

Investigación evaluativa de un protocolo para urgencias de salud mental en el primer nivel de atención

Salud mental y vulnerabilidad social: el caso de las mujeres que viven en la calle en Buenos Aires, Argentina

Estudio exploratorio de un taller basado en el Protocolo Unificado para el manejo de ansiedad ante exámenes

Riesgo de suicidio en adultos con Trastorno del Espectro Autista: prevalencia, evaluación y posibles intervenciones terapéuticas

Tratamiento psicofarmacológico de la esquizofrenia en la población infantojuvenil: estado del arte

Historia de la escritura como herramienta para la práctica de la psiquiatría y la salud mental

De la religión del trabajo a la locura

Sobre el pasaje al acto criminal. Historia, definiciones, aspectos forenses



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 Luguercho (Asociación de Psiquiatras Argentinos, Argentina).
Europa: Dominique Wintrebert (Asociación Mundial de Psicoanálisis, Francia), Martín Reca (Association Psychanalytique de France, Francia), Eduardo Mahieu (Cercle d'études psychiatriques Henri Ey, Francia), Federico Ossola (Hôpital Psychiatrique Paul Guiraud, Francia).
EE. UU. y Canadá: Daniel Vigo. (University of British Columbia, Canadá).

Comité científico **Argentina:** Lila Almirón (Universidad Nacional de Corrientes); Marcelo Cetkovich Bakmas (Universidad Favaloro); Jorge Nazar (Universidad Nacional de Cuyo); Jorge Pellegrini (Universidad de La Punta); Lía Ricón (Universidad de Buenos Aires); Sergio Rojtenberg (Instituto Universitario de Salud Mental); Analía Ravenna (Universidad Nacional de Rosario); Eduardo Rodríguez Echandía (Universidad Nacional de Cuyo); Alberto Sassatelli (Universidad Nacional de Córdoba); Carlos Solomonoff (Consultor independiente); Manuel Suárez Richards (Universidad Nacional de La Plata); Miguel Ángel Vera (Universidad Nacional del Comahue); Hugo Vezzetti (Universidad de Buenos Aires). **Bélgica:** Julien Mendlewicz (Universidad Libre de Bruselas). **Brasil:** Joao Mari (Consultor independiente); **Colombia:** Rodrigo Noel Córdoba (Universidad del Rosario). **Chile:** Andrés Heerlein (Universidad del Desarrollo); Fernando Lolas Stepke (Universidad de Chile). **España:** Rafael Huertas (Consejo Superior de Investigaciones Científicas); Valentín Baremblit (Centre d'atenció, docència i investigació en Salut Mental). **Francia:** Thierry Tremine (Consultor independiente); Bernard Odier (Fédération Française de Psychiatrie). **Italia:** Franco Rotelli (Centro de Estudios e Investigación sobre Salud Mental). **México:** Sergio Villaseñor Bayardo (Universidad de Guadalajara). **Perú:** Renato Alarcón (Universidad Cayetano Heredia). **Reino Unido:** Germán Berrios (Universidad de Cambridge). **Suecia:** Lenal Jacobsson (Umeå University). **Suiza:** Nelson Feldman (Hospital

Vertex Revista Argentina de Psiquiatría es una publicación de periodicidad trimestral (enero-marzo/abril-junio/julio-septiembre y octubre-diciembre). 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. (2024). 35(163): 6-102. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos SA. 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. Esta revista y sus artículos se publican bajo la licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0



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

Imágenes de tapa: Suelo seco desierto, tierra resquebrajada - Foto de freestockcenter - www.freepik.es

REDACCIÓN

Comité científico

Universitario de Ginebra). **Uruguay:** Humberto Casarotti (Universidad Católica); Álvaro Lista (MacGill University). **Venezuela:** Carlos Rojas Malpica (Universidad de Carabobo).

Consejo de redacción

Martín Agrest (Proyecto Suma), **Norberto Aldo Conti** (Hospital "José T. Borda"), **Juan Costa** (Hospital de Niños "R. Gutiérrez"), **Natalia Fuertes** (Hospital Italiano de Buenos Aires), **Gabriela S. Jufe** (Consultor independiente), **Eduardo Leiderman** (Universidad de Palermo), **Alexis Mussa** (Consultor independiente), **Esteban Toro Martínez** (Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación), **Fabián Triskier** (PAMI e INECO), **Ernesto Walhberg** (Consultor independiente), **Silvia Wikinski** (CONICET, Universidad de Buenos Aires).

Comité de redacción

Secretario: Martín Nemirovsky (Proyecto Suma, Buenos Aires, Argentina). Daniel Abadi (Proyecto Suma, Buenos Aires, Argentina); Adriana Bulacia (Universidad de Buenos Aires, Argentina); Julián Bustin (Universidad Favaloro, Argentina); José Capece (Consultor independiente, Argentina); Pablo Coronel (Cuerpo Médico Forense, Argentina); Sebastián Cukier (Consultor independiente, Argentina); Irene Elenitza (Consultora independiente, Argentina); Laura Fainstein (Hospital "C. G. Durand", Argentina); Aníbal Goldchluk (Consultor independiente, Argentina); Sergio Halsband (Asociación de Psiquiatras Argentinos, Argentina); Luis Herbst (Consultor independiente, Argentina); Edith Labos (Universidad de Buenos Aires, Argentina); Elena Levy Yeyati (Asociación Mundial de Psicoanálisis, Francia); Silvina Mazaira (Hospital "T. de Alvear, Argentina); Mariana Moreno (Consultor independiente, Argentina); Mariano Motuca (Universidad Nacional de Cuyo, Argentina); Nicolás Oliva (Cuerpo Médico Forense, Argentina); Federico Pavlovsky (Dispositivo Pavlovsky, Argentina); Ramiro Pérez Martín (Fuero de Responsabilidad Penal Juvenil, Argentina); Eduardo Ruffa (Consultor independiente, Argentina); Diana Zalzman (Universidad de Buenos Aires, Argentina); Judith Szulik (Universidad de Tres de Febrero, Argentina); Juan Tenconi (Universidad de Buenos Aires, Argentina).

Corresponsales

México: María Dolores Ruelas Rangel (Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales). **Colombia:** Jairo González (School of Medicine and Health Sciences, Universidad del Rosario). **Venezuela:** Miguel Ángel De Lima Salas (Universidad Central de Venezuela). **Francia:** Eduardo Mahieu (Cercle Henri Ey). **Reino Unido:** Catalina Bronstein (British Psychoanalytic Association).





EDITORIAL

El vínculo entre salud y sociedad es dual. Por un lado, existen estilos de vida escogidos, elecciones y conductas individuales que pertenecen al ámbito de lo privado, que pueden engendrar alteraciones, trastornos, enfermedades varias; pero, por el otro, existen condiciones de vida impuestas, que no son ni podrían ser elegidas por nadie: una alimentación deficiente, el analfabetismo o la escolaridad precaria, la distribución perversa de la riqueza, la desocupación y las condiciones de trabajo desfavorables, la inaccesibilidad a los servicios de salud, la vivienda ausente o inadecuada y la degradación del medio ambiente, la desprotección y la pobreza en la vejez, etc. Todas estas características constituyen ese conjunto de elementos que precisa ser considerado a la hora de programar políticas públicas e intervenciones tendientes a crear estrategias de transformación de las desigualdades que se definen como causas predisponentes para diversas enfermedades. La etiología social de la pérdida de la salud nos remite al ámbito de lo público, es decir, de lo político, y es en ese ámbito que deberían delinearse las estrategias de intervención.

En la ley 26.657, que rige nuestra práctica como profesionales, “se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. Esto votaron en el año 2010, las Cámaras de Diputados y Senadores del Congreso Nacional y está vigente.

Hoy en nuestro país estamos asistiendo a la demolición en forma acelerada de todas las políticas que pueden prevenir, o siquiera paliar, los males enumerados. A esto se suman decisiones directamente lesivas al desarrollo de la investigación pública local, al buen funcionamiento de la enseñanza en sus tres niveles y a toda legislación que aporte un andamiaje de solidaridad y justicia social, hasta el grado de tachar a esta última, desde el más encumbrado puesto de gobierno, como una deleznable pretensión demagógica.

Poco después de los años aciagos de la experiencia neoliberal que vivimos a fines del siglo pasado y a principios del que corre, un conjunto de personalidades de la ciencia, las artes y la cultura, acompañados por organismos de Derechos Humanos convocó a un balance de sus efectos en los dominios de la educación, la salud, el trabajo, la vivienda, la represión estatal, etc., bajo el título “Tribunal ético contra la impunidad de los responsables de las violaciones de los derechos económicos, sociales y culturales del pueblo argentino”, cuyas sesiones se desarrollaron en el Aula Magna de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires. Ante la vastedad del daño producido a la población por aquella experiencia el veredicto fi-





EDITORIAL

nal, emitido por un jurado de eminentes argentinos, fue demoledor. Quien firma este Editorial, tuvo a su cargo presentar el panorama desolador que esa experiencia económica, política y social había dejado como saldo en el campo de la salud mental de la población. En su momento dimos resultados de esos datos (ver el [Editorial, Vertex Rev Arg Psiquiatr, 28\(135\), 323](#)) y alertamos sobre los efectos deletéreos que la situación socio-económica tuvo sobre la salud mental de la población. Como en un repetido volver a empezar, todo indica que entramos en una etapa ya vivida. Las luces de alarma ya están encendiéndose y amenazan con otro episodio similar, o, por la velocidad de los efectos de las políticas implementadas en estos meses, aún peor. Momento para un ejercicio responsable de la memoria, para hacer un llamado activo a la corrección de un rumbo de la conducción política que pueda evitar tanto sufrimiento para los más vulnerables y deje marcas traumáticas, en las mentes y en los cuerpos, difíciles de superar.

Juan Carlos Stagnaro



ÍNDICE

3 Editorial

Artículos

- 6** Investigación evaluativa de un protocolo para urgencias de salud mental en el primer nivel de atención. *Julia Martin, Julieta L. De Battista, Nicolás A. Maugeri, Maximiliano Azcona*
- 18** Salud mental y vulnerabilidad social: el caso de las mujeres que viven en la calle en Buenos Aires, Argentina. *Andrés Rousseaux*
- 32** Estudio exploratorio de un taller basado en el Protocolo Unificado para el manejo de ansiedad ante exámenes. *Javier Matías Salgado, Rodrigo Lautaro Rojas, Milagros Celleri, Felipe Alejandro Cultraro, Nicolás A. Vizioli*
- 42** Riesgo de suicidio en adultos con Trastorno del Espectro Autista: prevalencia, evaluación y posibles intervenciones terapéuticas. *Francisco Musich, Celeste Berardo, Agustina Aragón-Daud*
- 51** Tratamiento psicofarmacológico de la esquizofrenia en la población infantojuvenil: estado del arte. *María Florencia Iveli*
- 63** Historia de la escritura como herramienta para la práctica de la psiquiatría y la salud mental. *Ramiro Pérez Martín*
- 70** De la religión del trabajo a la locura. *Eduardo Mahieu*
- 79** Sobre el pasaje al acto criminal. Historia, definiciones, aspectos forenses. *Antonio Avalos, María José Riquelme*
- 88** **El rescate y la memoria**
Lothar Kalinowsky y la llegada del electroshock a América. *Norberto Aldo Conti*
- 100** **Carta de Lectores**
- 101** **Lecturas**
Obra completa. Del psicoanálisis a la psicología social, Enrique Pichon-Rivière. *Juan Carlos Stagnaro*



Investigación evaluativa de un protocolo para urgencias de salud mental en el primer nivel de atención

Evaluative research of a mental health urgences protocol for the primary care level

Julia Martin¹, Julieta L. De Battista², Nicolás A. Maugeri³, Maximiliano Azcona⁴

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i163.523>

Resumen

Introducción: Esta investigación parte de algunos obstáculos en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, especialmente en el primer nivel de atención y en lo relativo al manejo de urgencias, con o sin riesgo cierto e inminente. La escasez de protocolos de intervención en salud mental y la percepción de que podrían limitar la lectura singular de cada situación crítica son desafíos identificados en la práctica. No obstante, los protocolos pueden ser herramientas organizativas valoradas en circunstancias complejas. En la bibliografía se destaca la necesidad de acompañar su implementación con capacitación para evitar enfoques exclusivamente burocráticos y deshumanizados. **Materiales y métodos:** Para abordar esta brecha, se realizó esta investigación, en la que se diseñó un protocolo de actuación en urgencias de salud mental y una capacitación acorde para el personal de salud del primer nivel de atención de un territorio del área metropolitana de Buenos Aires. El objetivo de la investigación fue evaluar su efectividad. Se utilizaron métodos cuali-cuantitativos con el fin de caracterizar las intervenciones previas a la implementación del protocolo, comparándolas con las posteriores a la capacitación y aplicación del protocolo. **Resultados:** Se halló que su implementación favoreció respuestas más adecuadas en contextos críticos y mejoró el conocimiento acerca de las estrategias de resolución que pueden efectuarse en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental, reforzando asimismo factores protectores de la salud mental de los trabajadores de la salud, tales como el acceso a una estrategia que colabore en la organización de la tarea y el trabajo en equipo.

Palabras clave: protocolo, urgencias, riesgo cierto e inminente, salud mental, primer nivel de atención

Abstract

Introduction: This research stems from certain obstacles in the implementation of the National Mental Health Law, especially at the primary care level and regarding emergency management, with or without certain and imminent risk. The scarcity of mental health intervention protocols and the perception that they could limit the clinical understanding of each critical situation are challenges identified in practice. However, protocols can be valuable organizational tools

RECIBIDO 15/12/2023 - ACEPTADO 8/2/2024

¹Especialista en Psicología Clínica. Directora General de Salud Mental, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Municipalidad de Berazategui. Laboratorio de Investigaciones en Psicoanálisis y Psicopatología de la Universidad Nacional de La Plata. Buenos Aires, Argentina. ORCID 0000-0003-0677-6443

²Doctora en Psicopatología de la Université de Toulouse. Investigadora Adjunta de la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires (CIC). Instituto de Ciencias de la Salud UNAJ-CIC, Laboratorio de Investigaciones en Psicoanálisis y Psicopatología de la Universidad Nacional de La Plata. Buenos Aires, Argentina. ORCID 0000-0003-2946-8806

³Lic. en Psicología. Director Ejecutivo Interino del Centro de Salud Mental "Ramón Carrillo" Dirección de Salud Mental, Secretaría de Salud Pública e Higiene de la Municipalidad de Berazategui. Laboratorio de Investigaciones en Psicoanálisis y Psicopatología de la Universidad Nacional de La Plata. Buenos Aires, Argentina. ORCID 0000-0003-4671-6234

⁴Doctor en Psicología. Investigador Asistente de la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires (CIC). Instituto de Ciencias de la Salud UNAJ-CIC y Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. Buenos Aires, Argentina. 0000-0003-3024-8560

Autora correspondiente:

Julia Martin

juliamartin17@gmail.com

Lugar en donde se realizó la investigación: Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salud Pública e Higiene de la Municipalidad de Berazategui e Instituto de Ciencias de la Salud UNAJ-CIC. Laboratorio de Investigaciones en Psicoanálisis y Psicopatología de la Universidad Nacional de La Plata



in complex circumstances. The literature emphasizes the need to accompany their implementation with training to prevent exclusively bureaucratic and dehumanized approaches. Materials and methods: The purpose of this work was to address this gap, by developing an emergency mental health action protocol and training for first-level health-care personnel in a territory of the metropolitan area of Buenos Aires. The research aimed to evaluate its effectiveness. Qualitative and quantitative methods were used to characterize interventions before the protocol's implementation, comparing them with those after training and protocol application. Results: It was found that this device facilitated more appropriate responses in critical contexts and improved knowledge about resolution strategies that can be implemented within the framework of the National Mental Health Law. Additionally, it strengthened protective factors for the mental health of healthcare workers, such as the possibility to access to a strategy that aids in task organization, and teamwork.

Keywords: protocol, urgencias, certain and imminent risk, mental health, primary care level

Introducción

Es conocida la existencia de problemas en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26657 vigente en la República Argentina (en adelante LNSM) respecto a la actuación en situaciones de urgencia de usuarios con padecimiento mental, especialmente en situaciones de riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros (Areco et al., 2021). Hemos delimitado algunos de estos inconvenientes en nuestras trayectorias de trabajo por distintos dispositivos de salud mental y diversos niveles de atención, que han dado lugar a estudios previos (Martin, 2015; Martin, 2016; Martin & Gil Mariño, 2023). Uno es la demora en su detección y abordaje adecuado, que opera como barrera de acceso a la salud y/o dilación en la acción (Iparraguirre et al., 2022). Otro es la fragmentación al interior del sector salud y con otros sectores (Subsecretaría de Salud Mental, 2022a). La LNSM y su Decreto Reglamentario describen con claridad que la atención del riesgo debe ser realizada en Hospitales Generales, es decir en el segundo nivel de atención (Ley N° 26657, 2010). Sin embargo, las situaciones de urgencia se presentan muchas veces en el primer nivel de atención y no siempre son recibidas por personal de salud mental, por lo que resulta necesario diseñar dispositivos de abordaje adecuados para este nivel de cuidados. De allí que, ante la recepción de estas situaciones, suele aparecer el interrogante: ¿cómo actuar?

En razón de ello, la presente investigación se focalizó en la red asistencial del primer nivel de atención de la Secretaría de Salud Pública e Higiene de la Municipalidad de Berazategui. Como respuesta a estos obstáculos detectados ya mencionados, elaboramos una propuesta para este municipio del Área Metropolitana de la Provincia de Buenos Aires, Argentina destinada al personal del primer nivel -diseño de protocolo y ca-

pacitación - cuya efectividad hemos evaluado en esta investigación. Esto se encuentra en consonancia con lo propuesto en la Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental (Dirección Nacional de Salud Mental, 2021) es decir, la inclusión de la salud mental en la salud pública y la capacitación, y en las acciones de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género de la Provincia de Buenos Aires en lo relativo a la conformación y fortalecimiento de redes integradas con base comunitaria (Subsecretaría de Salud Mental, 2022a).

Antecedentes

Se realizó una búsqueda bibliográfica acerca de la implementación y efectividad de protocolos de intervención en urgencias en salud mental. Se definió para el criterio de búsqueda como palabras claves: *protocolos, urgencias, salud mental, primer nivel de atención*. Se usaron buscadores como Pubmed, Scielo y Redalyc. Pocos fueron los trabajos hallados. Los mismos versaban en su amplia mayoría sobre investigaciones tendientes a medir el nivel de satisfacción por las prestaciones recibidas, atención de intentos autolíticos, tipos de urgencias recibidas y establecimiento de los síndromes más frecuentes, localizados en hospitales generales o monovalentes (Morales, 2009; Sotelo et al., 2013). Tan solo uno de los trabajos describía los motivos por los cuales se implementó un protocolo como parte de una estrategia de atención ante situaciones de crisis en salud y salud mental, en la rama de enfermería (Casado Domínguez, 2019). Diferente es la situación en otros campos, como el médico general, en el que es muy frecuente la realización de trabajos que den cuenta de los motivos de la implementación de protocolos para determinar diferentes problemáticas tales como: detección de infartos (Borrayo-Sánchez et al., 2017) o manejo de pacientes (Peña, 2008), entre otros.

Se encontró un trabajo sobre el tema específico del uso de protocolos o guías para el manejo de las urgencias en salud mental en el primer nivel de atención proveniente de otro país (Salvo, Florenzano & Gómez, 2021). Dicho estudio contempla sólo una de las posibles situaciones de urgencia: el intento de suicidio.

A pesar de esta vacante en la investigación sobre el tema, contamos con algunas guías y lineamientos provinciales y nacionales (Subsecretaría de Salud Mental, 2022b; Dirección Nacional de Salud Mental, 2013). La Guía del 2022 sobre “Atención de Crisis y Urgencias por motivos de salud mental y consumos problemáticos” de la Provincia de Buenos Aires, explicita que las urgencias en salud mental deben asistirse en los Hospitales Generales, pero destaca que este tipo de consultas muchas veces se detectan antes. Esto reconoce la importancia fundamental de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Esta importante consideración es acorde no sólo con las realidades de las consultas que llegan a los dispositivos, sino al Plan Provincial de Salud Mental en la medida en que propone incorporar la salud mental en un sistema integrado de salud (Subsecretaría de Salud Mental, 2022a).

La importancia de incluir al primer nivel de atención en la intervención sobre las crisis de la salud mental es uno de los objetivos que propuso la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en su Plan 2021-2025 (Dirección Nacional de Salud Mental, 2021). Destacamos que, muy recientemente, la Dirección Nacional de Salud Mental (2023) se interesó en capacitar para el abordaje de las urgencias por intento de suicidio a personal del primer y segundo nivel de atención.

Algunos trabajos, que no se ocupan directamente del tema de los protocolos en salud mental, mencionan objeciones a la utilización de protocolos. La crítica frecuente es que la estandarización de los protocolos sería restrictiva de la evaluación de lo singular de cada persona (Fazio et al., 2015). Otros trabajos mencionan que las situaciones de riesgo en salud mental provocan estados psíquicos de malestar tales como la ansiedad o la angustia en los profesionales, que pueden ser perjudiciales para los usuarios en tanto inciden en el modo de actuar (Martin & De Battista, 2022; Iparraguirre et al., 2022; De la Aldea & Lewkowicz, 2004). Esto resulta de importancia dado que suponemos que los protocolos en salud mental, utilizados racionalmente, podrían aportar la tranquilidad necesaria al personal que interviene en situaciones de crisis.

Desde el diagnóstico realizado por la Dirección Municipal de Salud Mental en el territorio investi-

gado, en el marco de capacitaciones y relevamientos previos, delimitamos algunos factores que operarían en los problemas descritos: la falta de acciones consensuadas -lo que coincide con lo hallado en los antecedentes expuestos-; el supuesto de que la intervención en riesgo en salud mental debería ser un campo reservado exclusivamente a los “especialistas”; y el desconocimiento, o interpretaciones divergentes de la LNSM (Iparraguirre et al., 2022).

Marco teórico

Se concibe a la salud mental según los lineamientos de la LNSM, en términos de una perspectiva de derechos interdisciplinaria, intersectorial y de participación comunitaria, como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Por “padecimiento mental” entendemos al sufrimiento subjetivo que puede aparecer de diversas maneras y que perturba de alguna forma el equilibrio logrado por la persona en lo que atañe a su relación con los otros, con su cuerpo y con la realidad. Ahora bien, según la LNSM, el diagnóstico de evaluación del riesgo debe ser situacional: biológico, psicológico, social, cultural, en un momento dado, habida cuenta de los múltiples determinantes del padecimiento mental; cobra relevancia en ese sentido la idea de un diagnóstico de situación (De Battista, 2019). En la LNSM el término mayormente asociado a momentos de gravedad es el de “riesgo cierto e inminente para sí o para terceros”, que ha reemplazado la noción de peligrosidad (Ghioldi & Toro Martínez, 2010). Es definido, como “contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros”. Otro término relacionado con éste, pero que abarca una amplitud más grande de situaciones y puede o no involucrar riesgo, es el de “urgencia” en salud mental, definida como “toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideran que requiere atención inmediata. Implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital” (Dirección Nacional de Salud Mental, 2013).

Nuestro trabajo se desarrolla en el primer nivel de atención bajo los principios de la atención primaria de la salud (APS). Los niveles de atención son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no se consideran en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven. Se suelen delimitar tres niveles de atención. En el primero se trata del contacto inicial de la población con el sistema de salud, en la medida en que es el más próximo. En consecuencia, permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, es de baja complejidad, y es la “puerta de entrada” al sistema de salud (Vignolo et al., 2011).

Con respecto al problema ya planteado -la incertidumbre en el modo de actuar en la recepción de urgencias en el primer nivel de atención-, consideramos que la elaboración de un protocolo de actuación puede resultar adecuada. Según la Real Academia Española (RAE, 2022), un *protocolo* es una “secuencia detallada de un proceso de actuación científica, técnica, médica, etc.” Encontramos una definición específica al campo de la salud: “Los protocolos son instrumentos de aplicación, de orientación, eminentemente práctica, (...) Los protocolos de actuación contienen la secuencia de actividades que se deben desarrollar sobre grupos de pacientes con patologías determinadas en un segmento limitado o acortado del dispositivo asistencial. Definen el manejo del cuidado de los pacientes para situaciones o condiciones específicas” (Vera Carrasco, 2019). Se distinguen de las guías o lineamientos por ser más sintéticos, delimitar un flujograma de pasos específicos, son de lectura ágil y contienen la información necesaria para dirimir situaciones dilemáticas.

Con respecto a la investigación que evalúa la efectividad de su utilización, entenderemos por efectividad a la relación entre objetivos/resultados bajo condiciones reales. La evaluación de los resultados consiste esencialmente en verificar si se han alcanzado los objetivos establecidos (Bouza Suárez, 2000).

Hipótesis y objetivos

Un protocolo de actuación en situaciones críticas de salud mental destinado al personal de salud del primer nivel de atención y la capacitación sobre su uso podría contribuir a la resolución de estas situaciones en forma más adecuada.

Objetivo general

Conocer la efectividad de un protocolo de actuación en situaciones de urgencia de salud mental y la capa-

citación implementada al respecto, diseñados para personal estratégico de salud de redes asistenciales del primer nivel de atención en el territorio de estudio.

Objetivos específicos

1. Caracterizar las principales representaciones y modalidades de intervención habituales en situaciones críticas de salud mental previamente a la administración de la capacitación y el uso del protocolo.
2. Comparar la representación y modalidad de intervención en estas situaciones críticas luego de la capacitación y aplicación del protocolo.
3. Producir indicadores de efectividad sobre la implementación de la estrategia diseñada.
4. Detectar factores facilitadores u obstaculizadores en el acceso a la lectura e intervención de la situación.

Materiales y métodos

Diseño

Estudio no experimental, descriptivo, evaluativo. Se propuso en principio como una investigación cualitativa, de carácter exploratorio. Debido a la cantidad de participantes que aceptó formar parte de la investigación, se decidió luego de la prueba piloto proseguir con un enfoque cuali-cuantitativo, por lo que se adaptaron las técnicas de recolección de datos.

Participantes

El ámbito de estudio estuvo compuesto por una red asistencial del primer nivel de atención del municipio de Berazategui, que incluye: 32 CAPS de la Dirección de Atención Primaria de la Salud (CAPSA); 1 Centro odontológico; Sistema de Atención Médica de Emergencias (SAME); 1 Centro de Salud Mental y una Red de Psicología en CAPS, y 1 Centro de asistencia a violencias, con un total de 500 agentes, aproximadamente. La muestra utilizada para el análisis de datos cuantitativos es no probabilística y está compuesta por las respuestas del personal de salud que, habiendo participado de la capacitación, accedió a participar a su vez de la encuesta realizada antes de la capacitación (encuesta inicial de diagnóstico de situación) y/o de la encuesta realizada tres meses después de la capacitación (encuesta de satisfacción).

La convocatoria se realizó a través de comunicación interna de cada Dirección. Se construyó una muestra de 119 participantes, bajo el siguiente criterio de inclusión: ser agente de la Secretaría de Salud Pública e Higiene de la Municipalidad de Berazategui y dar el

consentimiento informado. De esta muestra, 100 participantes se identificaron con el género femenino, 17 con el género masculino y 2 con otro género. El rango etario prevalente se ubicó entre los 40 y 49 años. Más de la mitad de los participantes trabaja en un CAPS (58 %) y tiene entre 0 y 4 años de antigüedad en su trabajo (52,1 %). Entre las ocupaciones más frecuentes de los participantes destacan la de personal administrativo (42 %), agente sanitario (12,6 %) y enfermería (10,9 %), por encima de psicología (7,6 %), medicina (3,4 %), ambulanciero (6,7 %), radio operador del SAME (5,9 %) y referente de CAPS (5,9 %), entre otras. En cuanto a los participantes que respondieron a la encuesta de satisfacción se construyó una muestra de 76.

Las capacitaciones alcanzaron a un total de 70 personas del área de Salud Mental, 150 de CAPSA, 40 de SAME y 20 de Odontología.

Consentimiento informado

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación del Hospital "Evita Pueblo" de Berazategui. Se realizó un proceso de consentimiento informado por escrito. El N° de registro en la Comisión Conjunta de Investigaciones de Salud es EX-2023-19730168-GDEBA-CCISMSALGP.

Instrumentos

Se diseñó un protocolo con lenguaje claro para todo el personal de salud, en soporte papel y virtual, de una carilla de extensión. Consta de una primera parte procedimental (flujograma de acciones), y otra parte de referencias legales de relevancia (artículos del Código Civil de la Nación y LNSM), así como información basada en las guías actuales (Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género de la Provincia de Buenos Aires, 2022b; Dirección Nacional de Salud Mental, 2013), todo ello adecuado al territorio de aplicación y sus dispositivos existentes.

Se relevó el diagnóstico inicial de situación del personal de salud que aceptó participar de la investigación respecto de la resolución actual de las situaciones críticas de salud mental a través de encuestas anónimas desarrolladas, previa obtención de consentimiento informado, en formato Google Forms. Se realizaron también 5 entrevistas semiestructuradas a referentes.

Se llevaron a cabo cuatro capacitaciones entre los meses de mayo y de junio de 2023, una con personal de CAPSA, otra con personal de Odontología, otra con personal de SAME y otra con personal de Salud Mental. Luego de capacitarlos en el uso del protocolo diseñado y al cabo de 3 meses respecto de su im-

plementación, se realizaron encuestas de satisfacción para evaluar la efectividad del protocolo. Se analizaron también las planillas de intervención en crisis de salud mental, y las crónicas de las observaciones participantes de cada capacitación, así como registros de seguimientos de resolución de situaciones. Se realizaron cinco entrevistas semiestructuradas realizadas antes del inicio de la investigación y tres meses después de las capacitaciones a personal estratégico con funciones de gestión y/o coordinación del personal de salud de las áreas de salud mental, CAPSA, SAME y Odontología, y con referentes clave.

Procedimiento de análisis de datos

Con el objetivo de enriquecer la validez y la confiabilidad de nuestros hallazgos, implementamos una estrategia de triangulación de datos en la presente investigación (Sánchez Vázquez & Azcona, 2023). En cuanto al análisis de los datos cuantitativos, la información obtenida con los cuestionarios fue volcada a una base de datos y fue procesada estadísticamente con el software Rstudio. Fue analizado el comportamiento y relación de un conjunto de variables de diversa naturaleza, que relevan la opinión y percepción de los participantes sobre las situaciones de urgencia en el primer nivel de atención y sus conocimientos procedimentales en el manejo de tales situaciones, tanto antes como después de la capacitación. Para el análisis de los datos se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas, dado que los datos no necesariamente siguen una distribución normal y se utilizó un muestreo no probabilístico. Se analizaron algunas asociaciones entre las variables categóricas mediante la prueba de Ji Cuadrado con el correspondiente cálculo de tamaño del efecto mediante Phi o v de Cramer para el caso en que se hallen asociaciones significativas.

En lo que respecta al análisis cualitativo, nuestro enfoque se diseñó con el propósito de captar la riqueza y complejidad intrínsecas a las experiencias y percepciones de los participantes. Se implementó un abordaje cualitativo que permitió la exploración de patrones emergentes, temáticas recurrentes y matices presentes en las respuestas obtenidas. Tras la transcripción de las entrevistas semiestructuradas, crónicas de las observaciones participantes y registros de seguimiento de situaciones críticas, se procedió a su codificación, empleando principios generales de la teoría fundamentada, tales como el análisis comparativo constante según Strauss y Corbin (2016). En este proceso, se fomentó el uso de formas de razonamiento abductivo y analógico, siguiendo las pautas de Pulice, Zelis y

Manson (2007), lo que posibilitó la identificación de categorías y subtemas que reflejaron la diversidad de perspectivas presentes en los datos recopilados.

La estrategia de triangulación implementada se reveló esencial para abordar la complejidad de nuestro objeto de estudio, robusteciendo la validez de los hallazgos y proporcionando una base sólida para nuestras conclusiones y recomendaciones.

Resultados

Del análisis cualitativo de las fuentes, y con respecto a nuestro *primer objetivo específico*, se desprende que una de las características predominantes de las modalidades de intervención habituales en situaciones críticas de salud mental, previo a la administración de la capacitación y el uso del protocolo, fue una tendencia a minimizar la situación de urgencia en salud mental, cuestionando en parte la gravedad, al compararla con otras urgencias delimitadas como “código rojo” según el vocabulario de la emergencia, tal como el paro cardiorrespiratorio.

Otra característica sobresaliente fue el hecho de recurrir casi exclusivamente a la solicitud de intervención bajo la modalidad de “pedido de turno urgente” al profesional que se supone especialista en salud mental -psicólogos y psiquiatras-, con escasa resolución de situaciones sin que medie esta intervención, a diferencia de otras situaciones críticas de salud en las que el conjunto del personal de salud tiende a colaborar. Esta forma de respuesta se fundamenta en la idea, manifestada con recurrencia en las capacitaciones, de que los asuntos críticos de salud mental sólo pueden ser receptados por un saber especializado, con la consecuente dilación de la acción en la urgencia, lo que retroalimenta una fragmentación del quehacer poco beneficiosa para el usuario y para el receptor, así como entre sectores y niveles de atención.

Ciertas representaciones que se pueden extraer del material analizado convergen en una idea del usuario con padecimiento mental como alguien peligroso y que, a su vez, podría “manejar sus acciones de acuerdo con sus intenciones”, lo que denominamos “supuesto del control voluntario e intencional de la situación”, tal como puede inferirse de estas frases: “quiere llamar la atención”; “si dice que se va a matar no lo va a hacer”; “si la persona no quiere, no se puede internar”, las que se repitieron en lo registrado en los inicios de las capacitaciones.

Podría interpretarse un cierto predominio de una mirada biologicista sobre la salud, ya que los procesos

de enfermedad no considerados “mentales” serían ajenos a la voluntad o a las intenciones de quien los padece. También predominó un desconocimiento notable sobre el contenido de la LNSM, sobre todo en lo que atañe a los procedimientos vinculados al riesgo cierto e inminente.

Esto se acompaña de otro supuesto, que llamaremos “de tranquilidad”. Este argumento se reconoció como frecuente para no aceptar una situación crítica: “como ahora estaba tranquilo, no se lo quiso atender en el dispositivo de segundo nivel”; “dijo que quería matarse, pero ahora está tranquila entonces esperamos a la atención ambulatoria”. Se reflexionó en todas las capacitaciones sobre este punto, esclareciendo que la tranquilidad no es un indicador *per se*, sino que merece ser evaluado en situación. Se trata de una respuesta habitual, y sobre todo de otros efectores que derivan o a los que se debe derivar: “al momento de la evaluación estaba tranquilo/a”, frase frecuente que acompaña el pedido de “interconsulta con psiquiatría urgente”.

El análisis cuantitativo fue congruente con el análisis cualitativo. El primer relevamiento extraído de la encuesta de diagnóstico inicial tomada previo a la capacitación a 119 participantes, nos permitió conocer que el 60 % del personal había recibido o presenciado situaciones de crisis en salud mental en su trabajo en los últimos 6 meses y que la mitad (45,6 %) dijo recibir tales situaciones con frecuencia. Sin embargo, el 41 % no conocía el contenido de la LNSM, el 37 % desconocía guías o protocolos específicos en salud mental o urgencias en salud mental y el 26 % sentía que no tenía la capacitación para manejar situaciones de urgencia en salud mental, en parte porque no contaban con la presencia de más agentes de salud para abordar la complejidad de la situación de crisis (32,8 %), con especialistas en salud mental en el momento (42,2 %) o con el apoyo de personal policial (42,9 %).

Con respecto a nuestro *segundo objetivo específico*, el análisis cualitativo del material obtenido a posteriori de la implementación de la capacitación y el protocolo arroja una significativa mejora en la capacidad resolutoria del personal ante estas situaciones. Esta mejora se caracterizó por: el uso activo del protocolo con la consecuente disminución en la dilación de la acción –menos barreras para llamar al SAME–; respuestas más rápidas y en territorio, independientemente de la presencia de un profesional especializado en salud mental; la aparición de diversidad de estrategias utilizadas y consultas/supervisiones realizadas posteriormente a la intervención.

Inmediatamente después de la capacitación se notó un mayor requerimiento de consultas al equipo de gestión de salud mental para actuar en cada situación de riesgo. Una vez que se fue afianzando la disposición a actuar, esta iniciativa fue derivando en comunicar la situación a posteriori de haber realizado la intervención. Pasó de requerirse exclusivamente la “atención especializada” y disciplinar, a implementar modos de acción interdisciplinarios y ajustados al protocolo, recibido como un instrumento de acompañamiento, garante del proceder, que parece apaciguar al agente de salud para actuar en forma más organizada. En esa misma línea, comenzó a evidenciarse una consolidación de equipos de trabajo más integrados, menos inhibidos para intervenir en crisis de salud mental, modificándose la representación de la recepción exclusiva del especialista. De los registros de seguimiento de situaciones críticas de las planillas de intervención, así como de las entrevistas semiestructuradas, se observó que muchas de ellas, otrora rechazadas, ahora eran detectadas en un tiempo más precoz y podían ser sujeto de intervenciones concretas, apelando a pensar con otros para resolver.

Otra mejora se produjo con respecto a un aumento del conocimiento del usuario de salud mental y de la LNSM, y se obtuvo una mayor confianza a la hora de intervenir. El estigma que pesa sobre el usuario y de salud mental comenzó a reducirse, pasando de la consideración de la peligrosidad a la lectura de una situación de riesgo, de la que se podría entrar y salir.

Los participantes de la investigación ponderaron el hecho de que las capacitaciones fueran realizadas por personal perteneciente al territorio. Se valoró positivamente la formación en algunos indicadores de riesgo y en materia legal, lo que admitieron que les daba más herramientas a la hora de discutir con otros y por tanto superar las barreras de acceso.

Desde una perspectiva cuantitativa, el análisis de los resultados converge con lo hallado previamente. La administración del segundo cuestionario (encuesta de satisfacción) al que respondieron 76 de los participantes iniciales arrojó que el 71,1 % manifestó haber recibido o presenciado situaciones de crisis en salud mental en su trabajo en los últimos tres meses y el 68,5 % de los participantes refirió haber utilizado el protocolo de atención de urgencias en salud mental para resolverlas. Además, el 81,6 % encontró mejoras en la resolución de tales situaciones a partir de su uso, ya sean mejoras en la situación concreta del paciente (79,7 %), o ya sea ayudándoles a organizar la acción sanitaria (71 %), a transitar la situación con menos an-

siedad (64,5 %) o a tener herramientas para que otras personas entiendan cuestiones básicas de salud mental y puedan colaborar mejor en resolverlas (69,7 %). El 84,2 % estuvo muy de acuerdo o de acuerdo en que el protocolo aprendido contemplaba cómo resolver la situación que luego recibió. El 97,3 % destaca la importancia de la información sobre los pasos a seguir en una situación de crisis en salud mental; y el 98,7 % de los participantes consideraron ‘muy satisfactoria’ o ‘satisfactoria’ la capacitación sobre la implementación del protocolo. Cabe destacar que el 94,7 % considera necesario continuar con capacitaciones en salud mental, con temáticas como ‘Suicidio adolescente’ (64,5 %), ‘Abuso sexual infantil’ (59,2 %), ‘Salud mental de los trabajadores de la salud’ (57,9 %) y ‘Consumos problemáticos’ (56,6 %).

En base a estos resultados, y en referencia al *tercer objetivo específico*, hemos producido los siguientes indicadores de efectividad en la estrategia diseñada:

- Alta tasa de participación de los agentes a los que se les ha ofertado la capacitación.
- Demanda de capacitación para quienes no estuvieron presentes y para abordar otros temas de salud mental.
- Utilización del protocolo como referencia en el intercambio del personal capacitado con otros efectores (personal policial o con el efector de mayor complejidad)
- Identificación de situaciones de riesgo inminente en salud mental por parte del personal de salud capacitado, sin requerir de la consulta a un “especialista”.
- Detección de situaciones en las que sí es necesario consultar al “especialista” para que evalúe el riesgo.
- Identificación de dificultades específicas en el abordaje de situaciones críticas en salud mental por parte del personal de los CAPS: intervención inadecuada de fuerzas de seguridad o del segundo nivel de atención.
- Disminución de pedidos de turnos “urgentes” de psiquiatría, correlativo a un incremento del uso del protocolo.
- Disminución progresiva por parte del personal de salud de consultas con el equipo de gestión a la hora de identificar el riesgo y manejar el protocolo de actuación de modo más independiente.
- Utilización de un lenguaje consensuado, con una consecuente mejora en los canales formales e informales de comunicación para la resolución de las situaciones.

- Transformación en las representaciones de parte del personal sanitario sobre la percepción del padecimiento mental.

Con respecto al *cuarto objetivo específico*, se detectaron algunos factores facilitadores en el acceso a la lectura e intervención de las situaciones críticas.

- Accesibilidad de la capacitación a gran parte del personal de salud territorial, tanto por efecto directo o por efecto multiplicador de los agentes capacitados.
- Presencia física del protocolo con las referencias normativas vigentes en los lugares de trabajo, en especial los CAPS.
- Disponibilidad de un referente en salud mental, presencial o telemática, a quien consultar en caso de necesidad de dirimir situaciones dilemáticas o conversar sobre las acciones realizadas.
- El conocimiento de elementos clínicos y legales para la identificación de una situación de riesgo mejora las respuestas.
- El reconocimiento del usuario de salud mental como alguien que sufre un padecimiento mejora la posibilidad de su abordaje.

En cuanto a los factores obstaculizadores a la hora de implementar el protocolo, delimitamos:

- Desinformación y/o falta de procedimientos consensuados con las fuerzas de seguridad.

- Respuesta inadecuada de efectores del segundo nivel (rechazo de internaciones en situaciones de riesgo o de evaluaciones por guardia).

- Persistencia de la estigmatización del usuario con padecimiento mental.

- Déficit en la inclusión de la salud mental como parte de la salud integral.

El análisis de los datos utilizando estadística inferencial –pruebas de asociación de variables categóricas (Chi cuadrado) – muestra que el lugar de trabajo de los profesionales no está asociado de forma significativa con la frecuencia con la que reciben presentaciones de urgencia en salud mental (*ver Tabla 1*). La frecuencia de estas presentaciones tampoco se asocia con el tipo de profesión/ocupación de los participantes (*ver Tabla 2*) ni con el nivel de dificultad que experimentan al intentar resolverlas (*ver Tabla 3*).

