético. Solo así se logrará el sueño de la diferenciación sexual perfecta. Así, y no con los inequívocos, chistes y jactancias del necio orgullo sexual de los hombres de ahora.

Luego de esta declaración de principios desarrolla un volumen de 250 páginas en donde aborda el concepto de intersexualidad, el estudio de los caracteres sexuales, la clasificación y descripción de los estados intersexuales y su controvertida visión acerca de la “evolución asincrónica de las sexualidades masculina y femenina”, el concepto más original que nos presenta en esta obra y que invitamos al lector a que lo conozca y analice tratando de poner entre paréntesis la enorme carga anacrónica que puede generar en estos nuevos tiempos de deconstrucción de las masculinidades.

Los estados intersexuales en la especie humana

Gregorio Marañón - 1929

CAPÍTULO I

Definición y concepto de la intersexualidad

Durante mucho tiempo –durante casi toda la historia de la Humanidad– se ha creído que lo masculino y lo femenino eran dos valores antagónicos y profundamente diferenciados. Un hombre y una mujer se encontraban tan alejados uno del otro por el hecho de su sexo, como por ninguno de los otros motivos que seccionan en grupos a los seres humanos, ya los de orden natural –la vejez y la juventud, por ejemplo– ya los puramente artificiosos –como las religiones, nacionalidades, etc. El concepto de la integridad del propio sexo se mantenía como un carácter inviolable de la personalidad. Toda duda, a este respecto, era una ofensa. La afirmación sexual, por el contrario, un motivo de orgullo; sobre todo, para el varón, que previamente había decidido la superioridad de su posición biológica respecto a la mujer. Los mismos lazos afectivos que unen entre sí a los dos sexos, se habían de fundar precisamente en esa radical oposición, expresada simbólicamente por el mito vulgar de la media naranja; a diferencia de las afecciones entre los individuos del mismo grupo sexual, suscitadas siempre por razones de afinidad.

Partiendo de esta creencia, los estados de sexualidad confusa se consideraban o como anomalías monstruosas si afectaban a la morfología –los hermafroditas– como aberraciones y pecados graves, como monstruosidades del espíritu, cuando se referían a la inclinación del instinto –homosexualidad.

Pero a medida que los estudios sobre la biología sexual han ido progresando, se ha visto, cada vez con mayor claridad, que el “varón-tipo” y la “hembra-tipo” son entes casi en absoluto fantásticos¹; y que, por el contrario, los estados de confusión sexual, en una escala de infinitas gradaciones que se extienden desde el hermafroditismo escandaloso hasta aquellas formas tan atenuadas que se confunden con la normalidad misma, son tan numerosos, que apenas hay ser huma-

no cuyo sexo no esté empañado por una duda concreta o por una sombra de duda².

Este hallazgo, y los progresos de la ética, nos han ayudado a desprender el concepto de la sexualidad confusa del estigma de monstruosidad que antes llevaba consigo. Los hombres actuales no podemos enorgullecernos de nuestro sexo como una cosa perfecta. La plena diferenciación sexual es rara todavía. Luego veremos que esa diferenciación debe ser una de las metas de nuestro progreso, si bien progreso de largos siglos. Y añadamos que ni aún entonces, cuando la normalidad se haya logrado, la conciencia de poseerla nos deberá enorgullecere. Porque el orgullo se edifica siempre sobre valores ilegítimos o incompletos, que su poseedor supervaloriza arbitrariamente. [...]

Por otra parte, los trabajos experimentales y anatómicos han contribuido a la demostración de esta incompleta distinción de los sexos, que ya nos había indicado la clínica. Y en suma, se ha llegado a la posesión de esta verdad trascendental e imprevista: los dos sexos, la masculinidad y la feminidad, no son dos entidades que se oponen punto por punto; hay ciertos momentos de su evolución ontogénica y filogénica en que esta oposición absoluta tiene una apariencia de realidad; pero fuera de esos momentos, la masculinidad y la feminidad se van acercando y acaban por fundirse. No de otro modo que el día y la noche, tan opuestos en las horas cenitales, se enlazan en las largas horas de los crepúsculos en una gradación insensible de momentos, en los que la luz y la sombra se mezclan en proporciones sucesivas.

No hay que decir que todos los estados de confusión sexual que en estos últimos años se han ido estudiando, han dado lugar a una copiosa bibliografía; pero dispersa y no sistematizada bajo una común clave patogénica. Goldschmidt fue quien primero reunió todas las formas de la sexualidad confusa bajo el nombre de intersexualidad, por analogía a los hechos descritos por él y por otros naturalistas en las demás especies animales, singularmente en los insectos.

1. “El hombre integral (Wollman) y la hembra integral (Wollweib) –dice Weil– son, en realidad, hallazgos rarísimos”. Y Biedl: “El hombre puro y la mujer pura son casos extremos que en la realidad apenas se encuentran.”

2. Según Kyrle, de 110 muchachos examinados por él, solo 10 tenían completamente normales los atributos viriles. Los datos de Voss, Tandler, Sternberg, etc., y los nuestros coinciden con esta proporción. En las niñas ocurre lo propio. Schwarz, de 50 hombres, solo en cuatro encontró una sexualidad perfecta. Mathes afirma más resueltamente todavía que “todo ser humano en el caso más favorable es un intersexual rudimentario”.

CAPÍTULO IV

La posición de los sexos ante la evolución morfológica

Antes de comenzar el estudio de los caracteres sexuales funcionales, vamos a volver a considerar en una ojeada de conjunto los caracteres anatómicos descritos en los dos capítulos anteriores. Esta visión resumida nos enseñará claramente una noción que considero esencial dejar sentada desde el primer momento, a saber: *que entre los signos físicos de la feminidad y los de la masculinidad no existe una oposición radical, sino tan solo una mera diferencia cuantitativa.*

Las dos gónadas –testículo y ovario– proceden de una misma zona del soma embrionario; y como dice Krabbe, mientras que el testículo da la impresión de un órgano muy diferenciado, en el ovario se advierte un estado de indecisión bisexual que más tarde se hará visible por la menor energía morfogénica de sus secreciones internas. El testículo, aparte de su evolución histológica, ejecuta además la evolución topográfica de su emigración extra-abdominal, para alojarse en el dispositivo, probablemente mucho más complicado de lo que se cree, de las bolsas escrotales.