Estos resultados parecen indicar que la dificultad en la resolución de urgencias en salud mental es independiente de la profesión, del ámbito laboral y de la percepción de los participantes sobre sus capacidades para resolverlas. Aunque la capacitación previa en situaciones de urgencia en salud mental no se asoció con el género de los participantes (*ver Tabla 4*), hallamos que hay una asociación estadísticamente significativa, de fuerza moderada, entre la capacitación previa y la edad de los participantes (*ver Tabla 5*). El

Tabla 1. Frecuencia de estas presentaciones según lugar de trabajo

Lugar	Frecuente (N=20)	Para nada frecuente (N=10)	Poco frecuente (N=60)	Total (N=90)
CAPS y salud mental	11 (55 %)	10 (100 %)	42 (70 %)	63 (70 %)
Centro odontológico	1 (5 %)	0 (0%)	6 (10%)	7 (7,8 %)
SAME	8 (40 %)	0 (0%)	12 (20 %)	20 (22,2 %)

Tabla 2. Profesión/ocupación según frecuencia de SUSM

Profesión	Frecuente (N=20)	Para nada frecuente (N=10)	Poco frecuente (N=60)	Total (N=90)
Operadores y promotores	8 (40 %)	3 (30 %)	19 (31,7 %)	30 (33,3 %)
Personal administrativo	6 (30 %)	5 (50%)	25 (41,7%)	36 (40 %)
Profesional de la salud	6 (30 %)	2 (20%)	16 (26,7 %)	24 (26,7 %)

Tabla 3. Frecuencia de urgencias en SM según dificultad percibida para resolverlas

Frecuencia	Las he resuelto sin mayores dificultades (N=41)	Me han resultado difíciles (N=23)	No creo que hayan sido situaciones difíciles de resolver (N=26)	Total (N=90)
Frecuente	7 (17,1 %)	7 (30,4 %)	6 (23,1 %)	20 (22,2 %)
Para nada frecuente	4 (9,8%)	3 (13 %)	3 (11,5 %)	10 (11,1 %)
Poco frecuente	30 (73,2 %)	13 (56,5 %)	17 (65,4%)	60 (66,7 %)

Tabla 4. Capacitación en urgencias en SM según género de los participantes

Capacitación	Femenino (N=74)	Masculino (N=15)	Otro (N=1)	Total (N=90)
No	35 (47,3 %)	8 (53,3 %)	1 (100%)	44 (48,9%)
No sé identificar	2 (2,7 %)	2 (13,3 %)	0 (0 %)	4 (4,4 %)
Sí	37 (50 %)	5 (33,3 %)	0 (0 %)	42 (46,7 %)

Tabla 5. Capacitación en urgencias en SM según edad de los participantes

Capacitación	20-29 (N=13)	30-39 (N=19)	40-49 (N=34)	50-59 (N=18)	60-69 (N=6)	Total (N=90)
No	8 (61,5 %)	11 (57,9 %)	17 (50 %)	4 (22,2%)	4 (66,7 %)	44 (48,9 %)
No sé identificar	1 (7,7 %)	1 (5,3 %)	0 (0 %)	1 (5,6 %)	1 (16,7 %)	4 (4,4 %)
Sí	4 (30,8 %)	7 (36,8 %)	17 (50 %)	13 (72,2 %)	1 (16,7 %)	42 (46,7 %)

Tabla 6. Capacitación en urgencias en SM según dificultad percibida

Capacitación	Las he resuelto sin mayores dificultades (N=41)	Me han resultado difíciles (N=23)	No creo que hayan sido situaciones difíciles de resolver (N=26)	Total (N=90)
No	16 (39 %)	15 (65,2 %)	13 (50 %)	44 (48,9 %)
No sé identificar	1 (2,4%)	0 (0 %)	3 (11,5 %)	4 (4,4 %)
Sí	24 (58,5 %)	8 (34,8 %)	10 (38,5%)	42 (46,7 %)

hecho de haber recibido algún tipo de formación o capacitación previa para detectar una urgencia en salud mental no está asociado con el nivel de dificultad encontrado para resolver tales situaciones (ver Tabla 6).

Podemos interpretar estos resultados de la siguiente forma: aunque los participantes con mayor edad tienden a tener más capacitación, esto no significa que les resulte menos dificultosa la resolución de situaciones de crisis o urgencia en salud mental. Esto parece alertar sobre la calidad, utilidad y frecuencia de las capacitaciones que se ofrecen en torno a la salud mental.

La utilización del protocolo de atención de urgencias en salud mental, luego de la capacitación, no estuvo asociada con el género (ver Tabla 7) ni con la profesión/ocupación (ver Tabla 8), ni tampoco se asoció con el lugar donde trabajan los participantes (ver Tabla 9).

Considerando que 68,5 % de los encuestados manifestó haber utilizado el protocolo para resolver situaciones de urgencia en salud mental, podemos agregar que: a pesar de las diferencias de género dentro de la muestra, no hay evidencia estadística para sugerir que el género influya en la probabilidad de utilizar el protocolo. Por otro lado, que la profesión/ocupación sea independiente del uso del protocolo significa que participantes de distintas áreas, como administrativos, personal sanitario y otros, tienen probabilidades similares de aplicar el protocolo en sus prácticas diarias. Lo mismo sucede con participantes que trabajan en diferentes entornos, como CAPS, SAME u otros, que presentan tasas de uso del protocolo similares.

En suma, en cuanto al *objetivo general* de la investigación, se ha evaluado como efectiva la implementa-

Tabla 7. Utilización del protocolo según el género de los participantes

Uso	Femenino (N=64)	Masculino (N=12)	Total (N=76)
No	19 (29,7 %)	4 (33,3%)	23 (30,3 %)
Sí	43 (67,2 %)	7 (58,3 %)	50 (65,8 %)
Missing	2 (3,1 %)	1 (8,3 %)	3 (3,9 %)

Tabla 8. Uso del protocolo según profesión/ocupación

Profesión	No (N=24)	Sí (N=52)	Total (N=76)
Operadores y promotores	6 (25 %)	8 (15,4 %)	14 (18,4 %)
Personal administrativo	12 (50 %)	19 (36,5 %)	31 (40,8 %)
Profesional de la salud	6 (25 %)	25 (48,1 %)	31 (40,8 %)

Tabla 9. Uso del protocolo según lugar de trabajo

Lugar	No (N=24)	Sí (N=52)	Total (N=76)
CAPS y salud mental	18 (75 %)	46 (88,5 %)	64 (84,2 %)
Centro odontológico	4 (16,7 %)	1 (1,9 %)	5 (6,6 %)
SAME	2 (8,3 %)	5 (9,6 %)	7 (9,2 %)

ción del protocolo de actuación en situaciones críticas de salud mental y capacitación al respecto; en tanto hemos hallado cambios sucedidos luego de dicha estrategia, adecuados los resultados a los objetivos propuestos.

El protocolo constituye una guía sintética y accesible de acción compartida por la mayoría del personal de salud del Municipio, lo que redundó en una respuesta más adecuada para los usuarios de salud mental, y en consonancia con el marco legal vigente. Asimismo, se revela como un instrumento que, junto con otras guías, lineamientos o protocolos de acción, contribuye a resolver algunos inconvenientes de la implementación de la LNSM en lo referido a situaciones de urgencia en salud mental, especialmente en la recepción del riesgo en el primer nivel de atención en salud.

Discusión y conclusiones

Frente al problema delimitado y la evaluación de la respuesta, se concluye que hay adecuación entre objetivos y resultados, en tanto se constatan resultados atribuibles al dispositivo creado para esta población de estudio, con cercanía en el tiempo, por lo que puede considerarse que la intervención investigada se evalúa como efectiva.

Contrastando con lo hallado en los antecedentes bibliográficos respecto de las tensiones entre lectura de situación clínica y uso de protocolos, en este caso la utilización del protocolo no parece haber limitado la capacidad de diagnóstico y actuación en situaciones de riesgo de salud mental ni parece ir en desmedro de la lectura singular del diagnóstico situacional, en tanto plantea pasos pero no soslaya la evaluación de la diversidad y complejidad de las situaciones, sino que promueve un lenguaje común y dota de argumentos racionales para actuar. Se destaca que ha contribuido a disminuir el desconocimiento de la LNSM y tiende a resolver aspectos poco definidos o sujetos a interpretaciones que pueden convertirse en barreras de acceso a la salud. Al respecto, hallamos tres supuestos que configuran obstáculos a la hora de actuar: el de "la necesidad del especialista", el del "control voluntario e intencional de la situación por parte del usuario" y el de "la tranquilidad".

Contrariamente a las críticas o resistencias a plantear protocolos de actuación en salud mental, se han constatado una serie de efectos que pueden ponderarse positivamente:

- Disminución en la dilación de la acción frente a estas situaciones, redundando en una mejora en la calidad y complejidad de respuesta para el usuario y su grupo sociofamiliar de referencia, entendida en términos transdisciplinarios, es decir, valorando la labor en equipo, más allá de las especialidades.
- Reducción de los prejuicios sobre el usuario de salud mental y de algunas interpretaciones particulares de la LNSM, sobre todo en cuanto a las internaciones involuntarias.
- Mayor inclusión de los asuntos de salud mental a la salud integral en este primer nivel de atención (abordaje transdisciplinario que involucra a diferentes agentes de salud y personal administrativo). Esto podría contribuir a la puesta en acción de una perspectiva comunitaria, comenzando por la idea de que el mismo personal de salud es parte de la comunidad y por tanto participa en asuntos de salud mental.

Si bien el protocolo y la capacitación apuntaron a mejorar la calidad de respuesta hacia el usuario, hallamos como efectos favorables los referidos a los aportes al cuidado de la salud mental de los trabajadores de la salud: el uso del protocolo disminuye actitudes defensivas/expulsivas/angustia asociadas a recibir situaciones tan críticas. Contribuye como factor protector de la salud mental del agente sanitario que debe actuar en situaciones críticas. El agente puede organizarse y disponerse a escuchar de otra manera, se desplaza la complejidad atribuida al usuario a pensar con otros la dificultad de la situación.

Esto reenvía a un segundo factor protector de la salud mental del agente sanitario: el trabajo en equipo, que se vio reforzado por dos aspectos. La creencia en el abordaje exclusivo de los especialistas en las situaciones de urgencia en salud mental va en detrimento de respuestas de buena calidad y eficacia. Por tanto, lo detectado como vacancia en cuanto a los aspectos

procedimentales de la LNSM, fundamentalmente en lo que respecta a la recepción de situaciones críticas y en especial de riesgo cierto e inminente, puede hallar un cauce planteando instrumentos tales como protocolos locales y adecuados a los territorios y sus recursos para organizar la acción. Asimismo, resulta crucial acompañar su uso con capacitación para que su implementación sea racional y no meramente burocrática. Sobre la misma, es importante que se haya ponderado como positivo que quienes realizaron la capacitación eran considerados “parte del equipo”.

Concluimos en que este dispositivo evaluado contribuye al tan necesario cambio de paradigma sobre los asuntos de salud mental, de forma concreta, en la comunidad conformada por el personal de salud en su conjunto, por lo que constituye un dispositivo trasladable y adaptable a otros contextos.

Como recomendaciones para las políticas públicas, si bien sabemos de la existencia de algunas guías en otros municipios, más allá de las nacionales y provinciales ya nombradas, creemos que el estilo de comunicación al que hemos llegado en este diseño de protocolo y su adaptación a los recursos existentes por territorio o efector, resulta una herramienta amena y adecuada para estas situaciones que suelen desorganizar la actividad cotidiana. Su lectura accesible y rápida la distingue de las guías que suelen explayarse, y que, si bien son un excelente soporte, se adaptan menos a las dinámicas complejas de los territorios. Las capacitaciones tienden a receptarse mejor si parten de efectores territoriales de salud mental. Es recomendable que el protocolo y su capacitación sean dirigidos a todo el personal de salud, lo que contribuye a integrar los asuntos de salud mental en la salud integral.

Finalmente, consideramos que continuar en la dirección de superar brechas en el acceso a abordajes adecuados en salud mental, articulando con otros sectores involucrados (seguridad, educación, comunidad), integrando diferentes niveles del sistema de salud e identificando barreras y facilitadores, es un camino posible para un real cambio de paradigma en cuanto al acceso a una Salud Mental Pública de calidad.

Agradecimientos: *el presente trabajo se desprende de un proyecto de investigación titulado “Problemas de implementación de la Ley de Salud Mental: evaluación de un protocolo de actuación para situaciones críticas recibidas en el primer nivel de atención”, IP101, realizado con el financiamiento del Programa de Becas en Investigación en Salud “Julieta Lanteri” 2022-2023 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires,*

Argentina. Agradecemos la colaboración de Agustina Aguirre y Melina Adilberti, integrantes del equipo de investigación, y al Dr. Pablo Costa, a la Dra. Luciana Soto, a Paula Iparraguirre y a Alejandra Duarte de la Secretaría de Salud Pública e Higiene de la Municipalidad de Berazategui por su apoyo y acompañamiento en la ejecución.

Conflicto de intereses: *dos de los investigadores poseen cargos de gestión en el territorio en el que fue llevada a cabo la investigación, mientras que el resto del equipo de investigación se constituyó con personal externo.*

Referencias bibliográficas

- Areco, A., Areco, J., & Luna, M. (2021). Hacia un paradigma situacional en salud mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 67(3).
- Borraro-Sánchez, G. & al. (2017). Protocolo para atención de infarto agudo de miocardio en urgencias: Código infarto. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172q.pdf>
- Bouza Suárez, A. (2000). Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 26(1), 50-56. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-466200000100007&lng=es&tlng=es
- Casado Domínguez, E. (2019). Propuesta de protocolo de actuación ante intentos autolíticos en el Servicio de Urgencias en la Comunidad Foral de Navarra. Recuperado de: <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/33353>
- De la Aldea, E., & Lewkowicz, I. (2004). La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud. Recuperado de: <https://lacasona.org.ar/media/uploads/la-subjetividad-heroica-escrito-por-elena-de-laaldea.pdf>
- De Battista, J. (2019). Elogio del pathos en los tiempos del empuje a la despatologización. *Pathos*, 1, 37-46.
- Dirección Nacional de Salud Mental (2013). Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental. Recuperado de: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/2020-atencion-de-las-urgencias-en-la-salud-mental_0.pdf
- Dirección Nacional de Salud Mental (2021). Plan Nacional de Salud Mental 2021-2025. Recuperado de: https://siteal.ieep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/plan_nacional_de_salud_mental_2021-2025.pdf
- Dirección Nacional de Salud Mental (2023). Atención de situaciones de intento y/o riesgo de suicidio en el primer y segundo nivel de atención. Recuperado de: https://www.youtube.com/results?search_query=recomendaciones+para+la+atenci+%C3%+B3n+de+situaciones+de+intento+de+suicidio+e+el+primer+nivel+y+segundo+de+atencion
- Fazio, V., Melamedoff, D. M., Vizzolini, L., & Santimaria, L. (2015). Dos perspectivas del diagnóstico en la urgencia en salud mental: Las normas SAME y el psicoanálisis. Memorias del VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Ghioldi, L., & Toro Martínez, E. (2010). Riesgo grave, cierto e inminente de daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria de internación basada en la peligrosidad para sí o terceros. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 2010, Vol. 21: 63-69.
- Iparraguirre, P., Martín, J., & Maugeri, N. (2022). Creación y uso racional de protocolos de acción territoriales en salud mental: el caso de la intervención en el riesgo cierto e inminente como experiencia de gestión de la red municipal de salud mental del primer nivel de atención de la municipalidad de Berazategui. Recuperado de: https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresoprovincialdesalud/files/2022/09/Relatos_de_experiencias_Parte_I.pdf

- Ley N° 26657, Ley Nacional de Salud Mental (2010). Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-79999/175977/norma.htm>
- Martin, J., & De Battista, J. (2022). Uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación y personal de salud en Argentina durante la pandemia por COVID-19. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 33(156), 35-43. DOI: <https://doi.org/10.53680/vertex.v33i156.177>
- Martin, J. (2015). Complejidades de la decisión de internación en salud mental: del "riesgo cierto e inminente" a la lectura de la urgencia subjetiva. *Revista del Colegio de Psicólogos*, 8.
- Martin, J. (2016). El fundamento de la internación en salud mental en la actualidad: la «situación de riesgo cierto e inminente» en cuestión. *Acta Psiquiatrica y Psicologica de America Latina*, 62(4).
- Martin, J., & Mariño, C. G. (2023). Urgences en psychiatrie et santé mentale: intérêt des protocoles. *L'information psychiatrique*, 99(8), 541-546.
- Morales, C. G. (2009). Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención en salud, en Mistrató-Risaralda. Febrero-Abril 2009. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10554/9784>
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Atención primaria de salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. URSS. Recuperado de: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). CIE 11. Disponible en: <https://icd.who.int/en>
- Pulice, G., Zelis, O., & Manson, F. (2007). Investigar la subjetividad. *Letra Viva*.
- Peña, L. M. & al. (2008). Guía para el manejo del paciente intoxicado. Recuperado de: <https://santamargarita.gov.co/intranet/pdf/vigilancia/guia-toxicologica.pdf>
- Real Academia Española. (s.f.). Protocolo. En Diccionario de la lengua española. Recuperado de <https://dle.rae.es/protocolo>
- Resolución 506/13. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-506-2013-216049/texto>
- Salvo G., Lilian, Florenzano U., Ramón, & Gómez Ch., Alejandro. (2021). Evaluación y manejo inicial de las ideas e intentos de suicidio en atención primaria. *Revista médica de Chile*, 149(6), 913-919. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000400913>
- Sánchez Vázquez, M. J. y Azcona, M. (2023). "Triangulación metodológica: sus posibilidades y limitaciones". En M. J. Sánchez Vazquez (comp.), *Metodología en acción. Aportes a la investigación psicológica con humanos*, pp. 21-31. Edulp.
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia*. JCE EDICIONES.
- Straus, A., & Corbin, J. (2016). Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Universidad de Antioquia.
- Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género de la Provincia de Buenos Aires (2022a). Recuperado de: <https://www.mapadestado.gba.gov.ar/organismos/510>
- Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública. Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. (2022a). Plan Provincial Integral de Salud Mental. Hacia un Sistema Solidario e Integrado de Salud 2022-2027. Recuperado de: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/plan-provincial-salud-mental/> Último acceso: 9 de septiembre de 2022.
- Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género de la Provincia de Buenos Aires (2022b). Recuperado de: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/08/GUIA-DE-ATENCION-EN-LA-CRISIS-Y-URGENCIAS-EN-HOSPITALES-GENERALES-DE-LA-PROVINCIA-DE-BUENOS-AIRES.pdf>
- Vera Carrasco, O. (2019). Guías de atención, guías de práctica clínica, normas y protocolos de atención. *Revista Médica La Paz*, 25(2), 70-77. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582019000200011&script=sci_arttext
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.

Salud mental y vulnerabilidad social: el caso de las mujeres que viven en la calle en Buenos Aires, Argentina

Mental health and social vulnerability. The case of women living on the street at Buenos Aires, Argentine

Andrés Rousseaux¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i163.524>

Resumen

Introducción: El propósito de esta investigación es investigar la posible relación existente entre la situación de calle y la patología mental en una población de mujeres alojadas en un Centro de Inclusión Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Podría existir un sesgo clínico que caracteriza la situación de calle como consecuencia de un padecimiento psíquico. **Metodología:** Se estudió durante 10 meses (enero 2022 a octubre 2022) a un grupo de mujeres entre 18 y 65 años de edad, asistidas socialmente en el Centro de Inclusión Social para mujeres solas o con hijos menores de edad "Azucena Villaflor" de la Ciudad de Buenos Aires, quienes a su vez consultan o hayan consultado en el pasado por su salud mental en forma previa o posterior a su situación de calle. Se practicó un estudio cuantitativo observacional, descriptivo y transversal, relevando datos primarios mediante entrevistas semiestructuradas, complementado la investigación con un enfoque cualitativo utilizando el método narrativo mediante entrevistas en profundidad. **Conclusión:** No existe una relación unicausal entre tener un padecimiento mental y estar en situación calle; la búsqueda laboral, forma de reingreso al sistema productivo, es sumamente dificultosa, por el mercado mismo, no por el estado psíquico de las usuarias. No obstante, la búsqueda infructuosa genera situaciones de frustración que dado el contexto de vulnerabilidad en el que se encuentran pueden llevar a las consultas en salud mental.

Palabras clave: situación de calle, salud mental, factores socioeconómicos

Abstract

Introduction: The purpose of this research is to investigate the possible relationship between homelessness and mental pathology in a population of women housed in a Social Inclusion Center of the Autonomous City of Buenos Aires, Argentina. There could be a clinical bias that characterizes homelessness as a consequence of a mental illness. **Methods:** A group of women between 18 and 65 years of age, socially assisted in the Social Inclusion Center for women alone or with minor children "Azucena Villaflor" of the City of Buenos Aires, who in turn consult or have consulted in the past about their mental health before or after being homeless. An observational, descriptive and cross-sectional quantitative study was carried out, collecting primary data through semi-structured interviews, complementing the research with a qualitative approach using the narrative method through in-depth interviews. **Conclusion:** There is no unicausal relationship between having a mental illness and being homeless. The job search, a form of re-entry into the productive system, is extremely difficult, due to the market itself, not due to the psychological state of the users. However, the fruitless search generates situations of frustration that, given the context of vulnerability in which they find themselves, can lead to mental health consultations.

Keywords: homeless, mental health, socioeconomic factors

RECIBIDO 16/3/2023 - ACEPTADO 20/5/2023

¹Médico psiquiatra. Jefe del Servicio San Juan, Hospital Moyano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina.

Correspondencia:

andresrousseau@gmail.com

Lugar de realización del estudio: Centro de Inclusión Social para mujeres solas o con hijos menores de edad "Azucena Villaflor" y CeSAC N° 15, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich", Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina.



Introducción

Desde los orígenes de la psiquiatría, el vivir en Situación de Calle (SdC) y el vagabundeo fueron vistos como posibles síntomas de diversas entidades clínicas, induciendo a pensar, como consecuencia, una posible relación causal de esta condición social (Basaglia, 2008; Bercherie, 1986; Goldar, 1994).

En primer lugar, debe hacerse una distinción entre “SdC” e “indigencia”. La primera describe a las personas que por lo menos durante el último mes han pasado una noche durmiendo a la intemperie o en un lugar que no reúna las condiciones para ser considerado una vivienda. Por indigencia, en cambio, delimitamos a las personas que aun poseyendo una vivienda, no presentan los ingresos mínimos para cubrir la canasta básica familiar. A su vez, existe un matiz entre una definición y otra, dado que una persona indigente que goza de una vivienda, pero la misma es pagada por subsidios habitacionales estatales, también se encontraría en SdC, porque al retirársele el recurso estatal, o ante cualquier dificultad burocrática para renovarlo, se encontraría en SdC. Lo mismo se puede aplicar para personas alojadas en Centros de Inclusión u Hogares estatales.

Con respecto a la relación entre la SdC y los trastornos mentales, existe un vínculo entre ambos conceptos, como se dijo antes, desde que se empezó a abordar la problemática de la locura. Por ejemplo, una de las características descritas por Ewald Hecker al hablar de la hebefrenia, era la “tendencia al vagabundeo” (Kraepelin et al., 1996). Durante el siglo XIX, en Europa, se presentó una epidemia de locos viajeros, dromómanos según la definición de la época, que resultó ser un problema para los recientemente creados estados europeos (Vaschetto, 2010a; Vaschetto, 2014b). Dentro del grupo de vagabundos se solía incluir a los mendigos, huérfanos y malvivientes, que deambulaban dentro de las ciudades y entre ellas, sin causar mayores problemas, salvo por su presencia. Dentro de este grupo se comenzaron a ubicar a los afectados por la locura, manteniéndose esta idea hasta nuestros días. No es descartable que exista una relación entre los trastornos mentales graves y la SdC, pero no es unívoca e inevitable; la experiencia clínica muestra que la mayoría de las personas con trastornos mentales graves no se encuentran en SdC.

Sin embargo, la inversa puede producirse, es decir, que la SdC genera, por sí misma, un padecimiento mental de mayor o menos intensidad. Esto lleva a plantear algo que quizás suene como una obviedad: vivir en la calle enloquece.

Panorama internacional

El colapso de la burbuja inmobiliaria en los EE.UU., en el año 2006, que provocó hacia octubre de 2007 la llamada “crisis de las hipotecas” fue el motivo principal para generar la crisis financiera global del año 2008. Miles de familias estadounidenses quedaron sin hogar y en situación de calle (SdC) (National Coalition for the homeless, 2014). Se estima que entre 640.000/día y 2.000.000 de personas/año se encuentran en esta situación. Esto llevó a que sean los EE.UU. uno de los países en los cuales se ha intentado abordar más enérgicamente la problemática de las personas en SdC (United States Interagency Council on Homeless, 2010), mediante la preceptiva contenida en el Acta de Recuperación y Reinversión Americana, con una inversión 1.5 billones de dólares, aplicada desde enero 2009 (US Department of Housing and Urban Development, 2014a; 2014b). Las administraciones previas ya habían empezado a trabajar, aunque de forma insuficiente, generándose indigentes crónicos (personas que durante más de 12 meses o 3 periodos distintos en los últimos 3 años habían estado en SdC o habiendo albergues). A partir del plan establecido a partir de 2009 se apuntó a eliminar la SdC crónica en 5 años, prevenir y evitar la SdC entre los veteranos de guerra en 5 años, prevenirla y eliminarla en familias, jóvenes y niños en 10 años y, por último, fijar un camino para eliminar cualquier tipo de indigencia (US Department of Housing and Urban Development, 2014a; 2014 b; United States Interagency Council on Homeless, 2010).

Dentro de las estrategias propuestas, se expandió el sistema Medicaid para cubrir a personas de menos de 65 años de edad con un ingreso menor a los 15.000 dólares/año. También se apuntó a mejorar la atención en dispositivos psiquiátricos, sobre todo en el servicio de emergencias y asistencia comunitaria, como así también la disponibilidad de casas de medio camino para personas con enfermedad mental persistente dado que son una población vulnerable a incurrir en la SdC.

Según el análisis del Acta, el aumento de la indigencia en los EE.UU. se debió a tres factores: la pérdida de programas de viviendas; presupuestos en subsidios que no se ajustaban al costo de vida, pérdida de empleos y desempleo; y, por último, el cierre de instituciones psiquiátricas estatales sin la creación de servicios comunitarios de asistencia y alojamiento.

Delimitaron así, a un subgrupo de personas que experimentaron indigencia crónica con un alto índice de enfermedad mental y abuso de sustancias (en particular en adolescentes). Las causas más frecuentes

eran alcoholismo, esquizofrenia y trastornos de la personalidad. Muchos de ellos no pudieron ser incluidos en programas ambulatorios de tratamiento, con índices elevados de interurrencias clínicas, que recaían en el sistema de urgencias. Dentro del programa implementado por el Acta, el 35 % de las personas con padecimientos mentales severos que lo utilizaron (un total de 110.917 personas) tenían Medicaid (United States Interagency Council on Homeless, 2010).

Este programa si bien impresionaba como un éxito, empezó a mostrar falencias estructurales. Solo a manera de ejemplo tomemos el caso del programa de trabajo instalado en Albuquerque (Nuevo México) para personas indigentes ha sido un “éxito” dado que devuelve a estas personas la “dignidad del trabajo”: ofrece trabajos por 9 dólares la hora y una comida, no todos los días dado que se ofrecen desde una camioneta que levanta gente de la calle. Un sistema explotador, que no conduce a empleos estables y que la mayoría de los indigentes de dicha ciudad rechaza (New York Times, 2015). En el otro extremo de los EEUU, Seattle presenta un grave problema de indigencia, que contrasta con el auge económico que vive la ciudad en el sector tecnológico. Esta localidad posee un campamento no autorizado (o sea no incluido en el Acta de Indigencia) de 5 km de largo, debajo de la carretera interestatal 5, denominado “La Jungla”, donde viven alrededor de 400 indigentes. Se han presentado graves situaciones de violencia, que, a pesar de que dichos terrenos son jurisdicción del Estado no fueron contenidos por las autoridades, que, además, han disminuido el presupuesto para construir casas de bajos ingresos.

En Europa, además de experiencias propias de algunos países (Declerk, 2006), se han puesto en marcha proyectos que interrelacionan a toda la comunidad europea. Uno de ellos es el European Social Policy Network (ESPN) (Baptista, 2019), que involucra la acción de varios países para abordar el problema de las personas en SdC. Utilizando el European Typology of Homeless and housing exclusión (ETHOS, ver Anexo 1), sus propulsores entienden que el fenómeno responde en primera instancia a factores estructurales como la pobreza, el aumento del desempleo, exclusión del mercado laboral, a los cuales se suman factores de riesgo como las problemáticas de salud mental, el abuso de sustancias y las dinámicas familiares adversas; o sea, no existe una explicación monocausal sino más bien un vínculo dinámico de diversas variables. En sus conclusiones determinan que las políticas de acción a largo plazo son las más eficaces, como así también definir la

SdC en cada país, más allá de las definiciones tradicionales, buscando evidencias a través de la investigación.

Respecto a las intervenciones, plantean que las políticas de salud pública deben evaluar el impacto del desempleo en la salud, como así también generar estrategias de alojamiento rápido, confortable y accesible, evitando usar hoteles como lugar de alojamiento permanente de familias. Respecto al análisis sociodemográfico, se encuentran una población en SdC mayoritariamente masculina (75 %), pero aclaran que este dato suele solapar el aumento del número de mujeres (20 %) y familias en SdC. La describen como población adulta laboralmente activa, mayoritariamente con educación primaria, de bajos ingresos y tributaria de una estrategia inadecuada de beneficios sociales. Dentro de las problemáticas de salud, enumeran como principales los problemas físicos, la enfermedad mental severa y la adicción a drogas y alcohol. Refieren que en la última década el aumento de la cantidad de personas en SdC fue debido a una conjunción de falta de alojamiento y sistemas preventivos, sumados a problemas de adicciones y de salud mental, que, requieren intervenciones especializadas.

En relación al alojamiento, realizan una clasificación de servicios (Anexo 2), que se puede dividir en dos variables:

1. Servicio focalizado en el alojamiento (Housing first) o no focalizado (hogares).
2. Intensidad del apoyo dado.

En Europa sigue predominando el modelo de refugios, aunque 20 de los 28 países tienen en sus planes adoptar medidas de Housing first en 14 ciudades, siendo esta propuesta menos común en Europa del Este. El principio de esta intervención radica en que la SdC (y sobre todo su cronificación) se previene mejor y se detiene dándole a la gente viviendas aptas y soporte a sus necesidades. Como medidas preventivas proponen evitar desalojos, aumentar el monitoreo de los mismos y tomar medidas para combatir la SdC, todo con financiamiento a nivel estatal central. Como medidas a tener en cuenta, sugieren apoyo extra en invierno y refugios especializados para niños y mujeres que escapan de situaciones de violencia, como también la importancia de proveer documentación y dar fácil acceso a recuperarla en caso de perderla (Zurita et al., 2022).

Como brechas en la atención de personas en SdC (Baptista, 2019), cabe resaltar por su similitud con nuestro país la situación de Dinamarca, con sistemas psiquiátricos sin fondos y sin personal, Finlandia donde el 35 % personas privadas de su libertad al salir

terminan en SdC, y Turquía, donde predomina la violencia de género como causa de SdC en mujeres, como así también falta de medidas preventivas orientadas a problemas de salud y adicciones.

Situación en Argentina

En nuestro país, la tendencia al vagabundeo ha dependido de otros factores, principalmente económicos y sociales (Orgambide et al., 1999; AA.VV., 1982/86; Baigorria, 1998; Mallimaci, 2005). En la medida en que las ciudades fueron creciendo y la producción agraria fue evolucionando, surgió un nuevo grupo de vagabundos, lo cual motivó nuevas legislaciones y nuevas formas de abordar esta problemática. Para los alienistas de fines del siglo XIX, los vagabundos urbanos no representaban más que una población de “locos tranquilos” que al no alterar el orden social no eran reclusos (Reglamento para el Asilo de Mendigos de Buenos Aires, 1858; Ingenieros, 1927). Pero cuando comenzaron a ser considerados un problema, pese a su tranquilidad, fueron ubicados en los hospicios (Ingenieros, 1927). Los médicos higienistas, veían a esta población no solo como posibles vectores de diseminación de enfermedades, sino como más propensos al robo y el alcoholismo (Bastide, 1998; Salessi, 1995). A partir de 1930 se nombra indistintamente a los vagabundos hasta que, por usos y costumbres, se los empieza a denominar “crotos” y “linyeras”, producto del aumento del desempleo en la población rural y suburbana, secundario al inicio del cambio de modelo productor y la introducción de nuevas tecnologías en la producción primaria, que generó un nuevo aumento de la población indigente en Buenos Aires. Se establece, así, una relación entre los medios de producción económica y los medios de producción social, con la necesidad de poder catalogar a los que son excluidos para su mejor control, a fin de mantener el orden social (Baigorria, 1998). Con la adopción del modelo neoliberal en la década de 1990, se produjo una ruptura en la construcción de ciudadanía, con la pérdida de derechos sociales y laborales, como ser la participación en la toma de decisiones.

En 2001 esta situación se profundizó, dado que, además de afectar a la población ya marginada, alcanzó a grupos de personas que nunca imaginaron vivir en la calle, desclasándolas económica y socialmente. La calle no solo albergaba en esos tiempos a “crotos”, “linyeras” y enfermos mentales, sino que recibió a otros tipos de ciudadanos (Rousseaux, 2016). En este contexto se conformó el “Proyecto 7” (Ávila, 2014),

organización integrada por miembros de la clase media empobrecida, que encontrándose en SdC comenzaron a pensar y trabajar más allá de las políticas asistencialistas.

En 2009 participaron junto a la Comisión Especial de Políticas Públicas para la Ciudadanía Plena en la redacción del proyecto de ley relativo a las personas en SdC.

El 13 de diciembre de 2010, bajo el número 3.706 se aprobó la Ley sobre Protección y Garantía Integral de los Derechos de las Personas en SdC y en Riesgo de SdC, que se reglamentó el 25 de julio de 2013. Mientras realizaban esta labor, en 2011, los miembros de “Proyecto 7” aceptaron la administración y coordinación del “Centro de Integración Monteagudo”. La organización continuó trabajando, junto a otras instituciones similares, en diferentes iniciativas, entre las cuales cabe destacar el Censo Popular de Gente en SdC, realizado en 2017 y 2021. De acuerdo a los datos del último censo de personas en SdC realizado en 2021 por el Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat junto a la Dirección General de Estadísticas y Censos de la Ciudad de Buenos Aires había 2.573 personas en SdC, un aumento del 48 % respecto al censo de 2019 (Salvia et al., 2006; Proyecto 7, 2019; Di Filippo, 2009; Dirección General de Estadísticas y Censos, 2021).

En la actualidad, la causa por la que existen personas en SdC se relaciona con distintos procesos de desigualdad y exclusión social que se profundizaron a partir de la década de 1990, a raíz de la introducción del modelo económico neoliberal, manifestándose esta problemática de manera mayoritaria pero no exclusivamente en los centros urbanos.

La explicación del origen de la SdC es multidimensional debido a la interrelación de diferentes fenómenos como conflictos familiares, desempleo y problemas de salud. Durante el periodo correspondiente a 2001-2017, aumentó la pobreza en nuestro país, con intervalos de decrecimiento que no lograron disminuir sustancialmente su valor, subrayando el carácter estructural de este problema.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), el porcentaje de hogares con Necesidades Básicas insatisfechas (NBI) en 2001 fue del 7.8 % y en 2010 7,0 %. (<https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-47-156>).

La pobreza por NBI, que posee una relación estrecha con las variables habitacionales, se mantiene sin cambios hace 20 años en la CABA, marcando una deficiencia en las políticas de vivienda. Mientras que en

los últimos tres censos se vio una disminución de la pobreza estructural por NBI en todos los distritos del país en la CABA permanece sin cambios.

Se ha producido un aumento del número de consultas en efectores públicos tanto de un porcentaje nuevo de personas en situación de pobreza como, consecuentemente, en SdC (Barcan, 2008). En las consultas se encuentra tanto a personas que por motivo de un trastorno mental grave termina en SdC como así también una mayoría que producto de la marginalización debido al contexto socioeconómico presentan síntomas psíquicos productos del malestar cotidiano al que se encuentran expuestos (Basile et al., 2009).

En particular, con la población femenina en SdC, en el trabajo de Tortosa (Tortosa, 2020) se puede encontrar la influencia del ETHOS (Baptista, 2019), al tomar el concepto de “sinhogarismo” para el análisis de la población femenina, como así también toma en cuenta los modelos de intervención (Housing first). La autora realiza un análisis exhaustivo de la situación en la CABA debido a que ésta posee la mayor concentración demográfica del país, como así también la mayor concentración de la riqueza. Destaca la heterogeneidad de personas que sobreviven en y de la calle en la CABA; entre ellas, algunas que atravesaron situaciones de encierro en instituciones penales o en hospitales monovalentes psiquiátricos, chicos y chicas con experiencia de vida en la calle, víctimas de la política de desalojo del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) y sobrevivientes de situaciones de violencia. Además de quienes duermen diariamente en la calle, en ranchadas o solas, y las recolectores/as de desechos con pernocte esporádico en la calle. Asimismo, hay personas alojadas en paradores y hogares del gobierno, otras que perciben un subsidio habitacional transitorio otorgado por el GCBA para alquilar un cuarto de hotel y, por fin, las que se encuentran en riesgo de SdC habitando viviendas ocupadas y asentamientos precarios, siendo estas últimas poblaciones no relevadas en censos oficiales (Tortosa, 2020).

Tortosa describe, como estrategias de afrontamiento más utilizadas por las mujeres frente a la pérdida de vivienda, el recurso a su red de soporte o contención que implica compartir habitación con familiares, amigos/as y/o conocidos/as. Esto pone a esta modalidad como el último eslabón del proceso antes de pernoctar en el espacio público. Además resalta que la problemática de la exclusión social se encuentra estrechamente ligada al género y configura una población de extrema vulnerabilidad que se puede catalogar

como una doble exclusión: mujer y pobreza (Tortosa, 2020). Es decir, el proceso de feminización de la pobreza, que se caracteriza por el empobrecimiento material, la anulación de derechos y el empeoramiento de las condiciones de vida de las mujeres en relación a otros actores sociales (De Cara Mario, 2006). Destaca un hecho no tenido en cuenta respecto de una mayor utilización de los recursos institucionales por parte de las mujeres que los varones, dado que tendrían mayor facilidad para generar y tejer redes sociales, lo cual puede funcionar como sostén emocional y socioeconómico, pero también, aparentemente, se relaciona con mandatos socioculturales que asocian a las mujeres como tuteladas y dependientes de un otro y a los varones como proveedores a través del trabajo (Tortosa, 2020). Pese a esto, muchas mujeres han sido capaces de generar sus propias estrategias para subsistir y configurar nuevos lazos afectivos significativos, que en algunas oportunidades han servido como fuente de empleo y posible alternativa a la SdC. Respecto a las problemáticas de salud mental, menciona al estrés postraumático, miedos, angustias, violencias (abuso sexual infantil) y consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, como principales afecciones de las mujeres en SdC. Los episodios de violencias que experimentaron transcurren en, por lo menos, dos escenarios diferenciados: la calle y el ámbito familiar “privado”, siendo la entrada a la SdC una alternativa para librarse de las violencias que percibieron en sus familias (Tortosa, 2020).

Objetivos e hipótesis

La originalidad del planteo propuesto en este artículo, radica en abordar la problemática, no a partir de la hipótesis de que la relación entre trastornos mentales graves y SdC es biunívoca e inevitable, sino indagar en los motivos por los cuales ambas se pueden dar, desde un planteo multidimensional, bidireccional y sobre todo, prevenible y/o también abordable mediante políticas públicas cuando ya está instalado, sobre todo en lo que atañe a la cronicidad de la SdC.

A través de un estudio de una muestra poblacional que, pese a no ser representativa ni extrapolable a la población general, sería un primer avance a fin de explorar la relación y las características de esta asociación en los datos recogidos y en la historia de vida, planteo inverso a que la situación psíquica lleva indefectiblemente a un estilo de vida marginal, sin ninguna posibilidad de variables alternativas, a fin de trazar un perfil de esa población y proponer posibles intervenciones.

Efectivamente, en la población en SdC muchos de los casos son derivados a la consulta psiquiátrica, sin una visión suficientemente integral, patologizando una situación que es principalmente socioeconómica y no relacionada con un padecimiento mental grave de base.

Se intentará mostrar también, con un rápido recorrido histórico, cómo desde la asistencia pública y en particular en las instituciones donde se debería atender a las personas con padecimientos mentales propiamente dichos, es decir claramente ubicados en los cuadros clínicos que presenta la nosografía, fue ubicado en un primer momento al indigente, para luego con el crecimiento urbano de la ciudad de Buenos Aires, y luego, las categorías indigente-loco comenzaron a mezclarse a tal punto que desde la misma psiquiatría comenzaron a utilizarlas como signo clínico de un estado mental patológico (Vaschetto, 2010).

En ese sentido, este artículo propone describir las características socio-económicas de una población en situación de vulnerabilidad social y cómo dicha situación derivó a la atención en salud mental, como un hecho psicopatológico sin tener en cuenta las variables socioeconómicas inherentes a tal proceso (Bercherie, 1986; Goldar, 1994; Kraepelin et al., 1996). Si bien existen estados mentales que pueden llevar al vagabundeo y/o la SdC, el uso indiscriminado de esta categorización clínica conduce a un abordaje insuficiente de esta problemática.

Para realizar esto, se analizarán detalladamente los datos recogidos del relevamiento realizado en el Centro de Inclusión Social "Azucena Villaflor" para mujeres solas o con hijos menores, dependiente del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, contrastándolos con dos conceptos que suelen presentarse en los trabajos publicados que abordan el tema: trastornos mentales graves y SdC (Rousseaux, 2016). Estos términos resultan excesivamente abarcativos e imprecisos, siendo uno de los principales factores del sesgo arriba señalado respecto al abordaje de la problemática estudiada.

Como objetivo general se propone investigar si podría existir correlación entre la SdC y la patología mental de la población de mujeres en SdC alojadas en dicho Centro de Inclusión Social.

Como objetivos específicos, se relevará el perfil sociodemográfico, con especial hincapié en la historia habitacional y el uso de los servicios de salud mental; y se indagarán las historias de vida de las mujeres con el fin de describir los motivos que las llevaron a la SdC (Tortosa, 2020), los significados que otorgan a esas vi-

vencias; se analizará si el abordaje de la salud mental se realizó exclusivamente haciendo foco en la consulta en psiquiatría, como un hecho psicopatológico, o se incluyeron las variables socioeconómicas inherentes a tal proceso. Por último, se intentará generar nuevas propuestas respecto a los conceptos de trastornos mentales graves y SdC que sean clínicamente relevantes en el contexto de la ciudad de Buenos Aires.

Metodología

La investigación inició en enero 2022, con la aprobación del Comité de Ética del Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich", bajo el protocolo N° 4988. Previo al inicio, se realizaron reuniones con las personas alojadas en el Centro de Inclusión Social, explicando los objetivos de la investigación y su modalidad, desligándolo de la actividad asistencial y se pautó concurrir dos veces por semana al Centro a fin de realizar entrevistas.

Se estudió durante 10 meses (enero 2022 a octubre 2022) a un grupo de mujeres entre 18 y 65 años de edad, asistidas en el Centro.

El enfoque metodológico inicial fue cuantitativo y el diseño observacional, descriptivo y transversal, relevando datos primarios mediante entrevistas semiestructuradas en las que se administró un cuestionario, donde se priorizaron las siguientes variables: 1) primer episodio de SdC (definida como persona o grupo familiar que haya tenido que deambular y pernoctar en la vía pública y/o parador por más de 7 días corridos, sin tener alternativas de alojamiento), 2) consulta en salud mental (entendiendo por tal toda consulta realizada en servicios de salud mental -psicológico/psiquiátrico- públicos o privados); 3) motivos de consulta en salud mental (dentro de lo posible, se constató el relato de las personas entrevistadas con información de sus historias clínicas electrónicas, a fin de categorizar según diagnósticos DSM 5) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) y, en caso contrario, se tomó textualmente el motivo descrito por la entrevistada. Asimismo, se utilizaron datos secundarios obtenidos de las historias clínicas electrónicas de las usuarias que habían consultado en servicios de salud mental porteños. Con esto se pudo cifrar el número de personas alojadas en el Centro que han realizado consultas en salud mental, tanto en el ámbito público como en el privado. Luego, se ubicó cronológicamente si dicha consulta fue previa o posterior a encontrarse en SdC. Y por último, se caracterizaron los motivos de consulta realizados en salud mental asociados a la pobla-

ción alojada en el Centro. Además, la investigación se complementó con un enfoque cualitativo: mediante la aplicación del diseño narrativo se seleccionaron casos de la población entrevistada para conocer la trayectoria en calle y la historia de exclusión socioeconómica desde la perspectiva de los sujetos de investigación. Para este fin se realizaron entrevistas en profundidad y se construyeron categorías de análisis basadas en sus relatos (Hernández Sampieri, 2014).

Resultados

Durante el periodo de estudio se entrevistaron 100 personas alojadas en el Centro de Inclusión Social (93 mujeres; 1 trans hombre; 1 andrógina; 3 trans mujer, 1 masculino, 1 no binaria). El instrumento de estudio no contemplaba variables de género fuera del binomio masculino-femenino. No obstante, se decidió la incorporación de estas variables a fin de poder visibilizar la presencia de otras formas de autopercepción de género.

Las variables sociodemográficas se muestran en el primer cuadro (*ver Cuadro 1*); en el segundo se encuentra la información relativa al trabajo (*ver Cuadro 2*). Los datos respecto del periodo en SdC se halla en el Cuadro 3 (*ver Cuadro 3*); los motivos para quedar en SdC la primera vez se presentan en el Cuadro 4 (*ver Cuadro 4*) y en el Cuadro 5 se presentan los datos de mayor relevancia por su frecuencia en relación al estado de salud de las usuarias (*ver Cuadro 5*).

En relación a la información presentada en los tres primeros cuadros, encontramos una población joven adulta, mayoritariamente del Área Metropolitana Buenos Aires (AMBA) que abarca la CABA y sus alrededores, con formación educativa interrumpida mayoritariamente a nivel secundario.

En contra de todo preconceito, la mayoría de las entrevistadas posee familia, encontrándose la mitad de la población en estudio en contacto con la misma.

La mayoría de las entrevistadas no se encuentra trabajando, mayoritariamente por la escasez de oferta laboral; otra variable que refieren (aunque no se encontraba dentro de los ítems del estudio) es que no tienen con quien dejar a sus hijos para realizar la búsqueda de trabajo (25 alojadas convivieron en el Centro con sus hijos en el periodo del estudio). Los trabajos a los que pueden acceder son mayoritariamente de limpieza o cuidado de personas (niñas/os y adultos). Esto

Cuadro 1. Variables sociodemográficas

		Número de usuarias n= 100 Edad promedio (años) 39,3 (rango 19-63)
Estado civil	Soltera	66
	Casada	4
	Viuda	6
	Separada de hecho	18
	Divorciada	6
Hijas/os	Sin hijas/os	37
	Con hijas/os	63
Lugar de nacimiento	CABA	41
	Conurbano	25
	Provincias	21
Nivel de estudio alcanzado	Extranjeras	13
	Universitario completo	6
	Universitario incompleto	9
	Terciario completo	8
	Terciario incompleto	2
	Secundario completo	33
	Secundario incompleto	22
Crianza	Primario completo	13
	Primario incompleto	6
	Escolaridad especial	1
	Padre y madre	53
Convivientes en el Centro de Inclusión Social	Madre solamente	25
	Otros familiares	22
	Ninguno	69
Posee familia fuera del Centro de Inclusión Social	Con sus hijas/os	25
	Con su pareja	3
	Con la madre	2
	Con la abuela	1
Posee familia fuera del Centro de Inclusión Social	Sí	85
	Mantiene contacto	48
	No mantiene contacto	37
	No	15

Cuadro 2. Situación socio-laboral

		Número de usuarias n= 100
Desocupada		78
Busca pero no consigue		37
No busca por enfermedad física		11
No busca por enfermedad mental		15
No busca por motivos diversos		15
Ocupada		22
Trabajó el último año	No tuvo trabajo	25
	Trabajo temporario	47
	Trabajó todo el año	28
Tipo de empleo y/u oficio	Limpieza	22
	Vendedora	15
	Cuidadora de ancianos	13
	Cocinera	10
	Niñera	8
	Peluquera	8
	Costurera	7
	Recolectoras urbanas	3
	Enfermera	3
	Administrativa	3
	Trabajadora sexual	2
	Electricista	2
	Chofer	2
Docente	2	
Soporte económico estatal	No posee	59
	Asignación Universal por hijos (AUH)	20
	Pensión por invalidez	9
	Otras ayudas estatales	12

concuera con análisis previos respecto a los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado (p/s/e/a/c) y como estos operan subjetivamente en la población autopercebida femenina (Tortosa, 2020).

Respecto al Cuadro 3, lo llamativo es el número de personas en SdC por primera vez como así también el número de personas que ha estado más de una vez en esta situación. Respecto a este último punto, en el análisis cualitativo aparece que a la mayoría de las alojadas que han estado más de una vez se les han ofrecido los programas disponibles para re-incluirse socialmente, pero estos resultaron insuficientes para tal fin. Este agotamiento de opciones aumenta a medida que aumenta el tiempo que las personas se encuentran en SdC.

Respecto a las causas del primer episodio en SdC, aparecen motivos vinculares, predominando problemáticas en el vínculo con la madre (18), mala relación con arrendatario o familiar (15) y expulsión de su hogar por la pareja (10) y violencia de género (7), como así también socio-económicos (alquilaba pero no le alcanzaban sus ingresos (10).

Respecto a problemáticas de salud mental asociadas al primer episodio en SdC, predomina el consumo de sustancias psicoactivas respecto a cuadros afectivos. No obstante, la problemática de salud mental es menor como motivo para llegar a la SdC. Otro dato a tener en cuenta es que 20 personas estuvieron varias veces en SdC, no pudiendo determinar la cantidad, y 12 estuvieron por lo menos tres veces en esta situación.

Pese a los programas de fortalecimiento económico (41 alojadas los reciben: AUH: 20; pensión no contributiva por discapacidad: 9), estos no son suficientes para solventar las necesidades de las usuarias.

La desvinculación de los grupos familiares y las usuarias (85 poseen familia, solo encontrándose en contacto 48 de ellas) impresiona en sus relatos una

Cuadro 3A. Cantidad de veces en SdC y de usuarias

Cantidad de veces	1	2	3	4	5	10	Más de 10
Usuaris	33	17	12	6	3	2	27

Cuadro 3B. Duración en que las mismas estuvieron en SdC

Duración de la SdC	< de 1 meses	1 a 12 meses	2 a 5 años	6 a 10 años	11 a 15 años	16 a 20 años	20 a 30 años	Más de 30 años	No recuerda
Usuaris	7	27	28	16	8	3	4	2	4

Cuadro 4. Motivos para quedar en SdC la primera vez

	Número de usuarias n=100
Expulsión de su hogar por la madre o el padre	18
Mala relación con arrendatario o familiar	15
Expulsión de su hogar por la pareja	10
Violencia de género	7
Consumo de sustancias	7
Expulsión de su hogar por hermano o hermana	5
Migración del interior o del conurbano buscando trabajo y quedó en SdC	5
Desempleo (alquilaba, pero perdió su trabajo)	5
Expulsión de su hogar por la abuela	4
Exclusión familiar por elección de género	3
Pérdida de casa por fallecimiento de padres	2
Depresión	2
Expulsión de su hogar por los hijos	1
Fuga de taller clandestino	1
Trata de personas	1
Usurpación de su domicilio	1
Viudez	1

Cuadro 5. Estado de salud de las usuarias

	Número de usuarias	
Problemas de salud general activos	52	
Recibe asistencia	36	
Concurrió a guardia médica en los últimos 12 meses	65	
Estuvo internada por motivos de salud general en los últimos 12 meses	21	
Recibió tratamiento por salud mental	70	
	Consumo de sustancias	14
	Depresión	7
	Psicosis	7
Motivo de consulta estando en SdC	Angustia	3
	Insomnio	3
	Duelo	8
No estaba en SdC cuando hizo la primera consulta	48	
Continúa en tratamiento al momento del estudio	35	
Alguna vez estuvo hospitalizada por motivos de salud mental	27	

decisión de las usuarias respecto a no seguir vinculándose con su grupo de origen, por motivos que generalmente involucran situaciones de violencia y maltrato que muchas veces habían motivado las consultas en salud mental antes de estar en SdC.

En relación a la temática de salud, hay 52 personas con problemas activos, que abarcaron desde problemas de columna vertebral (8), enfermedades crónicas

no transmisibles (p. ej.: diabetes, hipertensión arterial (7) o HIV (6), de las cuales solo 36 usuarias estaban atendidas en algún efector de salud, en particular del segundo nivel de atención. No obstante, la mayoría de las alojadas (65) concurrió a guardias médicas por motivos de salud en el último año como forma de acceso a la atención, de las cuales solamente hubo 4 consultas relacionadas con COVID-19.

En relación a su salud mental 70 usuarias recibieron tratamiento psicológico o psiquiátrico, no encontrándose en SdC 48 de las mismas cuando realizó dicha consulta. No obstante, la mayoría provienen de contextos socioeconómicos y familiares precarios que favorecieron dichas consultas, información que a nivel cuantitativo puede quedar desapercibida por la herramienta de análisis, pero que a nivel cualitativo en el relato del primer episodio en SdC aparece como causa del tratamiento por salud mental. Los motivos de consulta más frecuentes relatados por las usuarias son consumo de sustancias (14 de ellas incluyen alcohol, cocaína y pasta base), mientras que los cuadros afectivos y psicóticos aparecen en segundo lugar (depresión 7, psicosis 7). Se han obtenido resultados similares en estudios de condiciones de vulnerabilidad en personas asistidas en libertad y detenidas por la Defensoría General de la Nación (Cristiano, 2022). Otros motivos de consulta son angustia (3), insomnio (3) y duelo (8).

Aunque es una muestra pequeña y preliminar, los cuadros relativos a trastornos mentales mayores son solo una pequeña proporción del abanico de padecimientos de esta población. También es relevante que solo 35 usuarias continúan tratamiento y que del total de la población estudiada (100), solo 26 estuvieron internadas por motivos de salud mental.

En la comparación de los motivos de consultas más frecuentes presentes en la historia clínica electrónica del GCBA aparecen "Control por psicología" (5) y "Control por psiquiatría" (8), como principales. Luego ansiedad (4) y temáticas relativas al consumo, desde consumo habitual del alcohol a consumo de pasta base (11). Dentro de los trastornos mentales severos encontramos psicosis no especificada (2), trastorno bipolar (2) depresión (2) y trastorno de la personalidad (4).

Discusión y conclusiones

En relación a los puntos de investigación, podemos adelantar que no existe una relación unicausal entre tener un padecimiento mental y estar en SdC, teniendo más peso el contexto de origen. La mayoría de las usuarias provienen de un contexto socioeconómico complejo, mayoritariamente del AMBA, con dificultades en el acceso a la educación, y niveles educativos bajos, siendo la asistencia a personas uno de los pocos accesos al sistema laboral. Una vez en SdC, la búsqueda laboral, forma de reingreso al sistema productivo, es sumamente dificultosa, por las condiciones del mercado mismo, no por el estado psíquico de las usuarias. No obstante, la búsqueda infructuosa gene-

ra situaciones de frustración que dado el contexto de vulnerabilidad en el que se encuentran (aún más si se encuentran alojadas en un centro estatal) pueden llevar a las consultas en salud mental. Como se señaló en el caso europeo, la SdC en el contexto estudiado responde a factores estructurales, a los que se suman factores de riesgo, siendo en nuestro medio, como se describe posteriormente, el abuso de sustancias y dinámicas familiares adversas.

La calle entonces se presenta en esta población como alternativa para sobrevivir. Una medida a tener en cuenta en nuestro medio entonces sería fomentar los abordajes familiares en salud mental como así también continuar las políticas públicas para la erradicación de la violencia de género y la ampliación de hogares que alojen personas con esta problemática, con estrategias no culpabilizantes ni revictimizantes. Siguiendo a Tortosa, es fundamental la generación de espacios educativos y de formación desde una perspectiva de género, donde las personas que se autoperceben mujeres puedan dar a compartir sus experiencias y construir conocimientos con otros/as (Tortosa, 2020).

Es alarmante que durante la observación se hayan relevado 33 casos de personas en SdC por primera vez, como también refleja la incapacidad de respuesta del Estado a esta problemática la existencia de personas con treinta o más años de vida en esta situación. Estas últimas entrarían en lo que se denomina indigencia crónica, aunque no se puede establecer si existe en ellos alto índice de enfermedad mental y abuso de sustancias como sucede en los EEUU, dada las características de la herramienta de evaluación. No obstante, los resultados en relación al abuso de sustancias como principal problemática de salud mental es coincidente tanto en la población en estudio como así también en los trabajos internacionales presentados.

La forma principal de acceso al sistema de salud es a través del sistema de urgencias, siendo esta forma doblemente costosa: por un lado para las usuarias en relación a tiempos de espera y modalidades de atención propias del dispositivo de urgencias, como así también por la dificultad de realizar seguimientos por este dispositivo; por otro lado, sobrecarga al sistema a nivel económico, dado que esta forma de atención es de las más costosas. Además, esto señala el elevado índice de interurrencias clínicas en esta población y la incapacidad del sistema para poder resolver los cuadros de base.

No se pudo constatar una prevalencia de personas con antecedentes de internación en instituciones de salud mental, como suele ser presentado en distintos

trabajos. No hay alta prevalencia de lo que se suele denominar "trastornos mentales graves" en la muestra.

Si bien existe una parte de la población con los así llamados trastornos mentales graves, este es significativamente menor que la población afectada por problemática de consumo. Esta suele empezar en la adolescencia, en medios socioculturales vulnerables, como consecuencia (o agravando) dinámicas familiares disfuncionales que terminan en la exclusión del hogar y la SdC. El empezar a diseñar estrategias preventivas respecto al inicio del consumo en dicho grupo etario en dichas poblaciones vulnerables, que involucren a sus grupos familiares, podría ser una forma de abordar, indirectamente, una problemática que no deja de tener pilares socio-económicos.

Si bien el estudio tiene como limitaciones el tamaño muestral y el encuadre de género en particular, podría servir como un primer acercamiento a la realidad actual de esta población.

Siguiendo la información que se ofrece en el Anexo 2, nosotros nos encontramos en un contexto de baja intensidad de apoyo y sin estar focalizados en el alojamiento de las personas. Este tipo de contexto solo es "efectiva" para la recurrencia en la SdC, hecho que queda reflejado en la población estudiada. Es fundamental empezar a plantear estrategias y políticas que focalicen en el alojamiento duradero (no necesariamente permanente) y de fácil acceso para esta población. El poder acceder a un lugar donde esté garantizada la seguridad de su alojamiento por un tiempo determinado facilita el poder pensar estrategias conjuntas con esta población en relación a sus necesidades presentes.

Agradecimientos: a las usuarias y al personal del Centro de Inclusión Social "Azucena Villaflor" y del Cesac N° 15 que hicieron posible esta investigación.

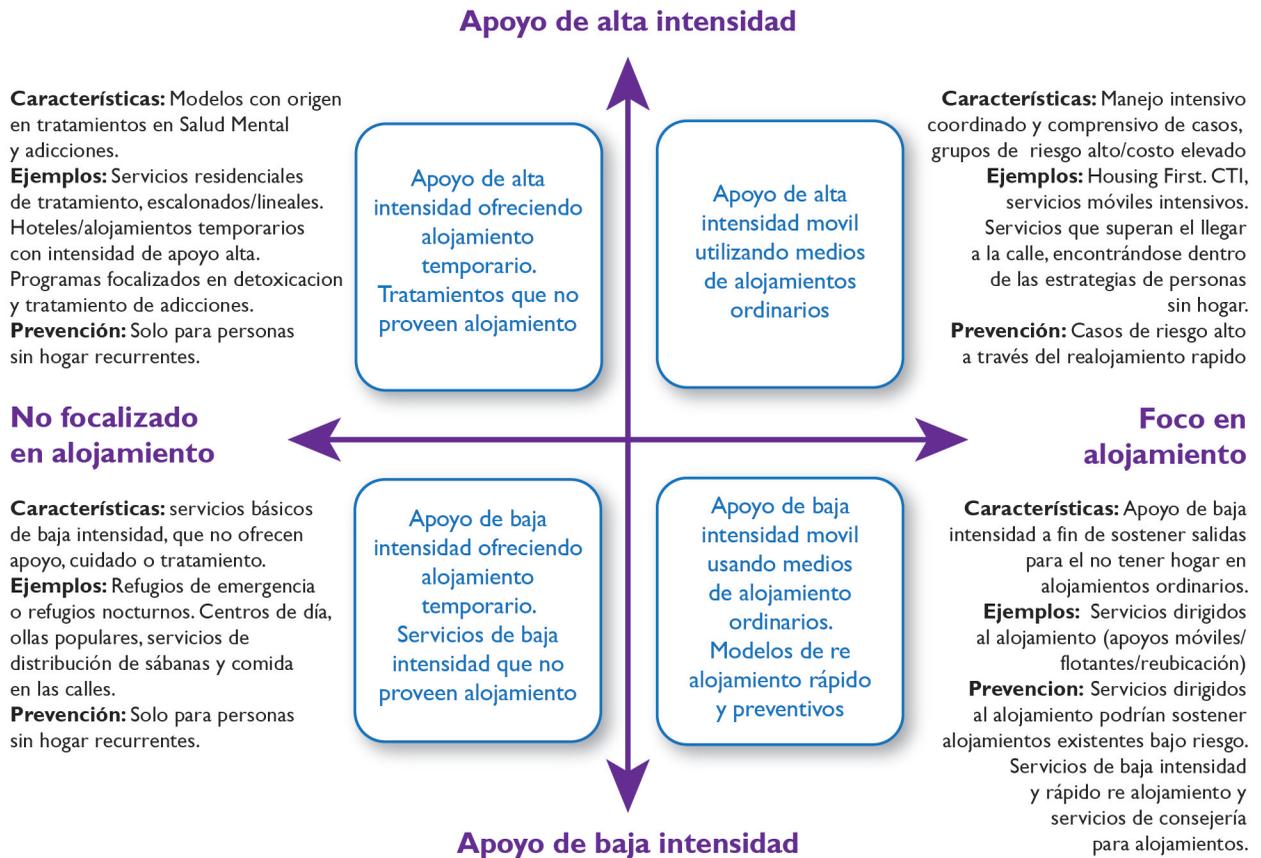
Conflictos de interés: el autor declara no tener conflictos de interés.

ANEXO I. Tipología Europea de personas sin hogar y excluidos del hogar (FEANTSA, 2007, <https://www.feantsa.org>) (Traducción propia).

	Categoría operacional	Situación de vivienda	Definición genérica	
SINTECHO	1 Personas sin vivienda alguna.	1.1 Espacios públicos o intemperie.	Vivir en las calles, o espacios públicos, sin refugio o lugar que pueda ser definido como habitable.	
	2 Personas en emergencia habitacional.	2.1 Refugio nocturno.	Personas sin lugar habitual de residencia que usan refugios transitorios o de bajo presupuesto.	
SIN CASA	3 Personas en alojamientos para personas sin hogar.	3.1 Hotel para personas sin hogar.	Se intenta que el periodo de estadía sea breve.	
		3.2 Alojamiento temporario.		
		3.3 Alojamiento transitorio subvencionado.		
	4 Personas en refugios de mujeres.	4.1 Refugios para mujeres.	Mujeres alojadas debido a experiencias de violencia doméstica y donde se intenta que el período de estadía sea breve.	
	5 Personas en refugios para inmigrantes.	5.1 Alojamientos temporarios / Centros de recepción.	Centros de recepción de inmigrantes o alojamientos transitorios debido a su estatus de inmigrantes.	
		5.2 Alojamiento para trabajadores migrantes.		
	6 Personas liberadas de instituciones.	6.1 Instituciones penales.	Sin alojamiento disponible antes del alta. Alojamientos más prolongados de lo necesario dada la falta de vivienda donde concurrir. Sin hogar identificable (ej. al cumplir 18 años).	
		6.2 Instituciones médicas ^(*)		
		6.3 Instituciones de niños/as / hogares.		
	7 Personas con alojamientos a largo plazo (debido a falta de hogar).	7.1 Residencias de adultos mayores sin hogar.	Alojamiento permanente con cuidados para personas previamente sin hogar (habitualmente más de un año).	
		7.2 Alojamientos subvencionados para personas previamente sin hogar.		
	INSEGURA	8 Personas viviendo en alojamientos inseguros.	8.1 Temporal con familia/ amigos.	Vivienda en casas convencionales pero que no es su lugar habitual de residencia dado la carencia de vivienda.
			8.2 Sin alquiler legal.	Ocupación de viviendas sin alquiler legal u ocupación ilegal de viviendas.
8.3 Ocupación ilegal de tierras.			Ocupación de tierras sin derechos legales.	
9 Personas viviendo bajo amenaza de desalojo.		9.1 Ordenes legales (rentas).	Cuando las ordenes de desalojo son efectivas.	
		9.2 Ordenes de reposición (dueños).	Cuando el acreedor hipotecario tiene una orden legal de volver a poseer la propiedad.	
10 Personas que viven bajo la amenaza de violencia.		10.1 Registro de incidentes policiales.	Cuando se toma una acción policial para lograr alojamiento seguro para víctimas de violencia doméstica.	
11 Personas que viven temporariamente en estructuras no convencionales.		11.1 Casas móviles.	No fue hecho como vivienda permanente.	
		11.2 Edificios no convencionales.	Refugio improvisado o choza.	
		11.3 Estructuras temporarias.	Estructura semi permanente estilo cabaña.	
12 Personas viviendo en viviendas no apropiadas.		12.1 Hogares ocupados no aptos para la vivienda.	Definido como inapropiada por las leyes nacionales o regulaciones habitacionales.	
13 Personas viviendo en situaciones de sobrepoblación extrema.		13.1 Normas nacionales de sobrepoblación.	Definido como exceso en el estándar nacional para espacio habitable.	

Nota: Se define estadía corta como menos de un año; estadía larga se define como más de un año. Esta definición es compatible con la definición censal, como recomiendan UNECE/EUROSTAT (2006).

ANEXO 2. Propuesta de tipología de los servicios europeos para personas sin hogar (Baptista, Marlier, 2019). (Traducción propia).



Referencias bibliográficas

- AA. VV. (1982/86). *La Marginalidad, Cuadernos de Historia Popular Argentina*. Centro Editor de América Latina.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de Consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Ávila, H., Palleres, G. (2014). La calle no es lugar para vivir. Auto-organización y situación de calle en la ciudad de Buenos Aires. Proyecto 7.
- Baigorria, O. (1998). *Anarquismo transhumante. Crónicas de crotos y Linyeras*. Colección Utopía Libertaria. Terramar Ediciones.
- Baptista, I., Marlier, E. (2019). Fighting homeless and housing exclusion in Europe: A study of natural policies, European Social Policy Network (ESPN). Brusel: European Commission, p. 76.
- Barcan, A., Ferrin, S., Lavalle, S., Levy, S. (2008). Indigentes: los que pernoctan en el Hospital Álvarez. *Clepios, Una Revista de Residentes de Salud Mental*, 14(2): 68-72.
- Basaglia, F. (2008). *La Condena de ser loco y pobre*. Alternativas al manicomio. Editorial Topia.
- Basile, G., Silvi, C., Cafaro, C., López, R. (2009). Médicos del Mundo. *Informe Salud en la Calle*.
- Bastide, R. (1998). *Sociología de las enfermedades mentales*. Editorial Siglo Veintiuno.
- Bercherie, P. (1986). *Los fundamentos de la clínica*. Manantial.
- Cristiano, D., Sinigoj, D. (2022). *Vulnerabilidad, interseccionalidad y conflictos con la ley penal*. Defensoría General de la Nación. Trabajo presentado en Congreso de Asociación Argentina de Psiquiatría 2022.
- De Cara, M. (2012). *Mujeres en situación de calle. Una aproximación desde la perspectiva de género*. Defensoría del Pueblo de la Provincia de Córdoba, Argentina.
- Declerck, P. (2006). *Los naufragos: con los indigentes de París*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Di Filippo, F. (2009). *Buenos Aires sin techo. Informe sobre la emergencia habitacional en la Ciudad de Buenos Aires*. Comisión de la Vivienda de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires.
- Dirección General de Estadísticas y Censos. Aumentó un 48 % la gente en situación de calle. *Diario Perfil* (Buenos Aires) 19 junio 2021. [citado el 20 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.perfil.com/noticias/actualidad/gobierno-porteno-realizo-censo-anual-personas-ensituacion-de-calle.phtml>
- Goldar J. C., Rojas, D., Outes, M. (1994). *Introducción al diagnóstico de la psicosis*. Editorial Salerno.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Lucio, P. B. (2014). *Metodología de la investigación*, 6ta. Edición. Mc Graw Hill. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Ingenieros, J. (1927). *La locura en la Argentina*. Elmer Editores.
- Kraepelin, E., Kahlbaum, K., Hecker, E. (1996). *La locura maniaco-depresiva*. La Catatonia. La Hebefrenia. Polemos.
- Mallimaci, F., Salvia, A. (2005). *Los nuevos rostros de la marginalidad: la supervivencia de los desplazados*. Universidad de Buenos Aires, Instituto Gino Germani. Biblos.
- National Coalition for the homeless (2014). Homeless Challenge Project. Experience Life On the Streets. Disponible en: <http://www.nationalhomeless.org>
- The New York Times International Weekly (2015). Una ciudad ayuda a los indigentes ofreciéndoles empleo, 19 de diciembre, pág. 11.
- Orgambide et al. (1999). "Prólogo", en *Los desocupados*. Una tipología de la pobreza en la literatura argentina. Universidad Nacional de Quilmes.

- Pleace et al., (2018). *Homeless Service in Europe*, FEANTSA, Bruselas.
- Proyecto 7. Informe Ejecutivo Segundo Censo Popular de Personas en Situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2019. [citado el 7 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://proyecto7.org/acciones/censo-popular-de-personas-en-situacion-de-calle/2o-censo-popular-de-personas-en-situacion-de-calle/>
- Reglamento para el Asilo de Mendigos de Buenos Aires, Imprenta del Orden, San Martín N°5, Buenos Aires, 1858.
- Rousseaux, A. (2016). Locura, pobreza y sociedad: cuando la indigencia se transforma en enfermedad mental. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, XXVII (126): 94-99.
- Salessi, J. (1995). *Médicos, maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación Argentina* (Buenos Aires: 1871-1914). Beatriz Viterbo Editora.
- Salvia, A. y Tami, F. (coord.). (2006). *Barómetro de la deuda social Argentina*. Boletín temático 1-8. Universidad Católica Argentina.
- Tortosa, P. (2020). *Mujeres en situación de calle: trayectorias de salud y de lucha*. Editorial Teseo.
- US Department of Housing and Urban Development (2014). Notice on prioritizing persons experiencing chronic homelessness and other vulnerable homeless persons in permanent supportive housing and recordkeeping requirements for documenting chronic homeless status. 28 de julio 2014.
- US Department of Housing and Urban Development. Prioritizing Persons Experiencing Chronic Homelessness and other Vulnerable homeless persons in permanent supportive housing and recordkeeping requirements for documenting chronic homeless status.
- United States Interagency Council on Homeless (2010). Opening Doors. Federal Strategic Plan to Prevent and End Homelessness.
- Vaschetto, E. (2010). *Los descarriados. Clínica del extravío mental: entra la errancia y el yerro*. Editorial Grama.
- Vaschetto, E. (2014). Viajeros, locos, errantes. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, XXV(114).
- Zurita, M. et al. (2022). *Cuadernos de Atlas, Paranoias y Parafrenias. Apartado "Las voz de la Parafrenia 2"*. Autowhan Editora.

Estudio exploratorio de un taller basado en el Protocolo Unificado para el manejo de ansiedad ante exámenes

An exploratory study of test anxiety management workshop based on the Unified Protocol

Javier Matías Salgado¹, Rodrigo Lautaro Rojas², Milagros Celleri³, Felipe Alejandro Cultraro⁴, Nicolás A. Vizioli⁵

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i163.525>

Resumen

Introducción: La ansiedad ante exámenes es un constructo multidimensional, caracterizado por respuestas fenomenológicas, fisiológicas, conductuales y cognitivas asociadas a una preocupación excesiva sobre posibles consecuencias negativas ante una situación evaluativa. En estudiantes universitarios, presenta tasas de ocurrencia entre 10 % y 40 %. El objetivo es evaluar la utilidad de un taller grupal y online para el manejo de esta problemática, basado en el Protocolo Unificado. **Método:** Participaron 31 estudiantes argentinos con edades de 18 a 35 años ($M=25$; $DE= 5,24$), siendo el 93.5 % mujeres. Se evaluó medidas pre, post y seguimiento en sintomatología asociada a la ansiedad ante exámenes (GTAI-AR) como variable primaria, y estrategias de regulación emocional (ERQ) y conciencia plena (MAAS) como variables secundarias. Para corroborar diferencias intra grupo se calculó la prueba de Wilcoxon, y como medida de tamaño del efecto (TE), la g de Hedges. **Resultados:** En cuanto a la variable primaria entre las tres medidas aplicadas, las diferencias fueron significativas con TE moderados y grandes. En las variables secundarias, solo la reevaluación cognitiva reflejó TE considerables (pequeños) en el pre-post; en el post-seguimiento la supresión expresiva fue la única dimensión que reflejó TE significativos (moderados); y en el pre-seguimiento, únicamente la conciencia plena arrojó TE relevantes (pequeños). **Discusión:** Los resultados son coherentes con el marco del Protocolo Unificado y las investigaciones actuales sobre su aplicación. **Conclusiones:** Se espera que estos resultados sean útiles para el diseño de intervenciones similares. Si bien éstos fueron alentadores, se requieren investigaciones de mayor rigurosidad que permitan estudiar su eficacia.

Palabras clave: estudio exploratorio, ansiedad ante los exámenes, protocolo unificado, estudiantes universitarios, taller

Abstract

Introduction: Test anxiety is a multidimensional construct, defined as a set of phenomenological, physiological and behavioral responses associated with cognitive processes linked to excessive concern about possible negative consequences in an evaluative situation. In university students, it presents occurrence rates between 10 % and 40 %. Therefore, the main objective of the present study is to evaluate the usefulness of a group and online workshop for managing this problem based on the Unified Protocol. **Methods:** A total of 31 Argentinian students aged 18 to 35 years ($M=25$; $SD= 5.24$) participated in the study, from which 93.5 % were women. They were evaluated with pre, post and follow-up

RECIBIDO 12/4/2023 - ACEPTADO 29/6/2023

¹Licenciado en psicología. Universidad de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0002-0117-3144>

²Licenciado en psicología. Universidad de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0002-7153-5155>

³Especialista en psicología clínica y terapia cognitivo-conductual. Docente en la materia Psicofarmacología. Universidad de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0002-0102-339X>

⁴Licenciado en Psicología. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. <https://orcid.org/0009-0005-3600-2184>

⁵Magíster en psicodiagnóstico y evaluación psicológica. Docente de Teoría y técnica de exploración y Diagnóstico psicológico, Universidad de Buenos Aires. Adjunto a cargo de la Práctica 852: Abordaje comunitario en barrios vulnerables. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0002-6113-6847>

Autor correspondiente:

Javier Matías Salgado

salgadojaviermatias@gmail.com



measures in symptomatology associated with test anxiety (GTAI-AR), emotional regulation strategies (ERQ) and mindfulness (MAAS). The Wilcoxon test corroborated intragroup differences, and Hedge's g was calculated to measure effect size (ES). Results: Regarding the primary variable, the differences were significant with moderate & large ES, which were maintained between the three measures applied. Respecting the secondary variables, in the pre-post measures, only cognitive reappraisal reflected significant ES (small); in the post-follow-up, expressive suppression was the only dimension that showed meaningful ES (moderate), and in the pre-follow-up, it was found that only mindfulness showed considerable ES (small). Discussion: The results are consistent with the Unified Protocol framework and current research on its application. Conclusions: These results are expected to be helpful for the design of similar interventions. Although the results were encouraging, more rigorous research is needed to study their efficacy.

Keywords: exploratory study, test anxiety, unified protocol, university students, workshop

Introducción

La Ansiedad ante Exámenes (AE) puede definirse como una forma de ansiedad académica y se caracteriza por el temor a tener un rendimiento más bajo en comparación con los pares, preocupación por el manejo de responsabilidades y la experimentación de estrés en el ámbito áulico (Cassady, 2022). Refiere a un conjunto de respuestas fenomenológicas, fisiológicas y conductuales que se asocian a la preocupación acerca de las posibles consecuencias negativas ante una situación evaluativa (Sieber et al., 2013). En el caso de los estudiantes universitarios las evaluaciones son habituales como parte de la vida académica. En este sentido, en la literatura investigativa se ha estimado que entre un 10 % y un 40 % de los estudiantes universitarios presentan niveles elevados y potencialmente perjudiciales de ansiedad ante exámenes (Chapell et al., 2005; Segool et al., 2013; Thomas et al., 2018; Maier et al., 2021). La AE se relaciona con niveles elevados de ansiedad (Cassady et al., 2019) y se ha estudiado que se produce en respuesta a estímulos específicos (por ejemplo, las clases o el aula), con reacciones específicas (por ejemplo, ansiedad hacia las matemáticas, Dowker et al., 2016). La elevada AE puede incluir componentes conductuales, emocionales y cognitivos, como hiperventilación, tensión, pensamientos recurrentes, preocupaciones, sentimiento de irritabilidad (Hiwarkar et al., 2020).

Furlán et al. (2019) hallaron que las personas con elevada ansiedad ante exámenes son más propensas a presentar sesgos cognitivos que disminuyen la percepción de las propias competencias. Asimismo, encontraron que quienes presentan mayores niveles de AE tienden a recurrir más frecuentemente a estrategias de afrontamiento como la postergación o la inhibición como formas de evitación (Furlán et al., 2019).

En concordancia, von der Embse et al. (2018), a través de una extensa revisión sistemática que sintetizó los resultados de 238 artículos científicos, encontraron que la AE se asocia negativamente con el desempeño en distintas medidas de rendimiento académico como evaluaciones estandarizadas, exámenes de ingreso a universidades y los promedios de calificaciones. También hallaron que la autoestima y la dificultad percibida ante un examen son predictores de magnitud fuerte para la AE. Por otro lado, se ha encontrado que la ansiedad ante exámenes se relaciona con déficits en la regulación de las emociones (Taghipour, A. & Razi, 2020), con elevados niveles de neuroticismo (Cassady et al., 2019) y que constituye un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos emocionales (Putwain et al., 2021).

Debido a su complejidad y a la relación con distintas consecuencias negativas para los estudiantes, durante las últimas décadas se han diseñado distintas intervenciones de carácter multifacético dirigidas a la promoción de aptitudes de regulación emocional y al desarrollo de habilidades que permitan amortiguar el impacto de la AE (Thomas et al., 2017; Carlucci et al., 2021). Distintas revisiones sistemáticas han señalado que las intervenciones más eficaces para abordar la AE son de carácter cognitivo-conductual, y que la combinación de éstas con entrenamiento en habilidades parecen ser el enfoque más adecuado para su abordaje (Ergene, 2003; Soares & Woods, 2020; Amani & Sheykhalizadeh, 2021).

En este sentido, Reiss et al. (2017) evaluaron la efectividad de dos intervenciones cognitivo-conductuales en formato grupal y presencial diseñadas para reducir la AE con una duración de 5 sesiones semanales de tres horas, y hallaron una disminución de la AE desde el inicio hasta el seguimiento de seis meses en los tres grupos de tratamiento. En esta misma línea, Guerra Díaz (2021) realizó un taller psicoeducativo de

6 sesiones de una hora y media con 35 estudiantes y reportó que los estudiantes ampliaron y mejoraron su abanico de respuestas de afrontamiento, permitiéndoles responder de manera más adaptativa las circunstancias evaluativas, y lograron identificar la relación que tienen sus pensamientos y creencias irracionales con las situaciones evaluativas.

En Argentina, Furlán (2013) implementó un programa de 12 encuentros grupales semanales de dos horas en 19 estudiantes universitarios. Informaron disminuciones significativas moderadas y grandes entre las medidas pre y post tratamiento de ansiedad ante exámenes (GTAI-AR; Hoddap, 1991; Heredia et al., 2008; Piemontesi et al., 2012), excepto en la falta de confianza que no había alcanzado niveles adecuados. Furlán et al. (2019) diseñaron una intervención basada en técnicas cognitivo-conductuales, en formato grupal y presencial, que probaron en 22 estudiantes universitarios. Su duración fue de 10 encuentros de dos horas, con frecuencia semanal. Hallaron disminuciones estadísticamente significativas entre las medidas pre y post de la escala de respuestas emocionales durante los exámenes, reportando tamaños de efecto grandes para la AE en su puntuación total, y entre medianos y grandes en cada subescala. Los componentes percibidos como más útiles por los estudiantes fueron la relajación, la revisión de estrategias de estudio, la reestructuración cognitiva y las autoinstrucciones.

El Protocolo Unificado

El Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU) es un protocolo transdiagnóstico de carácter cognitivo-conductual (Rosique et al., 2019) centrado en la regulación emocional desarrollado por Barlow, Farchione, et al. (2011). Está basado en tres componentes: 1) fomentar la reevaluación cognitiva; 2) prevenir la evitación emocional y 3) modificar las tendencias a actuar bajo el impulso de las emociones. Su objetivo es enseñar a las personas estrategias funcionales de regulación emocional. Para ello consta de ocho módulos, con cinco considerados fundamentales: conciencia plena, flexibilidad cognitiva, contrarrestando conductas emocionales, tolerancia a las sensaciones físicas y exposición emocional (Celleri et al., 2023). Cuenta con material bibliográfico tanto para el paciente como para el terapeuta (Arrigoni et al., 2022).

El PU se ha afianzado como una intervención común y eficaz para trastornos psicológicos (Sakiris & Berle, 2019; Carlulli et al., 2021), habiéndose estudia-

do en formato grupal (Osma et al., 2015), en modalidad online (Sandín & Valiente, 2019), para distintas condiciones médicas (Osma et al., 2021) y como intervención preventiva (Martínez-Borba et al., 2022) y en distintas regiones y muestras (Casiello-Robbins et al., 2020). Asimismo, ha sido aplicado, obteniendo resultados prometedores, en muestras de estudiantes universitarios españoles (Arrigoni et al., 2021) y colombianos (Castro Camacho et al., 2022). En Argentina, el PU ha mostrado resultados prometedores en formato grupal para adultos (Celleri et al., 2023; Grill et al., 2017), para pacientes con síndrome de intestino irritable (Celleri et al., 2020) y se ha diseñado una intervención en formato online (Celleri et al., 2021).

El presente trabajo se propone estudiar la implementación y aceptabilidad de un taller en formato grupal y modalidad virtual basado en el PU para el manejo de ansiedad ante exámenes en estudiantes universitarios de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Se hipotetiza que el taller: a) reducirá los niveles de ansiedad ante exámenes y de todas sus dimensiones; b) aumentará la utilización de estrategias de regulación emocional y c) incrementará los niveles de conciencia emocional plena.

Método

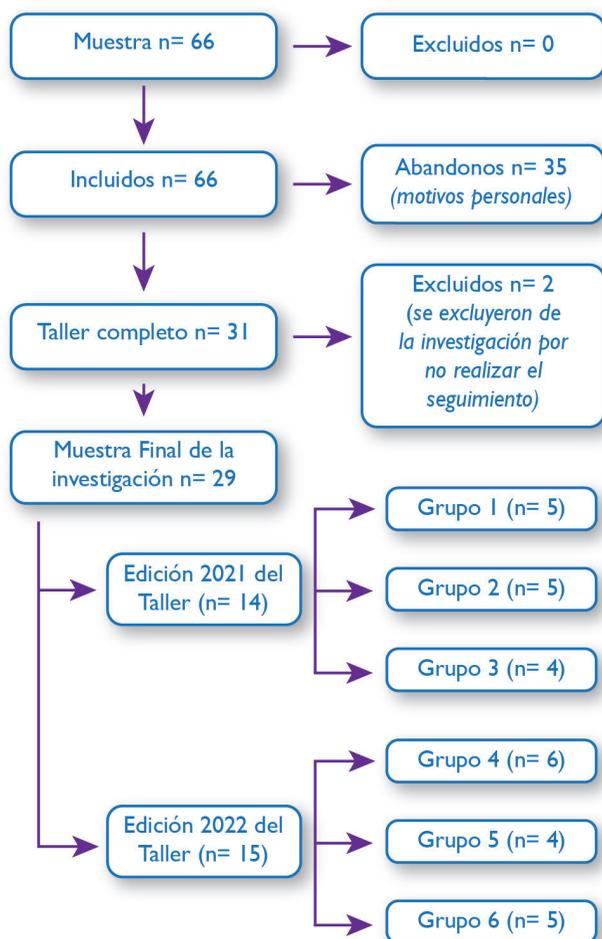
Diseño

Se realizó una investigación cuasi experimental con medidas pre y post (Manterola et al., 2019).

Participantes

Mediante un muestreo intencional no probabilístico se recolectó una muestra de estudiantes universitarios que asistieron al "Taller para el manejo de ansiedad ante exámenes", enmarcado en la Subsecretaría de Bienestar Estudiantil de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Inicialmente se conformó con 66 estudiantes que participaron de los encuentros grupales realizados entre los años 2021 y 2022. En la Figura 1 se presenta el diagrama de flujo de los alumnos participantes del taller. La muestra final se conformó por 29 participantes con edad media de 25 (DE= 5,41). El 93 % informó género femenino y el 7 % reportó masculino. Los 29 participantes que conformaron la muestra final resultaron de 66 participantes iniciales, de los cuales 35 abandonaron al principio. Los motivos de dichos abandonos no se indagaron para el presente estudio. Luego se eliminaron 2 participantes que no completaron las medidas de seguimiento.