En los órganos genitales externos también se advierte que “los de uno y otro sexo representan grados distintos de una misma evolución: el masculino, más avanzado que el femenino” (Tuffier y Lapointe).

Y en todos los caracteres secundarios se sigue percibiendo la misma impresión de superioridad masculina. El esqueleto del hombre, por ejemplo, es, desde luego, más vigoroso que el de la mujer, cuya evolución queda netamente detenida al lado del esqueleto adolescente.

Aún es más típica la diferencia en el sistema piloso. Salvo el cabello, que ahora comentaremos, todas las diferencias entre el varón y la hembra son diferencias cuantitativas. El hombre tiene vello en muchas regiones que son, en la mujer, lampiñas. Y en las regiones en que se presenta en ambos sexos –axilas, cejas, pubis–, el del hombre es más recio y espeso. Aun cuando en los estados patológicos presente la mujer un brote de vello varonil, ya hemos dicho que ofrece casi siempre, no la modalidad viril madura, sino la juvenil.

En la laringe, idéntica observación. Y así, si hiciéramos rasgo a rasgo el examen comparativo de toda la anatomía en la mujer y en el hombre, se reiteraría la misma impresión.

Hay, sin embargo, un grupo de caracteres anatómicos que indican en la mujer un grado de evolución superior al de los correspondientes en el hombre, los órganos derivados del conducto de Müller, espléndidamente desenvueltos en el sexo femenino –útero, trompas, vagina– y cuya representación masculina se reduce al vestigio regresivo del utrículo prostático. [...]

Todo este grupo de caracteres indican que dentro de su general hipoevolución, el organismo femenino se ha especializado para una función determinada, que es la maternidad, a cuya especialización se debe el mayor progreso de los órganos encargados de cumplirla.

Y es más que verosímil, como ya indicó Spencer³, que la causa del alto que el organismo femenino hace en su evolución, acampando cerca de la adolescencia, sea, precisamente, que la energía morfogénica se canaliza en el sentido de fomentar el auge de los órganos maternos, con detrimento de la evolución total. No de otro modo que cuando el hombre se entrega a una actividad genital descompensada y precoz antes de que su desarrollo cumpla el ciclo normal, este desarrollo se resiente, y el individuo no logra nunca una floreciente madurez. Los médicos vemos con frecuencia casos de este género que son, por otra parte, de observación vulgar; lo cual, por cierto, nos hace pensar que, tal vez, se deba, por lo menos en parte, a esta circunstancia, el menos desarrollo orgánico de las razas muy precozmente sexuales, como son las del Sur, con relación a las razas septentrionales, de desarrollo sexual más tardío.

Creo que únicamente de este modo se puede interpretar con claridad el fenómeno de la hipoevolución morfológica del sexo femenino. Por lo tanto, solo privando a la mujer de su maternidad durante un número considerable de generaciones, podría lograrse la quimera, que algunos creen realizable, de que su organismo se igualase al del hombre. Pero como mucho antes de lograrse este resultado la Humanidad habría desaparecido, he aquí por qué el sueño de los feministas no se realizará jamás. [...] Dejando estas divagaciones de tipo finalista, contra las que con razón reacciona el espíritu científico actual, podemos dejar establecida la conclusión siguiente: el estudio de la sexualidad morfológica indica claramente que la mujer se encuentra detenida en un estado de hipoevolución con relación al hombre –verdadera forma terminal de la sexualidad– en una posición intermedia entre este

3. Esta idea de Spencer, sostenida, entre otros, por Schultze, es uno de los conceptos fundamentales a mi juicio, para la compensación de los problemas de la sexualidad. Sin embargo, figura solo de raro en raro en los libros que se ocupan de esta cuestión.

ya el adolescente. Pero en la mujer, en cambio, se ha especializado una función trascendental para la especie: la maternidad; que origina el gran incremento de un grupo de órganos adaptados a este determinado fin. Debiéndose probablemente a esta conversión de una gran parte de la energía evolutiva hacia la maternidad, el retraso del desarrollo de la mujer frente al otro sexo”

CAPÍTULO V

Estudio de los caracteres sexuales

Los caracteres funcionales primarios.– El primero que, con un orden racional, debemos estudiar, es la libido, entendiendo por tal la fuerza instintiva que induce a un individuo a satisfacer la necesidad sexual; de la misma suerte que el hambre es la fuerza instintiva que induce al individuo a satisfacer la necesidad de alimentarse. Podríamos, pues, llamarla también hambre sexual.

Esta energía específica *está producida originariamente por un fenómeno químico, que es la irrupción en la sangre de las secreciones internas elaboradas, en cada sexo, por el ovario o por el testículo*. Tenemos una prueba crucial de que esto es así, en los hechos siguientes: 1º, en ninguna especie animal, sin excepción, aparece la libido antes de que empiecen a funcionar las gónadas; 2º, cuando en un animal cualquiera se extirpan estas glándulas antes de la pubertad, el organismo, así castrado, vive toda su existencia sin experimentar la necesidad libidinosa, y 3º, si en este organismo castrado y sin libido se injerta la glándula ausente, la libido reaparece como en un organismo normal.

Pero claro es que la libido no se debe tan solo al simple paso de las hormonas a la sangre. Es preciso que estas actúen sobre el sistema nervioso para dar lugar a la multitud de fenómenos de orden vegetativo, medular y cerebral, que constituyen la conciencia de la atracción y los elementos subsiguientes de la conducta psicosexual.

Hay, pues, junto al elemento químico una fundamental colaboración nerviosa. Como acertadamente dice Lipschütz, el reflejo erótico es el más típico ejemplo de colaboración neurohormónica. Los centros nerviosos son, pues, impresionados por aquellas hormonas, impregnándose de ellas y dando lugar a lo que desde Steinach se llama erotización del sistema nervioso.