Figura 1. Diagrama de flujo



Medidas

Se utilizó un cuestionario ad-hoc para recoger las variables sociodemográficas. En relación con las variables psicológicas, se distinguieron medidas de variables primarias y secundarias siguiendo los criterios establecidos por Vetter et al. (2017).

a. Variables primarias:

Inventario de respuestas emocionales durante los exámenes (GTAI-AR; Hoddap, 1991; adaptación argentina de Heredia et al., 2008; Piemontesi et al., 2012).

Se trata de un instrumento compuesto por 29 reactivos con opciones de respuesta tipo Likert (1= “nunca”, 2= “poco”, 3= “a veces”, 4= “frecuentemente”, 5 = “siempre”) que miden 4 dimensiones de la ansiedad ante exámenes y un total global (alfa= .92). Las dimensiones son emocionalidad, que refiere a la activación psicológica percibida (alfa= .88); preocupación, que evalúa los pensamientos sobre las consecuencias negativas del fracaso (alfa= .82); falta de confianza,

que remite a las creencias negativas acerca de la propia capacidad para rendir un examen (alfa= .89); e interferencia, que alude a los pensamientos que producen distracción y bloqueo cognitivo (alfa= .78). En la presente investigación se utilizó la versión propuesta por Piemontesi et al. (2012) que modificó la redacción de los ítems 4, 5, 15, 16, y 18 de la adaptación de Heredia et al. (2008) y agregó un ítem. El instrumento presenta valores adecuados de confiabilidad y conserva la estructura factorial de la versión original (Hoddap, 1991).

b. Variables secundarias:

Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ; Gross & John, 2003; adaptación argentina: Pagano & Vizioli, 2021).

Se utilizó para medir las estrategias de regulación emocional de reevaluación cognitiva y supresión expresiva mediante 9 ítems, con una escala Likert de 7 puntos (1 = totalmente en desacuerdo; 7 = totalmente de acuerdo). El cuestionario presenta adecuadas propiedades psicométricas, con valores adecuados de confiabilidad: alfa ordinal = .81 y omega ordinal = .87 para la reevaluación cognitiva, y de alfa ordinal = .72 y omega ordinal = .79 para la supresión expresiva. Asimismo, su estructura factorial se mantiene en relación con la versión original, con dos factores independientes. Asimismo, cuenta con evidencias de validez incremental y estabilidad temporal (Vizioli & Pagano, 2022).

Escala de Conciencia Plena (MAAS, Brown & Ryan, 2003; adaptación argentina: Montes et al., 2014).

Se implementó a fines de medir la conciencia emocional plena. Se trata de un instrumento autoinformado de 15 ítems. Se utilizó la adaptación argentina realizada por Montes et al. (2014), que contiene una modificación en las opciones de respuesta respecto del instrumento original, modificando la escala de 6 a 5 puntos (1 = “siempre o casi siempre” a 5 = “nunca o casi nunca”), a fin de simplificar la administración. La MAAS presenta adecuadas propiedades psicométricas, evidenciando la adecuación de una estructura de un factor, índices que muestran buena discriminación en sus ítems y correlaciones significativas con constructos asociados a la conciencia plena. Asimismo, presentó una confiabilidad de Alpha de Cronbach = .87.

Procedimiento

Los participantes realizaron un taller llamado “Taller Psicoeducativo para el manejo de ansiedad ante exámenes” en el marco de la Subsecretaría de Bienestar Estudiantil de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, mediante una convocatoria pública. Los criterios de inclusión para participar del

taller fueron: a) ser estudiante regular del primer año de la Facultad de Psicología de la UBA; b) tener entre 18 y 45 años; c) haber completado un consentimiento informado; d) completar escalas de evaluación inicial.

En relación a los procedimientos, en el consentimiento informado se explicitó el objetivo del taller, los resultados esperados (la reducción de la ansiedad ante exámenes y la ampliación de estrategias de regulación emocional la promoción de la conciencia plena) la naturaleza gratuita y voluntaria de la participación, la posibilidad de abandonar cuando se quisiera, la dinámica grupal de la actividad, el formato online sincrónico, la cantidad de encuentros y la importancia de concurrir todos los encuentros. Se recopilaban los datos de contacto de los participantes para atender a la naturaleza de cada caso, aunque se explicó que los datos serían anónimos y confidenciales, ya que no se revelaría su participación en el estudio. Asimismo, se informó que la coordinación del taller estaba a cargo de profesionales de la Psicología matriculados en Capital Federal para el ejercicio profesional, y que se recopilarían los datos únicamente con fines de investigación.

Con respecto a las tareas de los participantes, junto con el consentimiento informado completaron el GTAI-AR para evaluar su nivel de ansiedad ante exámenes, y luego el resto de las escalas de evaluación inicial: ERQ y MAAS. A continuación, se contactó a los participantes desde la Subsecretaría de Bienestar Estudiantil a fin de establecer los días y horarios de la actividad.

Acerca de los resguardos éticos, para la realización del presente trabajo se siguieron los principios éticos de la Declaración de Helsinki (World Medical Asso-

ciation, 2013) que establece los principios y la ética para la investigación con seres humanos. Asimismo, se trabajó de acuerdo con las recomendaciones de la American Psychological Association (2010) y los lineamientos que constan en la Ley Argentina 25.326 de Protección de los datos personales (Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 2000).

Diseño del taller

Se diseñó un taller de 3 encuentros basado en el Protocolo Unificado (Barlow, Farchione, et al., 2011). Asimismo, se brindaron materiales psicoeducativos y los registros correspondientes al Manual del Paciente del Protocolo Unificado (Barlow, Ellard, et al., 2011). La realización de los encuentros fue online y sincrónica, y los registros y el material psicoeducativo se enviaron vía mail. En la *Tabla 1* se especifican los componentes de cada uno de los encuentros.

Análisis de datos

A fin de presentar los resultados descriptivos se calcularon medias y desvíos estándar de las variables objetivo. Para corroborar la existencia de diferencias significativas intragrupo entre las medidas pre-taller, post-taller y seguimiento se recurrió a la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas y se tomó en cuenta el estadístico estandarizado (Z). Se trata de una prueba no paramétrica adecuada para situaciones donde el tamaño muestral es reducido (Gamarra Astuhuaman et al., 2018). El nivel de significación utilizado se fijó en .05. Complementariamente, se calculó la *g* de Hedges (Hedges & Olkin, 1985) como medida

Tabla 1. Descripción del taller grupal

Encuentro	Contenido	Material psicoeducativo	Tarea
1 Entender tus emociones	Psicoeducación sobre las emociones. Naturaleza adaptativa y función de la ansiedad. Modelo de los tres componentes y ejemplos relacionados con situaciones de exámenes. Antecedentes y Consecuencias. La evitación como factor mantenedor de la ansiedad frente a los exámenes.	Capítulo 5: "Entender tus emociones" y Capítulo 6: "Reconocimiento y análisis de tus respuestas emocionales".	Utilización del registro: "Siguiendo tu arco" en situaciones de estudio/examen.
2 Conciencia emocional plena	Introducción a la conciencia emocional plena, centrada en el presente y sin juzgar. Ejercicio de conciencia emocional plena aplicada a situaciones de exámenes.	Capítulo 7: "Aprender a observar tus emociones y las reacciones a tus emociones".	Práctica del ejercicio de conciencia emocional plena.
3 Evaluación automática, flexibilidad cognitiva y conductas de evitación	Psicoeducación sobre Flexibilidad cognitiva. "Trampas" de pensamiento: pensar en lo peor y saltar a conclusiones. Ejemplos de evaluaciones automáticas frente a exámenes. Introducción a las conductas impulsadas por las emociones y el afrontamiento evitativo. Práctica de flexibilidad cognitiva y de acciones alternativas a la evitación de exámenes	Capítulo 8: Entender los pensamientos: pensar en lo peor y sobrestimar el riesgo", y el Capítulo 9 y 10: "Entender las conductas".	Realización de prácticas de flexibilidad cognitiva y de acciones alternativas a la evitación de los exámenes.

del tamaño del efecto recomendada para muestras pequeñas (Lakens, 2013), considerando puntajes de 0,2 como pequeños, de 0,5 como medianos y de 0,8 como grandes (Cohen, 1988; Hedges, 2007).

Resultados

En la *Tabla 2* se presentan los estadísticos descriptivos de las distintas variables mediante las escalas de evaluación inicial, al finalizar el taller y de seguimiento.

En la *Tabla 3* se muestran las comparaciones de medias mediante el test de Wilcoxon y el tamaño de efecto para todas las tomas (pre, post y seguimiento).

En la comparación pre-post taller se obtuvieron diferencias significativas para todas las dimensiones de la escala de AE. Los tamaños de efecto fueron grandes para todas las subdimensiones de la AE, a excepción de interferencia que presentó un tamaño de efecto pequeño. Por otra parte, existieron diferencias significativas en la dimensión de reevaluación cognitiva, uno de los dos componentes de la escala de regulación emocional, con tamaños de efecto pequeño. No se observaron diferencias en la escala de conciencia emocional plena.

Por otra parte, entre las medidas pre-seguimiento se encontraron diferencias significativas en todas las dimensiones de la AE. Todas presentaron un tamaño de efecto grande, salvo la dimensión interferencia, el cual fue moderado. En cuanto a la habilidad de conciencia plena se observó una diferencia estadísticamente significativa, con tamaños de efecto pequeño.

Por último, entre las medidas post-seguimiento se hallaron diferencias significativas en todas las dimensiones de la AE salvo en falta de confianza. Por su parte, las dimensiones preocupación, interferencia y el total de ansiedad ante exámenes exhibieron tamaños de efecto pequeños. En la regulación emocional, hubo diferencias significativas en la supresión expresiva, con tamaños de efecto moderados.

Discusión

El presente estudio se propuso estudiar la implementación y utilidad de un taller grupal y online basado en el PU para el manejo de ansiedad ante exámenes en estudiantes universitarios. Se hipotetizó que el taller reduciría los niveles de ansiedad ante exámenes en

Tabla 2. Medias y desvíos estándar

Escalas	Subescalas	Pre		Post		Seguimiento	
		M	DE	M	DE	M	DE
GTAI-AR	Preocupación	38,9	5,28	34	6,56	31,7	8,58
	Interferencia	21,4	5,67	18,8	5,83	17,5	6,77
	Emocionalidad	19,2	4,2	15,2	4,52	15,7	3,69
	Falta de confianza	31,1	5,54	26,3	6,25	24,3	8,06
	Ansiedad ante exámenes	110,7	15,57	94,3	18,29	89,3	22,75
ERQ	Supresión expresiva	3,89	1,7	3,53	1,85	4,6	1,37
	Reevaluación cognitiva	4,34	1,32	4,81	1,46	4,46	1,15
MAAS	Conciencia plena	46,3	13,3	49	12,39	50,3	13,19

Nota. M= media; DE= desvío estándar.

Tabla 3. Diferencia de Medias (Test de Wilcoxon) y tamaño de efecto (g de Hedges)

Escalas	Subescalas	Pre-post		Post-seguimiento		Pre- seguimiento	
		Z	g	Z	g	Z	g
GTAI-AR	Preocupación	-4,11***	-0,82	-2,12*	-0,38	-3,94***	-1,33
	Interferencia	-2,92***	-0,45	-2,12*	-0,30	-3,97***	-0,63
	Emocionalidad	-2,98***	-0,92	-2,05*	0,12	-3,57***	-0,89
	Falta de confianza	-3,7***	-0,81	-0,45	-	-3,52***	-0,98
	Ansiedad ante exámenes	-4,32***	-0,97	-2,37*	-0,24	-4,37***	-1,10
ERQ	Supresión expresiva	-1,19	-	2,67*	0,66	1,89	-
	Reevaluación cognitiva	2,04*	0,34	-1,82	-	0,65	-
MAAS	Conciencia plena	0,98	-	1,53	-	3,04***	0,30

Nota. *p < .05, ** p < .01, *** p < .001. g= g de Hedges.

general y en todas sus dimensiones, que aumentaría la utilización de estrategias de regulación emocional y que incrementaría los niveles de conciencia plena en los participantes.

En cuanto a la primera hipótesis, se observó una disminución sistemática en los valores totales y dimensionales de la escala GTAI-AR a lo largo de las medidas consecuentemente administradas. Más específicamente, se encontró que las dimensiones y el total de la ansiedad ante exámenes disminuyeron con efectos de moderados a grandes en el pre-post y en las medidas de pre-seguimiento, aunque desde el post al seguimiento los efectos fueron menores. Estos resultados preliminares son coherentes con la literatura previa, en la que se reportaron disminuciones similares desde el inicio hasta el seguimiento de las intervenciones (Reiss et al., 2017). Asimismo, son similares a los encontrados en investigaciones previas en las que se evaluó la eficacia de intervenciones con una mayor cantidad de encuentros y/o con encuentros de mayor duración (Furlán et al., 2019; Guerra Díaz, 2021; Reiss et al., 2017), lo que aporta evidencia sobre su eficiencia al permitir optimizar recursos (Yusufov et al., 2019).

En cuanto a la utilización de estrategias de regulación emocional, se encontró un aumento significativo en la utilización de la reevaluación cognitiva entre las medidas pre-post, aunque estos cambios no se sostuvieron en el seguimiento. Por otra parte, en relación a la supresión expresiva, no se encontraron diferencias significativas en su utilización. El aumento en la utilización de la reevaluación cognitiva podría asociarse con la disminución en la ansiedad ante exámenes, dado que la literatura plantea que se trata de una estrategia adaptativa (Gross & John, 2003). Estos resultados son congruentes con investigaciones previas que indican que la reevaluación es una estrategia que puede contribuir a la disminución de la ansiedad (Hu et al., 2014) y que se asocia positivamente con el bienestar, las emociones agradables y el funcionamiento positivo, y negativamente con los síntomas psicológicos y las emociones negativas (Gross & John, 2003; McRae & Gross, 2020). A su vez, es coherente con su consideración como mecanismo de cambio en el PU (Fairholme et al., 2010). A nivel teórico se tiende a considerar a la reevaluación cognitiva como una estrategia adaptativa y a la supresión expresiva como desadaptativa (Gross & John, 2003; McRae & Gross, 2020). Sin embargo, algunas investigaciones sugieren que el problema radica en la eficacia con la que ésta última es utilizada (Hayes et al., 2005; Lonigro et al.,

2022). Dado que se esperaba una disminución en la supresión expresiva, será importante realizar otros estudios que permitan clarificar la naturaleza y los objetivos en los cambios en estas variables.

Por último, de acuerdo con la hipótesis propuesta, se encontró un aumento significativo en la conciencia plena entre las medidas pre y seguimiento, pero no así entre el pre y el post. Al ser una habilidad que requiere de entrenamiento, podría hipotetizarse que su adquisición requiere más tiempo que otras, lo que explicaría su aumento en el seguimiento y no en el post. De cualquier forma, su aumento también es coherente con el marco del PU, que alienta a los participantes a ser conscientes de sus emociones sin juzgarlas y sin intentar cambiarlas como forma de prevenir la evitación emocional (Barlow et al., 2011; Barlow et al., 2020). Asimismo, resulta coherente con el incremento en la habilidad de reevaluación, ya que el PU propone ser conscientes de los pensamientos automáticos sin juzgarlos para luego generar otras interpretaciones posibles de las situaciones (Woods et al., 2020).

Limitaciones y propuestas futuras

El presente estudio cuenta con varias limitaciones. Entre ellas pueden mencionarse el método no probabilístico utilizado para la recolección de la muestra, su tamaño pequeño, la falta de homogeneidad en las características de los participantes y la ausencia de un grupo control. En su conjunto, éstas dificultan la generalización de los resultados y limitan la validez de las conclusiones acerca de la utilidad de la intervención, ya que los cambios encontrados pueden deberse a diversos factores no tenidos en cuenta por el investigador (Cook & Campbell, 1986), como por ejemplo la ausencia de exámenes durante el periodo del taller o la evitación de éstos por parte de los participantes, pudiendo explicar por sí mismos la mejoría observada en las puntuaciones. Otro aspecto para considerar que podría atentar contra la posibilidad de generalización de los resultados es el hecho de que más de la mitad de los participantes abandonaron el estudio, y que no se indagaron los motivos. Es preciso mencionar que investigaciones destinadas a analizar intervenciones destinadas a disminuir la ansiedad ante exámenes en nuestro país han reportado cifras de abandono similares. Furlán (2013) informó que de 38 estudiantes seleccionados para completar la intervención, 19 finalizaron. Mientras que Furlán et al. (2019) reportaron que de 50 estudiantes que iniciaron el proceso, 20 abandonaron y 8 no completaron la medida post

tratamiento. Futuras líneas de investigación podrían indagar los motivos de abandono y distintas maneras de promover la adherencia a programas destinados a la disminución de la ansiedad ante exámenes.

Sería deseable que futuros estudios aborden estas limitaciones investigando la eficacia de intervenciones similares de manera controlada. Además, teniendo en cuenta que existe escasez de estudios sobre esta problemática en nuestro país (Rosario et al., 2008), resultaría deseable que futuras líneas de investigación continúen desarrollando programas y/o talleres similares que permitan disminuir la ansiedad ante exámenes y mejorar las estrategias de regulación emocional en situaciones de evaluación, lo que contribuiría a una mejora en la calidad de vida, de cursada y en el desempeño académico de los estudiantes de nuestro país.

Conclusiones

En su conjunto, los resultados encontrados sugieren que el taller con formato grupal, online y sincrónico resultó de utilidad para disminuir la ansiedad ante exámenes en los participantes. Esto resulta especialmente relevante para el caso de estudiantes que se enfrenten a situaciones de examen en el contexto de la universidad, ya que muchas personas experimentan los primeros síntomas de ansiedad durante sus años universitarios (Furlán, 2013) y no cuentan con talleres, estrategias de intervención o servicios de atención afines que aborden su problemática (Sauer-Zavala et al., 2021).

Agradecimientos: *agradecemos a los participantes por su colaboración en las diferentes etapas del taller, y a la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires por otorgarnos el espacio para llevar adelante el estudio.*

Conflicto de interés: *los autores declaran no tener conflictos de interés.*

Referencias bibliográficas

- American Psychological Association. (2010). Ethical principles of psychologists and code of conduct. www.apa.org/ethics/code/principles.pdf
- Altman, B. R., & Earleywine, M. (2021). Treating a Cluster of Internalizing Disorders With the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 20(2), 147-164. <https://doi.org/10.1177/2F1534650120967993>
- Amani, H., & Sheykhaliadeh, S. (2021). Meta-Analysis of the Effectiveness of Interventions on test anxiety reduction. *Psychological Research*, 45(1), 56. <https://doi.org/10.1007/s11019-020-1001-1>
- Arrigoni, F., Consejero, E. M., & Guzmán, J. I. N. (2022). Apuntes sobre el Protocolo Unificado Transdiagnóstico. *Acción Psicológica*, 19(2), 1-14. <https://doi.org/10.5944/ap.19.1.36971>

- Arrigoni, F., Marchena-Consejero, E., & Navarro-Guzmán, J. I. (2021). Aplicación y evaluación de la eficacia del protocolo unificado transdiagnóstico con estudiantes universitarios españoles. *Revista Costarricense de Psicología*, 40(2), 149-169. <http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v40i02.05>
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook. Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 74(9), 875-884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Sauer-Zavala, S., Latin, H.M., Ellard, K.K., Bullis, J.R., Bentley, K.H., Boettcher, H.T., Cassiello-Robbins, C. (2011). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide. Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Harris, B. A., Eustis, E. H., & Farchione, T. J. (2020). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *World Psychiatry*, 19(2), 245-246. <https://doi.org/10.1002/wps.20748>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Carlucci, L., Saggino, A., & Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 87, 101999. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>
- Cassady J. C., Pierson E. E., Starling J. M. (2019). Predicting student depression with measures of general and academic anxieties. *Frontiers in Education*, 4, 11. <https://doi.org/10.3389/educ>
- Cassady, J.C. (2022). Anxiety in the Schools: Causes, Consequences, and Solutions for Academic Anxieties. En: Gonzaga, L.R.V., Dellazzana-Zanon, L.L., Becker da Silva, A.M. (eds) *Handbook of Stress and Academic Anxiety* (pp. 13-30). Springer.
- Cassiello-Robbins, C., Southward, M. W., Tirpak, J. W., & Sauer-Zavala, S. (2020). A systematic review of Unified Protocol applications with adult populations: Facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review*, 78, 101852. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>
- Castro-Camacho, L., Díaz, M. M., & Barbosa, S. (2022). Effect of a group prevention program based on the Unified Protocol for college students in Colombia: A quasi-experimental study. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 32(2), 111-123. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2021.04.001>
- Celleri, M., Cremades, C. F., Rojas, R. L., Garay, C. J., & Osma, J. J. (2023). Pilot Study on the Clinical Usefulness and Acceptability of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Online and Group format in Argentina. *Acción Psicológica*, 19(2), 63-80. <https://doi.org/10.5944/ap.19.2.37004>
- Celleri, M., Koutsovitov, F., Cremades, C., & Garay, C. J. (2020). Aplicación del protocolo unificado en pacientes con síndrome de intestino irritable de forma grupal en un hospital público de CABA. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Celleri, M., Menéndez, J. A., Rojas, R. L., & Garay, C. J. (2021). Diseño de una intervención online basada en el protocolo unificado: iupi!. En XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

- Chapell, M. S., Blanding, Z. B., Silverstein, M. E., Takahashi, M., Newman, B., Gubi, A., & McCann, N. (2005). Test anxiety and academic performance in undergraduate and graduate students. *Journal of Educational Psychology*, 97(2), 268. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0663.97.2.268>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Díaz, F. E. G. (2021). Intervención para la ansiedad ante las evaluaciones académicas en estudiantes de derecho. *Summa Psicológica UST*, 18(1), 2. <https://doi.org/10.18774/0719-448x.2021.18.474>
- Dowker, A., Sarkar, A., & Looi, C. Y. (2016). Mathematics anxiety: What have we learned in 60 years? *Frontiers in psychology*, 7, 508. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00508>
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 88–101. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.002>
- Ergene, T. (2003). Effective interventions on test anxiety reduction: A meta-analysis. *School psychology international*, 24(3), 313–328. <https://doi.org/10.1177/0143034303024300>
- Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T., & Barlow, D. H. (2010). Emotions, emotion regulation, and psychological treatment: A unified perspective. En A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 283–309). Guilford Press.
- Furlan, L. A. (2013). Eficacia de una Intervención para Disminuir la Ansiedad frente a los Exámenes en Estudiantes Universitarios Argentinos. *Revista colombiana de psicología*, 22(1), 75–89. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80428081006>
- Furlan, L. A., Alonso-Crespo, A., Costantini, N., Díaz-Gutiérrez, M., & Yaryura, G. (2019). Tratamiento Grupal para la Ansiedad y la Evitación Conductual en Exámenes Orales. *Revista De Psicoterapia*, 30(113), 239–258. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7036013>
- Gamarra Astuhuaman, G., Pujay Cristóbal, O. E., & Ventura Janampa, M. (2018). Aplicación de las pruebas estadísticas de Wilcoxon y Mann-Whitney con SPSS. *Revista De Investigación Multidisciplinaria CTSCAFE*, 2(4), 15. <http://www.ctscafe.pe/index.php/ctscafe/article/view/51>
- Grill, S. S., Castañeras, C., & Fasciglione, M. P. (2017). Aplicación grupal del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en población argentina. *Revista de psicopatología y Psicología clínica*, 22(3), 171–181. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18122>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Hayes, A. M., Beevers, C. G., Feldman, G. C., Laurenceau, J. P., & Perlman, C. (2005). Avoidance and processing as predictors of symptom change and positive growth in an integrative therapy for depression. *International journal of behavioral medicine*, 12(2), 111–122. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1202_9
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2021). “Third-wave” cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World Psychiatry*, 20(3), 363–375. <https://doi.org/10.1002/wps.20884>
- Hedges, L. V. (2007). Effect sizes in cluster-randomized designs. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 32(4), 341–370. <https://doi.org/10.3102/107699860298043>
- Hedges, L. V., & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Academic Press.
- Heredia, D., Piemontesi, S., Furlan, L., & Volker, H. (2008). Adaptación del Inventario Alemán de Ansiedad frente a los Exámenes: GTAI-A. *Revista Evaluar*, 8(1), 46–58. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v8.n1.504>
- Hiwarkar M, Prasad A, Pant MK and Taywade O. (2020). Assessment of Negative Emotional States of Depression, Anxiety and Stress Among First MBBS students-A Cross Sectional Study. *Walawalkar International Medical Journal*, 7(1), 29–37. <http://www.wimjournal.com/html/journal/images/7a5.pdf>
- Hodapp, V. (1991). Das Prüfungsängstlichkeitsinventar TAI-G: Eine erweiterte und modifizierte Version mit vier Komponenten [The Test Anxiety Inventory TAI-G: An expanded and modified version with four components]. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie / German Journal of Educational Psychology*, 5(2), 121–130.
- Hosogoshi, H., Takebayashi, Y., Ito, M., Fujisato, H., Kato, N., Nakajima, S., Oe, Y., Miyamae, M., Kanie, A., & Horikoshi, M. (2020). Expressive suppression of emotion is a moderator of anxiety in a unified protocol for transdiagnostic treatment of anxiety and depressive disorders: A secondary analysis. *Journal of affective disorders*, 277, 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.132>
- Hu, T., Zhang, D., Wang, J., Mistry, R., Ran, G., & Wang, X. (2014). Relation between emotion regulation and mental health: a meta-analysis review. *Psychological reports*, 114(2), 341–362. <https://doi.org/10.2466/03.20.PR0.114k22w4>
- Lonigro, A., Longobardi, E., & Laghi, F. (2022). The interplay between expressive suppression, emotional self-efficacy and internalizing behavior in middle adolescence. *Child & Youth Care Forum*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10566-022-09685-x>
- Maier, A., Schaitz, C., Kröner, J., Berger, A., Keller, F., Beschner, P., Connemann, B., & Susic-Vasic, Z. (2021). The Association Between Test Anxiety, Self-Efficacy, and Mental Images Among University Students: Results from an Online Survey. *Frontiers in psychiatry*, 12, 618108. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.618108>
- Manterola, C., Quiroz, G., Salazar, P., & García, N. (2019). Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(1), 36–49. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.11.005>
- Martínez-Borba, V., Osmá, J., Crespo-Delgado, E., Andreu-Pejo, L., & Monferrer-Serrano, A. (2022). Prevención de trastornos y síntomas emocionales en condiciones de salud: estudio piloto aplicando el Protocolo Unificado en una unidad de reproducción humana. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 38(1), 25–35. <https://doi.org/10.6018/analesps.462331>
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/emo0000703>
- Montes, S. A., Ledesma, R. D., García, N. M., & Poó, F. M. (2014). The mindful attention awareness scale (MAAS) in an Argentine population. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 47(1), 43–51. <https://doi.org/10.1177/0748175613513806>
- Norton, P. J., & Paulus, D. J. (2016). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders: Update on the Science and Practice. *Behavior therapy*, 47(6), 854–868. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.07.002>
- Osmá, J., Castellano, C., Crespo, E., & García-Palacios, A. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in a Spanish public mental health setting. *Behavioral Psychology*, 23(3), 447–466.
- Osmá, J., Martínez-García, L., Quilez-Orden, A., & Peris-Baquero, Ó. (2021). Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Medical Conditions: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(10), 5077. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105077>
- Pagano, A. E., & Vizioli, N. A. (2021). Adaptación del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) en población adulta de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense. *Revista psicodebate: psicología, cultura y sociedad*, 21(1), 18–32. <http://dx.doi.org/10.18682/pd.v21i1.3881>
- Piemontesi, S. E., Heredia, D. E., & Furlan, L. A. (2012). Propiedades psicométricas de la versión en español revisada del Inventario Alemán

- de Ansiedad ante Exámenes (GTat AR) en universitarios argentinos. *Universitas Psychologica*, 11(1), 177-186. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v11n1/v11n1a14.pdf>
- Putwain, D. W., Gallard, D., Beaumont, J., Loderer, K., & von der Embse, N. P. (2021). Does test anxiety predispose poor school-related wellbeing and enhanced risk of emotional disorders?. *Cognitive Therapy and Research*, 45(6), 1150-1162. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10211-x>
- Rosique, M. T., Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2019). The Unified Protocol. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(1), 79-91. <https://doi.org/79-91.10.24205/03276716.2019.1092>
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical psychology review*, 72, 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>
- Sandín, B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: Introducción al número monográfico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 181-184. https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/05/01_2012_n3_sandin.pdf
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., Pineda, D., Espinosa, V., Magaz, A. M., & Chorot, P. (2019). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en adolescentes a través de internet (iUP-A): Aplicación web y protocolo de un ensayo controlado aleatorizado. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 197-215. <https://doi.org/10.5944/rppc.26460>
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R., & Barlow, D. H. (2017). Current definitions of "Transdiagnostic" in treatment development: A search for consensus. *Behavior Therapy*, 48, 128-138. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
- Sauer-Zavala, S., Tirpak, J. W., Eustis, E. H., Woods, B. K., & Russell, K. (2021). Unified protocol for the transdiagnostic prevention of emotional disorders: Evaluation of a brief, online course for college freshmen. *Behavior Therapy*, 52(1), 64-76. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.01.010>
- Segool, N. K., Carlson, J. S., Goforth, A. N., von der Embse, N., & Barterian, J. A. (2013). Heightened test anxiety among young children: Elementary school students' anxious responses to high-stakes testing. *Psychology in the Schools*, 50, 489-499. <https://doi.org/10.1002/pits.21689>
- Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina (2000). Protección de los datos personales. Ley 25.326. https://www.oas.gub.uy/juridico/pdfs/arg_ley25326.pdf
- Sieber, J. E., O'Neil Jr, H. F., & Tobias, S. (2013). Anxiety, learning, and instruction. Routledge.
- Soares, D., & Woods, K. (2020). An international systematic literature review of test anxiety interventions 2011-2018. *Pastoral Care in Education*, 38(4), 311-334. <https://doi.org/10.1080/02643944.2020.1725909>
- Taghipour, A., & Razi, S. (2020). The Effectiveness of Emotion Regulatory Training on Test Anxiety and Processing Efficiency of High School Girl Students. *International Journal of Neurologic Physical Therapy*, 6(2), 17. <http://dx.doi.org/10.11648/j.ijnpt.20200602.11>
- Thomas, C. L., Cassidy, J. C., & Finch, W. H. (2018). Identifying severity standards on the cognitive test anxiety scale: Cut score determination using latent class and cluster analysis. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 36(5), 492-508. <http://dx.doi.org/10.1177/0734282916686004>
- Vetter, T. R., & Mascha, E. J. (2017). Defining the Primary Outcomes and Justifying Secondary Outcomes of a Study: Usually, the Fewer, the Better. *Anesthesia and analgesia*, 125(2), 678-681. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002224>
- Vizioli, N. A., & Pagano, A. E. (2022). Estabilidad temporal, validez convergente e incremental de la versión argentina para adultos del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ). *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 16(1), 71-81. <https://doi.org/10.21500/19002386.5397>
- Wilamowska, Z. A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and anxiety*, 27(10), 882-890. <https://doi.org/10.1002/da.20735>
- Woods, B. K., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). Isolating the effects of mindfulness training across anxiety disorder diagnoses in the unified protocol. *Behavior Therapy*, 51(6), 972-983. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.01.001>
- World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA Network*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Yusufov, M., Nicoloro-SantaBarbara, J., Grey, N. E., Moyer, A., & Lobel, M. (2019). Meta-analytic evaluation of stress reduction interventions for undergraduate and graduate students. *International Journal of Stress Management*, 26(2), 132-145. <https://doi.org/10.1037/str0000099>

Riesgo de suicidio en adultos con Trastorno del Espectro Autista: prevalencia, evaluación y posibles intervenciones terapéuticas

Suicide risk in adults with autism spectrum disorder: prevalence, assessment, and possible therapeutic interventions

Francisco Musich¹, Celeste Berardo², Agustina Aragón-Daud³

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i163.526>

Resumen

Introducción: El riesgo de suicidio en el Trastorno del Espectro Autista (TEA) ha emergido como una problemática poco considerada durante mucho tiempo. Esta revisión tiene como objetivo explorar la prevalencia, la evaluación y los tratamientos disponibles para el riesgo de suicidio en los adultos con autismo. **Metodología:** Se practicó una revisión narrativa sobre tres aspectos relacionados con el riesgo de suicidio en la población adulta con TEA: la prevalencia, la evaluación y las intervenciones disponibles basadas en evidencia. La búsqueda bibliográfica fue realizada utilizando los buscadores de Pubmed, Scielo, Dialnet y Psycinfo, limitándose a artículos publicados a partir del año 2010 en adelante. Con el fin de identificar la literatura relevante, se utilizaron diversas combinaciones de palabras clave, tales como “riesgo de suicidio”, “trastorno del espectro autista”, y “suicidio en autismo”, tanto en español como en inglés. **Conclusión:** Los hallazgos principales sugieren un elevado riesgo de suicidio en la población autista, lo que destaca la necesidad de desarrollar protocolos estandarizados para evaluarlo. Además, la Terapia Dialéctico Conductual se ha establecido como una opción terapéutica prometedora para disminuir la suicidabilidad en esta población, pero aún se requiere de mayor investigación para establecer su eficacia y estandarización como tratamiento.

Palabras clave: trastorno del espectro autista, adulto, suicidio, terapia dialéctico conductual

Abstract

Introduction: *Suicide risk in autism spectrum disorder (ASD) has emerged as a long-neglected issue. This revision aims to explore the prevalence, methods of assessment, and available treatments for suicide risk in this population. Methods:* A narrative review was carried out on three aspects related to the risk of suicide in the adult population with ASD: prevalence, evaluation and available evidence-based interventions. The bibliographic search was carried out using the Pubmed, Scielo, Dialnet and Psycinfo search engines, limited to articles published from 2010 onwards. In order to identify relevant literature, various combinations of keywords were used, such as “suicide risk,” “autism spectrum disorder,” and “suicide in autism,” in both Spanish and English. **Conclusions:** The main findings suggest a high prevalence of suicide risk, highlighting the need of developing standardized protocols to assess such risk in the autistic population. Moreover, Dialectical Behavioral Therapy has shown promise as a therapeutic option to decrease suicidality, but further research is needed to establish its effectiveness and standardization as a treatment.

Keywords: autism spectrum disorder, adult, suicide, dialectical behavioral therapy

RECIBIDO 15/4/2023 - ACEPTADO 20/7/2023

¹Centro de Investigación y Desarrollo en Neurociencias Cognitivas y Ciencias del Comportamiento (UMSA-BINCA). Instituto de Neurociencia Cognitiva y Traslacional (INCyT; Fundación INECO-Universidad Favaloro-CONICET). Fundación Equipo de Terapia Cognitiva Infantojuvenil. Universidad Favaloro.

²Universidad Favaloro.

³Instituto de Neurociencia Cognitiva y Traslacional (INCyT; Fundación INECO-Universidad Favaloro-CONICET). Universidad Favaloro.

Autor correspondiente:

Francisco Musich

fmusich@ineco.org.ar



Introducción

En esta revisión utilizaremos tanto el lenguaje de persona primero (“adulto con autismo”) e identidad primero (“autista”) indistintamente en pos de reflejar la dinámica en el campo al momento de escribir este artículo (Bottema-Beutel et al., 2021; Vivanti, 2020). Asimismo, dada la escasa disponibilidad de literatura específica sobre población autista con discapacidad intelectual (DI) (Interagency Autism Coordinating Committee, 2016), nos referiremos únicamente a adultos con autismo sin DI, a menos que se mencione explícitamente.

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo que se manifiesta típicamente en los primeros años de la infancia, pero persiste en la adultez. Históricamente se ha estudiado como un trastorno de la infancia (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 2017), pero esta tendencia está cambiando. Se estima que cada año, 50.000 adolescentes con TEA llegan a la edad adulta en Estados Unidos (Shattuck et al., 2012). A su vez, los problemas de salud mental comórbidos son muy comunes en adultos con TEA (D’Agostino & Musich, 2019; Musich & Aragón-Daud, 2022; Musich & D’Agostino, 2022; Vohra et al., 2016; 2017; Croen et al., 2015) y se estima que más de la mitad de ellos son diagnosticados con al menos un trastorno psiquiátrico adicional. Esta tasa es considerablemente más alta que la de la población general (Croen et al., 2015) y representa un costo elevado para los sistemas de salud (Ganz, 2007).

El suicidio y las conductas suicidas son problemas que afectan tanto a la población neurotípica como a la neurodiversa (Baños-Chaparro, 2021). Sin embargo, los estudios sobre el riesgo de suicidio en el TEA y su abordaje correspondiente son aún escasos (Cassidy et al., 2018a). Además, existen otras problemáticas que contribuyen a esta falta de atención, como el subdiagnóstico del autismo, especialmente en el género femenino, que puede desarrollar estrategias funcionales de camuflaje para adaptarse a las demandas y ocultar su sintomatología (Anderson, 2014; Bennett, 2018), lo que dificulta el diagnóstico temprano. Como resultado, muchas personas reciben un diagnóstico tardío y la problemática del suicidio puede quedar encubierta por otros diagnósticos asociados, como trastornos de la personalidad, síntomas obsesivos y psicosis, entre otros (Engström et al., 2003; Cassidy et al., 2018a).

Metodología

La presente revisión narrativa aborda tres aspectos relacionados con el riesgo de suicidio en la población adulta con TEA: la prevalencia, la evaluación y las intervenciones disponibles basadas en evidencia. La búsqueda bibliográfica fue realizada utilizando los buscadores de Pubmed, Scielo, Dialnet y Psychinfo, limitándose a artículos publicados a partir del año 2010 en adelante. Con el fin de identificar la literatura relevante, se utilizaron diversas combinaciones de palabras clave, tales como “riesgo de suicidio”, “trastorno del espectro autista”, y “suicidio en autismo”, tanto en español como en inglés. Dado que se empleó un enfoque de revisión narrativa, no se establecieron criterios de inclusión y exclusión predefinidos.

Resultados

Prevalencia del riesgo de suicidio en TEA

Actualmente no existen datos oficiales sobre la prevalencia del suicidio en la población con TEA. No obstante, varios estudios independientes sugieren que las conductas suicidas son relativamente comunes en personas con TEA.

Prevalencia según rangos etarios

En la niñez (a partir de los 7 años), algunos estudios han encontrado una tasa de riesgo de suicidio en el espectro tres veces más elevada que en la población infantil neurotípica (Kölves et al., 2021). En un estudio realizado por La Buissonnière-Ariza et al. (2021) en 116 niños con TEA y comorbilidad con trastornos de ansiedad y obsesivo-compulsivos, se encontró que el 13 % de la muestra experimentó pensamientos suicidas según el reporte de los padres. Otro estudio con 93 niños con autismo y ansiedad encontró que el 32.3 % había experimentado ideación suicida, mientras que solo el 2.2 % presentaba ideación suicida activa (Wijnhoven et al., 2019). Sin embargo, es importante destacar que la mayoría de los estudios se basan en el reporte parental, el cual es un estimador con fiabilidad limitada (Mayes et al., 2013; Oliphant et al., 2020; Storch et al. 2013).

Durante la adolescencia y adultez temprana, un estudio longitudinal encontró que los intentos de suicidio fueron significativamente mayores en el grupo con TEA en comparación con el grupo control, aún al controlar variables de demografía y de presencia de trastornos psiquiátricos (Chen et al., 2017). Sin

embargo, la prevalencia de pensamientos suicidas es variable, oscilando entre el 11 % y el 20 % según el estudio de Storch et al. (2013). Esta cifra es ligeramente más alta que en la población adolescente general, donde las estimaciones varían entre el 10 % y el 17 % (Biswas et al., 2020).

En la adultez, se ha reportado una alta prevalencia de ideación, planificación y conductas suicidas en personas con diagnóstico de Asperger en comparación con la población general (Cassidy et al., 2014). En este estudio, los antecedentes de depresión y un mayor cociente de espectro autista (mayores rasgos cognitivo-conductuales asociados al autismo, según la clasificación DSM-IV) fueron identificados como factores de riesgo significativos para el comportamiento suicida.

Prevalencia de indicadores de riesgo de suicidio

Hay una alta variabilidad en la prevalencia de ideación suicida, con valores que oscilan entre el 11 y 66 % (Hedley & Uljarevic, 2018; Horowitz et al., 2018; Jackson et al., 2018; Newell et al., 2023; Segers & Rawana, 2014), aunque se han reportado cifras de hasta 72 % (Zahid & Uptegrove, 2017). En un estudio de Horowitz et al. (2018) en jóvenes con TEA hospitalizados, se observó que alrededor del 22 % presentaba ideación suicida, o una necesidad de hablar sobre la muerte por suicidio, independientemente de su grado de apoyo o autonomía. Por otro lado, una investigación con estudiantes universitarios con TEA de alto funcionamiento mostró que el 53-60 % había considerado la posibilidad de suicidarse alguna vez dentro del año de la encuesta (Jackson et al., 2018). En contraste, la prevalencia de ideación suicida entre los estudiantes universitarios en general se ha encontrado en un 8.9 % (American College Health Association, 2015).

Sobre las conductas autolesivas, un metaanálisis indicó una prevalencia del 42 % en personas con autismo, independientemente de la edad y coeficiente intelectual (Steenfeldt-Kristensen et al., 2020). Asimismo, se estima que el 65 % de las personas adultas con autismo presentan autolesiones sin ideación suicida en algún momento de sus vidas (Cassidy et al., 2018a). Esto representa un problema significativo puesto que los antecedentes de autolesiones sin ideación suicida son un factor de riesgo suicida considerable (Zahid & Uptegrove, 2017). En cuando a la planificación suicida, un metaanálisis reciente con datos de 48.186 personas autistas encontró una prevalencia del 21.9 % (Newell et al., 2023). Este valor es considerablemente mayor que el de la población general, cuya prevalencia aproximada de planificación suicida es del 3 % (Castillejos et al., 2021).

Según un estudio realizado en varios países, la prevalencia de intentos de suicidio en personas con autismo varía entre 1 y 35 % (Hedley & Uljarevic, 2018; Hirvikoski et al., 2016), siendo mayor que en la población general (Castillejos et al., 2021; Newell et al., 2023). También hay una alta prevalencia de reporte sobre la intención de suicidio previo al intento (Masi et al., 2020). Otra revisión sistemática estima que la prevalencia se ubica entre el 7 y 47 % (Zahid & Uptegrove, 2017).