Esta erotización o impregnación hormonal del sistema nervioso puede durar algún tiempo después de agotada o suprimida la formación de las hormonas; y así se explica perfectamente el hecho, que antes nos parecía misterioso, de que cuando la castración se hace después de la pubertad –esto es, después de estar

ya erotizado el sistema nervioso– la libido no desaparece inmediatamente, sino que persiste durante algún tiempo. Esta circunstancia, que hace particularmente penosa la vida de algunos castrados tardíos, ha sido observada también en la castración animal. Idéntica satisfactoria explicación tiene la conocida prolongación del sentido erótico en los viejos, hasta mucho tiempo después de la edad en que verosímilmente su increción sexual se ha extinguido.

Ahora bien; dejando de lado, por el momento, la participación nerviosa, recalquemos que la libido en su origen puede identificarse con el hecho de la increción química; la cual tendrá para cada sexo un valor específicamente distinto, suscitando la apetencia por lo femenino en el hombre y la apetencia por lo masculino en la mujer.

Sin embargo, esta diferenciación química no es inmediata, sino que pasa por una fase precoz de evidente indiferenciación. Así como en la anatomía de los niños prepúberes hay ya una distinción sexual, pero todavía borrosa, así también en el alma infantil existe una sexualidad, pero dormida e indiferenciada. Debemos a Freud la valorización de la existencia de la sexualidad infantil y de su carácter indiferenciado, siendo este uno de los valores indiscutibles de su obra. La sexualidad infantil, de un modo normal, se manifiesta precozmente, en actividades de tipo no directamente erótico, como por ejemplo, en la elección de sus juegos –muñecas y soldados: símbolos respectivos de la maternidad femenina y de la tendencia a la actuación social varonil–. Pero también existe una oscura actividad libidinosa en el alma infantil, quizá de menor trascendencia de lo que Freud afirma, por lo menos para la vida normal; pero innegable. Esta libido rudimentaria de los niños tiene por carácter la indiferenciación de su objeto. Se satisface por un mecanismo autoerótico y quizá por una relación sexual indiferenciada, es decir, indiferentemente hetero y homosexual. La diferenciación del fin erótico, la tendencia específica hacia el sexo contrario, no sobreviene sino más tarde, sin que se pueda precisar la fecha, sobre todo en nuestra especie humana, porque en ella las influencias externas –el ambiente cargado del espectáculo del amor entre la mujer y el hombre– modifica, sin duda, la marcha normal de los instintos. Es posible que sin esa influencia perturbadora, la diferenciación sexual no aparecería hasta traspuesta la pubertad.

Más adelante veremos que puede pensarse con mucha verosimilitud que *la energía química, hormonal*, daría por sí sola lugar a una libido de tipo muy poco diferenciado, como lo demuestra la experiencia

de Steinach, repetida por Harms, y por Meisenheimer de que el reflejo erótico en los batracios machos castrados puede hacerse reaparecer, no solo inyectándoles extracto de testículo, sino también inyectándoles extracto ovárico. Esto hace pensar que la libido, suscitada “en bloque” por la excitación química, con una especificidad obtusa, se diferenciaría posteriormente, al menos en la especie humana, a consecuencia de un mecanismo psicológico. Ahora nos interesa hacer constar que, cualquiera que sea su mecanismo, *la diferenciación de la libido no se logra a la par ni con igual perfección en uno y otro sexo. La libido femenina probablemente se despierta antes que la masculina, en relación con la precocidad de la pubertad en la mujer respecto de la del hombre. Pero en cambio, es menos intensa y menos diferenciada.*

Por lo que hace a la intensidad, no tiene duda que la tendencia pura, instintiva, dinámica del hombre hacia la mujer, es incomparablemente mayor que la que siente la mujer hacia el hombre. *Lo que predomina en la sexualidad de la hembra es la aspiración maternal, y a costa de su desarrollo queda disminuido el auge de su libido; del mismo modo que, como antes hemos dicho, el desarrollo anatómico de sus órganos maternos es la causa de la inhibición general de su morfología.*

Toda la vida social y la moral humanas están profundamente influenciadas por este hecho de la menor intensidad, y, por lo tanto, de la menor urgencia de la libido en la mujer. Esta experimenta la inclinación hacia la vida sexual utilizando al hombre, como un rodeo, para el fin maternal. El hombre, en cambio, busca a la mujer como fin primario de su libido, con la aspiración paternal en segundo plano. El simple y notorio hecho de que no exista una prostitución masculina análoga a la femenina demuestra este menor tono de la necesidad erótica de la mujer. Gracias a él la castidad forzada no es una “tragedia orgánica” para las mujeres, como lo es para los hombres. La castidad puede ser en el sexo femenino una “tragedia social”, pero nada más. Por eso la permanencia en la castidad es un problema terrible en los religiosos varones, y no es problema en los conventos de monjas. Además, en la mujer, la libido, por esta misma menor violencia, tiene una propensión característica a la canalización o sublimación de su actividad en el sentido místico, filantrópico, de propaganda social, etc.; en tanto que el hombre es siempre esclavo del instinto directo, salvo casos de notoria frialdad orgánica o de posesión de resortes excepcionales de la voluntad.

Esta diferencia en la energía de las respectivas libidos es, pues, indudable, y en ella se funda una de las

modalidades esenciales en la vida de los sexos: el que en condiciones normales, sea el varón el que busque a la mujer y no a la inversa. Esta ley, de sentido, por lo tanto, físico, no se modifica desde los animales inferiores hasta la especie humana; y desde el origen celular de la vida del individuo –el espermatozoo busca al óvulo, que le espera– hasta el complejo juego amoroso del hombre y la mujer civilizados y adultos.

La menor diferenciación de la libido femenina es una condición unida a su menor intensidad, que acabamos de considerar. Se parece en esto a la oscura libido del niño, y por ello, como anota sagazmente Freud, tiende con facilidad a adoptar la disposición polimorfa, esto es, la facilidad para derivar hacia no importa qué objetivos eróticos. *Como la del niño, la libido femenina, por razón de su menor energía y de su menor diferenciación, es esencialmente pasiva, y por serlo, extraordinariamente propicia a la seducción.* Este es el motivo de que la mujer –al igual que los niños– se prostituya fácilmente. Y este es el motivo también de que el niño y la mujer necesiten en mucha mayor medida que el hombre de diques externos que encajan por las vías normales la sexualidad: en suma, los principios religiosos, éticos, etc.