Según una revisión realizada por Baños-Chaparro (2021), los métodos de suicidio más frecuentemente empleados por las personas con TEA son los saltos al vacío de alturas considerables, la intoxicación por monóxido de carbono, el envenenamiento, el ahorcamiento y la sobredosis de drogas. Este último presenta una mayor prevalencia en mujeres (Mikami et al., 2019). Por último, el uso de armas de fuego es de baja prevalencia, a pesar de ser más letal (Kirby et al., 2019).

Prevalencia en poblaciones específicas

En los últimos años, se ha observado una mayor tasa de inconformismo de género entre las personas con TEA en comparación con la población no autista (Iyama-Kurtycz, 2019). En este contexto, resulta importante destacar que las personas con autismo que se identifican como parte de la comunidad LGBTQ+ (lesbianas, gays, bisexuales, transgénero o queer) enfrentan una serie de desafíos y barreras en su vida diaria, lo que las hace más vulnerables y con mayor riesgo de suicidio. Hall et al. (2020), a través del análisis de la Encuesta Nacional de Salud y Discapacidad de los Estados Unidos, reportaron que, dentro de la población autista, aquellos que se identifican como LGBTQ+ presentan un peor estado de salud y mayores barreras para acceder a servicios de atención médica (ej., ser rechazados de los servicios por profesionales médicos). En particular, presentaron tasas más elevadas de trastornos mentales y tabaquismo.

Otros estudios tuvieron hallazgos similares. Por ejemplo, Strang et al. (2021) compararon indicadores de salud mental entre tres grupos: adolescentes transgénero con autismo, adolescentes transgénero sin autismo, y adolescentes cis género con autismo. Encontraron que el grupo de adolescentes transgénero con autismo presentaba una sintomatología internalizante más severa en comparación con los otros dos grupos. Asimismo, un estudio realizado en España, en el que se analizó la relación entre el suicidio y las personas con discapacidad, señala a la discriminación en la comunidad y en las relaciones como un factor de riesgo.

Esta discriminación hace referencia a actitudes de exclusión a determinados grupos sociales, entre los cuales se encuentran las personas LGTBQ+. Este hecho puede provocar rechazo y estigmatización hacia dichos colectivos, y se ha encontrado una correlación positiva entre discriminación y suicidio (Bascones et al., 2021).

Evaluación del riesgo de suicidio en los TEA

Antes de iniciar un programa de intervención en adultos autistas, se recomienda llevar a cabo una evaluación formal y otra basada en la conceptualización del caso. Se debe recolectar información a través de diferentes métodos, como la observación directa, informantes clave, y cuestionarios (White et al., 2013). Los cuestionarios con puntajes estandarizados a menudo se usan no solo en el proceso de evaluación, sino también para evaluar el progreso y los resultados posteriores al tratamiento.

Específicamente, para las conductas suicidas en el espectro autista, existe una escasez de cuestionarios y protocolos de evaluación. Considerando las características particulares de esta población, se ha observado que los instrumentos que miden suicidabilidad en la población general presentan baja sensibilidad y especificidad en población autista y necesitan ser adaptados (Cassidy et al., 2018b; 2020). La mayoría de los estudios que han evaluado riesgo de suicidio en la población autista han utilizado instrumentos que no han sido validados para esta población, o bien han utilizado un único ítem diseñado específicamente para la investigación o extraído de una escala psicométrica (Cassidy et al., 2018b).

Recientemente, Cassidy et al. (2021) adaptaron la escala "Suicidal Behaviours Questionnaire (SBQ)" a la población autista sin DI, renombrándolo como "SBQ-Autism Spectrum Conditions" (SBQ-ASC). Los resultados obtenidos indican evidencias de validez de contenido, de estructura, divergente y convergente. Además, el cuestionario mostró adecuados índices de confiabilidad, medido a través de correlación test-retest ($r = .90$ para la muestra con autismo/posible autismo y $r = .92$ para el grupo control) y del coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha = .79$ para la muestra con autismo/posible autismo y $\alpha = .85$ para el grupo control). Por último, también presentó buenos índices de sensibilidad y especificidad para distinguir entre personas con o sin intentos previos de suicidio. No obstante, la escala fue desarrollada para ser utilizada en ámbitos de investigación y no se recomienda su uso en la clínica, ni permite la comparación con personas no autistas (Cassidy et al., 2021).

Intervenciones para el riesgo de suicidio en TEA

A pesar de la presencia de conductas de riesgo en el espectro autista, aún no se han establecido protocolos eficaces para tratar la conducta suicida en adultos con autismo con o sin DI (Musich & Aragón-Daud, 2022; Spain et al., 2022). No obstante, existen protocolos experimentales para el abordaje de las conductas suicidas en adultos con autismo sin DI que cuentan con adaptaciones desde diversos marcos teóricos, como la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), Terapia Sistemática, Terapia Focalizada en las Emociones, o Terapia Dialéctico Comportamental (DBT, por sus siglas en inglés). Se ha demostrado que estas modificaciones pueden aumentar la eficacia y aceptabilidad de los tratamientos en esta población, independientemente del protocolo adaptado (Mason et al., 2022; Musich & Aragón-Daud, 2022; Spain et al., 2022). Si bien la TCC es el enfoque predominante, la DBT adaptada se ha establecido como una alternativa potencialmente útil para intervenir en esta población sobre el riesgo de suicidio y desregulación emocional.

Terapia dialéctico conductual (DBT)

Generalidades de la DBT

El enfoque conocido como DBT, desarrollado por Marsha Linehan (1993), es un tratamiento integral para las personas que experimentan dificultades de regulación emocional (ER, por sus siglas en inglés) y que pueden presentar conductas autolesivas y suicidas. Este protocolo de tratamiento ha sido ampliamente validado y diseñado originalmente para personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad (TLP) (Kliem et al., 2010).

Según el modelo biosocial de Linehan, las dificultades en la ER surgen de la interacción de las vulnerabilidades individuales y las influencias ambientales (Taylor et al., 2022). Las personas con TLP suelen experimentar una mayor sensibilidad emocional, presentando dificultades para regular sus emociones y un retorno lento al estado emocional basal después de una situación estresante. Este patrón de respuesta disfuncional se presenta usualmente en un contexto invalidante, caracterizado por la falta de comprensión de las experiencias emocionales de la persona, lo que dificulta el desarrollo de una ER efectiva (Taylor et al., 2022).

El enfoque suele ser una terapia intensiva de 12 meses que incluye cuatro módulos: terapia individual semanal, grupos de habilidades semanales, orientación telefónica y consulta semanal de los terapeutas (Linehan, 1993; Linehan et al., 1999; Taylor et al.,

2022). Las sesiones de terapia individual se enfocan en desarrollar una conceptualización de las dificultades presentes y jerarquización de objetivos terapéuticos. Se hace hincapié en que el cliente registre las emociones y conductas problemáticas entre sesiones, para luego revisarlas de forma colaborativa. Además, se emplea el análisis en cadena de comportamientos para explorar las conductas de riesgo, lo cual implica un desglose y comprensión de los pensamientos, emociones y acciones que ocurrieron antes y después de cualquier incidente. A medida que avanza el tratamiento, se realiza un análisis de soluciones, que consiste en identificar los puntos apropiados para introducir nuevas habilidades adaptativas para manejar situaciones difíciles (Linehan, 1993; Linehan et al., 1999; Taylor et al., 2022). En segundo lugar, los grupos de habilidades consisten en la enseñanza de cuatro módulos: atención plena, regulación emocional, tolerancia al malestar y efectividad interpersonal.

Por otro lado, la DBT utiliza el coaching telefónico para brindar apoyo en situaciones de crisis, con el objetivo de que los clientes implementen las habilidades aprendidas. Estas llamadas suelen ser breves y seguir un protocolo establecido (ej., cuando un cliente llama y expresa un comportamiento suicida). Por último, los terapeutas participan en una consulta semanal para abordar las dificultades que surgen en su trabajo, incluyendo sus propias reacciones y emociones. La consulta semanal de los terapeutas es fundamental para monitorear la fidelidad al tratamiento, desarrollar habilidades y mantener la motivación para trabajar con clientes desafiantes y de alto riesgo (Linehan, 1993; Linehan et al., 1999; Taylor et al., 2022).

La evidencia empírica para DBT ha crecido rápidamente y se recomienda como tratamiento de primera línea para diversos diagnósticos en los que se presentan conductas suicidas y/o dificultades en la ER (ej., pautas del Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención en el Reino Unido). Además, la aplicación de la DBT se ha extendido a otras poblaciones donde la desregulación emocional subyacente es un factor clave que mantiene las dificultades, como el abuso de sustancias, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos alimentarios (Linehan et al., 1999; Nasri et al., 2020; Rosenfeld et al., 2007; Sampl et al., 2010). Esta tendencia de aplicación creciente de DBT a diversos trastornos en diferentes contextos sugiere que, por sus características de enfoque integral y multicomponente (incluye aspectos cognitivos, conductuales, de tercera ola, entre otros), es un tratamiento válido y eficaz para distintas entidades diagnósticas.

Particularidades de la DBT en el TEA

Las personas autistas presentan frecuentemente problemas de ER, cuya prevalencia es cuatro veces mayor que en la población general (England-Mason, 2020; Mazefsky et al., 2013; Mazefsky & White, 2014), y conductas de riesgo suicida (Charlton et al., 2020; Mazefsky & White, 2014). Por ello, existe la posibilidad de que la DBT pueda resultar beneficiosa para esta población (Taylor et al., 2022). Los estudios disponibles a la fecha sugieren que diversos aspectos del tratamiento DBT son compatibles con las adaptaciones recomendadas para las intervenciones psicológicas en adultos autistas (Cooper et al., 2018; Walters et al., 2016). Además, algunos componentes son compatibles con el estilo de procesamiento cognitivo de los adultos autistas, como el tiempo extendido de tratamiento, las estrategias conductuales, el *mindfulness* y el apoyo terapéutico para generalizar las habilidades y fomentar el aprendizaje social (Taylor et al., 2022). En particular, el *mindfulness* parece ser una técnica efectiva y adecuada para personas con autismo, demostrando niveles significativos de factibilidad, aceptabilidad y efectividad (Bemmouna et al., 2021; De Bruin et al., 2015; Spek et al., 2013).

Varios estudios han demostrado que la DBT puede ser efectiva para reducir el riesgo de suicidio en adultos con autismo. Por ejemplo, Bemmouna et al. (2021) reportaron una mejora en la ER después del tratamiento y en el seguimiento a los cuatro meses, lo cual se reflejó en un aumento de la conciencia emocional y el uso de estrategias de regulación, así como en una disminución de las respuestas impulsivas. Asimismo, Cornwall et al. (2021) observaron cambios significativos en la angustia global, incluyendo el riesgo de autolesiones y lesiones a terceros, al emplear la DBT en adultos con autismo. En conjunto, estos resultados sugieren que la DBT podría reducir las conductas suicidas en esta población. Actualmente, existen proyectos de estudios controlados aleatorizados para evaluar la eficacia de la DBT en la reducción de la suicidabilidad en adultos autistas (Huntjens et al., 2020).

Al implementar la DBT en adultos autistas se ha destacado la importancia de involucrar activamente a los cuidadores en el proceso de tratamiento, siempre y cuando estos estuvieran disponibles y fuera consentido por los clientes (Taylor et al., 2022). Esto ayuda a aumentar la generalización de habilidades en el contexto ecológico del paciente. Por otro lado, es relevante destacar que muchos clientes han experimentado experiencias negativas en relación a los servicios de

salud, lo que puede generar desesperanza en cuanto a la posibilidad de recibir ayuda efectiva (Taylor et al., 2022). Por lo tanto, es importante evaluar y fomentar la motivación y compromiso con el tratamiento, lo que puede requerir de mayores tiempos y flexibilidad por parte del terapeuta en comparación con pacientes fuera del espectro autista. En particular, el autocontrol y el control de los impulsos en pacientes con autismo pueden presentar dificultades, lo que exige una atención especial y una adaptación del tratamiento, tales como recurrir a claves visuales, proveer una mayor cantidad de sesiones y mayor tiempo de sesión.

Asimismo, se destaca la importancia de considerar las dificultades en la ER como un objetivo de tratamiento prioritario (Beck et al., 2020; Cai et al., 2018; Mason et al., 2020; White et al., 2020). La evidencia preliminar sugiere mejoras significativas en la ER al aplicar DBT (Hartmann et al., 2019). No obstante, muchos adultos autistas presentan características cognitivas y neuropsicológicas particulares que pueden contribuir a las dificultades en la ER. En general, las personas con autismo presentan mayor rigidez cognitiva, lo que se traduce en un estilo cognitivo de pensamiento "todo o nada". Se ha reportado que utilizar estrategias de *mindfulness* puede ayudar a generar conciencia de la inflexibilidad cognitiva y reducir la rigidez de pensamiento (Taylor et al., 2022).

De igual relevancia, se sugiere alocar especial atención a la validación de la persona, aún en comparación a la DBT estándar, ya que las personas con autismo pueden demandar mayores tiempos para generar una alianza terapéutica consolidada. Esto se debe a las características básicas de las personas con autismo, como las dificultades socio-comunicativas, que pueden resultar en una mayor dificultad para procesar gestos, posturas y expresiones faciales. Por lo tanto, es recomendable que los terapeutas presenten especial atención al validar a una persona dentro del espectro autista, utilizando frases concretas y explícitas, y dependiendo menos de la comunicación no verbal (Taylor et al., 2022).

Por último, al implementar DBT en personas con autismo, es crucial considerar que las dificultades en la expresión emocional propia y la alexitimia son frecuentes. Esto requiere que los terapeutas exploren explícitamente los estados emocionales y pensamientos asociados, a veces a través de un módulo de entrenamiento en emociones y habilidades sociales para potenciar la respuesta al tratamiento (Musich & Aragón-Daud, 2022; Taylor et al., 2022).

DBT adaptada para DI: Skill System

Por último, cabe mencionar el protocolo "Skills System" de DBT, que ha sido adaptado y demostrado ser eficaz en el tratamiento de las personas con DI (Brown et al., 2013; Efika & Wahyu, 2018; Rosendahl-Santillo et al., 2021). Este protocolo mantiene los mismos objetivos que la DBT estándar, pero se imparte de una manera simplificada, reagrupando las 300 habilidades de la DBT en 9 habilidades. A su vez, se complementa con la capacitación de un cuidador primario (familiar, amigo, acompañante terapéutico, etc.) en el método de la DBT, de modo que puedan brindar apoyo cuando sea necesario.

Teniendo en cuenta estas adaptaciones específicas para tratar con población con DI, esta variante de la DBT podría ser efectiva para tratar las dificultades emocionales y el riesgo de suicidio en personas autistas con DI. La problemática del suicidio también está presente en la población con autismo con DI, aunque ha sido escasamente investigada. Algunos estudios que han considerado a esta población, han encontrado que los adultos con autismo con DI presentan mayor cantidad de intentos de suicidio, aunque reportan menos ideación suicida en comparación con adultos con autismo sin DI (Hand et al., 2020). Sin embargo, hasta el momento, no se ha explorado la implementación de la DBT-Skill System a dicha población. Dada las características de esta terapia, se establece como una alternativa prometedora para disminuir el riesgo de suicidio en la población autista con DI.

Discusión y conclusiones

La problemática del suicidio es un fenómeno preocupante en la población autista. Diversos estudios evidenciaron una mayor prevalencia de riesgo de suicidio en comparación con la población general. Es posible que el comportamiento suicida en pacientes dentro del espectro autista esté relacionado con las características clínicas propias del trastorno. Hay varios factores de riesgo a considerar en la clínica, como la rigidez, la dificultad en el lenguaje y la interacción social, y las comorbilidades, tales como trastornos internalizantes y de la personalidad. Sin embargo, es importante destacar que aún no se han realizado estudios que aborden la cuestión del suicidio desde una perspectiva de factores protectores.

Respecto a la evaluación del riesgo de suicidio en los TEA, no contamos con instrumentos psicométricos validados y adaptados a nuestro medio local. Futuras investigaciones podrán trabajar en la validación del

cuestionario SBC-ASC en nuestra población, lo que permitiría evaluar de manera estandarizada el riesgo de suicidio en pacientes autistas en el ámbito clínico. Como profesionales, es fundamental que nos comprometamos a investigar y desarrollar estrategias para proteger a los pacientes aquejados de TEA. También debemos capacitarnos adecuadamente para realizar entrevistas a pacientes y familiares, y utilizar instrumentos psicométricos basados en la evidencia que nos permitan hacer diagnósticos y reconocer patrones y señales de alarma sobre el suicidio en nuestra población.

En relación a los tratamientos potenciales para abordar el riesgo de suicidio en adultos con autismo, los hallazgos presentados en este estudio alientan a continuar investigando sobre la aplicación de la DBT adaptada. También es importante explorar la aplicación de la terapia DBT-Skill System en personas autistas con DI. La evidencia preliminar sugiere que la DBT puede ser efectiva para reducir el riesgo de suicidio y mejorar la ER en personas con autismo. Sin embargo, se necesita más investigación para que establecer la efectividad y eficacia de la DBT como práctica estandarizada. La heterogeneidad en la presentación diagnóstica y las dificultades en el diagnóstico, especialmente en el caso del TEA femenino, hacen que sea difícil obtener muestras representativas.

En conclusión, el alto riesgo de suicidio en esta población, junto con la falta de instrumentos y tratamientos estandarizados, destaca la urgente necesidad de seguir investigando y mejorando nuestras prácticas clínicas para abordarlo en la población autista de manera temprana. Urge como profesionales concienciar y redireccionar esfuerzos para continuar investigando y adaptar la clínica a esta población especialmente vulnerable.

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

Referencias bibliográficas

American College Health Association. (2015). American college health association-National College Health Assessment II: reference group executive summary spring 2019. Hanover, MD: American College Health Association, 132.

Anderson, D. K., Liang, J. W., & Lord, C. (2014). Predicting young adult outcome among more and less cognitively able individuals with autism spectrum disorders. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 55(5), 485–494. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12178>

Baños-Chaparro, J. (2021). Comportamiento suicida en el trastorno del espectro autista. *Revista Española de Discapacidad*, 9(1), 285–294.

Bascones, L. M., Muñoz, Ó., Ortega, E., & Pinedo, E. D. (2022). El suicidio en las personas con discapacidad en España. https://www.observatoriode-ladiscapacidad.info/wp-content/uploads/CERMI_Suicidio_personas_discapacidad_Espana-def.pdf

Bemmouna, D., Coutelle, R., Weibel, S., & Weiner, L. (2022). Feasibility, Acceptability and Preliminary Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Autistic Adults without Intellectual Disability: A Mixed Methods Study. *Journal of autism and developmental disorders*, 52(10), 4337–4354. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05317-w>

Bennett, A. E., Miller, J. S., Stollon, N., Prasad, R., & Blum, N. J. (2018). Autism Spectrum Disorder and Transition-Aged Youth. *Current psychiatry reports*, 20(11), 103. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0967-y>

Biswas, T., Scott, J. G., Munir, K., Renzaho, A. M. N., Rawal, L. B., Baxter, J., & Mamun, A. A. (2020). Global variation in the prevalence of suicidal ideation, anxiety and their correlates among adolescents: A population based study of 82 countries. *EClinicalMedicine*, 24, 100395. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100395>

Bottema-Beutel, K., Kapp, S. K., Lester, J. N., Sasson, N. J., & Hand, B. N. (2021). Avoiding Ableist Language: Suggestions for Autism Researchers. *Autism in adulthood: challenges and management*, 3(1), 18–29. <https://doi.org/10.1089/aut.2020.0014>

Brown, J. F., Brown, M. Z., & Dibiasio, P. (2013). Treating individuals with intellectual disabilities and challenging behaviors with adapted dialectical behavior therapy. *Journal of mental health research in intellectual disabilities*, 6(4), 280–303. <https://doi.org/10.1080/19315864.2012.700684>

Cassidy, S., Bradley, P., Robinson, J., Allison, C., McHugh, M., & Baron-Cohen, S. (2014). Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's syndrome attending a specialist diagnostic clinic: a clinical cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 1(2), 142–147. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70248-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70248-2)

Cassidy, S., Bradley, L., Shaw, R., & Baron-Cohen, S. (2018). Risk markers for suicidality in autistic adults. *Molecular autism*, 9, 42. <https://doi.org/10.1186/s13229-018-0226-4>

Cassidy, S. A., Bradley, L., Bowen, E., Wigham, S., & Rodgers, J. (2018). Measurement properties of tools used to assess suicidality in autistic and general population adults: A systematic review. *Clinical psychology review*, 62, 56–70. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.05.002>

Cassidy, S. A., Bradley, L., Cogger-Ward, H., Shaw, R., Bowen, E., Glod, M., ... & Rodgers, J. (2020). Measurement properties of the suicidal behaviour questionnaire-revised in autistic adults. *Journal of autism and developmental disorders*, 50, 3477–3488. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04431-5>

Cassidy, S. A., Bradley, L., Cogger-Ward, H., & Rodgers, J. (2021). Development and validation of the suicidal behaviours questionnaire-autism spectrum conditions in a community sample of autistic, possibly autistic and non-autistic adults. *Molecular autism*, 12(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s13229-021-00449-3>

Castillejos, M. C., Huertas, P., Martin, P., & Moreno Kuestner, B. (2021). Prevalence of suicidality in the European general population: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Suicide Research*, 25(4), 810–828. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1765928>

Charlton, A. S., Smith, I. C., Mazefsky, C. A., & White, S. W. (2020). The role of emotion regulation on co-occurring psychopathology in emerging adults with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(7), 2585–2592.

Chen, M. H., Pan, T. L., Lan, W. H., Hsu, J. W., Huang, K. L., Su, T. P., ... & Bai, Y. M. (2017). Risk of suicide attempts among adolescents and young adults with autism spectrum disorder: A nationwide longitudinal follow-up study. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(9), 1709. <https://doi.org/10.4088/JCP.16m11100>

Cornwall, P. L., Simpson, S., Gibbs, C., & Morfee, V. (2021). Evaluation of radically open dialectical behaviour therapy in an adult community mental health team: Effectiveness in people with autism spectrum disorders. *BJPsych Bulletin*, 45(3), 146–153. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.113>

Cooper, K., Loades, M. E., & Russell, A. J. (2018). Adapting Psychological Therapies for Autism - Therapist Experience, Skills and Confidence. *Research in autism spectrum disorders*, 45, 43–50. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2017.11.002>

- Croen, L. A., Zerbo, O., Qian, Y., Massolo, M. L., Rich, S., Sidney, S., & Kripke, C. (2015). The health status of adults on the autism spectrum. *Autism, 19*(7), 814–823. <https://doi.org/10.1177/1362361315577517>
- D'Agostino, C. & Musich, F. M. (2022). *Social Skills Interventions. Psychological Therapies for Adults with Autism*. Oxford University Press.
- de Bruin, E. I., Blom, R., Smit, F. M., van Steensel, F. J., & Bögels, S. M. (2015). MYmind: Mindfulness training for youngsters with autism spectrum disorders and their parents. *Autism, 19*(8), 906-914. <https://doi.org/10.1177/1362361314553279>
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (2017). Report to Congress: Young Adults and Transitioning Youth with Autism Spectrum Disorder. 1–88. <https://www.hhs.gov/sites/default/files/2017AutismReport.pdf>
- Efika, F. & Wahyu I. (2018). Developing emotion regulation skills by emotion regulation skills system training for children with mild intellectual disability. *Jurnal Psikologi Insight Departemen Psikologi, 2*(2).
- England-Mason, G. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic feature in children with neurodevelopmental disorders. *Current Developmental Disorders Reports, 7*, 1–9.
- Engström, L., Ekström, L., & Emilsson, B. (2003). Psychosocial functioning in a group of Swedish adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Autism, 7*(1), 99-110. <https://doi.org/10.1177/1362361303007001008>
- Ganz, M. L. (2007). The lifetime distribution of the incremental societal costs of autism. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 161*(4), 343–349. <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.4.343>
- Hall, J. P., Batza, K., Streed, C. G., Boyd, B. A., & Kurth, N. K. (2020). Health disparities among sexual and gender minorities with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 50*, 3071-3077. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04399-2>
- Hand, B. N., Benevides, T. W., & Carretta, H. J. (2020). Suicidal ideation and self-inflicted injury in Medicare enrolled autistic adults with and without co-occurring intellectual disability. *Journal of autism and developmental disorders, 50*, 3489-3495. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04345-x>
- Hartmann, K., Urbano, M. R., Raffaele, C. T., Kreiser, N. L., Williams, T. V., Qualls, L. R., & Elkins, D. E. (2019). Outcomes of an emotion regulation intervention group in young adults with autism spectrum disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic, 83*(3), 259-277. <https://doi.org/10.1521/bumc.2019.83.3.259>
- Hedley, D. & Uljarevic, M. (2018). Systematic review of suicide in autism spectrum disorder: Current trends and implications. *Current Developmental Disorders Reports, 5*(1), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s40474-018-0133-6>
- Hirvikoski, T., Mittendorfer-Rutz, E., Boman, M., Larsson, H., Lichtenstein, P., & Bölte, S. (2016). Premature mortality in autism spectrum disorder. *The British Journal of Psychiatry, 208*(3), 232-238. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.160192>
- Horowitz, L. M. et al. (2018). Talking about death or suicide: Prevalence and clinical correlates in youth with autism spectrum disorder in the psychiatric inpatient setting. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 48*(11), 3702-3710. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3180-7>
- Huntjens, A., van den Bosch, L. M. C. W., Sizoo, B., Kerkhof, A., Huibers, M. J. H., & van der Gaag, M. (2020). The effect of dialectical behaviour therapy in autism spectrum patients with suicidality and/ or self-destructive behaviour (DIASS): study protocol for a multicentre randomised controlled trial. *BMC psychiatry, 20*(1), 127. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02531-1>
- Interagency Autism Coordinating Committee. (2016). Strategic Plan for Autism Spectrum Disorder.
- Iyama-Kurtycz, T. (2019). Diagnosing and caring for the child with autism spectrum disorder: A practical guide for the primary care provider. Springer Nature.
- Jackson, S. L. J., Hart, L., Brown, J. T., & Volkmar, F. R. (2018). Brief report: Self-reported academic, social, and mental health experiences of post-secondary students with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 48*(3), 643-650. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3315-x>
- Kirby, A. V. et al. (2019). A 20-year study of suicide death in a statewide autism population. *Autism Research, 12*(4), 658-666. <https://doi.org/10.1002/aur.2076>
- Kölves, K. et al. (2021). Assessment of suicidal behaviors among individuals with autism spectrum disorder in Denmark. *JAMA Netw Open, 4*(1), e2033565. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.33565>
- La Buissonnière Ariza, V., Schneider, S. C., Cepeda, S. L., Wood, J. J., Kendall, P. C., Small, B. J., Wood, K. S., Kerns, C., Saxena, K., & Storch, E. A. (2022). Predictors of Suicidal Thoughts in Children with Autism Spectrum Disorder and Anxiety or Obsessive-Compulsive Disorder: The Unique Contribution of Externalizing Behaviors. *Child psychiatry and human development, 53*(2), 223–236. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01114-1>
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions, 8* (4), 279-292.
- Masi, G., Scullin, S., Narzisi, A., Muratori, P., Paciello, M., Fabiani, D., Lenzi, F., Mucci, M., & D'Acunto, G. (2020). Suicidal Ideation and Suicidal Attempts in Referred Adolescents with High Functioning Autism Spectrum Disorder and Comorbid Bipolar Disorder: A Pilot Study. *Brain sciences, 10*(10), 750. <https://doi.org/10.3390/brainsci10100750>
- Mason, D., Stark, E., & Musich, F. M. (2022). Experiences of Psychological. Psychological Therapies for Adults with Autism, 6.
- Mayes, S. D., Gorman, A. A., Hillwig-Garcia, J., & Syed, E. (2013). Suicide ideation and attempts in children with autism. *Research in autism spectrum disorders, 7*(1), 109-119. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2012.07.009>
- Mazefsky, C. A., Herrington, J., Siegel, M., Scarpa, A., Maddox, B. B., Scahill, L., & White, S. W. (2013). The role of emotion regulation in autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52*(7), 679-688. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.006>
- Mazefsky, C. A., & White, S. W. (2014). Emotion regulation: Concepts & practice in autism spectrum disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 23*(1), 15-24. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.07.002>
- Mikami, K. et al. (2019). Gender differences in the suicide attempts of adolescents in emergency departments: Focusing on individuals with autism spectrum disorder. *Adolescent Psychiatry, 9*(3), 232-240. <https://doi.org/10.2174/2210676609666190617144453>
- Musich, F., & Aragón-Daud, A. (2022). Adaptaciones de las terapias psicológicas para adultos con Trastornos del Espectro Autista sin Discapacidad Intelectual. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, 33*(157), 44-50. <https://doi.org/10.53680/vertex.v33i157.266>
- Musich, F., & D'Agostino, C. (2019). *Social Skills Interventions. A Clinician's Guide to Mental Health Conditions in Adults with Autism Spectrum Disorders: Assessment and Interventions, 278*.
- Nasri, B., Castenfors, M., Fredlund, P., Ginsberg, Y., Lindefors, N., & Kaldö, V. (2020). Group treatment for adults with ADHD based on a novel combination of cognitive and dialectical behavior interventions: a feasibility study. *Journal of attention disorders, 24*(6), 904-917. <https://doi.org/10.1177/1087054717690231>
- Newell, V., Phillips, L., Jones, C., Townsend, E., Richards, C., & Cassidy, S. (2023). A systematic review and meta-analysis of suicidality in autistic and possibly autistic people without co-occurring intellectual disability. *Molecular Autism, 14*(1), 1-37. <https://doi.org/10.1186/s13229-023-00544-7>
- Sampl, S., Wakai, S., & Trestman, R. L. (2010). Translating evidence-based practices from community to corrections: An example of implementing DBT-CM. *Journal of Behavior Analysis of Offender & Victim: Treatment & Prevention, 2*(2), 114–123.

- Segers, M., & Rawana, J. (2014). What do we know about suicidality in autism spectrum disorders? A systematic review. *Autism Research*, 7(4), 507-521. <https://doi.org/10.1002/aur.1375>
- Shattuck, P. T., Narendorf, S. C., Cooper, B., Sterzing, P. R., Wagner, M., & Taylor, J. L. (2012). Postsecondary education and employment among youth with an autism spectrum disorder. *Pediatrics*, 129(6), 1042-1049.
- Spain, D., Musich, F. M., & White, S. W. (2022). Ensuring Accessible and Acceptable Service Delivery for Adults with Autism. *Psychological Therapies for Adults with Autism*. Oxford University Press.
- Spek, A. A., Van Ham, N. C., & Nyklíček, I. (2013). Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: a randomized controlled trial. *Research in developmental disabilities*, 34(1), 246-253. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.08.009>
- Strang, J. F., Anthony, L. G., Song, A., Lai, M. C., Knauss, M., Sadikova, E., ... & Strang, J. F., Anthony, L. G., Song, A., Lai, M. C., Knauss, M., Sadikova, E., Graham, E., Zaks, Z., Wimms, H., Willing, L., Call, D., Mancilla, M., Shakin, S., Vilain, E., Kim, D. Y., Maisashvili, T., Khawaja, A., & Kenworthy, L. (2023). In Addition to Stigma: Cognitive and Autism-Related Predictors of Mental Health in Transgender Adolescents. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 52(2), 212-229. <https://doi.org/10.1080/15374416.2021.1916940>
- Steenfeldt-Kristensen, C., Jones, C. A., & Richards, C. (2020). The prevalence of self-injurious behaviour in autism: A meta-analytic study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(11), 3857-3873. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04443-1>
- Storch, E. A., Sulkowski, M. L., Nadeau, J., Lewin, A. B., Arnold, E. B., Mutch, P. J., Jones, A. M., & Murphy, T. K. (2013). The phenomenology and clinical correlates of suicidal thoughts and behaviors in youth with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(10), 2450-2459. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1795-x>
- Oliphant, R. Y., Smith, E. M., & Grahame, V. (2020). What is the prevalence of self-harming and suicidal behaviour in under 18s with ASD, with or without an intellectual disability?. *Journal of autism and developmental disorders*, 50(10), 3510-3524. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04422-6>
- Rosendahl-Santillo, A., Lantto, R., Nylander, L., Thylander, C., Schultz, P., Brown, J., Wallinius, M., & Westling, S. (2021). Dialectical behavior therapy-skills system for cognitively challenged individuals with self-harm: a Swedish pilot study. *International journal of developmental disabilities*, 69(4), 533-545. <https://doi.org/10.1080/20473869.2021.1965825>
- Rosenfeld, B., Galiotta, M., Ivanoff, A., Garcia-Mansilla, A., Martinez, R., Fava, J., ... & Green, D. (2007). Dialectical behavior therapy for the treatment of stalking offenders. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6(2), 95-103. <https://doi.org/10.1080/14999013.2007.10471254>
- Taylor, L., Neophytou, E., Johnston, K. (2022). *Dialectical Behavior Therapy. Psychological Therapies for Adults with Autism*. Oxford University Press.
- Vivanti, G. (2020). Ask the editor: What is the most appropriate way to talk about individuals with a diagnosis of autism? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(2), 691-693. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04280-x>
- Vohra, R., Madhavan, S., & Sambamoorthi, U. (2016). Emergency Department Use Among Adults with Autism Spectrum Disorders (ASD). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(4), 1441-1454. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2692-2>
- Walters, S., Loades, M., & Russell, A. (2016). A systematic review of effective modifications to cognitive behavioural therapy for young people with autism spectrum disorders. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 3, 137-153.
- White, S. W., Ollendick, T., Albano, A. M., Oswald, D., Johnson, C., Southam-Gerow, M. A., Kim, I., & Scahill, L. (2013). Randomized controlled trial: Multimodal Anxiety and Social Skill Intervention for adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(2), 382-394.
- White, S. W., Scarpa, A., Conner, C. M., Maddox, B. B., & Bonete, S. (2014). Evaluating Change in Social Skills in High-Functioning Adults with Autism Spectrum Disorder Using a Laboratory-Based Observational Measure. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 30(1), 3-12.
- White, S. W., Conner, C., Beck, K & Mazefsky, C. (2020). Clinical update: The implementation of evidence-based emotion regulation treatment for clients with autism. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 6(1), 1-10.
- Wijnhoven, L. A., Niels-Kessels, H., Creemers, D. H., Vermulst, A. A., Otten, R., & Engels, R. C. (2019). Prevalence of comorbid depressive symptoms and suicidal ideation in children with autism spectrum disorder and elevated anxiety symptoms. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 31(1), 77-84. <https://doi.org/10.2989/17280583.2019.1608830>
- Zahid, S. & Uptegrove, R. (2017). Suicidality in autistic spectrum disorders: A systematic review. *Crisis*, 38(4), 237-246. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000458>

Tratamiento psicofarmacológico de la esquizofrenia en la población infantojuvenil: estado del arte

Psychopharmacological treatment of schizophrenia in child and adolescent population: state of the art

María Florencia Iveli¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i163.527>

Resumen

La esquizofrenia es una patología crónica y grave que se caracteriza por la presencia de delirios, alucinaciones, síntomas negativos, desorganización del pensamiento y del comportamiento. Si bien su prevalencia en menores de 13 años es muy baja, aumenta sustancialmente durante la adolescencia. Cuando se desarrolla antes de los 18 años se denomina esquizofrenia de inicio precoz y representa del 12 al 33 % del total de los individuos con este trastorno. Existen fármacos como el haloperidol, risperidona, paliperidona, aripiprazol, olanzapina, quetiapina, brexpiprazol y lurasidona aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de la esquizofrenia en adolescentes. Sin embargo, a excepción del haloperidol, todas las indicaciones farmacológicas que se realizan para tratar este trastorno en menores de 13 años resultan “off label” (fuera de las indicaciones de la ficha técnica). Si bien esta práctica no se encuentra prohibida, conlleva riesgos adicionales.

En el siguiente trabajo se revisará la evidencia disponible acerca del uso de los antipsicóticos para el tratamiento de la esquizofrenia en la población infantojuvenil, con el objetivo de realizar una síntesis de la información con aplicabilidad clínica.

Palabras clave: esquizofrenia, niños, adolescentes, psicofarmacología

Abstract

Schizophrenia is a chronic and severe pathology that is characterized by the presence of delusions, hallucinations, negative symptoms, disorganization of thought and behavior. Although its prevalence in children under 13 years of age is very low, it increases substantially during the adolescence. When it develops before 18 years of age, it is called early-onset schizophrenia and represents 12-33 % of all individuals with this disorder. Drugs such as haloperidol, risperidone, paliperidone, aripiprazole, olanzapine, quetiapine, brexpiprazole, and lurasidone are Food and Drug Administration approved for the treatment of schizophrenia in adolescents. However, except for haloperidol, all pharmacological indications for this disorder in children under 13 years are off label. Although this practice it is not forbidden carries an additional risk. In the following article we will review the evidence of antipsychotics used for the treatment of schizophrenia in the pediatric population with the aim of synthesizing information with clinical applicability.

Key Words: schizophrenia, children, adolescents, treatment

RECIBIDO 7/3/2023 - ACEPTADO 16/4/2023

¹Doctora en medicina, especialista en psiquiatría infantojuvenil. Equipo especializado en psicofarmacología infantojuvenil y reproductiva (EPSIRE), Argentina.

Miembro de la Comisión Directiva del Capítulo de Psicofarmacología de APSA. <https://orcid.org/0009-0006-9977-3573>

Correspondencia:

mfiveli@yahoo.com.ar



Introducción

La esquizofrenia es una patología crónica y grave que se caracteriza por la presencia de delirios, alucinaciones, síntomas negativos, desorganización del pensamiento y del comportamiento (APA, 2014). Si bien en menores de 13 años su prevalencia es 0,04 % y representa solo 1 de cada 100 casos de esquizofrenia, a partir de los 12-14 años su incidencia aumenta significativamente. Cuando esta patología se desarrolla antes de los 18 años se denomina esquizofrenia de inicio precoz y representa aproximadamente el 12-33 % del total de los individuos con este trastorno (Kurma, 2008; Hua, 2021; Fulone, 2021).

La similitud entre la fenomenología de la esquizofrenia infantil y la del adulto permite utilizar los mismos criterios diagnósticos. Sin embargo, su evolución difiere entre ambas poblaciones. El inicio temprano de esta patología se asocia a un mayor deterioro en el funcionamiento social y cognitivo, así como a un incremento en el riesgo de suicidio. Se ha reportado que solo el 15,4 % de estos pacientes tienen una buena evolución, mientras que en más de la mitad de los casos (60,1 %) la evolución es mala. (Hrdlicka, 2015). A su vez, aproximadamente el 34 al 54 % de los pacientes con esquizofrenia infantil responden escasamente a la farmacoterapia (Adnan, 2022).

El diagnóstico suele ser un desafío ya que los síntomas generalmente comienzan de manera insidiosa y los niños, debido su nivel de desarrollo, pueden presentar dificultad en transmitir sus experiencias. Por otro lado, las manifestaciones clínicas suelen ser difíciles de identificar ya que pueden encontrarse en otros diagnósticos o representar la expresión de una comorbilidad. A su vez, es habitual que el psiquiatra infantojuvenil atienda a pacientes en el estadio prodromico o inicial, por lo tanto, la falta de seguimiento longitudinal dificulta el diagnóstico certero. Por otro lado, se ha reportado que aproximadamente el 30 a 50 % de los jóvenes con un trastorno afectivo reciben inicialmente en forma errónea el diagnóstico de esquizofrenia (Fulone, 2021).

La frecuencia y duración de los episodios psicóticos se asocia a deterioro neuropsicológico. Por este motivo es importante optimizar el diagnóstico temprano e iniciar el tratamiento adecuado con el objetivo de mejorar el pronóstico (Fulone, 2021).

En relación con la farmacoterapia, los antipsicóticos se consideran la primera línea de tratamiento de la esquizofrenia de inicio en la infancia y adolescencia, sin embargo, la escasa investigación en esta población

determina que muchas de las prescripciones sean *off label* (no incluida en la ficha técnica). Si bien, de preferencia deben utilizarse fármacos aprobados por las agencias reguladoras, de no ser posible, el uso *off label* debe fundamentarse en la mayor evidencia científica disponible y en la opinión de expertos (Iveli, 2022).

La elección de la medicación antipsicótica y su modo de administración debe representar una decisión compartida entre el médico, el paciente y sus padres. Durante la misma, el psiquiatra debe conocer e informar apropiadamente sobre los beneficios y riesgos de cada opción terapéutica. También se requerirá un seguimiento, tanto de la eficacia como de la tolerabilidad de la droga, que orienten decisiones basadas en una farmacoterapia racional. Es decir, que el paciente reciba el tratamiento apropiado en función a sus necesidades clínicas, en las dosis y tiempo necesarios a sus requerimientos y a un menor costo para él y la comunidad (Abidi, 2017; WHO, 2002).

El presente trabajo tiene como objetivo revisar de manera amplia la evidencia disponible acerca del tratamiento psicofarmacológico de la esquizofrenia en la población infantojuvenil y realizar una síntesis de la misma que pueda aportar información aplicable a la práctica clínica.

Metodología

En función del objetivo mencionado, se realizó una búsqueda en MEDLINE a través de PUBMED usando los términos *child OR adolescents*, combinados con *schizophrenia, risperidone, paliperidone, lurasidone, aripiprazole, haloperidol, ziprasidone, asenapine, quetiapine, brexpiprazole, olanzapine*. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados controlados (ECA) sobre eficacia y tolerabilidad de estos fármacos en población infantojuvenil con diagnóstico de esquizofrenia hasta mayo de 2023. De las referencias obtenidas se seleccionaron 18 ECAs. De modo manual, se eligieron algunos estudios abiertos, revisiones y meta análisis que pudieran aportar información de síntesis acerca de tópicos menos estudiados.

Hallazgos del estado del arte

En las siguientes subsecciones se ha organizado la información a partir de cada uno de los fármacos antipsicóticos relevados, con algunos datos de la farmacocinética y la descripción de los hallazgos provenientes de los estudios elegidos en relación a la eficacia y tolerabilidad de los antipsicóticos en niños y adolescentes con esquizofrenia. Se escogió esta modalidad debido

a que en algunos de los trabajos los resultados no se presentan discriminados entre infantes y adolescentes sino en la población infantojuvenil como conjunto. Un resumen de los principales hallazgos de estos estudios puede encontrarse en la *Tabla 1*.

Finalmente, se relevarán brevemente algunas pautas de manejo del tratamiento psicofarmacológico.

Antipsicóticos típicos

Haloperidol

El haloperidol es un antipsicótico típico, de primera generación con acción antipsicótica debido al bloqueo de los receptores D2 siendo el bloqueo noradrenérgico, colinérgico e histaminérgico responsables de sus

Tabla 1. ECA incluidos en la revisión

Estudio (ECA)	Fármacos	Número pacientes	Duración	Población	Escalas de evaluación	Tolerabilidad	Eficacia
Pool et al. 1976	Haloperidol	25	4 semanas	13 a 18 años	Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)	Sedación Síntomas extrapiramidales	Ambas drogas superior al placebo
	Loxepine	26					
	Placebo	24					
Spencer et al. 1992	Haloperidol	6	10 semanas	5 a 12 años	CGI	Sedación	Haloperidol superior al placebo
	Placebo	6					
Sikich et al. 2004	Haloperidol	15	8 semanas	8 a 19 años	BPRS-C (children) Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS-P)	Sedación Síntomas extrapiramidales Aumento de peso.	Las 3 ramas cumplieron criterio de respuesta. Magnitud de efecto similar
	Olanzapina	16					
	Risperidona	20					
Findling et al. 2015	Asenapina	131	8 semanas	12 a 17 años	Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) Clinical Global Impressions-Severity (CGI-S)	Aumento de la glucosa Síntomas extrapiramidales	Respuesta similar al placebo
	Placebo	62					
Findling et al. 2013	Ziprazidona	193	6 semanas	13 a 17 años	BPRS	Somnolencia Síntomas extrapiramidales	Respuesta similar al placebo
	Placebo	90					
Haas et al. 2009	Risperidona (1,5-6 mg/día)	125	8 semanas	13 a 17 años	PANSS	Hiperprolactinemia Aumento de peso Síntomas extrapiramidales (mayor a altas dosis)	Mayor eficacia en el grupo de dosis altas
	Risperidona (0,15-0,6 mg/día)	132			CGI-S		
Haas et al. 2009	Risperidona 1-3 mg/día	51	6 semanas	18 a 17 años	PANSS	Dosis más altas. Más síntomas extrapiramidales, distonía, temblores	Ambas dosis con eficacia superior al placebo
	Risperidona 4-6 mg/día	55					
	Placebo	54					
Findling et al. 2010	Olanzapina	20	8 semanas	8 a 19 años	PANSS CGI-S	Ansiedad Aumento de peso (similar en todos los grupos)	Eficacia similar
	Risperidona	21					
	Molindona	20					

Tabla I. ECA incluidos en la revisión (Continuación tabla 1 - página 53)

Swadi et al. 2010	Quetiapina	11	6 semanas	15 a 18 años	PANSS BPRS	Aumento de peso Sedación Hiperprolactinemia con risperidona	Eficacia similar
	Risperidona	11					
Singh et al. 2011	Paliperidona 1,5 mg/día	54	6 semanas	12 a 17 años	PANSS CGI-S	Buena tolerabilidad Efectos adversos más frecuentes: somnolencia, temblor, acatisia, insomnio, cefalea	Eficacia superior al placebo en dosis \geq 3 mg/día
	Paliperidona 3 mg/día	48					
	Paliperidona 6 mg/día	47					
	Placebo	51					
Savitz et al. 2015	Paliperidona (dosis flexible)	113	8 semanas	12 a 17 años	PANSS CGI-S	EA más frecuentes Paliperidona: acatisia, cefalea, somnolencia, temblor; aumento de peso Aripiprazol: somnolencia, empeoramiento de síntomas	Eficacia similar
	Aripiprazol (dosis flexible)	115					
Findling et al. 2017	Lurasidona 37 mg/día	108	6 semanas	13 a 17 años	Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (PQ-LES-Q) Children's Global Assessment Scale (CGAS).	Nausea, somnolencia, acatisia, vómitos, sedación	Mejoría significativa en la calidad de vida y funcionamiento
	Lurasidona 74 mg/día	106					
	Placebo	112					
Kryzhanovskaya et al. 2009	Olanzapina	72	6 semanas	13 a 17 años	PANSS CGI-S	Aumento de peso, enzimas hepáticas, triglicéridos, ácido úrico, prolactina	Eficacia superior al placebo
	Placebo	35					
Findling et al. 2012	Quetiapina 400 mg/día	73	6 semanas	13 a 17 años	PANSS CGI-S	Somnolencia, cefalea, mareo	Ambas dosis con eficacia superior al placebo
	Quetiapina 800 mg/día	74					
	Placebo	73					
Pasberg et al. 2014	Quetiapina	56	12 semanas	13 a 17 años	PANSS CGI-S Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS)	Aripiprazol: acatisia, sedación	Eficacia similar
	Aripiprazol	56					
Findling et al. 2008	Aripiprazol 10 mg/día	85	6 semanas	13 a 17 años	PANSS CGI	Somnolencia Temblor Sintomas extrapiramidales	Ambas dosis con eficacia superior al placebo
	Aripiprazol 30 mg/día	85					
	Placebo	85					

Tabla 1. ECA incluidos en la revisión (Continuación tabla 1 - página 54)

Kurma et al. 1996	Clozapina	10	6 semanas	6 a 18 años	BPRS Subjective Treatment Emergent Symptoms Scale	Haloperidol: 1 paciente síndrome neuroléptico maligno Clozapina: 5 pacientes con neutropenia, 2 pacientes con crisis epilépticas	Clozapina eficacia superior al haloperidol
	Haloperidol	11					
Shaw et al. 2006	Clozapina	12	8 semanas	7 a 16 años	PANSS CGI-S Schedule for the Assessment of Ne- gative Symptoms (SANS) Schedule for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)	La clozapina se asoció a más efectos adversos en general	Si bien la respuesta de la clozapina tendió a ser superior, únicamente hubo diferencia significativa para los síntomas negativos
	Olanzapina	13					

Tabla 2. Fármacos aprobados por la FDA para el tratamiento de la esquizofrenia en la población infantojuvenil

Fármaco	Edad	Dosis recomendada
Haloperidol	>3 años	0,05 - 0,15 mg/K/día
Paliperidona	>15 años	<51K 3-6 mg/día >51K 3-12 mg/día
Risperidona	>13 años	0,6 - 6 mg/día
Aripiprazol	>13 años	2 - 30 mg/día
Olanzapina	>13 años	10 - 20 mg/día
Quetiapina	>13 años	400 - 800 mg/día
Brexpiprazol	>13 años	1 - 4 mg/día
Lurasidona	>13 años	40 - 80 mg/día

efectos adversos. Posee una biodisponibilidad del 70 % tras su administración oral. Su vida media es de aproximadamente 24 horas y se metaboliza por el citocromo p450 CYP 3A4 y 2D6 (Rahman, 2021).

El haloperidol demostró eficacia superior al placebo para el tratamiento de los síntomas positivos en dos ensayos clínicos aleatorizados controlados doble ciego. Uno de ellos incluyó un reducido grupo de pacientes (n=16) adolescentes (13 a 18 años) con seguimiento a 6 semanas utilizándose dosis promedio de 1,8 mg/día; el otro estudio tuvo un seguimiento de 4 semanas en 75 niños (5 a 12 años) en los que se utilizó una dosis promedio de 9,8 mg/día. En este último se reportó una prevalencia del 70 % de efectos adversos extrapiramidales (Pool, 1976; Spencer, 1992).

Por otro lado, en un ECA doble ciego de tres ramas realizado en 50 niños y adolescentes (9 a 19 años) con seguimiento de 8 semanas, el haloperidol presentó una eficacia en la reducción de síntomas psicóticos si-

milar a la risperidona y a la olanzapina, semejante a lo observado en la población adulta. (Lieberman, 2003; Sikich; 2004).

El haloperidol se encuentra aprobado por la FDA para su uso en estados psicóticos a partir de los 3 años en un rango de dosis de 0,05 a 0,15 mg/K/día (Starling, 2018). Sin embargo, la mayor incidencia de disquinesia tardía del haloperidol en comparación a los antipsicóticos atípicos (5 % vs. 2,5 % por año) así como la alta prevalencia de efectos adversos limitan su uso como fármaco de primera elección (Kumra, 2008).

Antipsicóticos atípicos

La introducción de los antipsicóticos atípicos en la década del '90 fue fundamental para la farmacoterapia moderna ya que cambió significativamente el tratamiento de la esquizofrenia al ofrecer un amplio control sintomático con un mejor perfil de efectos adversos (Fleischhacker, 1997). El desarrollo de ensayos clínicos permitió ofrecer el suficiente nivel de eviden-

cia para el tratamiento de la esquizofrenia en la adolescencia, no así en la niñez.

Risperidona

La risperidona posee un potente efecto bloqueante de los receptores 5HT_{2A} y D₁, D₂, α ₁, α ₂ y H₁. Su biodisponibilidad es aproximadamente del 70 % luego de su administración oral la cual no se modifica por la presencia de alimentos. Es metabolizada por el citocromo p450, CYP 2D6 a su metabolito activo y con efecto similar, la 9-hidroxisperidona también conocida y comercializado como paliperidona. La vida media es de 3 horas para la risperidona y 20 horas para la 9-hidroxisperidona (Puangpetch, 2016).

Dos ECAs doble ciego demostraron la eficacia de la risperidona en adolescentes con esquizofrenia. En el primero, se evaluó la risperidona a bajas dosis (0,15-0,6 mg/día) y a dosis altas (1,5 a 6 mg/día) en 257 sujetos con sintomatología aguda. Dentro de los pacientes que completaron el estudio, las dosis más altas se asociaron a una reducción estadísticamente superior en la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) comparado con el grupo que recibió dosis inferiores. La tasa de respuesta fue del 72,6 % y 49,6 % respectivamente. Los efectos adversos se reportaron con más frecuencia en el grupo con dosis mayor. El 20 % de los pacientes experimentó valores de prolactina por encima de 100 ug/ml, siendo más frecuente a dosis altas. La ganancia de peso fue de 1,7 a 3,3 kilos en el grupo de dosis baja y de 3,3 a 3,5 kilos en el grupo con mayor dosis (Haas, 2009a).

El segundo estudio aleatorizado con seguimiento a 6 semanas incluyó 169 adolescentes con esquizofrenia y comparó dos rangos de dosis de risperidona (1-3 mg/día y 3-6 mg/día) con placebo. Ambas dosis de risperidona demostraron una eficacia superior al placebo. Las dosis más altas se asociaron con mayor frecuencia de efectos adversos extrapiramidales, mareos e hipertonía. El 5 % de los pacientes incluidos en el grupo de dosis baja y el 16 % del grupo de dosis alta experimentó una ganancia de peso mayor al 7 %, mientras que solo fue de un 2 % en el grupo placebo (Haas, 2009b).

En el estudio TEOSS (Treatment of Early Onset Schizophrenia Spectrum Disorder) realizado por el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos con seguimiento a 8 semanas que incluyó niños y adolescentes (8 a 18 años), la risperidona demostró eficacia similar a la olanzapina y al antipsicótico típico molindona (Findling, 2010).

La risperidona también demostró una eficacia similar a la olanzapina y al haloperidol en un ECA doble ciego con seguimiento a 8 semanas que incluyó pacientes de 9 a 18 años. Estos autores sugieren que los niños y adolescentes presentarían mayor inciden-

cia de efectos adversos extrapiramidales y de aumento de peso que los adultos (Sikich, 2004). En otro ECA doble ciego realizado en 22 pacientes menores de 19 años con primer episodio psicótico en el cual se comparó risperidona con quetiapina, se reportó eficacia y seguridad similar entre ambas drogas, a excepción de la hiperprolactinemia que fue superior en el grupo expuesto a risperidona (Swadi, 2010).

En un reciente metanálisis en donde se analizó el efecto de los antipsicóticos atípicos en los niveles plasmáticos de prolactina en niños y adolescentes, la risperidona fue el fármaco que provocó mayor incremento en comparación con placebo, seguida de la paliperidona y la olanzapina. A su vez, el aumento fue mayor al reportado en la población adulta (Meyer Krøigaard, 2022).

La risperidona en un rango de dosis de 0,5 a 6 mg/día se encuentra aprobada por la FDA para el tratamiento de la esquizofrenia a partir de los 13 años (Hua, 2021).

Paliperidona

Como se ha mencionado, la paliperidona es el metabolito activo de la risperidona y posee alta potencia con un efecto antagonista sobre los receptores 5 Ht_{2A} y D₂. Su presentación de liberación osmótica permite una toma diaria y facilita una mejor adherencia al tratamiento. Los estudios realizados en adolescentes demostraron una farmacocinética similar a los adultos siendo su absorción mayor con la presencia de alimentos. El perfil de efectos adversos es similar al de la risperidona (Naguy, 2019).

En un ECA doble ciego realizado en 201 pacientes de 12 a 17 años con esquizofrenia, con 6 semanas de seguimiento la paliperidona (3 - 6 mg/día) demostró tener una eficacia estadísticamente superior al placebo (Singh, 2011). Por otro lado, en un ECA doble ciego realizado en adolescentes con seguimiento de 8 semanas, la paliperidona ER presentó eficacia similar al aripiprazol (Savitz, 2015).

La paliperidona se encuentra aprobada por la FDA para el tratamiento de la esquizofrenia en mayores de 15 años en un rango de dosis de 3-6 mg/día en pacientes con peso < 51 kilos y 3-12 mg/día en pacientes con un peso > 51 kilos (Savitz, 2015).

Lurasidona

La lurasidona tiene un efecto antagonista con alta afinidad por los receptores 5 Ht_{2A} y D₂. También posee una actividad agonista con afinidad moderada por los receptores 5Ht_{1A} y mínima por los receptores H₁ y M₁. Por otro lado, se ha demostrado una carencia de

afinidad por los receptores D4 lo que estaría relacionado con su efecto procognitivo (Murai, 2014). Luego de su absorción oral, es metabolizada por el citocromo p450 CYP 3A4 a dos metabolitos activos principales. La presencia de alimentos (≥ 350 cal) aumenta su biodisponibilidad de 2 a 3 veces (Findling, 2015).

En un estudio abierto en donde se evaluó la farmacocinética de la lurasidona en un rango de dosis de 20 a 160 mg/día en 105 niños de 6 a 17 años con distintos trastornos, se observó una relación lineal entre los metabolitos activos y las dosis administradas entre 20 y 80 mg/día. Este estudio demostró que la farmacocinética de la lurasidona es similar a la encontrada en adultos (Findling, 2015).

En un ECA doble ciego que incluyó 327 adolescentes con esquizofrenia, la lurasidona demostró una eficacia superior al placebo en dosis de 40 y 80 mg/día. En análisis posteriores, se determinó que el 64 % (lurasidona 40 mg/día) y 65 % (lurasidona 80 mg/día) de los pacientes fueron respondedores considerando un 20 % en reducción del puntaje total de la PANSS en comparación con el 42 % del grupo placebo. Por otro lado, no se evidenció diferencia significativa en las tasas de remisión entre las distintas ramas del estudio (Channing, 2018).

La lurasidona suele ser bien tolerada. Dentro de los efectos adversos más frecuentes se encuentra la somnolencia, sedación, náuseas, vómitos y acatisia (Findling, 2015). Por otro lado, se ha reportado un efecto moderado en los niveles séricos de prolactina y pocos cambios en la ganancia de peso, parámetros metabólicos y cardiovasculares (Channing, 2018; Solmi 2017). Si bien la lurasidona posee una eficacia similar a otros antipsicóticos para el tratamiento de la esquizofrenia de inicio precoz, tiene una mejor tolerabilidad (Aranjo, 2019). Un metanálisis que comparó la seguridad de 15 antipsicóticos evaluados en la población pediátrica, concluyó que la lurasidona posee el mejor perfil riesgo/beneficio (Solmi, 2020).

La lurasidona fue aprobada por la FDA para el tratamiento de la esquizofrenia a partir de los 13 años en un rango de dosis entre 40 a 80 mg/día (Mc Clellan, 2018).

Olanzapina

La olanzapina tiene una alta afinidad por los receptores 5 HT2A, 5 HT2c, 5 HT6, D1-4, H1 y $\alpha 1$. También, posee un efecto antagonista moderado sobre los receptores 5HT3 y M1-5. La administración concomitante con alimentos no modifica su biodisponibilidad. Es metabolizada por el citocromo p450 CYP 1A2 y

2D6. Según un estudio en donde se evaluó la farmacocinética de la olanzapina en un rango de dosis de 2,5 a 20 mg/día en ocho niños con esquizofrenia, la vida media fue de 37,2 +/- 5,1 horas por lo que los autores recomiendan una toma diaria (Grothe, 2000).

En un ECA doble ciego comparado con seguimiento a 6 semanas en 107 adolescentes con esquizofrenia la olanzapina en dosis flexibles de 2,5 a 20 mg/día demostró eficacia superior al placebo. Sin embargo, el 48 % de los pacientes con olanzapina y el 14,7 % del grupo placebo experimentaron un aumento de peso mayor al 7 %. La hiperprolactinemia, las alteraciones metabólicas y la somnolencia fueron significativamente superior en el grupo con olanzapina (Kryzhanovskaya, 2009).

En un ensayo clínico no aleatorizado con seguimiento de 10,8 semanas, en donde se evaluaron los efectos cardio-metabólicos de los antipsicóticos de segunda generación en sujetos de 4-19 años sin exposición previa a antipsicóticos, el grupo con olanzapina presentó el mayor incremento de peso con un valor de 8,5 kilos (95 % IC 7,4-9,7), seguido de quetiapina, risperidona y aripiprazol con 6,1 kilos (95 % IC 4,9-5,3), 5,3 kilos (95 % IC 4,8-5,9) y 4,4 kilos (95 % IC 3,7- 5,2), respectivamente. Comparado con un mínimo aumento de 0,2 kilos (95 % IC +1,0-1,4) en el grupo control. Salvo los pacientes con aripiprazol, todos los grupos presentaron aumento significativo de en el colesterol y triglicéridos (Corell, 2009).

La olanzapina se encuentra aprobada para la esquizofrenia infantil a partir de los 13 años en un rango de dosis de 2,5 a 20 mg/día. Sin embargo, debido a su baja tolerabilidad con relación con la ganancia de peso y alteraciones metabólicas suele recomendarse como segunda línea de tratamiento (Mc Clellan, 2018).

Quetiapina

La quetiapina es un antipsicótico atípico que posee un efecto agonista sobre los receptores D2 y 5HT2A, siendo mayor en este último. También, posee una afinidad entre baja y moderada por los receptores D1, D2, 5HT1A y 5HT2A, y moderada a alta sobre receptores $\alpha 1$ y $\alpha 2$. Su efecto bloqueante de alta afinidad sobre los receptores H1 es el responsable de la sedación, el aumento del apetito y los efectos metabólicos habitualmente observados (Janicak & Rado, 2012). Se metaboliza por el citocromo p450, CYP 3A4 siendo su principal metabolito, la norquetiapina el cual tiene capacidad de inhibir la recaptación de noradrenalina y posee un efecto de agonismo parcial sobre los receptores 5HT1A mecanismos que podrían explicar en parte el efecto antidepresivo de la molécula (Jensen, 2008).

En el año 2000 se realizó el primer ensayo clínico de quetiapina en adolescentes el cual fue abierto e incluyó 10 pacientes con trastornos psicóticos, reportándose una eficacia positiva (Mc Conville, 2000). Posteriormente, en un ECA doble ciego de 6 semanas de seguimiento en donde se incluyeron 220 adolescentes (13 a 17 años) con esquizofrenia, la quetiapina en dosis fijas de 400 u 800 mg/día mostró una respuesta superior, estadísticamente significativa en comparación con el grupo placebo. Si bien la quetiapina fue bien tolerada, los efectos adversos más frecuentemente reportados fueron somnolencia, cefalea y mareos con una intensidad de leve a moderada. Coincidentemente con reportes anteriores, los pacientes en tratamiento con quetiapina presentaron mayor ganancia de peso que el grupo control, con un promedio de aumento al final del estudio de 2,2 Kg para los pacientes tratados con 400 mg/día, 1,8 Kg para el grupo de 800 mg/día y -0,4 Kg para la rama con placebo (Findling, 2012).

En un estudio abierto con seguimiento a seis semanas realizado en 22 pacientes menores de 19 años con primer episodio psicótico, la eficacia de la quetiapina (hasta 800 mg/día) fue similar a la risperidona (hasta 6 mg/día) (Swadi, 2010). Por otro lado, en un estudio abierto realizado en 15 adolescentes con seguimiento a seis meses en donde se comparó la quetiapina con la olanzapina, ambos fármacos presentaron eficacia similar. Sin embargo, el grupo expuesto a quetiapina aumentó 5,5 kilos mientras que el grupo con olanzapina 15,5 kilos. Estos autores concluyeron que la quetiapina posee un mejor perfil de tolerabilidad que la olanzapina en cuanto a ganancia de peso (Arango, 2009).

La quetiapina se encuentra aprobada por la FDA en un rango de dosis de 400 a 800 mg/día tanto en sus formas de liberación inmediata y prolongada como monoterapia en la esquizofrenia en pacientes de 13 a 17 años (Mc Clellan, 2018).

Aripiprazol

El aripiprazol fue el primer antipsicótico desarrollado con propiedad agonista parcial con alta afinidad sobre el receptor D2. Ello implica que actúe como antagonista en estado de hiperdopaminergia y que posea propiedad agonista en condiciones de hipodopaminergia. También posee un efecto agonista sobre el receptor D3, 5HT1A y antagonista sobre el 5HT2A (Shim, 2007). Debido a su mecanismo de acción es considerado un antipsicótico atípico de tercera generación junto la cariprazina (no aprobada en niños) y el brexpiprazol, siendo el que posee mayor actividad intrínseca D2 (Mohr, 2022).

El aripiprazol tiene una farmacocinética lineal, con una biodisponibilidad del 87 % tras su administración vía oral la cual no se ve afectada por la presencia de alimentos. Es metabolizado por el citocromo p450, CYP 2D6 y 3A4. Posee una vida media de 75 horas mientras que la de su metabolito activo, el dehidroaripiprazol, que representa el 40 % del fármaco circulante, es de 95 horas (Casey, 2017).

En un ECA doble ciego de tres ramas (aripiprazol 10 mg/día, 30mg/día y placebo) en donde se incluyeron 302 adolescentes con esquizofrenia, el aripiprazol demostró eficacia superior al placebo similar en ambas dosis y buena tolerabilidad. Los efectos adversos más frecuentes fueron temblor, somnolencia y efectos extrapiramidales como la acatisia. Los pacientes de este ensayo clínico presentaron reducción en el nivel plasmático de prolactina y no presentaron incrementos significativos en el peso (Findling, 2008). Años después, un análisis post hoc de este ensayo demostró que los adolescentes con esquizofrenia en estadio precoz presentaron la mayor mejoría sintomática al inicio del tratamiento con aripiprazol, siendo la tercera semana la de mayor poder predictivo de respuesta (Correll, 2013).

En un ECA multicéntrico, doble ciego realizado en pacientes de 12 a 17 años que comparó la eficacia y tolerabilidad del aripiprazol con la quetiapina ER, ambos fármacos demostraron eficacia similar. Sin embargo, los pacientes con quetiapina ER presentaron mayor alteración metabólica mientras que el grupo con aripiprazol presentó mayor acatisia e, inesperadamente, mayor sedación (Pagsberg, 2017).

El aripiprazol en un rango terapéutico de 10 a 30 mg/día se encuentra aprobado para el tratamiento de la esquizofrenia a partir de los 13 años. Dado que posee un buen perfil cardio metabólico y no provoca hiperprolactinemia se recomienda como fármaco de primera línea (Kirino, 2012).

El aripiprazol se encuentra aprobada por la FDA en un rango de dosis de 2 a 30 mg/día para el tratamiento de la esquizofrenia en pacientes de 13 a 17 años (Mc Clellan, 2018).

Brexpiprazol

Como se ha mencionado anteriormente, el brexpiprazol es considerado un antipsicótico de tercera generación. Dado que tiene una baja actividad intrínseca sobre los receptores D2 y D3 posee menos riesgo de acatisia, insomnio, náuseas y dispepsia que el resto de los fármacos de su grupo. El brexpiprazol tiene bajo riesgo de efectos adversos metabólicos y cardiovasculares (Mohr, 2022).

La farmacocinética es similar tanto en niños como en adultos. Su absorción vía oral no se ve afectada por la presencia de alimentos. Su vida media estimada en 91 horas permite una administración diaria. Es metabolizado por el citocromo p450 CYP 2D6 y 1A2 a un metabolito inactivo (Ishigooka, 2018).

En el año 2022 la FDA aprobó el brexpiprazol (1-4 mg/día) para el tratamiento de la esquizofrenia en pacientes de 13 a 17 años. La solicitud se basó en un análisis de extrapolación que utilizó datos de 3 grupos de investigaciones previas: estudios en pacientes adultos, resultados farmacocinéticos de ensayos en adultos y adolescentes, y datos de 6 meses de seguimiento del ensayo abierto a largo plazo realizado en adolescentes con esquizofrenia el cual se encuentra actualmente en curso y se estima que finalizará en el año 2024. Los efectos adversos reportados en la población pediátrica fueron similares a los experimentados por los adultos. En el estudio abierto infantojuvenil se reportó un aumento de peso promedio de 3,8 kilos. A su vez, el 2,7 % de los pacientes presentó hiperglucemia, el 7 % aumento de los niveles séricos de colesterol, el 12,9 % descenso del colesterol HDL y el 8,5 % aumento de triglicéridos. Si bien el brexpiprazol posee riesgo de acatisia (> 5 %), su incidencia es menor que con el aripiprazol. Aunque no hubo ningún suicidio reportado en los estudios infantojuveniles, posee la alerta de la FDA para riesgo suicida. (Mohr, 2022; Rexulti®).

Clozapina

La clozapina es el tratamiento de elección para la esquizofrenia resistente en la población adulta. Sin embargo, en la población infantojuvenil la evidencia es escasa. En una reciente revisión sistemática y metanálisis en donde se incluyeron 3 ensayos clínicos con un reducido número de pacientes la clozapina demostró una magnitud de efecto moderado a alto en la reducción de síntomas según la escala Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) en comparación al haloperidol y una eficacia superior a la olanzapina (Adnan, 2022). Coincidentemente otro metanálisis reportó una magnitud de efecto alta (>0,8) comparada con placebo aunque los resultados deben interpretarse con cautela dado que las comparaciones son indirectas (Krause, 2018). Por otro lado, distintos estudios abiertos reportan una respuesta aproximadamente del 50 % de los pacientes. En un estudio de seguimiento a 2-6 años, los pacientes presentaron mejoría clínica sustancial, incluso en el 50 % de los jóvenes que habían tenido una respuesta inadecuada las primeras 6 semanas lo que daría cuenta de una respuesta tardía y eficacia en la terapia de mantenimiento

(Sporn, 2007). A su vez, estudios observacionales mencionan una reducción del número y duración de las hospitalizaciones en pacientes pediátricos tratados con clozapina (Adnan, 2022).

Dentro de los efectos adversos más frecuentes se encuentran la constipación, sialorrea, enuresis y sedación. Otros menos comunes son la ganancia de peso y las alteraciones metabólicas. Si bien la agranulocitosis es rara, se ha reportado que los niños poseen más riesgo de desarrollarla que los adultos (6 % vs. 1-2 %). Asimismo, la población infantil es más susceptible al desarrollo de acatisia que los adultos (15 % vs. 3 %) (Kasoff, 2016).

A pesar de la escasa evidencia y su falta de aprobación por la FDA para su uso en niños y adolescentes, la clozapina se encuentra incluida en las distintas guías de recomendación como tratamiento de segunda o tercera línea y en casos de esquizofrenia resistente en la población infantojuvenil (Lopez Morinigo 2022). La guía canadiense recomienda el uso de clozapina cuando se evidencia una falta de eficacia luego de haber utilizado dos tratamientos con antipsicótico en dosis adecuada por el plazo de 6 a 8 semanas y habiéndose descartado otras causas como falta de adherencia, enfermedad médica, comorbilidades e interacciones farmacológicas a causa de la polifarmacia. En caso de decidirse su indicación es requisito el seguimiento de los parámetros de laboratorio asociados a la neutropenia y a la agranulocitosis (Abidi, 2017).

Asenapina y ziprasidona

La asenapina en dosis de 2,5 y 5 mg/día falló en demostrar eficacia superior al placebo en un ECA doble ciego con seguimiento a 8 semanas que incluyó 131 adolescentes (Findling, 2015). Asimismo, la ziprasidona ensayada en un ECA doble ciego en 283 adolescentes en un rango de dosis de dosis de 40 a 160 mg/día no demostró eficacia estadísticamente superior al grupo control (Findling, 2013).

Manejo del tratamiento psicofarmacológico

Los niños con esquizofrenia suelen responder a dosis inferiores a las requeridas en la población adulta por lo que se recomienda iniciar con una dosis baja e ir aumentando gradualmente con la finalidad de identificar la dosis mínima efectiva y de mejorar la tolerabilidad ya que, como se ha reportado, los niños son más susceptibles a los efectos adversos de los antipsicóticos que los adultos (Abidi, 2017).

Si bien los antipsicóticos poseen distintos perfiles de tolerabilidad comparten efectos adversos. Dada la

alta asociación del uso de antipsicóticos con la aparición de síndrome metabólico y/o ganancia de peso, se recomienda el monitoreo del índice de masa corporal, de la aparición de la resistencia a la insulina, de dislipemia y de hipertensión; factores que aumentan el riesgo de diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular. También se sugiere realizar dosaje plasmático de prolactina y electrocardiogramas periódicos con medición del intervalo Qtc, es decir, el intervalo Qt corregido según la frecuencia cardíaca (Hua, 2021).

Algunos pacientes no responden al tratamiento inicial por lo que requieren una modificación del fármaco. Es necesario tener presente que un ensayo terapéutico generalmente se define como la exposición de 4 a 6 semanas de dosis máxima tolerada y recomendada. Si no se evidencia respuesta debería considerarse rotar a otro antipsicótico evitando los cambios bruscos con la finalidad de evitar la aparición de efectos adversos.

El tratamiento de largo plazo está indicado para aquellos pacientes que presentan persistencia sintomática. Si bien no hay una indicación precisa sobre el tiempo que debe sostenerse el antipsicótico, existe cierta evidencia de que no todos los pacientes requieren un tratamiento farmacológico de por vida. Incluso, algunos mejoran su funcionamiento al disminuir la dosis o incluso retirar el fármaco. Sin embargo, la decisión de retirar o no el tratamiento farmacológico dependerá de la gravedad de los síntomas, el funcionamiento global del paciente, sus preferencias y las de su familia y el análisis del riesgo de recaída. Para aquellos pacientes con un primer episodio psicótico que logran la remisión completa se recomienda la terapia de mantenimiento por 1 a 2 años luego de la cesación sintomática (Mc Clellan, 2018).

Si se decide disminuir o suspender la medicación se deben evitar los síntomas de discontinuación que pueden deberse a las adaptaciones neuronales asociadas al tratamiento antipsicótico a largo plazo (suprasensibilidad dopaminérgica) y que pueden persistir meses e incluso años. Este riesgo puede disminuirse si se realiza un retiro gradual del fármaco de forma tal que genere reducciones modestas en el bloqueo dopaminérgico. Estudios de imágenes han demostrado una relación hiperbólica entre la dosis administrada del antipsicótico y la ocupación de receptores D2. Por lo tanto, si se realiza una reducción de dosis lineal los cambios en el bloque dopaminérgico a dosis bajas serán más bruscos que a dosis mayores. Por este motivo, algunos autores recomiendan un plan de retiro hiperbólico con disminución de la dosis del 10 % cada 3 a 6 meses y descensos

aún menores en las dosis finales próximas a la suspensión del antipsicótico (Horowitz, 2021).

Es de destacar que gran parte de los adolescentes requerirán farmacoterapia por muchos años e incluso de por vida. Se ha reportado que la falta de adherencia es particularmente frecuente en estos pacientes. El incumplimiento del tratamiento antipsicótico se asocia a mayor riesgo de recaídas y remisión incompleta. Si bien no existe ninguna formulación de depósito aprobada por las agencias reguladoras en pediatría, en el año 2013 la Asociación Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente recomendó el uso *off label* de este grupo de fármacos en pacientes no adherentes al tratamiento a partir de los 15 años con la finalidad de prevenir la transición a fases avanzadas del trastorno. Sin embargo, la evidencia en cuanto a su eficacia y seguridad es escasa (Benarous, 2022).

Conclusión

La esquizofrenia de inicio en la infancia y adolescencia es una patología grave, y el tratamiento psicofarmacológico es considerado de primera línea.

A partir de los ensayos clínicos seleccionados y comentados, todos los antipsicóticos aprobados por la FDA para el tratamiento de la esquizofrenia de inicio precoz (Tabla 2) han demostrado una eficacia comparable entre sí y superior al placebo. Entonces, en función de lo mencionado, es posible que las diferencias en la tolerabilidad sean los aspectos para considerar al momento de realizar la indicación de tratamiento farmacológico.

Si bien los antipsicóticos difieren en su perfil de tolerabilidad comparten efectos adversos por lo que se recomienda el monitoreo del peso y los parámetros cario-metabólicos así como los síntomas de discontinuación.

Asimismo, debe recordarse que se encuentran aprobados para el tratamiento de la esquizofrenia en adolescentes el haloperidol, la paliperidona, la risperidona, el aripiprazol, la olanzapina, la quetiapina, la lurasidona y el brexpiprazol. Contrariamente, sólo el haloperidol ha sido aprobado para el tratamiento de la esquizofrenia en la niñez. Esto condiciona a que muchas de las prescripciones en menores de 13 años sean *off label*. Esta práctica pone en evidencia la brecha entre los requerimientos clínicos y la falta de investigación en psicofarmacología infantojuvenil.

Agradecimiento: a la Dra. Laura Lorenzo por los valiosos aportes que me han permitido enriquecer este artículo.

Conflictos de interés: la autora declara no tener conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

- Abidi, S., Mian, I., Garcia-Ortega, I., Lecomte, T., Raedler, T., Jackson, K., ... & Addington, D. (2017). Canadian guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia spectrum and other psychotic disorders in children and youth. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9), 635-647. <https://doi.org/10.1177/0706743717720197>
- Adnan, M., Motiwala, F., Trivedi, C., Sultana, T., Mansuri, Z., & Jain, S. (2022). Clozapine for Management of Childhood and Adolescent-Onset Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 32(1), 2-11. <https://doi.org/10.1089/cap.2021.0092>
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- Arango, C., Ng-Mak, D., Finn, E., Byrne, A., & Loebel, A. (2020). Lurasidone compared to other atypical antipsychotic monotherapies for adolescent schizophrenia: a systematic literature review and network meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, 29(9), 1195-1205. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01425-2>
- Arango, C., Robles, O., Parellada, M., Fraguas, D., Ruiz-Sancho, A., Medina, O., ... & Moreno, D. (2009). Olanzapine compared to quetiapine in adolescents with a first psychotic episode. *European child & adolescent psychiatry*, 18(7), 418-428. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0749-5>
- Benarous, X., Cottin, G., Lahaye, H., de La Rivière, S. G., Guilé, J. M., Speranza, M., ... & Cohen, D. (2022). Efficacy, Tolerability, and Acceptance of Long-Lasting Antipsychotics in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 32(6), 312-327. <https://doi.org/10.1089/cap.2021.0124>
- Casey, A. B., & Canal, C. E. (2017). Classics in chemical neuroscience: aripiprazole. *ACS chemical neuroscience*, 8(6), 1135-1146. <https://doi.org/10.1021/acscemneuro.7b00087>
- Channing, J., Mitchell, M., & Cortese, S. (2018). Lurasidone in children and adolescents: systematic review and case report. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 28(7), 428-436. <https://doi.org/10.1089/cap.2018.0046>
- Correll, C. U., Manu, P., Olshansky, V., Napolitano, B., Kane, J. M., & Malhotra, A. K. (2009). Cardiometabolic risk of second-generation antipsychotic medications during first-time use in children and adolescents. *Jama*, 302(16), 1765-1773. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1549>
- Correll, C. U., Zhao, J., Carson, W., Marcus, R., McQuade, R., Forbes, R. A., & Mankoski, R. (2013). Early antipsychotic response to aripiprazole in adolescents with schizophrenia: predictive value for clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(7), 689-698.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.04.018>
- Findling, R. L., Çavuş, I., Pappadopulos, E., Vanderburg, D. G., Schwartz, J. H., Gundapaneni, B. K., & DelBello, M. P. (2013). Ziprasidone in adolescents with schizophrenia: results from a placebo-controlled efficacy and long-term open-extension study. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 23(8), 531-544. <https://doi.org/10.1089/cap.2012.0068>
- Findling, R. L., Goldman, R., Chiu, Y. Y., Silva, R., Jin, F., Pikalov, A., & Loebel, A. (2015). Pharmacokinetics and tolerability of lurasidone in children and adolescents with psychiatric disorders. *Clinical therapeutics*, 37(12), 2788-2797. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2015.11.001>
- Findling, R. L., Johnson, J. L., McClellan, J., Frazier, J. A., Vitiello, B., Hamer, R. M., ... & Sikich, L. (2010). Double-blind maintenance safety and effectiveness findings from the Treatment of Early-Onset Schizophrenia Spectrum (TEOSS) study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(6), 583-594. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.03.013>
- Findling, R. L., Landbloom, R. P., Mackle, M., Pallozzi, W., Braat, S., Hundt, C., ... & Mathews, M. (2015). Safety and efficacy from an 8 week double-blind trial and a 26 week open-label extension of asenapine in adolescents with schizophrenia. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 25(5), 384-396. <https://doi.org/10.1089/cap.2015.0027>
- Findling, R. L., McKenna, K., Earley, W. R., Stankowski, J., & Pathak, S. (2012). Efficacy and safety of quetiapine in adolescents with schizophrenia investigated in a 6-week, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 22(5), 327-342. <https://doi.org/10.1089/cap.2011.0092>
- Findling, R. L., Robb, A., Nyilas, M., Forbes, R. A., Jin, N., Ivanova, S., ... & Carson, W. H. (2008). A multiple-center, randomized, double-blind, placebo-controlled study of oral aripiprazole for treatment of adolescents with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1432-1441. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07061035>
- Fleischhacker, W. W., & Hummer, M. (1997). Drug treatment of schizophrenia in the 1990s. *Drugs*, 53(6), 915-929. <https://doi.org/10.2165/00003495-199753060-00002>
- Fulone, I., Silva, M. T., & Lopes, L. C. (2021). Gender differences in the use of atypical antipsychotics in early-onset schizophrenia: a nationwide population-based study in Brazil. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03327-7>
- Grothe, D. R., Calis, K. A., Jacobsen, L., Kumra, S., DeVane, C. L., Rapoport, J. L., ... & Kurtz, D. L. (2000). Olanzapine pharmacokinetics in pediatric and adolescent inpatients with childhood-onset schizophrenia. *Journal of clinical psychopharmacology*, 20(2), 220-225. <https://doi.org/10.1097/00004714-200004000-00015>
- Haas, M., Unis, A. S., Armenteros, J., Copenhaver, M. D., Quiroz, J. A., & Kushner, S. F. (2009a). A 6-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of risperidone in adolescents with schizophrenia. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 19(6), 611-621. <https://doi.org/10.1089/cap.2008.0144>
- Haas, M., Eerdeken, M., Kushner, S., Singer, J., Augustyns, I., Quiroz, J., ... & Kusumakar, V. (2009b). Efficacy, safety and tolerability of two risperidone dosing regimens in adolescent schizophrenia: double-blind study. *The British Journal of Psychiatry*, 194(2), 158-164. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.046177>
- Hasnain, M., & Vieweg, W. V. R. (2014). QTc interval prolongation and torsade de pointes associated with second-generation antipsychotics and antidepressants: a comprehensive review. *CNS drugs*, 28, 887-920. <https://doi.org/10.1007/s40263-014-0196-9>
- Horowitz, M. A., Murray, R. M., & Taylor, D. (2021). Tapering antipsychotic treatment. *JAMA psychiatry*, 78(2), 125-126. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2166>
- Hrdlicka, M., & Dudova, I. (2015). Atypical antipsychotics in the treatment of early-onset schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 907-913. <https://doi.org/10.2147/NDT.S82185>
- Hua, L. L., & COMMITTEE ON ADOLESCENCE (2021). Collaborative Care in the Identification and Management of Psychosis in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics*, 147(6), e2021051486. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-051486>
- Ishigooka, J., Iwashita, S., Higashi, K., Liew, E. L., & Tadori, Y. (2018). Pharmacokinetics and safety of brexpiprazole following multiple-dose administration to Japanese patients with schizophrenia. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 58(1), 74-80. <https://doi.org/10.1002/jcph.979>
- Janicak, P. G., & Rado, J. T. (2012). Quetiapine for the treatment of acute bipolar mania, mixed episodes and maintenance therapy. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 13(11), 1645-1652. <https://doi.org/10.1517/14656566.2012.681377>
- Jensen, N. H., Rodriguiz, R. M., Caron, M. G., Wetsel, W. C., Rothman, R. B., & Roth, B. L. (2008). N-desalkylquetiapine, a potent norepinephrine reuptake inhibitor and partial 5-HT1A agonist, as a putative mediator of quetiapine's antidepressant activity. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 33(10), 2303-2312. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301646>
- Kasoff, L. I., Ahn, K., Gochman, P., Broadnax, D. D., & Rapoport, J. L. (2016). Strong treatment response and high maintenance rates of clozapine in childhood-onset schizophrenia. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26(5), 428-435. <https://doi.org/10.1089/cap.2015.0103>
- Kirino, E. (2012). Efficacy and safety of aripiprazole in child and adolescent patients. *European child & adolescent psychiatry*, 21(7), 361-368. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0270-0>