La tendencia, tan extendida en la mujer al narcisismo, que es una forma sublimada del autoerotismo –una especie de masturbación sin pecado– es otra manifestación típica de esta indiferenciación de la libido femenina. Y también, desde luego, la mayor naturalidad con que se manifiestan en la mujer las amistades homosexuales, que más adelante comentaremos.

En resumen, la libido femenina tiene precisamente por característica su estado rudimentario. Lo cual nos autoriza a insinuar que, *en cierto modo, la libido, en cuanto energía diferenciada, es una fuerza de sentido viril.* Ahora repetiremos lo mismo para el orgasmo.

El orgasmo, esto es, la sensación de placer físico específica de la ejecución del acto sexual es el complemento de la libido; como el placer físico de comer o de beber es el complemento del hambre o de la sed. Son, pues, elementos relacionados por vínculos orgánicos y psicológicos, que los sitúan, como piezas muy próximas, en el gran mecanismo orgánico de la sexualidad. Pero pueden guardar una cierta independencia. Es decir, que, por ejemplo, un hombre dotado de enérgica libido experimentará intensas sensaciones sexuales; pero estas pueden ser discretas, a pesar de la acentuada energía libidinosa.

En esta disociación es difícil discernir, sin embargo, lo que es fisiológico y lo que es patológico. La libido puede, en efecto, aparecer muy aumentada por moti-

vos colaterales, psicológicos, como pasa, por ejemplo, en algunos viejos, e inversamente, pueden verse casos de hombres en los que se conserva una libido intacta, con “hambre sexual” perfecta y con aptitud de erección, pero sin orgasmo, indudablemente por lesiones de la glándula, quizá del tejido seminífero, como piensa Thorek. Yo he tenido ocasión de examinar recientemente un caso de este tipo.

Pero, dejando de lado la cuestión de las relaciones entre la libido y el orgasmo, *es indudable que este es totalmente distinto en la mujer y en el hombre, hasta el punto de que para nosotros puede darse a estas diferencias la categoría de un carácter sexual, no solo por su constancia, sino también por su trascendencia fisiológica y biológica general.*

Estas diferencias son las siguientes: *El orgasmo sexual es muy lento en la mujer y muy rápido en el hombre.* En el hombre, desde sus primeras experiencias sexuales, el orgasmo, con su consiguiente eyacuación, se logra en pocos minutos; con grandes diferencias individuales ligadas a la constitución nerviosa y humoral del sujeto; y con grandes diferencias circunstanciales, dentro de cada individuo, según la calidad y cantidad de los estímulos eróticos. Pero siempre se trata –insistimos sobre ellos– de un acto rápido y una sensación rápida. En la mujer, por el contrario, el orgasmo sexual, ligado a la hipersensibilización del pequeño clitoris y a la secreción de las glándulas vulvo-vaginales, es un fenómeno de lenta producción; lentísima, por lo común, en los primeros encuentros sexuales; y solo en las mujeres de una vida muy polarizada sobre la actividad genital se logra una rapidez del orgasmo comparable a la del hombre. Muy frecuentemente el orgasmo solo aparece o se agudiza en épocas tardías de la vida, y luego veremos la significación trascendente que tiene este detalle.

Hasta tal punto es marcada esta diferencia, que raramente coincide, en el coito ordinario, el precoz orgasmo masculino, con el lento de la mujer, debiéndose a esta circunstancia el origen de muchos disturbios conyugales de índole sexual; y, probablemente, de muchas neurosis⁴.

Es más: es vulgar el hecho de que muchas mujeres no tienen en absoluto experiencia del orgasmo hasta después de muchos años de vida sexual; y aun las hay que jamás salen de este estado de frigidez sexual, que ha sido repetidamente estudiado por los autores. *Como que el orgasmo, que es necesario en el hombre normal para la ejecución del acto sexual primario, para la fecundación, en la mujer no es, en modo alguno, preciso; y puede cumplir perfectamente su función sexual primaria sin experimentar la menor sensación orgásmica.* Es muy crecido el número de mujeres, madres de dilatada prole, y, por tanto “mujeres” en toda la integridad de la palabra, y aun de vida amorosa complicada, que jamás han sentido orgasmo alguno. Es este, pues, en ella, “un lujo”, agradable sin duda, pero innecesario para el fin sexual. Quizá más apreciado por el hombre mismo que por la mujer; y lo prueba el que casi siempre que los médicos tenemos que intervenir en querellas conyugales o procesos de separación, basados en la frigidez de la mujer, no es esta la que se queja, sino el marido⁵.

Podría objetarse que estas esenciales diferencias en el comportamiento del orgasmo pueden ser debidas a circunstancias artificiosas; en suma, al distinto tipo de actividad sexual, siempre más restringido en la mujer que en el hombre, que la Humanidad ha establecido, como norma, desde hace siglos. Pero es obvio que la diferencia se debe a una causa más profunda e inmodificable: a la diferente constitución anatómica de uno y otro sexo. En el hombre el orgasmo tiene por asiento

4. Es preciso fijarnos bien en que esta asincronía de los dos orgasmos, que deja con tanta frecuencia sin realizar la detumescencia femenina, es una anormalidad normal, que solo, acaso, con una gran experiencia amorosa se compensa. Insisto en esto, porque nunca me han parecido exactas las interpretaciones de los psiquiatras sobre el peligro del coitus interruptus, como origen de neurosis sexuales, ya que eliminan el orgasmo de la mujer. Este queda eliminado con enorme frecuencia, aunque el ayuntamiento se realice correctamente. Para casi todas las mujeres, el acto sexual es, habitualmente, interruptus.