- Kroigaard, S. M., Clemmensen, L., Tarp, S., & Pagsberg, A. K. (2022). A Meta-Analysis of Antipsychotic-Induced Hypo- and Hyperprolactinemia in Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 32(7), 374-389. <https://doi.org/10.1089/cap.2021.0140>
- Kryzhanovskaya, L., Schulz, S. C., McDougle, C., Frazier, J., Dittmann, R., Robertson-Plouch, C., ... & Tohen, M. (2009). Olanzapine versus placebo in adolescents with schizophrenia: a 6-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(1), 60-70. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181900404>
- Kumra, S., Oberstar, J. V., Sikich, L., Findling, R. L., McClellan, J. M., Vinogradov, S., & Charles Schulz, S. (2008). Efficacy and tolerability of second-generation antipsychotics in children and adolescents with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 34(1), 60-71. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm109>
- Kumra, S., Frazier, J. A., Jacobsen, L. K., McKenna, K., Gordon, C. T., Lenane, M. C., ... & Rapoport, J. L. (1996). Childhood-onset schizophrenia: a double-blind clozapine-haloperidol comparison. *Archives of general psychiatry*, 53(12), 1090-1097. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830120020005>
- Marc Krausea, YikangZhuh, Maximilian Huhna, Johannes Schneider-Thoma, Irene Bighellia, Anna Chaimanic, Stefan Leuchta. (2018). Efficacy, acceptability, and tolerability of antipsychotics in children and adolescents with schizophrenia: A network meta-analysis. *European neuropsychopharmacology*, 28, 659-674. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.03.008>
- Libowitz, M. R., & Nurmi, E. L. (2021). The burden of antipsychotic-induced weight gain and metabolic syndrome in children. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 623681. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.623681>
- Lieberman, J. A., Tollefson, G., Tohen, M., Green, A. I., Gur, R. E., Kahn, R., ... & HGDH Study Group. (2003). Comparative efficacy and safety of atypical and conventional antipsychotic drugs in first-episode psychosis: a randomized, double-blind trial of olanzapine versus haloperidol. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1396-1404. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1396>
- Lopez-Morinigo, J. D., Leucht, S., & Arango, C. (2022). Pharmacological Treatment of Early-Onset Schizophrenia: A Critical Review, Evidence-Based Clinical Guidance and Unmet Needs. *Pharmacopsychiatry*, 55(5), 233-245. <https://doi.org/10.1055/a-1854-0185>
- McClellan, J. (2018). Psychosis in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(5), 308-312. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.01.021>
- McClellan, J., & Stock, S. (2013). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(9), 976-990. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.02.008>
- McConville, B. J., Arvanitis, L. A., Thyrum, P. T., Yeh, C., Wilkinson, L. A., Chaney, R. O., ... & Heubi, J. E. (2000). Pharmacokinetics, tolerability, and clinical effectiveness of quetiapine fumarate: an open-label trial in adolescents with psychotic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(4), 252-260. <https://doi.org/10.4088/jcp.v61n0403>
- Mohr, P., Masopust, J., & Kopeček, M. (2022). Dopamine receptor partial agonists: Do they differ in their clinical efficacy? *Frontiers in Psychiatry*, 12, 781946. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.781946>
- Murai, T., Nakako, T., Ikeda, K., Ikejiri, M., Ishiyama, T., & Taiji, M. (2014). Lack of dopamine D4 receptor affinity contributes to the procognitive effect of lurasidone. *Behavioural brain research*, 261, 26-30. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2013.11.036>
- Naguy, A., Adel, T., & Almazeedi, I. (2019). Paliperidone Use in Child Psychiatry: Evidence or Diffidence? *Pharmacology*, 104(1-2), 67-70. <https://doi.org/10.1159/000500629>
- Pagsberg, A. K., Jeppesen, P., Klauber, D. G., Jensen, K. G., Rudá, D., Sten-tebjerg-Olesen, M., ... & Fink-Jensen, A. (2017). Quetiapine extended release versus aripiprazole in children and adolescents with first-episode psychosis: the multicentre, double-blind, randomised tolerability and efficacy of antipsychotics (TEA) trial. *The Lancet Psychiatry*, 4(8), 605-618. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30166-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30166-9)
- Pool, D., Bloom, W., Mielke, D. H., Roniger, J. J., Jr, & Gallant, D. M. (1976). A controlled evaluation of loxitan in seventy-five adolescent schizophrenic patients. *Current therapeutic research, clinical and experimental*, 19(1), 99-104.
- Puangetch, A., Vanwong, N., Nuntamool, N., Hongkaew, Y., Chamnanphon, M., & Sukasem, C. (2016). CYP2D6 polymorphisms and their influence on risperidone treatment. *Pharmacogenomics and personalized medicine*, 9, 131-147. <https://doi.org/10.2147/PGPM.S107772>
- Rahman, S., & Marwaha, R. (2021). Haloperidol. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing.
- Rexulti*https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2018/205422s003lbl.pdf
- Savitz, A. J., Lane, R., Nuamah, I., Gopal, S., & Hough, D. (2015). Efficacy and safety of paliperidone extended release in adolescents with schizophrenia: a randomized, double-blind study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(2), 126-137.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.11.009>
- Shaw, P., Sporn, A., Gogtay, N., Overman, G. P., Greenstein, D., Gochman, P., ... & Rapoport, J. L. (2006). Childhood-onset schizophrenia: a double-blind, randomized clozapine-olanzapine comparison. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 721-730. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.721>
- Shim, J. C., Shin, J. G. K., Kelly, D. L., Jung, D. U., Seo, Y. S., Liu, K. H., ... & Conley, R. R. (2007). Adjunctive treatment with a dopamine partial agonist, aripiprazole, for antipsychotic-induced hyperprolactinemia: a placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1404-1410. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06071075>
- Sikich, L., Hamer, R. M., Bashford, R. A., Sheitman, B. B., & Lieberman, J. A. (2004). A pilot study of risperidone, olanzapine, and haloperidol in psychotic youth: a double-blind, randomized, 8-week trial. *Neuropsychopharmacology*, 29(1), 133-145. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300327>
- Singh, J., Robb, A., Vijapurkar, U., Nuamah, I., & Hough, D. (2011). A randomized, double-blind study of paliperidone extended-release in treatment of acute schizophrenia in adolescents. *Biological psychiatry*, 70(12), 1179-1187. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.06.021>
- Solmi, M., Fornaro, M., Ostinelli, E. G., Zangani, C., Croatto, G., Monaco, F., ... & Correll, C. U. (2020). Safety of 80 antidepressants, antipsychotics, anti-attention-deficit/hyperactivity medications and mood stabilizers in children and adolescents with psychiatric disorders: a large scale systematic meta-review of 78 adverse effects. *World Psychiatry*, 19(2), 214-232. <https://doi.org/10.1002/wps.20765>
- Solmi, M., Murru, A., Pacchiarotti, I., Undurraga, J., Veronese, N., Fornaro, M., ... & Carvalho, A. F. (2017). Safety, tolerability, and risks associated with first- and second-generation antipsychotics: a state-of-the-art clinical review. *Therapeutics and clinical risk management*, 13, 757-777. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S117321>
- Spencer, E. K., Kafantaris, V., Padron-Gayol, M. V., Rosenberg, C. R., & Campbell, M. (1992). Haloperidol in schizophrenic children: early findings from a study in progress. *Psychopharmacology bulletin*, 28(2), 183-186.
- Sporn, A. L., Vermani, A., Greenstein, D. K., Bobb, A. J., Spencer, E. P., Clasen, L. S., ... & Gogtay, N. (2007). Clozapine treatment of childhood-onset schizophrenia: evaluation of effectiveness, adverse effects, and long-term outcome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1349-1356. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31812eed10>
- Starling, J., & Feijo, I. (2018). Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos de inicio temprano. Paj, 2.
- Swadi, H. S., Craig, B. J., Pirwani, N. Z., Black, V. C., Buchan, J. C., & Bobier, C. M. (2010). A trial of quetiapine compared with risperidone in the treatment of first onset psychosis among 15- to 18-year-old adolescents. *International Clinical Psychopharmacology*, 25(1), 1-6. <https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e3283320511>
- World Health Organization. (2002). Promoting rational use of medicines: core components (No. WHO/EDM/2002.3). World Health Organization.

Historia de la escritura como herramienta para la práctica de la psiquiatría y la salud mental

History of writing as a tool for the practice of psychiatry and mental health

Ramiro Pérez Martín¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i163.528>

Resumen

La escritura como la conocemos hoy en día es un desarrollo relativamente nuevo en la historia cultural de la humanidad. Más actual aún es la masividad de la alfabetización de la población. Desde los orígenes de la psiquiatría, la escritura forma parte inherente de ésta en la bibliografía médica pero también como una herramienta aplicada en la práctica en diversos formatos, tanto con fines diagnósticos como terapéuticos. No obstante, frente a las herramientas clásicas de comunicación, como el habla, y en la psiquiatría infantil, también el juego y el dibujo, la escritura parece haber sido relegada. En esta investigación bibliográfica, que no tendría antecedentes en su tipo, se realizó un recorrido histórico de la temática desde el surgimiento de la psiquiatría como especialidad hasta nuestros días; donde hechos como las Guerras Mundiales, la evolución del concepto de discapacidad o la pandemia por COVID-19 parecen haber jugado un papel clave para delimitar variables que caracterizan, al menos, tres períodos históricos y presumir un cuarto en plena gestación. El soporte tecnológico con el que se escribe y el uso y formato dado a la escritura resultaron las principales variables de los distintos períodos. Siendo ésta una época de muy alta demanda en Salud Mental, desafiante en su accesibilidad y la masividad en el uso de la escritura a partir de tecnologías de la información, esta investigación representaría un aporte significativo al desarrollo de la escritura como herramienta para la práctica de la psiquiatría y la salud mental.

Palabras clave: historia, escritura, práctica, psiquiatría, salud mental

Abstract

Writing as we know it today is a relatively new development in the cultural history of humanity. More current still is the massiveness of the literacy of the population. Since the origins of psychiatry, writing has been an inherent part of it in the medical literature, but it has also been a tool applied in practice in various formats, both for diagnostic and therapeutic purposes. However, compared to the classic communication tools, such as speech, and in child psychiatry, also play and drawing, writing seems to have been relegated. In this bibliographical research, that would not have precedents of its kind, a historical overview of the subject was carried out from the emergence of psychiatry as a specialty to the present day; where events such as the World Wars, the evolution of the concept of disability or the COVID-19 pandemic seem to have played a key role in delimiting variables that characterize at least three historical periods and presuming a fourth in full gestation. The technological support with which it is written and the use and format given to writing were the main variables of the different periods. Being a time of very high demand in Mental Health, challenging in its accessibility and the massive use of writing from information technologies, this research would represent a significant contribution to the development of writing as a tool for the practice of psychiatry and mental health.

Key words: history, writing, practice, psychiatry, mental health

RECIBIDO 13/3/2023 - ACEPTADO 18/4/2023

¹Psiquiatra infantojuvenil, psicoterapeuta, especialista en psicopatología y salud mental (IUSAM-APdeBA), especialista en pediatría (UBA). Capítulo de psiquiatría infantojuvenil (APSA). Perito oficial, Fuero de Responsabilidad Penal Juvenil (SCBA). ORCID: 0000-0003-1964-9902

Correspondencia:

rperezmartin@hotmail.com



Introducción

En la salud mental, clásicamente se ha destacado la oralidad como la herramienta de comunicación profesional-paciente más antigua, ya sea para la prevención, el diagnóstico o la terapéutica. Desde principios del siglo XX, con el surgimiento de la clínica psiquiátrica infantil, se incorporó el juego y el grafismo (dibujos). La escritura, en cambio, influida por cambios históricos de diversa índole -incluida la masividad de la alfabetización de la población-, ha sido relegada o poco explorada, tanto en términos teóricos como clínicos.

El conocimiento, durante la residencia realizada en el Hospital Infanto-juvenil “Dra. Carolina Tobar García” de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, de un tratamiento desarrollado en Argentina, a través de la escritura tipeada en computadora, para abordar el autismo sin habla o con habla mínima y la práctica cotidiana con poblaciones con marcadas dificultades en la comunicación y/o el lenguaje (“pacientes de difícil acceso” en la entrevista diagnóstica o durante la etapa terapéutica), han llevado al autor a investigar la historia de la escritura en tanto herramienta para la práctica de la psiquiatría y la salud mental. A través de esta investigación se pretende aportar a la consolidación y desarrollo de las bases teóricas de una temática relegada, así como promover un mayor uso de la escritura en la práctica de la psiquiatría y la salud mental.

Materiales y métodos

La metodología utilizada fue cualitativa, tipo revisión bibliográfica asistemática, con perspectiva histórica (desde el surgimiento de la psiquiatría como especialidad en el siglo XIX hasta nuestros días) y foco principal en la escritura como herramienta para la práctica de la psiquiatría y la salud mental.

Se delimitó la pregunta de investigación y en enero de 2023, se realizaron tres búsquedas principales en el buscador Pubmed -Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU-; estas fueron: “Historical Article’[pt] AND writing AND psychiatry AND intervention”, “Historical Article’[pt] AND writing AND psychiatry” y “history AND writing AND mental health AND intervention”, de las que se desprendieron 943 artículos.

Se realizaron dos búsquedas adicionales en la misma fecha y el mismo buscador (“history AND writing AND intervention” y “history AND writing AND psychiatry AND intervention”), la que se ordenaron según la opción que más se ajustaba a la búsqueda (opción “best match”) y se revisaron sólo los primeros 50 artículos de cada búsqueda adicional (100 artículos más).

En total, se revisaron 1043 artículos indexados en PubMed, publicados en los últimos 72 años (entre 1951 y enero de 2023), de los cuales ninguno reunió condiciones de elegibilidad a los fines de tomar como antecedente para esta investigación. Se consideraron criterios de exclusión que, en el título o en el abstract, los artículos no hicieran mención al conjunto de palabras clave. Luego, se realizó una búsqueda y selección bibliográfica en función de las palabras clave de investigación en fuentes primarias (biblioteca personal del autor, librerías y bibliografía accesible en internet) y se realizó una lectura analítica de la bibliografía seleccionada. Finalmente, se escribió un artículo -más extenso- y posteriormente, se realizó una sinopsis para su publicación científica.

Resultados

La hipótesis del reciclado neuronal del área cerebral de la forma visual de las palabras (VWFA, por su sigla en inglés para *Visual Word Form Area*) (Cohen et al., 2000; Dehaene & Cohen, 2011; Dehaene, 2014) se centra en plantear que la escritura es una creación humana, cultural y biológica, relativamente reciente, aparentemente surgida en la Mesopotamia hace unos 5000 años, cerca del año 3000 a.C., en el actual Uruk (Irak), población en las márgenes del río Éufrates, y las letras, una creación relacionada con objetos presentes en la naturaleza (Changizi, 2006). En esa línea, plantean que, hasta el siglo XX, la escritura -y su doble, la lectura- fue reservada a un porcentaje muy pequeño de la población por lo que es improbable que se hubieran generado modificaciones en el genoma que determinen un área cerebral previamente reservada para el reconocimiento de las letras. Como veremos, el lugar que la escritura fue tomando en la medicina como herramienta en la práctica, más allá de los escritos para el estudio de la medicina en sí (bibliografía médica), tuvo un giro fundamental desde principios del siglo XIX, de especial importancia para la psiquiatría y es posible delimitar, al menos, los siguientes tres períodos.

Primer período: incorporación de la escritura en la medicina (semiología de la subjetividad; ingreso al laboratorio -revelador de la subjetividad de ausentes sociales y grafología-)

Los alienistas franceses de la primera mitad del siglo XIX (en especial Esquirol, Baillarger, Leuret, Scipion Pinel y Marc), habrían sido los primeros en interesarse por lo que los “locos” eran capaces de comunicar sobre sí mismos, así como en aprender a interpretar lo que expresaban (Huertas, 2012). Estos flamantes médicos

alienistas otorgaron gran importancia al contenido de los escritos de los insanos y a sus palabras: a “leer el delirio” y al “diálogo con el insensato”, expresiones que toma Huertas de sendas obras de Juan Rigolí y Gladys Swain sobre el tema (Rigolí, 2001; Swain, 1994).

Sugiere Huertas que es a través de las historias clínicas y los escritos de pacientes que se ha fundado una semiología psíquica basada en el conocimiento de la palabra y los escritos de los alienados. Para Huertas, este interés de los alienistas franceses de la primera mitad del siglo XIX expone, además, la necesidad de estos de recurrir a conocimientos y métodos que no pertenecían típicamente a la medicina, como los de la filosofía, la psicología, la lingüística, la sociología, etc., para la “construcción y difusión de una semiología de la subjetividad” (Huertas, 2012, p. 164) en el contexto “de la cultura del yo de la Modernidad” (Huertas, 2012, p. 193).

Según Artières, es a partir de 1850 y sólo hasta 1920-30, luego de la Primera Guerra Mundial y la generalización de la nueva máquina de escribir, que la medicina tomó a la escritura como “objeto revelador de la verdad”, la “hace entrar al laboratorio” como “síntoma legible, explicativo y significativo en forma progresiva; que crea una división entre el bien y el mal, lo verdadero y lo falso, lo natural y lo artificial, lo normal y lo patológico” (Artières, 2015, p. 11). Y es, especialmente, a partir del estudio de la escritura de los marginales, “discurso de los ausentes” según el mismo autor, que se haría esto posible. Escritos de suicidas, dementes (delirantes) y delincuentes anónimos, estudiados respectivamente por Briere de Boismont (1851, p. 351), Henri Legrand du Saulle (1879, p. 152) y Cesare Lombroso (1891, p. 130), serían las principales fuentes escritas reveladoras de verdad. El final de este primer período, que Artières estudia desde 1850 y que se superpone con el inicio del segundo, quedaría delimitado por el trabajo de 1930, de André Breton, sobre la simulación de enfermedades mentales a través de la escritura (Breton, 1930). En el mismo texto, Artières plantea que: “En muchos casos, esos médicos-narradores del siglo XIX inventaron un nuevo vocabulario para escribir la escritura, para describir esos objetos extraños que tenían ante sus ojos. En realidad aquí no hay un poder que somete, coacciona, censura, sino un poder que produce, crea e inventa. El discurso sobre la escritura nace de la experiencia de estos encuentros, de la experiencia de la mirada.” (Artières, 2015, p. 20). Al ubicar el modo de utilizar el poder médico en relación a la escritura, Artières sigue a Michel Foucault en *La voluntad de saber* (1977).

Artières, al igual que Huertas, toma a la escritura como un signo clínico de la subjetividad del paciente, que considera posible “auscultar” (*sic*) -del latín *auscultare*: escuchar- y describir dentro de una semiología a los fines de arribar a conclusiones respecto a lo normal o patológico de un caso, en tanto “objeto de verdad que asocia el cuerpo y el espíritu” (Artières, 2015, p. 24). En un sentido médico, la escritura sería signo a la vez que síntoma, ya que permite “observar” a la vez que “escuchar” al paciente. Hacia fines del siglo XIX, se encontrarían, de la mano de un movimiento crítico dentro de la psiquiatría respecto al lugar del manicomio y paralelamente, de la mano de Sigmund Freud, con dos hitos que desplazarían el lugar de la escritura de la medicina al mundo “psi” y la harían ingresar paulatinamente en su Segundo período.

Segundo período: transición de la escritura al campo “psi” (psiquiatría, psicología, psicoanálisis)

Los modos de intervenir con pacientes internados en los principales hospitales psiquiátricos europeos tuvieron un giro hacia finales del siglo XIX. Estos repercutieron en algunos lugares del mundo occidental, incluyendo Argentina; aunque en otros no (Castrillón-Valderrutén, 2020; Pérez Fernández & Peñaranda Ortega, 2017; Romy & Unterfinger, 2019; Sacristán, 2009). En los hospitales que encabezaban el cambio, surgiría como intervención de avanzada la edición de revistas de los mismos hospicios donde se publicaban escritos de los pacientes allí internados. En la Argentina, esto ocurriría entre 1905 y 1907, de la mano de Domingo Cabred, en el Hospital Borda, con la edición de la Revista “Eco de las Mercedes”. Según Dellacasa, el proyecto de Cabred: “...se insertaba en el seno de un movimiento de desintegración manicomial que caracterizó a las concepciones de vanguardia en el tratamiento de la locura, en las postrimerías del siglo XIX. Un movimiento que se produce por un desplazamiento. La preocupación por la implementación de modalidades eficaces en el tratamiento de la locura comienza a desplazar la preocupación por la vigilancia de la locura” (Dellacasa, 1998).

Estas experiencias, terapéuticas e inclusivas, serían los prolegómenos de este período, que darían nacimiento también a la que podemos llamar la rama psicoterapéutica, central en el segundo período. Este período se caracterizaría por diversificar los modos de uso de la escritura, consolidándose paulatinamente a partir de S. Freud (Freud, 2017a, b, c, d, e) y más tarde con aportes de J. Lacan (Lacan, 2006) y muchos otros

autores de diversas ramas del psicoanálisis, la psicología y la psiquiatría (Brand, 1979) y como veremos, se cerraría como período a fines de la década de los '70 del siglo XX. En este sentido, cabe resaltar dos aportes, entre otros varios de este período: por un lado, el de David Farber, un psiquiatra neoyorkino, que adquiere una importante sordera durante su profesión y desde entonces, pide a sus pacientes que escriban durante la consulta -esto es lo novedoso-; a máquina o manuscrito y a su lado o frente a él, mientras éste responde en forma oral (Farber, 1953). Por otro lado, es significativo el aporte del balance anual escrito en psicoterapia, por pertenecer al argentino Héctor Fiorini (Fiorini, 1978; Lanza Castelli et al, 2010).

Tercer período: consolidación y ampliación de la escritura al campo de la salud mental (incorporación de la discapacidad del habla y retorno al laboratorio en medicina psicósomática)

Hacia finales de la década de los '70 se darían tres hechos que, por su importancia, pueden considerarse como los que delimitaron la segunda de la tercera etapa de la historia de la escritura como herramienta clínica.

En primer lugar, el surgimiento en 1977, en Australia, de un método de abordaje de la discapacidad para personas con marcada afectación del lenguaje y la comunicación, conocido como "Comunicación Facilitada" (CF), desarrollado por Crossley (Crossley, 1994). Técnica que, más allá de lo controversial que resultaría en su versión original (Travers et al., 2014; Elliot, 2016; Ferrari, 2010) por no ser claro quien era el autor de lo escrito -paciente o profesional-, daría lugar a partir de 1997, al perfeccionamiento de esta técnica llamada inicialmente "implementación crítica" de la CF (Calzetta & Orlievsky, 2004). Actualmente, a esta técnica se la llama Abordaje Phaedrus, por el mito de Theuth y Thamus que refiere al origen de la escritura y que Platón relata en su libro *Fedro* (Phaedrus). Este abordaje se desarrolló en Argentina por el equipo de Orlievsky, Calzetta, Sujarchuk, Rosenfeld, Massun y otros, luego de diez años de trabajo, financiados por becas de investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA) en convenio con el Hospital de Salud Mental Infanto-Juvenil "Dra. Carolina Tobar García", de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En su implementación "crítica", este abordaje, lograría despejar toda duda sobre la autoría de lo escrito y perdurar hasta hoy, luego de 25 años (Pérez Martín et al., 2023; Orlievsky et al., 2021; Rosenfeld & Sujarchuk, 2018).

Esta experiencia dio inicio a una nueva posibilidad, nunca antes imaginada, para abordar terapéuticamente a través de la escritura a las personas con discapacidad para hablar. Esto inauguró la rama "comunicacional-terapéutica" de la historia de la escritura como herramienta clínica. Dicho surgimiento estaría influido tanto por cambios tecnológicos (masividad de la computadora personal; surgimiento de programas procesadores de texto) como por procesos históricos de cambios en relación al modelo de la discapacidad, influido por los efectos a largo plazo de la Segunda Guerra Mundial y los movimientos sociales comprometidos con los Derechos Humanos surgidos en los '70, que trasladarían el modelo "médico-rehabilitador" en auge desde la Primera Guerra Mundial al modelo "social" de la discapacidad (Velarde Lizama, 2012).

En segundo lugar, la detallada revisión de Brand (1979) de los usos de la escritura en la psicoterapia, que darían cuenta del nivel de diversidad y consolidación que había logrado esta rama psicoterapéutica desde Freud aunque en diversas líneas teóricas de la psicología. En este sentido, otras dos muestras posteriores son: el inicio del uso del diario personal ya como elemento durante una psicoterapia por Oberkirch (Oberkirch, 1983; Lanza Castelli et al., 2010) y en los primeros años del 2000, con la experiencia previa del modelo de abordaje crítico de la CF, Orlievsky y Sujarchuk inauguraron las primeras experiencias de co-escritura profesional-paciente, tipeada y sincrónica (en sesión), con los que podríamos llamar "pacientes de difícil acceso en la entrevista", pero sin que estos sufrieran una discapacidad en el habla.

El primer caso descrito fue el de un paciente adolescente, con episodio psicótico catatoniforme, tratado inicialmente por Daniel Orlievsky y Susana Sujarchuk en el Hospital "Dra. Carolina Tobar García" (comunicación personal, Daniel Orlievsky), y luego tratado y publicado por los colegas del mismo equipo (Cerdá, et al, 2007, 2009; Naiman et al, 2010).

En tercer lugar, surge la "rama psicósomática" de la escritura a partir de los trabajos de Pennebaker desde la década del '80. Estos volverían a introducir la escritura en el laboratorio de la medicina, después de prácticamente un siglo de pausa en ese sentido, en búsqueda de los efectos psicológicos y también somáticos cuantificables luego de aplicar la técnica conocida como "escritura expresiva" en diversos contextos de salud (Pennebaker 2018; Travagin et al., 2015; Pierrro et al., 2022; Robinson et al. 2022).

Los tres periodos descriptos pueden sintetizarse en la *Tabla 1*.

Tabla 1. Principales características de los períodos históricos de la escritura como herramienta para la práctica de la psiquiatría y la salud mental

Período histórico y campo de las ciencias	Tiempo y lugar aproximados	Soporte de la escritura	Tipos y formas de uso de la escritura
<p>Primer período (ingreso de la escritura en el laboratorio de la medicina como objeto revelador de la subjetividad de ausentes sociales) Campo: Medicina.</p>	<p>Tiempo: Principios de siglo XIX (post Revolución Francesa; surgimiento del alienismo médico) al período entre Guerras Mundiales (1930 aprox.). Lugar: Francia e Italia.</p>	Manuscrita	<p>Tipos: Incorporación de la escritura en la medicina (semiología de la subjetividad; develamiento de la verdad de ausentes sociales; investigación cuantitativa de la escritura; surge la grafología). Formas: Prevalece la escritura de personas internadas o bien excluidos sociales. Prevalece la escritura espontánea de los “pacientes” quienes no escriben frente al médico; con excepción de Legrand du Saulle, que promueve la escritura frente a sí en el campo forense aunque sin participar (rama forense). El médico no escribe, sólo lee (analiza) los escritos, generalmente en forma diacrónica; con excepción de Legrand du Saulle que comienza su estudio <i>in situ</i>.</p>
<p>Segundo Período (transición de la escritura desde el campo de la medicina al campo “psi”) Campo: “Psi” (Psiquiatría, Psicología y Psicoanálisis), surgimiento de la rama psicoterapéutica.</p>	<p>Tiempo: Principios del siglo XX (surge a fines de siglo XIX) hasta fines de la década ‘70. Lugar: Europa y América.</p>	Manuscrita y a máquina de escribir.	<p>Tipos: Inclusión social; expresión del mundo interno, comunicación con sí mismo y con profesional psi (técnica auxiliar de la psicoterapia hablada). Formas: Taller de Cabred, en pacientes internados. Surgimiento de la rama psicoterapéutica con S. Freud y muchos otros. Escriben los pacientes, de forma espontánea o promovida por el terapeuta (tarea terapéutica, cierre de tratamiento, balance anual, terapia de poesía) pero fuera del consultorio y sin la participación del terapeuta (excepto Farben -sordo, que escriben en el consultorio y él participa hablando). Los profesionales “psi” son los lectores y comienzan a escribir: para sí mismos (autoanálisis, diario personal) o en respuesta a los pacientes (psicoanálisis o psicoterapia por carta), pero no escriben frente a los pacientes ni al mismo tiempo que ellos.</p>
<p>Tercer período (consolidación del campo “psi”, ampliación a la discapacidad y reintroducción al laboratorio) Campo: Salud Mental (escritura en la interdisciplina: psiquiatría, psicología, psicoanálisis y discapacidad).</p>	<p>Tiempo: Década del ‘80 a la pandemia del año 2020. Lugar: Europa y América</p>	Manuscrita y a máquina de escribir. La escritura en PC es infrecuente.	<p>Tipos: Consolidación de escritura como técnica auxiliar en psicoterapia hablada (rama psicoterapéutica); inclusión de la escritura en la discapacidad del habla (surge rama comunicacional-terapéutica); investigación de los efectos somáticos de la escritura sobre experiencias negativas -escritura expresiva- (reintroducción al laboratorio; rama psicósomática). Formas: Los pacientes escriben en forma espontánea o promovida por el terapeuta (diario íntimo). Los profesionales siguen siendo los lectores pero comienzan a escribir (tippear en computadora) durante las sesiones, en interacción con los pacientes (escritura sincrónica del equipo argentino de Orliovsky, ramas comunicacional-terapéutica y psicoterapéutica).</p>

Nuevos desarrollos

En base al soporte, tipo y forma del uso de la escritura como herramienta para la clínica en la psiquiatría y la salud mental, es posible delimitar, al menos, los tres períodos históricos presentados (*vide supra*). Los mismos se enlazan, entre otros, con los cambios sociales, comunicacionales, científicos y tecnológicos de la historia reciente.

A la luz del impulso luego de la pandemia por COVID-19 en lo que se refiere a tecnología y comunicación, teleasistencia en salud y visibilidad de la salud mental, es posible observar, actualmente, cambios en las características estudiadas de los períodos históricos (soporte, tipo y forma de uso de la escritura). Entre ellos, pueden mencionarse algunos *a priori*: incorporación masiva de la comunicación escrita a través de teléfonos inteligentes, herramientas de traducción de voz a escritura, correctores automáticos, redes sociales, aplicaciones informáticas de salud mental que incluyen la escritura y el paulatino surgimiento de un “nuevo lector” no humano: métodos y programas de análisis informatizado cualicuantitativo del discurso escrito (Matusevich et al., 2022; Pennebaker et al., 2015; Rúas et al., 2012), así como herramientas de lectoescritura automáticas e informatizadas basadas en inteligencia artificial (ej. chatGPT). Por otro lado, hemos informado recientemente la experiencia que se viene desarrollando en la ampliación de la escritura sincrónica terapeuta-paciente a diversos terrenos psicopatológicos, por fuera del autismo sin habla o habla mínima, y los nuevos aportes a la rama forense, iniciada por Legrand du Saulle, a partir de la incorporación de la escritura como herramienta facilitadora, con perspectiva de derechos, de la declaración testimonial de niños y adolescentes presuntas víctimas de delitos sexuales en cámara Gesell (Pérez Martín et al., 2023).

Conclusiones

En esta investigación, fue posible delimitar tres períodos históricos del uso de la escritura como herramienta para la práctica de la psiquiatría y la salud mental, en base al soporte, tipo y forma de dicho uso. Desde la perspectiva de este estudio, resulta posible plantear que, a partir de la pandemia por COVID-19, parece haberse iniciado la gesta de un cuarto período histórico. Probablemente, esta cuestión pueda ser mejor estudiada en un futuro.

Esta investigación podría representar un aporte significativo a las bases teóricas y al desarrollo de la escritura como herramienta para la práctica de la psiquiatría y la salud mental.

Conflicto de intereses: el autor declara no tener conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

- Artières, P. (2015). *La clínica de la escritura. Historia de la mirada médica sobre la escritura*. (1ra. edición). Editorial Gedisa.
- Brand, A. G. (1979). The Uses of Writing in Psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 19(4), 53–72. <https://doi.org/10.1177/002216787901900406>
- Breton, A. (1930). *Les Possessions, en Breton, A. et Éluard, P. L'immaculée conception*. Éditions surréalistes. (Seghers, París, 2011; Versión en castellano Ediciones de la Flor, 1972).
- Briere de Boismont A. (1851). Analyse des derniers sentiments des suicidés. *Annales Médico-Psychologiques; Tome III*, pp 353-379.
- Calzetta J.J. & Orlevsky D. (2004). Trastornos severos del desarrollo: de la escritura a la representación. *Anuario de Investigaciones XI*, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, p317-325. <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v12/v12a34.pdf>
- Cerdá, M. R., Calzetta, J. J., Naiman, F. (2007). Acceso a la comunicación a través de la escritura. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-073/204>
- Cerdá, M. R., Calzetta, J. J., Naiman, F. (2009). Incrementos en la organización psíquica a partir del acceso a la escritura. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-020/263>
- Castrillón-Valderrutén, M. del C. (2020). Entre asilos y hospitales psiquiátricos. Una reflexión historiográfica sobre el programa institucional de atención a la locura en Colombia. *Sociedad y Economía*, 40, 143–162. <https://doi.org/10.25100/sye.v0i40.8327>
- Changizi, M. A., Zhang, Q., Ye, H., & Shimojo, S. (2006). The structures of letters and symbols throughout human history are selected to match those found in objects in natural scenes. *The American Naturalist*, 167(5), E117-139. <https://doi.org/10.1086/502806>
- Cohen, L., Dehaene, S., Naccache, L., Lehéricy, S., Dehaene-Lambertz, G., Hénaff, M. A., & Michel, F. (2000). The visual word form area: Spatial and temporal characterization of an initial stage of reading in normal subjects and posterior split brain patients. *Brain: A Journal of Neurology*, 123 (Pt 2), 291–307. <https://doi.org/10.1093/brain/123.2.291>
- Crossley, R. (1994). Facilitated communication training. Teachers College Press. https://disabilityinclusioncenter.syr.edu/wp-content/uploads/2020/12/FC_Training_Crossley.pdf
- Dehaene, S. (2014). *El cerebro lector* (1ra edición). Siglo XXI Editores.
- Dehaene, S., & Cohen, L. (2011). The unique role of the visual word form area reading. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(6), 254–262. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.04.003>
- Dellacasa, C. (1998). “Ecos de las Mercedes”: El órgano de la chifladura. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 4. <http://www.polemos.com.ar/docs/temas/Temas4/1.%20Primera%20parte.htm>
- Elliott, J. (2016, July 20). Why Hasn't a Controversial Method for Autism Communication Disappeared? The Atlantic. <https://www.theatlantic.com/education/archive/2016/07/a-controversial-method-for-autism-communication/491810/>
- Farber, D. J. (1953) Written Communication in Psychotherapy. *Psychiatry*, 16:4, 365-374. <https://doi.org/10.1080/00332747.1953.11022939>
- Ferrari, P. (2010). *El autismo infantil* (1ra. edición). Biblioteca Nueva.
- Fiorini, H. (1978). *Aportes teórico-clínicos en psicoterapias*, Nueva Visión.
- Foucault, M. (1977). *La voluntad de saber*. Siglo XXI.
- Freud, S. (2017a). *Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (“dementia paranoides”), autobiográficamente descrito (caso “Schreber”) (1910[1911])*. In Sigmund Freud. *Obras completas* (2da edición (especial), Vol. 11, pp. 1487–1528). Biblioteca Nueva (Siglo XXI Editores).

- Freud, S. (2017b). *Un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci* (1910). In Sigmund Freud. *Obras completas* (2da. edición (especial), Vol. 12, pp. 1577–1619). Biblioteca Nueva (Siglo XXI Editores).
- Freud, S. (2017c). *El poeta y los sueños diurnos* (1907 [1908]). In Sigmund Freud. *Obras completas* (2da. edición (especial), Vol. 10, pp. 1343–1348). Biblioteca Nueva (Siglo XXI Editores).
- Freud, S. (2017d). *El delirio y los sueños en la "Gradiva", de W. Jensen* (1906 [1907]). In Sigmund Freud. *Obras completas* (2da. edición (especial), Vol. 10, pp. 1285–1336). Biblioteca Nueva (Siglo XXI Editores).
- Freud, S. (2017e). *Análisis de la fobia de un niño de cinco años* (caso "Juanito") (1909). In Sigmund Freud. *Obras completas* (2da. edición (especial), Vol. 10, pp. 1365–1440). Biblioteca Nueva (Siglo XXI Editores).
- Huertas, R. (2012). *Historia cultural de la psiquiatría. (Re)pensar la locura*. (1ra. edición). Los Libros de la Catarata.
- Lacan, J. (2006) *El seminario. Libro 23: "El sinthome"* (1975-76). Paidós.
- Lanza Castelli, G., Fernández Álvarez, H., & Fiorini, H. (2010). *La escritura como herramienta en la psicoterapia* (Primera edición). Psimática Editorial.
- Legrand du Saulle, H. (1879). Étude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie; Delahaye.
- Lombroso, C. (1891). L'anthropologie criminelle et ses récents progrès, Capítulo 5: Les criminels en prison. Felix Alcan.
- Matusевич, D., Caro, P. J., Braicovich, T. C., & Calzolari, A. (2022). Temáticas más frecuentes en los Editoriales de Vertex Revista Argentina de Psiquiatría (1990-2019) analizadas mediante grafos. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 33(156), 44–50. <https://doi.org/10.53680/vertex.v33i156.178>
- Naiman, F., Lerer, L., Pacin, S. A., Calzetta, J. J. (2010). La escritura y el otro. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-031/330>
- Oberkirch A. (1983). Personal writings in psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 37(2), 265–272. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1983.37.2.265>
- Orlievsky, D., Pérez Martín, R., Borda, D., Bitting, C., & Astorga, M. (2021). Language Habilitation Through Typing Program for Non-Speaking and Minimally-Speaking People with Autism: The Phaedrus Approach (Chapter 20). En: Papanephytou N. L. y Das U. N. (editors). *Emerging Programs for Autism Spectrum Disorder* (First Edition, pp. 337–354). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-85031-5.00003-7>
- Pennebaker, J. W. (2018). Expressive Writing in Psychological Science. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 13(2), 226–229. <https://doi.org/10.1177/1745691617707315>
- Pennebaker, J. W., Booth, R. J., Boyd, R. L., & Francis, M. E. (2015). Linguistic Inquiry and Word Count: LIWC 2015. Austin, Texas (TX): Pennebaker Conglomerates. https://s3-us-west-2.amazonaws.com/downloads.liwc.net/LIWC2015_OperatorManual.pdf
- Pérez Fernández, F., & Peñaranda Ortega, M. (2017). El debate en torno a los manicomios entre los siglos XIX y XX: El caso de Nellie Bly. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 95–112. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000100006>
- Pérez Martín, R., Borda, D. E., & Orlievsky, D. (2023). La escritura como intervención en salud mental y salud pública: revisión a 25 años del abordaje Phaedrus para el autismo. *Revista Argentina de Salud Pública*, 15, e102. <https://rasp.msar.gov.ar/index.php/rasp/article/view/829>
- Pierro, L., Servidei, G., Pretagostini, R., Stabile, D., Nudo, F., Lai, S., Aceto, P., Poli, L., Fazzari, E., & Lai, C. (2022). Effectiveness of Expressive Writing in Kidney Transplanted Patients: A Randomized Controlled Trial Study. *Healthcare* (Basel, Switzerland), 10(8), 1559. <https://doi.org/10.3390/healthcare10081559>
- Rigoli, J. (2001). Lire le délire. Aliénisme, rhétorique et littérature en France au XIXe siècle. Fayard.
- Robinson, H., Jarrett, P., Vedhara, K., Tarlton, J., Whiting, C., Law, M., & Broadbent, E. (2022). The effect of expressive writing on wound healing: Immunohistochemistry analysis of skin tissue two weeks after punch biopsy wounding. *Journal of Psychosomatic Research*, 161, 110987. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110987>
- Romy, K., & Unterfinger, E. (2019). La expresión de los pacientes psiquiátricos en torno a 1900. SWI swissinfo.ch. <https://www.swissinfo.ch/spa/multimedia/arte-ypsiqui%C3%ADa-la-expresi%C3%B3n-de-los-pacientes-psi%C3%A1tricos-en-torno-a-1900/44839816>
- Rosenfeld, S. & Sujarchuk, S. (2018). Autismo: lenguaje, cuerpo y escritura. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 29(141), 330-333. Recuperado a partir de <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/279>
- Rúas, J., Fernández, M., & Puentes, I. (2012). Aplicación de la herramienta LIWC al análisis del discurso político. *Actas del 2do. Congreso Nacional sobre Metodología de la Investigación en la Comunicación*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4227297>
- Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16(45), 163–188. Escuela Nacional de Antropología e Historia, México. <https://www.redalyc.org/pdf/351/35112428008.pdf>
- Swain, G. (1994). *Dialogue avec l'insensé*. Gallimard.
- Travagin, G., Margola, D., & Revenson, T. A. (2015). How effective are expressive writing interventions for adolescents? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 36, 42–55. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.003>
- Travers, J. C., Tincani, M. J., & Lang, R. (2014). Facilitated Communication Denies People With Disabilities Their Voice. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 39(3), 195–202. <https://doi.org/10.1177/1540796914556778>
- Velarde Lizama, V. (2012). Los modelos de la discapacidad: Un recorrido histórico. *Revista Empresa y Humanismo*, XV(1), 115–136. <http://dx.doi.org/10.15581/015.15.4179>

De la religión del trabajo a la locura

From the religion of work to the madness

Eduardo Mahieu¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i163.531>

Resumen

A partir de una cita apócrifa de Sigmund Freud alrededor del trabajo y la salud mental, efectuamos una pesquisa histórica que conduce desde la creación de los primeros conventos en el siglo IV de nuestra era, hasta los trabajos del psiquiatra alemán Hubertus Tellenbach. Curiosamente, siguiendo dicho hilo conductor, encontramos la noción de forma-de-vida que el filósofo italiano Giorgio Agamben explota en su trabajo sobre el monaquismo, y sobre todo, y de manera imprevista, la obra central del sociólogo alemán Max Weber *La ética protestante y el espíritu del capitalismo* que reúne religión y éxito económico con un alto costo subjetivo. Así enfocados, ellos hace surgir una figura de una gran frecuencia en la clínica más contemporánea: el tipo melancólico de Tellenbach como una de las caras del espíritu de nuestro tiempo.

Palabras clave: trabajo, tipo melancólico, Tellenbach, burn out, desgaste profesional

Abstract

Starting from an apocryphal quote by Sigmund Freud about work and mental health, we carry out a historical investigation that leads from the creation of the first convents in the 4th century AD, to the works of the German psychiatrist Hubertus Tellenbach. Curiously, following this common thread, we find the notion of form-of-life that the Italian philosopher Giorgio Agamben exploits in his work on monasticism, and above all, and in an unexpected way, the central work of the German sociologist Max Weber The Protestant ethic and the spirit of capitalism that brings together religion and economic success at a high subjective cost. Focused in this way, they raise a figure of great frequency in the most contemporary clinic: the melancholic type of Tellenbach as one of the faces of the spirit of our time.

Keywords: work, melancholic type, burn out, Tellenbach

RECIBIDO 10/7/2023 - ACEPTADO 6/11/2023

¹Médico psiquiatra, Département de psychiatrie, Groupement Hospitalier de Territoire Grand Paris Nord-Est, Centre Hospitalier Intercommunal « Robert Ballanger », Aulnay Sous-Bois, Francia.

Correspondencia:

dr.eduardo.mahieu@free.fr



De la religión del trabajo a la locura

Nuestros colegas del grupo «La Otra psiquiatría», con la colaboración del Servicio de Psiquiatría y Salud mental del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, propusieron para las XIX Jornadas internacionales llevadas a cabo el mes de junio del 2023, y a las cuales nos invitaron a participar, el título general: ¿Qué nos ata a la vida? Si bien una de las facetas de la pregunta encaraba de modo intencional hacia el suicidio, nosotros probamos con otra: el trabajo. Fuimos inspirados por la cita (mas o menos apócrifa) del psicoanalista Sigmund Freud (1856-1939) quién habría respondido a la pregunta de un periodista sobre qué es lo que cuenta en la vida: «Love and work, that's all there is» [«Amor y trabajo, eso es todo lo que hay»], que el psicoanalista Erik Eriksson (1902-1994) relató haberla escuchado en Viena como atribuída a Freud y, por otro lado, también nos inspiró la noción de forma-de-vida del filósofo italiano Giorgio Agamben, puesto que en ambas el trabajo aparece como algo esencial para ligarnos a la vida.