5. Las estadísticas que dan los autores sobre el número de mujeres frías son, evidentemente, erróneas. Se cita siempre la de M. Duncan, que entre 200 mujeres encontró solo un tercio desprovisto de aptitud voluptuosa. G. Cotté arguye, con razón, que esta proporción está en la realidad enormemente aumentada por los casos de ocultación –por pudor o por amor propio–. Pero la razón principal del error se debe, según mi modo de ver, a que en un crecido número de mujeres falta el orgasmo, la sensibilidad genital específica; pero persiste la libido, esto es, la atracción hacia el hombre y, además, la sensibilidad física a la caricia. En este caso, que es, a mi juicio, el más frecuente, la mujer experimenta en la unión con el hombre, la satisfacción psíquica de su amor y la satisfacción caricial, periférica y difusa, para la que su organismo es tan apto. Le basta con esto e ignora la falta del orgasmo. Si se le pregunta si tiene sensibilidad sexual, nos dirá que sí. Pero la auténtica voluptuosidad será una revelación tardía, que se añadirá a las demás, o no aparecerá nunca, sin que se le eche de menos. Así, puede resultar el hecho inesperado de que muchas mujeres de vida amorosa muy complicada, hayan sido, según todas las probabilidades, casi o completamente frías. Tal parece ser el caso de la más célebre amorosa que jamás ha existido, Ninon de Lenclos, según se desprende de todas sus historias. “Je la soupçonne même –dice Bordeaux– malgré le nombre inquietant de ses amants, d’avoir ignoré les ardeurs des sens”. Otra cosa es la auténtica mesalina: en ella lo esencial es el orgasmo, que, en cambio, coexiste, en la mayoría de las mujeres de este tipo, con una feminidad muy disminuida o francamente dudosa. Entendida así la frigidez, como tal ausencia de “orgasmo voluptuoso específico”, pero con existencia de la libido y de la sensibilidad sexual periférica –y solo así debe rectamente interpretarse– el número de mujeres frías antes de los cuarenta años, es extraordinariamente abundante: desde luego, mucho más de la mitad. Se comprende bien, por otra parte, que es escásimo el número de mujeres en las que la investigación puede llevarse a cabo. Pertenecen estos matices de la sensibilidad de la mujer, a un ámbito inexpugnable de la feminidad, no solo para el investigador, que es siempre un extraño, sino para quienes se encuentran

un órgano muy diferenciado, ricamente vascularizado e innervado: el pene.

En la mujer el órgano correspondiente –el clítoris– permanece en estado rudimentario y es obtuso a toda excitación que no sea muy enérgica y prolongada. Por otra parte, en la mujer hay una gran dispersión de las zonas erógenas, hacia la mucosa vecina (vulvar, anal) y a toda la piel, con aguda especialización en las mamas. Por eso, como hemos dicho, es más sensible a la caricia que el hombre⁶.

La razón fisiológica de esta diferencia es sencilla: el orgasmo masculino existe porque es el acompañamiento subjetivo de un acto imprescindible para la fecundación: la emisión del espermatozoo, que se verifica merced a un fenómeno casi convulsivo de las vías espermáticas. En la mujer, el orgasmo es un acto inútil, ya que el papel del óvulo se reduce a esperar; la sensación que lo determina puede facilitar la copulación; pero en tan corta medida, que no se resiente en nada de su ausencia. Son frecuentísimos los casos de violación seguida de embarazo en los que la pobre mujer, desmayada por el terror, se hizo madre en plena inconsciencia.

Ya hemos indicado que el orgasmo femenino, además de más lento, es casi siempre tardío en su aparición cronológica. Espontáneamente no se desarrolla por completo hasta que la mujer se acerca a los cuarenta años, y en muchas no aparece por primera vez hasta entonces. Se ha atribuido esto a la mayor experiencia amorosa; explicación baladí. Y también, por muchos ginecólogos, a los partos, ya que en cierto número de mujeres no aparece hasta después de tener varios hijos; pero es también difícil de comprender cómo el parto puede influir sobre la detumescencia. Aparte de que el mismo ciclo tardío se observa en mu-

chas nulíparas. La verdadera razón estriba, a mi juicio, en que *el órgano específico del orgasmo femenino –el clítoris– siendo de progenie masculina, alcanza muy tarde el máximo de su desarrollo, pudiendo en este sentido equipararse al desarrollo de otros caracteres viriles que preceden y acompañan al climaterio femenino*. En el capítulo correspondiente recogeremos este interesante tema, relacionándolo con el conocido fenómeno de la “recrudescencia amorosa” de ciertas mujeres en la época de la involución. Dejémosle, por ahora, consignado, y acentuemos que, según estos puntos de vista, el orgasmo innecesario, embotado y tardío de la mujer es, según todas las apariencias, un carácter de acento viriloide intersexual; como hace poco decíamos también de la libido.

El verdadero orgasmo de la mujer normal está en la ilusión con que espera ser madre; en el momento en que abraza por primera vez a su hijo; y en este goce infinito que tienen para ella los cuidados directos de la maternidad. Un sacerdote me refirió una vez que una mujer de conducta irreprochable le consultó porque su conciencia estaba atormentada ante el “placer físico” que sentía al dar el pecho a su hijo. Este buen cura la tranquilizó, y el fisiólogo, naturalmente, asiente.

Aptitud fecundante del hombre; aptitud concepcional maternal en la mujer. En esta tercera categoría de caracteres funcionales primarios, la diferenciación es absoluta. Aun en los casos de hermafroditismo humano, con coexistencia de ovario y testículo en una misma glándula y con coexistencia de las dos libidos, la autofecundación es imposible. La diferenciación sexual encarnada en dos individuos diferentes, es aquí imprescindible. El hombre fecunda; la hembra es fecundada.

Pero la trascendencia fisiológica de uno y otro sexo, frente a la procreación, es infinitamente distinta. En el

en los círculos más íntimos de su afectividad; y esto por la esencia misma del hermético espíritu femenino. El hecho de que una mujer declare de un modo objetivo este tipo de sensaciones, casi el hecho de que se preste a someterse al examen, indica ya una feminidad alterada y sospechosa.

Recientemente, F. Travagli niega la frigidez de la mujer. En su actitud pasiva –dice– encuentra la razón de su placer. Pero este placer –contestamos– no es el orgasmo. Cita, en apoyo de la mayor sexualidad de la mujer, el hecho de que en los manicomios se encuentran pocos locos sátiros y muchas mujeres lascivas, lo cual indica que, al desaparecer por la locura las inhibiciones exógenas, la energía sexual se ofrece tal como es en realidad. Pero no me parece que puedan interpretarse así los hechos. Habría que estudiar en cada caso qué conflictos de orden sexual han acaecido en la vida del demente. Porque lo que no tiene duda es que la sexualidad ocupa una parte mucho mayor y más profunda en el alma femenina que en la masculina; y, por lo tanto, debe ser origen de su desequilibrio psíquico con mayor frecuencia que en el hombre. Pero es una sexualidad formada de elementos afectivos, amorosos, amistosos, sociales y, sobre todo, maternales; la sexualidad primaria, como libido hacia el hombre y como orgasmo, ocupa, en cambio, relativamente poco espacio en ella.

Con este hecho de la menor intensidad del orgasmo en la mujer, se relaciona la indudable menor importancia que en ella tiene la masturbación. Yo tengo el convencimiento de que, así como hay muchos, muchísimos casos de niños varones en los que el comienzo de la masturbación es un hecho espontáneo, en la niña esto es rarísimo. La masturbación en la niña es, casi sin excepción una consecuencia de influencias corruptoras, a las que, a pesar de todo, son mucho menos sensibles que los varones. En todo caso, en ellas cesa el hábito en cuanto cesa la influencia infausta; mientras que en el varón tiende a perpetuarse por un autoestímulo. Concuere con esto el hecho que cita Metchnikoff de que en los monos la masturbación es –como se sabe– muy frecuente en los machos, pero rarísima en la hembra. Por otra parte, mi experiencia es muy demostrativa en el sentido de que las niñas precozmente masturbadoras son, precisamente, las que ostentan signos más marcados de intersexualidad morfológica y psíquica; es decir, lo mismo que hemos dicho de la mesalina.

6. En esta condición orgánica radica una de las causas de la propensión de la mujer a la homosexualidad. Y también la explicación de que puedan ser sexualmente satisfechas por hombres impotentes, pero expertos en el arte amatorio, como les pasa a muchos donjuanes. Este hecho, que aquí solo apuntamos, nos da la clave del éxito sexual de muchos hombres de virilidad menguada.

hombre la fecundación equivale a un minuto de placer. Aquí comienza y aquí termina su intervención. En la mujer ese minuto de entrega, casi siempre sin placer físico, no representa más que el principio de una serie larga de fenómenos complejos y dolorosos: el embarazo, el parto, la lactancia. Y, aún antes de que la concepción ocurra, el organismo femenino se prepara un mes y otro con la ovulación y el proceso menstrual, origen también de modificaciones profundas en la economía, y muchas veces de terribles molestias.

El ataque fecundante del varón depende de su iniciativa voluntaria. La mujer está siempre dispuesta. Periódicamente, un fenómeno sangriento, denuncia que le organismo renueva su aptitud maternal. Imagen de la espera resignada de la novia a que llegue, cuando quiera, el prometido.

CAPÍTULO VI

Estudio de los caracteres sexuales (Continuación)

Caracteres funcionales secundarios – Algunos de los caracteres sexuales que nosotros incluimos en este grupo son, desde luego, discutibles. Yo estoy convencido de lo que pienso, pero no aspiro a que mi criterio sea compartido por todos. Por ello, seré breve en esta parte de mi descripción.

La maternidad y el trabajo – En uno de mis libros he explicado, con razones que no he de repetir aquí, mi criterio, deducido del estudio de las características biológicas de la mujer y del hombre, respecto a una división del trabajo, de profundo sentido sexual. Ya hemos insistido suficientemente en que la mujer es un organismo detenido, en cuanto a su evolución general, en los linderos de la adolescencia, por la necesidad de especializar gran parte de su actividad en la trascendente función maternal. Por esta razón, la actividad sexual primaria, en lo que tiene de acto voluptuoso, es en ella secundaria. Incluso hay, como más adelante veremos, un estado de antagonismo entre la aptitud maternal y la aptitud voluptuosa.

Por ello, también su aptitud para el trabajo físico, para la lucha primaria por la vida, es menor, en condiciones normales, que la del hombre; si bien está dotada de extraordinarias condiciones para desempeñar, en casos de urgencia, esas mismas actividades fundamentalmente viriles.

La mujer espera –habitualmente no busca, sino espera– al hombre. Este la fecunda. Y desde entonces todas las actividades, vegetativas y voluntarias de ella, se polarizan hacia el auge del feto; y después del nacimiento, hacia el del hijo; luego, hasta que este sea capaz de valerse por sí mismo, hacia los infinitos cui-

dados que requiere su crianza y la formación del esquema de sus ideas y de sus sentimientos; funciones todas cuyo instrumento natural es la madre.

Y si todo esto, que es pura maternidad, se cumple de un modo estricto y entrañable, la mujer no debe ni puede trabajar. Es el hombre el que debe hacerlo para ella y para sus hijos.

El papel del varón es bien distinto. Desde que en el momento de la cópula fecunda a la mujer, su organismo queda libre de cuidados sexuales. Por ello su aparato reproductor es un apéndice colateral a su organismo, y no el extenso y complejo aparato genésico de la mujer, con raíces en sus más íntimas entrañas. Pero, en cambio, el hombre posee músculos enérgicos, nervios estables y resistentes y cerebro razonador. Está hecho para luchar con el medio cósmico. Para ganar o para intentar ganar una batalla cada día; primero, para subvenir a las necesidades de su hogar; después, si es ambicioso, y su capacidad iguala a su ambición, para acumular la riqueza y la gloria que aumenten el auge material y espiritual de él y de los suyos.

Para mí es indudable esta significación estrictamente sexual del trabajo masculino, opuesto a la maternidad de la mujer. La naturaleza marca, con una claridad que está por encima de las opiniones de los hombres, esta división biológica en la actividad social de los dos sexos. Sin que esto quiera decir que la mujer no pueda servir accidentalmente para todo aquello que es capaz de realizar el hombre. La bastará desprenderse del sagrado obstáculo que la retarda, de la maternidad, para poder seguir la misma ruta que el hombre. Por eso la mujer sin hijos, o la que haya dejado de tenerlos, puede llevar a cabo, dentro de un sentido normal actividades semejantes a las masculinas.

Pero esto es excepcional. La mujer de tipo sexual medio, y en condiciones sociales normales, es madre por virtud de su esencia femenina; como el hombre de sexualidad media y de condiciones sociales normales, trabaja por ley de su masculinidad. Luego veremos la importancia que tiene esta noción para explicar algunos de los aspectos psíquicos de la intersexualidad⁷.

Diferencias en las esferas afectiva y psíquica – La psicología femenina se caracteriza frente a la viril –dejando de lado otros aspectos menos indiscutibles– por estos dos rasgos esenciales; *de una parte, su afectividad es más aguda*: como que reposa sobre un sistema neuro-humoral mucho más inestable que el del hombre. Una mujer verá siempre la vida a través de sus sentimientos, sin disciplinar estos con la razón, como hace el individuo masculino, sobre todo cuando logra

la madurez. La conducta de la mujer en la vida reposa, en gran parte, sobre este hecho, al que se debe mucho de la excelsitud de su sexo; y también, en parte, mucha de su inferioridad social. Cuando la mujer se acoge al apoyo de la virilidad, no busca, instintivamente, tanto el vigor físico y la protección social que compensen su debilidad, como ese complemento de razón fría que se necesita para neutralizar el exceso de su sensibilidad.

El segundo rasgo diferencial entre ambos sexos es la mayor aptitud que el hombre, liberado del lastre emocional excesivo, posee para la función abstracta y creadora. Con la excepción de algunas mujeres citadas constantemente, por cuya misma escasez se define su excepcionalidad, puede afirmarse que la creación del pensamiento humano y de todo el tinglado técnico de la civilización es obra de los hombres. Sin duda, la condición de absurda inferioridad a que hasta hace poco ha estado relegado el sexo femenino ha limitado su

capacidad creadora. Desde luego, nadie duda hoy que todo cerebro de mujer tiene las mismas posibilidades de perfeccionamiento que el cerebro del hombre. Pero la misión intransferible de la maternidad crea, repitámoslo una vez más, una desviación, en un sentido colateral, de su progreso; desviación de la que solo se librarán las mujeres no madres. Pero estas no podrán transmitirlo, ni perfeccionarlo por lo tanto, a través de la herencia. El hombre nace con una herencia milenaria de perfeccionamientos psíquicos que puede siempre mejorar y transmitir. La mujer, en cambio, encuentra el tope de la maternidad, que se opone a su progreso o el de la infecundidad, que se opone a la transmisión de su progreso. Por eso no es preciso ser adivino para asegurar que aunque quedan todavía muchas ventajas que conquistar a la mujer en el terreno social, su posición psíquica será, en lo fundamental, la misma que ahora; para bien de ella y de la especie.

7. Otras muchas consecuencias psicológicas y sociales se desprenden de esta diferencia fundamental entre el varón y la hembra. Una mujer, muy inteligente, me sugería, hace poco esta idea: el sentimiento del patriotismo está mucho menos desarrollado en el sexo femenino que en el viril. Naturalmente la mujer vincula su sentimiento patrio en el hogar y, quizá, en un ámbito, no muy extenso, en torno del mismo. Su patria es su casa; y traslada su patriotismo de una nación a otra, si los seres queridos la rodean. El hombre, por razón de las características antes expuestas, ve su hogar, como un centro de convergencia de infinitos caminos dilatados que su afán corre cada día. Su idea de patria se nutre, pues, de este contacto directo con extensos elementos sociales, que son casi ajenos a la madre. La expatriación, por ello, es casi siempre mejor soportada por la mujer si el hogar va consigo. Por ello también, la mujer jamás desea la guerra, que es un cáncer desarrollado sobre el sentimiento patriótico, como la desean los hombres, a pesar de que son los que pueden perder en ella la vida. Solo cuando peligra el hogar, la mujer adquiere aptitud bélica, como ocurre en las ciudades sitiadas. Terminado el trance, vuelve a su casa pidiendo la rueca –“Madre sáqueme la rueca, que traigo ganas de hilar”– como la doncella guerrera del romance.



LECTURAS

Daniel Matusevich

Una guía sobre el arte de perderse

Rebecca Solnit

Buenos Aires, Fiordo, 2020, 192 págs.

En búsqueda de relatos que nos permitan ahondar en la complejidad de la vida de nuestros pacientes, la obra de Rebecca Solnit es un mojón insoslayable en tiempos de muerte de los grandes relatos. En el mundo psi, el ocaso del psicoanálisis (y la supervivencia de algunas tendencias, muy bien caracterizadas por Ricardo Strafacce), la neurologización de la psiquiatría, la decadencia de la clínica y el abandono de las grandes narrativas tiende a convertir el espacio de encuentro con el otro en un páramo yermo regido por algoritmos estadísticos. Atentos a este panorama es que las ideas de la autora seleccionada cobran gran relevancia, ya que viene dándole forma hace años a una semiología que permita pensar y habitar el planeta tierra de una forma diferente, evitando caer en las trampas de la repetición acrítica y desactualizada o de la originalidad vacía y superficial. Su profunda lectura de los textos clásicos (como proponía Ítalo Calvino) le permite trazar recorridos densos y profundos aceptando el desconocimiento inherente a estos tiempos, sin necesidad de abrazar falsas certidumbres, que en el mejor de los casos tranquilizan pero jamás abren nuevos sentidos.

Es autora de más de veinte libros sobre feminismo, historia occidental e indígena, poder popular, cambio social e insurrección, deambular, caminar, esperanza y desastre; su obra escapa a los cánones convencionales debido a que mezcla géneros con originalidad e inteligencia, definiendo artículos y libros que bien pueden ser ensayos, trabajos académicos o artículos en su página de internet y en diarios.

El texto más conocido en Argentina es sin duda "Los hombres me explican cosas", colección de ensayos que se convirtió desde el momento de su publicación en el año 2008 en un hito del movimiento feminista contemporáneo; en el Solnit ejemplifica con ironía la forma en que los hombres utilizan un discurso con-

descendiente para silenciar y ejercer poder sobre las mujeres, incluso en ámbitos de aparente igualdad y apertura. El concepto describe el tono pedagógico masculino al hablar de temas sobre los cuales sus interlocutoras mujeres poseen mayor conocimiento, mientras ellos se asumen como expertos; es de lectura obligatoria para todo aquel que quiera profundizar en la desigualdad entre mujeres y hombres, la violencia basada en el género y los nuevos feminismos.

En la misma línea vale la pena que el lector curioso revise la conferencia que Mary Beard dictó en el museo Británico en el año 2014, publicada en el London Review of Books como "The Public Voice of Women": se remonta a la Odisea para señalar la escena en la que Telémaco, hijo de Odiseo, calla en público a su madre, Penélope. Desde este punto de partida, el texto rastrea hasta nuestros días esta imagen del hombre que calla a la mujer, reflexionando sobre la idea, todavía preponderante en algunos círculos, de que las mujeres tienen derecho al chisme pero no al discurso.

Volviendo a Solnit encontramos en su obra un antecedente al libro que comentamos aquí: *Wanderlust*, una historia del caminar, publicado en el año 2005; "Sentí que había temas que no había explorado. Uno de ellos era el hecho de deambular y perderse, y por qué eso era importante en una sociedad cada vez más controlada. ¿Qué significa zambullirse en lo desconocido?", se pregunta la autora. Supone también su primera experiencia con una escritura "menos académica", que luego convertiría en su marca de fábrica. "Quise perderme también al escribir. Empecé a hacerlo de una manera más poética, a partir de asociaciones más personales", explica la autora, que cita a Eduardo Galeano y a Ariel Dorfman como ejemplos a seguir, por su manera de "mezclar la vida y el arte" Siguiendo la estela dejada por el admirado H. D. Thoreau (los puntos de contacto con Walden son muy

evidentes), Solnit describe el hecho de perderse como un gesto político que permite desarrollar la independencia, el instinto de supervivencia, el sentido de la orientación y la imaginación. “No perderte nunca es no vivir”, dice en el libro, mientras deambula por asuntos como su incierta genealogía familiar, el significado cultural de las ruinas o el “azul de la distancia”, el color de los horizontes y las cordilleras remotas, el de la melancolía y el anhelo.

Una guía sobre el arte de perderse explora algunos de los significados de la palabra, ya sea perderse en la obra de un autor o en un desierto, en los laberintos de las relaciones familiares o en una ruta. La familiaridad y la aplicación para los improbables lectores psi que me acompañan es instantánea, ya que es inevitable e imposible no perderse en las vidas o en los tratamientos que llevamos adelante con nuestros pacientes; parafraseando a Solnit podemos decir que “No perderte nunca es no haber atendido pacientes”.

Intentando definir algunos rasgos de su escritura podemos decir que combina apuntes personales (relaciones de pareja, historia de sus abuelos, viajes, fallecimiento de amigas) con referencias históricas (descubrimiento de América, significado de la palabra blue, los cuadros de Ives Klein, el Centro Zen de San Francisco) y antropológicos (la geografía de Estados Unidos, la Ruta 66, el desierto de Mojave) para terminar construyendo historias que permanentemente zigzaguean entre la realidad y ficción. En palabras de Rebecca: “...la escritura de ensayos es como la fotografía: las dos plantean el mismo desafío de encontrar su forma y su estructura en aquello que ya existe y las mismas responsabilidades éticas de cara al tema. La ficción, como la pintura, te permite empezar con un lienzo en blanco...”; los ancestros inmigrantes, los amigos perdidos, los antiguos amantes, las viejas películas preferidas, la casa en la que creció, el desierto o los edificios en ruinas conforman un material inmejorable para explorar la pérdida, el perderse y el estar perdido.

Perderse es utilizado en un sentido amplio, no solo en uno literal sino también en lo que implica sumergirse en “un plano en el que todo lo demás desaparece”, por eso lo opuesto a la pérdida no es el regreso sino la transformación. Y de eso nos habla este libro, de pequeñas y grandes transformaciones que pueden sucederle a aquellos dispuestos a renunciar a las certezas y a aceptar que, más tarde o más temprano, todos estamos destinados a perder.

Cuatro de los nueve ensayos tienen el mismo título y estructuran el libro: “El azul en la distancia”, haciendo un juego de palabras con el color y la acepción inglesa de la palabra que es tristeza. Están teñidos de una melancolía esperanzada y serena que conduce al lector por un camino de historias con el potencial de cambiar vidas.

El primero está dedicado a los viajes y a tratar de dilucidar la belleza que reside en las tragedias (“...es que, como sucede con el azul de la distancia, la consecución y la llegada solo trasladan algo de ese anhelo, no lo satisfacen, igual que, cuando llegas a las montañas a las que te dirigías, han dejado de ser y el azul ha pasado a teñir las que se encuentran detrás”); es muy interesante el contrapunto que plantea entre poseer y perder, el corazón del capítulo (“Hay cosas que solo poseemos si están perdidas, hay cosas que no se pierden si de ellas nos separa la distancia”).

El segundo está dedicado a Alvar Núñez Cabeza de Vaca y sus aventuras en la península de la Florida (“... fue uno de los primeros europeos perdidos en las Américas-y el primero en volver y contar su experiencia-y, como muchos de ellos, lo que hizo para dejar de estar perdido no fue regresar sino transformarse”).

El tercer ensayo “azul” explora el mundo de la música country y western, sus historias de pérdida y desaparición (“Si es más profundo que el rock es porque el fracaso es más profundo que el éxito. Es sobre todo del fracaso de lo que aprendemos”). El cuarto está dedicado a Ives Klein, pintor, místico y judoca obsesionado con volar y “...volar significaba acceder literalmente al cielo que había declarado suyo, significaba desaparecer y significaba entrar en el vacío”.

Obra inclasificable, para leer y releer con lápiz en la mano, en distintos momentos del recorrido vital, una guía que teje tramas y da pistas, abriendo una puerta a las grandes cuestiones existenciales.

Así escribe

“La gente mira el futuro y piensa que las fuerzas del presente se van a desplegar de forma coherente y predecible, pero todo examen del pasado revela que los tortuosos caminos del cambio son tan extraños que no pueden siquiera imaginarse.

A veces pienso que me hice historiadora porque no tenía historia, pero también porque quería contarla verdad en una familia donde la verdad era una entidad escurridiza”.