Tomando en cuenta que si bien es cierto que la supuesta cita de Freud no aparece en ningún lado, existe en cambio todo un desarrollo sobre el trabajo en una singular y larga nota de pie de página en *Malestar en la cultura* (Freud, 1930), en la que lo pone en contrapunto al amor erótico como medios esenciales para obtener la «felicidad» en la vida, y entonces ¿por qué no atarse? Por su parte, Agamben explora en su trabajo *Altísima pobreza* sobre el movimiento cenobítico (el monaquismo) (Agamben, 2011), la búsqueda de un «vivir bien», comparable al paraíso, y que se relaciona fuertemente con el trabajo manual.

Finalmente, si retomamos ambas perspectivas junto a otros autores como el sociólogo alemán Max Weber (1864-1920) y los psiquiatras de Heidelberg Hubertus Tellenbach (1914-1994) y Alfred Kraus (1934-2022), podemos permitirnos argumentar sobre el trabajo como una manera de atarnos a la vida que puede llevarnos también hasta la locura, como trataremos de ver.

I. La ética freudiana del trabajo

A la cita apócrifa de Freud se le puede aplicar el dicho italiano: *Se non é vero e ben trovato*. Así vemos que en el segundo capítulo de su libro sobre el *Malestar en la cultura*, indagando sobre el «fin» o el «propósito» de la vida humana, Freud evoca un cierto malestar, opuesto a ese «objetivo vital» que constituye la búsqueda de la felicidad [*Glück*], y que el sitúa en tres fuentes: el cuerpo, el mundo exterior y las relaciones con otros

seres humanos. Notemos que Freud dice que cada una de ellas es, a su vez, fuente y medio de la felicidad, ya sea en el camino de la satisfacción de todas las necesidades corporales o de la conquista del mundo exterior gracias a la técnica, o aún por el hecho de reconocerse miembro de la comunidad humana («trabajar juntos para la felicidad de todos», dice Freud). Evidentemente, si hay «malestar» es que los dispositivos no funcionan tan bien como se podría esperar: se sufre y algo hay que hacer.

A partir de allí, Freud explora diferentes proposiciones. Después de haber evocado la toxicomanía como «el más brutal, pero el más eficaz de los métodos», propone otra técnica consistente en «transponer» los objetivos instintivos para que el mundo exterior ya no pueda oponérsele más, entendiéndolo por ello la sublimación. Sin embargo, para él el mejor resultado se logra mediante la labor intelectual [*intellektueller Arbeit*]: en tal caso, el destino «ya no puede más gran cosa contra usted», dice. Algo que es válido también en el caso del artista. Sin embargo, nos alerta sobre el hecho que el defecto del método intelectual es que sólo está al alcance de algunos, y aun así no nos pone a salvo de los golpes del destino. Freud confiesa finalmente que ninguno de estos métodos se puede comparar al saciado de deseos pulsionales groseros y primarios.

Berufsarbeit: del otro valor del trabajo

De manera significativa, es al final de estos párrafos que introduce la nota de la que hablamos y que se refiere explícitamente al trabajo, pero esta vez de ése que está al alcance de cualquiera. Veamos entonces qué dice la nota. Freud escribe en ella, que en el caso general, es decir el caso ordinario, en ausencia de un don [*Veranlagung*] especial que nos guíe con seguridad en la vida, es el «simple trabajo profesional» [*Berufsarbeit*], tal como cada uno puede ejercerlo en la vida, el que puede cumplir ese rol. Inmediatamente aclara que no le es posible en un vistazo tan sucinto explayarse suficientemente sobre «el gran valor del trabajo» [*Arbeit*] desde el punto de vista de la economía libidinal. Destaquemos aquí la distinción establecida entre el trabajo en general [*Arbeit*] y el trabajo profesional [*Berufsarbeit*], lo que nos será útil más adelante. Prosigamos la lectura sobre su apreciación del trabajo: «Ninguna otra técnica de conducta vital [*Lebensführung*] ata al individuo más sólidamente que ella a la realidad [*Realität*] o al menos a esa parte de la realidad que es la comunidad humana [*menschliche Gemeinschaft*]». Como vemos, no estamos tan lejos

del atar la vida del que partimos. Aparece también que Freud utiliza aquí nuevamente una terminología precisa proveniente de dos categorías sociológicas utilizadas a partir del siglo XIX: por un lado, la comunidad [*Gemeinschaft*] antigua, en la cual prima el lazo orgánico de solidaridad, se es miembro de un cuerpo social, no por elección sino por naturaleza, y la comunidad prima sobre el individuo. A ella se opone la sociedad [*Gesellschaft*] en el sentido moderno, que es una asociación libre de individuos en el cual cada uno prima sobre el todo. Retengamos por ahora que tal vocabulario que notamos en Freud parece apuntar de manera general hacia un pensamiento habitualmente muy poco asociado a su obra, como trataremos de ver.

La nota prosigue señalando la posibilidad de desplazar al trabajo profesional [*Berufsarbeit*] –y a las relaciones humanas que se le vinculan– «una parte muy considerable de los componentes narcisistas, agresivos y hasta eróticos de la libido, que le confieren a aquellas actividades un valor [*Wert*] que nada cede en importancia al que tienen como condiciones imprescindibles para mantener y justificar la existencia social» (Freud, 1930). No dejemos pasar aquí la polaridad que establece Freud entre un «valor» personal y un «valor» social del trabajo, entre los cuales sabemos que se desliza un fuerte malestar.

... o el imperio de la necesidad

Prosigamos leyendo: «La vida (o actividad) profesional [*Berufstätigkeit*] ofrece particular satisfacción cuando ha sido libremente elegida, es decir cuando permite emplear mediante la sublimación inclinaciones preexistentes y tendencias instintivas evolucionadas o constitucionalmente reforzadas». Pero luego lo vemos relativizar con su escepticismo habitual tales propósitos, aparentemente optimistas, cuando constata por un lado que los hombres no se abalanzan sobre el trabajo [*Arbeitsscheu*] como camino a la felicidad, y sobre todo cuando afirma que «la inmensa mayoría de los seres sólo lo hacen bajo el imperio de la necesidad», lo que trae los «consabidos problemas sociales» (Freud, 1930). Nos encontramos entonces con un retorno del malestar en una polaridad que va de la libertad del *Beruf* a la obligación del *Arbeit*. Quizás podamos medir la importancia de la incidencia terminológica si no olvidamos que en Alemania, en la década que sigue a la escritura del texto de Freud, la divisa «*Arbeit mach frei*» («El trabajo hace la libertad») se instala en las puertas de los campos de concentración y de exterminio.

Asimismo, advertimos también en este último párrafo una cierta prudencia: Freud no se decide a cruzar

el umbral de los viejos debates teológicos de la época de Martín Lutero (1483-1546) sobre quién elige, cuáles son los elegidos y qué pasa con los otros. Al mismo tiempo, la nota de Freud nos incita a pensar que no se aventura en regiones lejanas a su pensamiento sin una cierta orientación, cuyo origen trataremos de situar, luego de hechar un vistazo a lo que propone el italiano Agamben.

2. La forma-de-vida religiosa según Agamben

Tomemos entonces la otra pista: el filósofo italiano recuerda que «Los griegos no disponían de un término único para expresar lo que nosotros queremos decir con la palabra vida. Se servían de dos términos semántica y morfológicamente distintos: *zoe*, que expresaba el simple hecho de vivir común a todos los vivientes (animales, hombres o dioses) y *bios*, que significaba la forma o manera de vivir propia de un individuo o de un grupo» (Agamben, 1995). En un trabajo posterior Agamben (Agamben, 2014) concluye, luego de un estudio de la genealogía de la noción de vida en la cultura occidental a través del *Corpus Hippocraticum*, que la misma no es de origen médico-científica, sino un concepto filosófico-político. Y luego, tenemos su propio aporte: «Con el término forma-de-vida entendemos, por el contrario, una vida que no puede separarse nunca de su forma, una vida en la que no es nunca posible aislar algo como una nuda vida» (Agamben, 1995). Es este nudo que ata *zoe* a una forma, y que constituye una de las nociones esenciales de su proyecto *Homo sacer*, el que nos va a interesar hoy en nuestro abordaje de atar la vida al trabajo.

Una liturgia ininterrumpida: *ora e labora*

El libro de Agamben *Altísima pobreza* (Agamben, 2011) trata de las reglas de vida monásticas escritas entre los siglos IV y V de la era cristiana, en la búsqueda de una forma-de-vida que aparece ya fuertemente anudada al trabajo junto con la oración. Este paso por el origen del monaquismo o cenobitismo le permite mostrar cómo, muy precozmente, el trabajo, esencialmente la labor manual, se intercala entre plegarias y rezos en la vida dedicada al amor de Dios, dotándose así de un valor particular. Ya desde la fundación de los primeros conventos por San Pacomio en Egipto y San Basilio en Turquía, el trabajo adquiere un valor de *Opus dei* (Obra de Dios), más allá de las meras necesidades de la vida. Es posible encontrar aquí una cierta resonancia con el valor del trabajo que señala Freud

en su nota, entendido como un valor situado más allá de la existencia social.

La gran tentación de los monjes es, según Agamben, la voluntad de construir sus vidas como una liturgia total e ininterrumpida, que toma al pie de la letra la prescripción paulina: *Orad sin cesar* (Tes, 5, 17). Su libro expone cómo los monjes se libran a una escansión cronométrica del tiempo humano sin igual, que ni siquiera se puede comparar a nuestra más familiar producción industrial taylorista. De acuerdo a él, allí se origina la *ascesis monástica*, que no es más que una disciplina voluntaria del cuerpo y del espíritu que tiende a una perfección, en este caso algo así como la vida de los ángeles. Con respecto a la versión de Freud, que es muy terrenal, en el tema que trata Agamben se ata al mismo tiempo la vida de acá y la del más allá. Lo que funciona como «reloj» son la plegarias y la vida terrenal debe regularse como un *horologium vitae* que reparte el día entre plegarias, lectura y trabajo manual. La obra de las manos, el trabajo, se vuelve así una parte indistinguible del *Opus dei*, implicando una espiritualización de toda la actividad vital del monje. De acuerdo al autor italiano, el dispositivo puede ser visto como un importante «precursor de la ascesis protestante del trabajo del cual el capitalismo representa, según Max Weber, la secularización» (recordemos que «secularización» es la acción de sutraer una función o una institución social a la dominación y la influencia religiosa o eclesiástica para ponerla en manos de laicos o poderes públicos).

Vemos entonces que Agamben tiende un lazo desde San Pacomio hasta Weber, al cual nosotros le agregaremos enseguida el tramo que suponemos va hasta Freud. Pero antes de retomar dicho hilo, notemos dos cosas: esta «hibridación» (como dice Agamben) entre el trabajo manual y la plegaria, entre la vida y el tiempo, se llama *meditatio*, y a partir del siglo IV, cuando se difunde la práctica de la lectura silenciosa, es ella la que permite la escansión del tiempo durante toda la jornada. Destaquemos que, por otra parte, dicha práctica se presenta como el remedio por excelencia contra un mal esencial que afecta a los monjes: la acedia. Sabemos que el término designa en su origen un estado de aburrimiento, una pereza moral y una indiferencia hacia las obligaciones religiosas, que muchas veces ha sido asimilada posteriormente a nuestra secularizada depresión.

3. Max Weber: el lado oscuro del trabajo

Lleguemos entonces hasta Weber. No nos consta que Freud haya citado en alguna parte de su obra al célebre sociólogo alemán. Sin embargo, y aunque tampoco lo cite en ella, pensamos que esta nota constituye un in-

dicio cierto de que lo conoce bien, ya que se expresa con un lenguaje ciertamente weberiano. Veamos lo que queremos decir: al referirse al trabajo, y más precisamente al trabajo profesional y su «gran valor para la comunidad humana», Freud usa términos que son más vale nociones, un hecho que se pierde de vista en la mayoría de las traducciones. Por ejemplo, cuando Freud habla de «conducta vital» o «conducta de vida», lo hace utilizando el término de *Lebensführung*, que es una noción sociológica asimilada a los trabajos de Weber. Del mismo modo, si bien Freud utiliza algunas veces el término más genérico de *Arbeit* para designar al trabajo, resaltemos que en la nota que nos interesa introduce el término *Beruf*, que designa sobre todo una ética profesional y de trabajo específica. ¿De qué se trata?

Un ascetismo monástico generalizado

En su libro escrito en 1904, y tantas veces comentado, *La ética protestante y el espíritu del capitalismo* (Weber, 2000), Weber argumenta que uno de los ejes de la Reforma protestante es el hecho de extraer fuera del convento al *modelo monástico del ascetismo* para imponerlo al mundo laico, exigiendo de cada creyente «el deber de ser un monje o un santo durante toda su vida». Tal operación parece ser el resultado de una articulación entre la *ascesis* (el término griego *askêsis* significa «ejercicio» o «entrenamiento») y una ética particular de trabajo. El operador principal de este salto es la noción de *Beruf*, la misma que Freud introduce en su nota. En la primera parte de su libro Weber demuestra el fundamento del *Beruf* en los valores religiosos que conducen los hombres a aspirar a un «modo de vida metódico» basado en la eficacia y el éxito, principalmente en el dominio profesional. De acuerdo con Weber, el término adquiere su sentido político-religioso a partir de la traducción alemana de la Biblia realizada por Lutero en el siglo XVI.

Tanto *Beruf*, como su equivalente inglés *calling* (y algunas otras veces el término latino *vocatio*), siguen teniendo su connotación religiosa en el momento en el que los utiliza Freud. La idea que promueve la Reforma es que existe una sola manera de vivir que le plazca a Dios, y que tal forma ya no es más la superación de la moral intramundana mediante la ascesis monástica, sino la realización exclusiva de sus deberes terrenales, que surge para cada individuo de la posición que es la suya, y que constituye por ello mismo su *Beruf*. En otros términos, el *ascetismo intramundano* implica realizar su deber hacia Dios en el seno de las *profesiones temporales*, lo que en retorno dota de un

valor religioso al trabajo temporal cotidiano, reuniéndose en ese aspecto con la lógica del monaquismo que vimos en el pensamiento de Agamben.

El decreto divino: la predestinación

Para entender mejor esta transformación, Weber demuestra en su libro la fuerte articulación teológica del *Beruf* con la doctrina escatológica de la «predestinación» [*Gnadenwahl*] (escatológica, es decir perteneciente a la vida del más allá, la otra vida, si podemos llamarla así), la cual rompe con la ética católica de la elección por las «buenas acciones» y del «libre albedrío». En dos palabras, la predestinación evoca que en un acto de voluntad secreto y arbitrario Dios ha predestinado por decreto ciertos hombres a la vida eterna, para la glorificación de su gracia, y ha condenado a otros a la muerte eterna en el infierno. De acuerdo a ella, la *salvación eterna* en el más allá a la que todos los creyentes aspiran, no depende en nada del mérito personal. Pero paradójicamente, en su abismal soledad interior, el sujeto creyente de la Reforma sólo puede percibir o deducir signos que le permitan intuir si forma parte de los *electi* a través de sus actos y uno de ellos es volverse rico gracias a su trabajo encarnizado. Weber no deja de señalar « los tormentos engendrados por este dogma » que piensa dotado de una «inhumanidad patética». Según otros, el mismo habría desencadenado epidemias de angustias, de actitudes desesperadas, de un imaginario persecutorio y hasta suicidios. Isabelle Kalinowski, a cargo del aparato crítico de la edición francesa del libro de Weber que consultamos, señala que se subestima el grado en el cual la teología calvinista de la predestinación aterrizó el imaginario de los ingleses entre mediados del siglo XVI y la Guerra civil (siglo XVII). Sus trazas son visibles en la literatura de los puritanos, pero también en obras como *La trágica historia del Dr. Faustus* de Christopher Marlowe, la *Anatomía de la melancolía* de Robert Burton, y los *Sonetos sacros* de John Donne (Stachniewski, 1991).

De la conducta de vida al espíritu del capitalismo

En el terreno de la «conducta de vida» (la *Lebensführung* que Freud introduce en su nota), la dialéctica notada por Weber que va del ascetismo a la disciplina, es considerada como uno de los signos que puede ser interpretado como apaciguante (si trabajas duro, por algo será), ya que el Dios del calvinismo no exige de los suyos una cierta cantidad de «buenas acciones» sino la «santidad por las obras» vuelto sistema. Y al

igual que en el convento medieval, el *medium* para lograrlo es siempre el trabajo: «El trabajo no es más que el viejo método ascético probado y valorizado desde siempre por la Iglesia de Occidente» (Weber, 2000), dice Weber, antes de precisar que «No es el trabajo en sí, sino una profesión racional asignada lo que constituye la exigencia divina». Ocurre entonces que a partir de Lutero, «El ejercicio de una profesión (*Beruf*) ejecutado sin respiro [es] presentado como el medio más probante de acceder a [una] certitud de sí mismo. Solo el trabajo [puede] disipar la duda religiosa y brindar la certeza sobre el estado de gracia», apunta Weber (Weber, 2000). El lema es que «No se trabaja solamente para vivir, se vive para trabajar» (Weber, 2000). Y en tal marco, « [La búsqueda de la ganancia] cuando se identifica al ejercicio profesional, no solamente es lícita moralmente: es un verdadero mandamiento» (Weber, 2000). Querer ser pobre equivale a querer ser un enfermo. La providencia divina prevee para todos los hombres sin distinción una profesión (*Beruf, calling*) que cada uno debe reconocer. Ya no es más un destino sino «una orden dada por Dios al individuo a quien le dice de obrar para su gloria» (Weber, 2000).

Evidentemente, tal mandato implica dejar de lado «El goce instintivo de la vida, que desviaba igualmente del trabajo y de la piedad» (Weber, 2000). La abstinencia entra así en el ascetismo. Para Weber, «El ascetismo se abatió como una escarcha [*reif*] sobre la jubilosa Inglaterra de antaño». El hombre tiene deberes hacia la fortuna que se le ve confiada, lo que pesa sobre la vida como una «capa glacial». Cuanto más crece la fortuna, más se ve penetrado el hombre del sentimiento de su responsabilidad que «le impone conservar intacto su bien para la gloria de Dios y multiplicarlo trabajando sin descanso» (Weber, 2000) (lo que constituye una versión más religiosa de la célebre «acumulación primitiva» de la que habla Carlos Marx en el capítulo 8 de *El Capital*, aunque no dejen de existir relaciones entre ambos, como cuando Marx incluye por ejemplo la apropiación de los bienes de la Iglesia en Inglaterra como una de sus fuentes). Tal es el famoso «espíritu» de Weber: «La valorización religiosa del trabajo de la profesión temporal, ejercida sin respiro y de modo permanente y sistemático, y considerado como el medio supremo de la ascesis, así como la confirmación más certera y más visible de la elección de un hombre y de la autenticidad de su fe, fue necesariamente el fermento más poderoso de la expansión de la concepción de la vida [*Lebensauffassung*] que hemos designado aquí como el «espíritu» del capitalismo».

Una jaula de hierro

«Escarcha» o «capa de hielo», las metáforas de Weber no son muy halagadoras. Aun más, en los párrafos finales de su libro deja una constatación más sombría que la de la nota de Freud (quién se contenta de hablar de pereza al trabajo [*Arbeitsscheu*]). ¿Qué piensa Weber? «El ascetismo intramundano tuvo el mismo destino que su predecesor de la Edad Media» (Weber, 2000). ¿Por qué? La razón es que la ética protestante contribuyó al impulso de la Revolución industrial, quien a su vez, ironía de la historia, desanimó al espíritu por un giro que no fue bien previsto por los teólogos. La conclusión que saca Weber es que: «A partir del momento en que la ascesis dejó la célula monástica para ser transportada a la vida profesional, y que empezó a ejercer su imperio sobre la moralidad intramundana, contribuyó a su manera a construir el poderoso cosmos del orden económico moderno, tributario de las condiciones técnicas y económicas de la producción mecánica y mecanizada, cuya coerciones aplastantes determinan el estilo de vida de todos los individuos que nacen en sus engranajes –y no solamente de aquellos que ejercen directamente una actividad económica– y lo determinarán quizás hasta que el último quintal de carburante fósil haya sido consumido». Baxter –uno de los teólogos protestantes ingleses que estudia Weber en su libro– «quería que el cuidado de los bienes materiales no pesara sobre la espalda de los santos más que como «un fino manto que se puede quitar a todo momento». Pero, «el destino quiso que dicho manto se vuelva una dura *jaula de hierro* [*stahlhartes Gehäuse*]». «Hoy, el espíritu ascético no anima más esta jaula [...] El capitalismo victorioso no lo necesita más desde que posee el sostén de una base mecánica [...] y la idea del 'deber profesional' [*Berufspflicht*] yerra en nuestras vidas como un espectro [*Gespent*] de las creencias religiosas de antaño». Y tal espectro, que recuerda a otros, no es más que la faz oscura del *Beruf* que tanto elogia Freud en su nota... Weber termina el párrafo con un lirismo melancólico inspirado por el Nietzsche del «último hombre»: «Nadie sabe más quién va a habitar esta jaula, ni si conoceremos al término de esta terrible evolución profetas completamente nuevos, o un poderoso renacimiento de concepciones antiguas y de ideales del pasado; o, si ninguna de estas hipótesis se verifica, una fosilización mecanizada, envuelta en un manto de arrogancia» (Weber, 2000).

4. El «tipo» de Hubertus Tellenbach: un espectro clínico

Pensamos que el psiquiatra alemán Hubertus Tellenbach, uno de los últimos representantes brillantes de la célebre Escuela de Heidelberg, descubre, detrás del cuadro clínico que describe, al sujeto afectado por el «espectro» errante que menciona Weber en su libro. Aunque tampoco lo cite, creemos que tal descubrimiento se plasma en su obra de 1961 *La melancolía. Visión histórica del problema: endogenidad, tipología, patogenia y clínica* (Tellenbach, 1979), en la que presenta los resultados de una catamnesis (*follow up*) de 119 pacientes melancólicos, dados de alta de la Clínica Universitaria de Heidelberg, en el cual propone su idea más original: el tipo melancólico [*typus melancolicus*]. ¿Qué clase de tipo es éste?

La fijación a un orden

Tellenbach establece una lista comportando una decena de características de un cuadro que considera como «premórbido». La primera de ellas resulta ser determinante para el resto de la serie: la fijación singular a un orden. La precisión terminológica no nos parece inútil aquí tampoco: Tellenbach dice que es el psiquiatra alemán Jürg Zutt (1893-1980) quien introduce la noción de «orden» en psiquiatría en 1953 en su libro *Über Daseinordnungen*. El término *Ordnung* se traduce por orden, regla, reglamento, mientras que *Ordensgemeinschaft* significa comunidad religiosa. El psiquiatra franco-húngaro Joseph Gabel (1912-2004) traduce *Daseinordnungen* por «coordenadas de la existencia» (Gabel, 1962). Vemos entonces que las temáticas que abordamos precedentemente con Freud, Agamben y Weber también pueden econtrarse alojadas aquí.

En el caso de los pacientes de Tellenbach, tal orden se manifiesta en el dominio doméstico familiar y sobre todo en el trabajo, cuyo fervor lo sorprende así como su carácter extremadamente concienzudo. Sus pacientes muestran una meticulosidad escrupulosa en el trabajo que afecta tanto la calidad como la cantidad. Otro aspecto que le resulta notable, y que recuerda el proyecto de los monjes de los que habla Agamben, es la ausencia de pausa en su obrar: «El día es una unidad de trabajo y de orden», dice Tellenbach. Por ejemplo, agrega describiendo uno de ellos «comienzo de la jornada a las tres de la mañana con el trabajo en el campo, seguido de ocho horas de trabajo en la fábrica y luego las tareas domésticas hasta horas tardías». Todo debe

estar impecable. Otro paciente que nos resultaría más familiar le confiesa que el trabajo lo persigue hasta su hogar «y [que] no logra desconectarse». Tellenbach señala que la mayoría de sus pacientes no toman vacaciones regularmente y que, contrariamente a lo que podría esperar un cierto sentido común, tal gran cantidad de trabajo ejerce sobre ellos una especie de fascinación de la cual no pueden escaparse. También nota que estas personas atan sus vidas al trabajo a la vez de manera muy rígida y muy precaria, ya que dicha fascinación los conduce a un *círculo pernicioso*, puesto que la precisión no debe sufrir ninguna merma. De acuerdo a lo que ha observado, Tellenbach confirma que estos sujetos pueden permanecer mucho tiempo en un equilibrio precario, pero basta que alguna de las tendencias se vuelva preponderante y el *Dasein* se zambulle en un círculo que ahora se torna crítico.

Tellenbach nota además otra cosa: a estas personas se les aplica el dicho de un conocido francés, *el infierno son los otros*, ya que todo su mundo de relaciones depende del trabajo: su ser-para-los-otros se manifiesta como un trabajo-para-los-otros de un modo tan alienante que el sujeto «Huye constantemente de la libertad de disponer libremente de él mismo y encuentra en el otro su identidad». Este ser-en-el-otro es lo que Tellenbach afirma como el hecho que la «comunidad de vida» deriva de la «simpatía hacia lo simbiótico». Como en la ética teológica de la que habla Weber, en este caso la persona concibe su trabajo como una prestación gracias a la cual corrobora el derecho al amor del otro, ya no divino. Pero «no [busca] el agradecimiento del otro [puesto que] no quiere contraer una deuda de reconocimiento» (Tellenbach, 1979). Se abre así un abismo posible que va *de la deuda a la falta*, con consecuencias terribles ya que cualquier alteración del orden de esta transacción constituye una amenaza para el ser en su integralidad. Dada su alienación, dichas personas no se encuentran en situación de poder ser-por-sí-mismos y toda pérdida del orden equivale a una pérdida concomitante de «su inserción» en su mundo más personal.

Ocurre entonces que los pre-melancólicos, en los casos que presenta Tellenbach, se aferren a una «identidad de rol», lo que le aparece con particular evidencia en la esfera del trabajo, un *aferramiento* que no se puede soltar sin que medie una catástrofe. El mismo le parece tan firme que el paciente sacrifica su individualidad detrás de un «comportamiento de rol hipernómico» o «hipernormal». Tellenbach constata este estado de cosas cuando afirma que «es el trabajo

mismo el que le da su sentido al *Dasein*» (Tellenbach, 1979), lo que explica que tal actividad no tenga jamás fin y que su temporalidad quede reducida a una multiplicación de tareas.

La deuda y la falta

Aunque Tellenbach no insista mucho sobre este punto, él considera en su libro a este tipo de conciencia como una *secularización* en proveniencia de la esfera religiosa. Sabemos que el filósofo alemán Walter Benjamin (Benjamin, 2019) llamó la atención sobre «la ambigüedad demoníaca de la palabra *Schulde*» en lengua alemana, por la cual las deudas financieras (*Schulden*) son siempre ya un índice de culpabilidad legal, moral y afectiva (*Schuld*). Si pensamos en las indicaciones que tomamos del libro de Weber, sabemos que el Dios de Calvino no hubiera exigido más. El miedo de fallar engendra la presión de la falta y torna a la persona extremadamente intolerante a cualquier reproche por parte de los otros. Peor aún, ocurre a veces que por una «simpatía» que recuerda al transitivismo, la persona se haga cargo subjetivamente de «la pereza de los otros»: obedecen literalmente al dicho popular de «sentir vergüenza ajena». De modo paradójico, en el relato de otro paciente que se encuentra en una iglesia, el mismo no quiere desprenderse de su sentimiento de ser deudor gracias a la absolución para entonces deber trabajar el doble. La falta se vuelve una parte constitutiva de su vida y el menor error o pecadillo, aunque remonte a muy lejos, es rumiado sin que el remordimiento, la confesión o la penitencia puedan eliminarlo. Resulta evidente que un equilibrio tan delicado puede verse perturbado de mil maneras, lo que ocurre, por ejemplo, cuando surge el menor sentimiento de disminución, a veces en caso de simples gripes, nota Tellenbach. Si en el universo religioso que analiza Weber, «Querer ser pobre equivale a querer ser un enfermo» (Weber, 2000), aquí, sentirse enfermo es correr el riesgo de ser un pobre tipo, capaz de fallar de manera culpable con respecto a las tareas que se fija él mismo.

Includencia y remanencia

Con la expresión «constelación de includencia», forjada a partir del latín, Tellenbach nombra algo similar a lo que Weber designa como «jaula de hierro». La noción significa un encierro en un espacio imaginario mediante el cual el paciente intenta proteger su *Dasein* contra lo que amenaza su orden, principalmente el azar y la falta. Tellenbach percibe dicho encierro en muchos pacientes justamente en el *Beruf*, principal-

mente en profesiones que permiten la mayor subordinación posible. El resultado paradójico es que los límites del encierro le impiden al mismo tiempo la ejecución regular de su propio mandato. La *inclusionencia* se transforma entonces en la encarcelación en la propia auto-contradicción. Y basta con que la situación reclame un cambio, que imponga una nueva exigencia, para que el equilibrio se desmorone. *Burnout*, como dirá el psicoanalista norteamericano Herbert Freudenberg (1926–1999) casi veinte años después (Freudenberg & Richelson, 1980).

Para tratar la otra cara de la constelación patológica, la *remanencia*, Tellenbach se orienta hacia el filósofo y teólogo dinamarqués Søren Kierkegaard. De acuerdo a lo que reporta Tellenbach sobre lo escrito por el teólogo en *O lo uno o lo otro*, el abatimiento nace cuando no se alcanzan los «objetivos» (alcanzar una existencia propia) y adviene entonces un fracaso culpable: «El hecho de quedarse-atrás-de-sí-mismo», según dice Tellenbach. Desde la perspectiva del trabajo, el malestar puede formularse para Tellenbach del modo siguiente: «te han impedido trabajar y hay que recuperar el tiempo perdido». Y si a la persona le queda algo por hacer, es el sueño lo que pierde, ya que nada puede quedar para el día siguiente. Si se le agrega que la meticulosidad se acentúa, la persona avanza aún más lentamente. Es la otra cara de la autocontradicción en la realización del mandato: «la distancia entre ser y deber se vuelve un abismo», sentencia Tellenbach (Tellenbach, 1979).

El psiquiatra alemán se interroga profundamente sobre un tal encierro en los límites de un orden en un espacio delimitado, organizado de acuerdo a referentes sólidos y límites inamovibles, que dejan un estrecho margen en su interior. Es así que en la segunda edición de su libro en 1976 incorpora los trabajos de su colega de Heidelberg, Alfred Kraus, que considera capitales. De dichos trabajos realizados por Kraus sobre «la identidad» en las psicosis maniaco-depresivas, Tellenbach retiene que el ser-para-sí se aliena en un ser-para-los-otros a través de la «identificación exagerada» a un rol social. Kraus la caracteriza como «sobreidentificación» [*Überidentifikation*]. El hecho que haya elegido el prefijo *Über*, solo se entiende con referencia al rol social, ya que desde otros puntos de vista puede ser considerado como un empobrecimiento identificatorio. Notemos que la «sobreidentificación» de la que habla Kraus no es muy diferente al mandamiento que pesa sobre el sujeto de la ética protestante de Weber, como algo que flota como un espectro sobre

todo el *Zeitgeist* de la época, como dice Weber, y aun más allá, decimos nosotros...

5. *Überidentifikation*: el hábito y el monje

Lo que sabemos sobre el trabajo de los pacientes de Tellenbach y Kraus puede resultar un poco increíble o extraordinario en nuestro universo latino. Ya fue señalada muchas veces la importancia del contexto cultural y geográfico en el que se da su descubrimiento clínico: Alemania y Japón, dos países regidos por una ética de orden particular. Sin embargo, ciertos colegas lacanianos ponen por otro lado el acento sobre lo «ordinario» que pueden resultar los hallazgos de Tellenbach, a tal punto que permiten abordar los cuadros que llevan justamente el nombre de «psicosis ordinaria» (Marret-Maleval, 2011). Por ejemplo, el tipo melancólico de Tellenbach merece varias páginas del libro que el psicoanalista francés Jean-Claude Maleval le dedica al tema, *Coordenadas para la psicosis ordinaria* (Maleval, 2019). Allí se puede leer el comentario de un párrafo del psicoanalista francés Jacques-Alain Miller, quién invita a los clínicos a mantenerse alerta frente a lo que llama las «identificaciones sociales positivas» en los pacientes, y que no son otra cosa que el hecho de que ciertos sujetos contemporáneos se ven demasiado involucrados en su trabajo, es decir que muestran una identificación muy intensa con respecto a su posición social. Son términos que hubiera aprobado Tellenbach, y probablemente hasta el mismo Calvino.

Intrincación de simbólico e imaginario

Sin sorpresas, es posible entonces leer en el libro del francés una descripción clínica que podríamos llamar «weberiana»: habla de sujetos aferrados a una ideología familiar tradicional, “empleados modelo” ávidos de trabajo, dotados de una sensibilidad aguda a la falta y de un gran respeto a la autoridad y la jerarquía. Son personas que siguen «a la letra» los mandatos y que son fácilmente reconocibles en la descripción realizada por Tellenbach, del mismo modo que los monjes se conforman a las mejores reglas monásticas, según lo explica Agamben. Maleval retoma algunas indicaciones psicopatológicas afirmando que en la «sobreidentificación» el paciente se ve «tomado en masa» en el rol que endosa: desde tal perspectiva, el Yo ideal y el Ideal del yo parecen confundirse en una imbricación singular entre lo imaginario y lo simbólico. Y en tales casos, la sobreidentificación pegotea el sujeto a un rol que si no puede ser asumido deja a su ser sin contenido.

Es singular encontrar aquí nuestro punto de partida religioso gracias a la metáfora utilizada en los trabajos de nuestros colegas que siguen esta orientación y que fueron publicados con el título de *La Psicosis ordinaria. La convención de Antibes* (Miller, 1999), que ilustra a la perfección el imbroglío de estas las formas-de-vida que anudan como pueden *zoe* con *bios*, como hubieran dicho los griegos. La metáfora propone que nos orientemos entre la identificación que encontramos frecuentemente en las neurosis y la sobreidentificación de la que hablamos aquí gracias a la dialéctica del conocido refrán que dice que «el hábito no hace al monje» (en donde hábito tiene el sentido de ropaje). En tal caso se juega un rol, mientras que en la versión interpretada por el tipo melancólico, se es ese rol. En el caso de la identificación imaginaria más ordinaria, el sujeto viste un hábito que según la ocasión puede quedarse en el armario, mientras que en la sobreidentificación el sujeto es el monje que queda fatalmente encerrado en su célula monacal, como el espectro en la jaula de hierro de Weber o los pacientes de Tellenbach en la inclusión.

Un cierre provisorio

Cerremos aquí este trayecto bordeando el nudo entre trabajo, religión y locura, que comienza con los monjes de la antigüedad, que pasa por los trabajos del sociólogo Weber y que detenemos alrededor del tipo melancólico de mediados del siglo XX. No tanto porque haya desaparecido, sino porque pareciera que ya no se anude del mismo modo a la religión, como realizando una de las predicciones de Weber. En otra ocasión (Mahieu, 2021) pudimos mostrar la prolongación de dicho trayecto hasta su devenir contemporáneo, que es posible situar con las ideas del psicoanalista norteamericano Herbert Freudenberg quien acuña el término de *burnout* (Freudenberg & Richelson, 1980) (reconocido por la CIE-11 de la OMS. como «Síndrome de desgaste profesional », QD85), y que prosigue con

el filósofo alemán Byung-Chul Han en su ensayo sobre *La sociedad del cansancio* (Han, 2014) donde hace el retrato del «sujeto de rendimiento», que amplía el espectro patológico a la personalidad borderline y al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), productos ya no de una violencia espiritual sino «neuronal», y que no obstante tanto se asemeja a sus predecesores de los que hablamos aquí.

Conflicto de intereses: *el autor declara no tener conflicto de intereses.*

Referencias bibliográficas

- Agamben, G. (1995). «*Forme-de-vie*», *En Moyens sans fins*, Notes sur la politique, Rivages Poche.
- Agamben, G. (2011). *De la très haute pauvreté. Règles et forme de vie*, Payot Rivages.
- Agamben, G. (2014). *Altísima pobreza*, Editorial Pre-textos.
- Agamben, G. (2014). *L'uso dei corpi*, Neri Pozza.
- Benjamin, W. (2019). *Le capitalisme comme religion*, Payot.
- Freud, S. (1930). *Malaise dans la civilisation*, Presses universitaires de France, 1971; *Malestar en la cultura, Obras completas*, Biblioteca Nueva, 1999.
- Freudenberg, H; Richelson G. (1980). *Burn Out. The High Cost of High Achievement*. Bantam Books.
- Gabel, J. (1962). *La fausse conscience*, Editions L'Echappée (2023).
- Han, B-Ch. (2014). *La société de la fatigue*, Circé.
- Han, B-Ch. (2016). *La Sociedad del cansancio*, Herder.
- Mahieu, E. (2021)., De la cage de fer au burn-out. Un siècle entre philosophes et psychiatres, *L'Information psychiatrique*, 97(6), 511-9.
- Maleval, J-C. (2019). *Repères pour la psychose ordinaire*, Navarin Editeur.
- Marret-Maleval, S. (2011). *Mélancolie et psychose ordinaire*, La Cause freudienne, 2(78), 248-257.
- Miller, J-A. (1999). *La psychose ordinaire, La convention d'Antibes*, Agalma (Versión en castellano: La psicosis ordinaria: la convención de Antibes, Paidós, 2003).
- Stachniewski, J. (1991). *The Persecutory Imagination: English Puritanism and the Literature of Religious Despair*, Clarendon Press.
- Tellenbach, H. (1979). *La Mélancolie, Presses universitaires de France* (Versión en castellano: *La Melancolía. Visión histórica del problema: Endogenidad, tipología, patogenia y clínica* (1961), Ediciones Morata, 1976).
- Weber, M (2000). *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Flammarion (Versión en castellano: *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*), Fondo de cultura económica, 2012.

Sobre el pasaje al acto criminal. Historia, definiciones, aspectos forenses

Acting out as criminal impulse. History, Definitions, Forensic aspects

Antonio Avalos¹, María José Riquelme²

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i163.529>

Resumen

El presente artículo se propone llevar a cabo una revisión exhaustiva de la literatura científica existente sobre esta modalidad conductual humana particular, impulsiva y transitoria, que escapa al control consciente del sujeto, desde un enfoque psicopatológico y forense. Para ello, se realizarán puntualizaciones históricas de los diferentes matices de la temática, proporcionando una visión panorámica y crítica de la misma. Se puede decir que se trata de memorias implícitas acerca de situaciones traumáticas pasadas que, a raíz de una reedición presente del evento displacentero mediante un mecanismo disociativo, generan en el individuo una reacción impulsiva agresiva, sobre la cual la persona no dispone de control ni conciencia. Este tipo de comportamiento abre el debate, en el marco de la Psicología y Psiquiatría Forense, sobre la capacidad que tienen los acusados de un crimen, de comprender la criminalidad del acto y dirigir sus acciones, presentando un desafío controvertido para los tribunales de diferentes países. Así mismo, es menester poder entender estas conductas, desarrollar estrategias de prevención más adecuadas, plantear los nuevos abordajes terapéuticos frente al trauma psicológico e intervenir en estas conductas delictivas que ponen en peligro la seguridad, así como el bienestar de la sociedad.

Palabras clave: trauma psicológico, disociación, impulsión, acto criminal, imputabilidad

Abstract

The present article aims to conduct a comprehensive review of the existing scientific literature on this human behavioral modality, impulsive and transient, which escapes the conscious control of the subject, from a psychopathological and forensic approach. To achieve this, historical points about the different nuances of the topic will be made, supplying a panoramic and critical overview of it. It can be said that these are implicit memories about past traumatic situations that, because of a present reenactment of the unpleasant event through a dissociative mechanism, generate in the individual an impulsive aggressive reaction, over which the person has no control or awareness. This type of behavior opens the debate, within the framework of Forensic Psychology and Psychiatry, about the defendants' ability, under these circumstances, to understand the criminality of the act and direct their actions, posing a controversial challenge to the criteria of different courts. Similarly, it is necessary to understand these behaviors, develop more proper prevention strategies, propose new therapeutic approaches to psychological trauma, and intervene in these criminal behaviors that endanger society's safety and well-being.

Keywords: psychological trauma, dissociation, impulsion, criminal act, imputability

RECIBIDO 30/7/2023 - ACEPTADO 4/9/2023

¹Médico especialista en medicina legal y en psiquiatría. Magister en psiquiatría forense. Doctor en medicina y cirugía. Perito y consultor de la defensa pública penal, Poder Judicial de la Provincia de Córdoba, Argentina. ORCID: 0009-0007-9772-330X

²Médica especialista en psiquiatría y medicina legal. Perito oficial del equipo técnico de violencia familiar del poder judicial de la provincia de Córdoba. Miembro del proyecto de Criminología sin fronteras Latinoamérica. Poder Judicial de la Provincia de Córdoba, Argentina. ORCID: 0000-0001-8571-9425

Autor correspondiente:

Antonio Avalos

dr.antonioavalos@gmail.com



Sobre el pasaje al acto criminal. Historia y definiciones

El fenómeno del pasaje al acto violento ha sido objeto de profundo interés e investigación en el ámbito forense tanto como en el ámbito clínico, ya que su comprensión y análisis son fundamentales para poder entender, así como desarrollar, estrategias de prevención más adecuadas e intervenir en estas conductas delictivas que ponen en peligro la seguridad y el bienestar de la sociedad.

A lo largo de las últimas décadas, diversos autores han explorado la relación entre el trauma y la manifestación de comportamientos violentos, buscando establecer vínculos claros y proporcionar una comprensión más profunda de este fenómeno complejo y multidimensional.

El presente artículo se propone llevar a cabo una revisión exhaustiva de la literatura científica existente sobre esta modalidad conductual humana particular, impulsiva y transitoria, que escapa al control consciente del sujeto. Para ello, se realizaron puntualizaciones históricas de los diferentes matices que se fueron adoptando acerca de la temática, proporcionando una visión panorámica, así como crítica.

El tema en estudio trata de una “Particular Modalidad Conductual Humana”, patológica, impulsiva, súbita, inconsciente e incoercible, que escapa al control del sujeto.

Dicha alteración transitoria de la conducta ha sido descrita con diferentes designaciones y matices, en el transcurso de la historia, desde 1905 por Sigmund Freud y, luego, por diversos autores, con los siguientes apelativos: Pasaje al Acto (Muñoz, 2009), Actuación (Vidal, Bleichmar y Usandivaras, 1979), *Acting Out* (Stingo, Toro Martínez, Espiño y Zazzi, 2006), Acto en cortocircuito (Bonnet, 1983), Automatismo, *Raptus*, Rapto o Arrebato (Porot, 1977), Automatismo Sectorial (Endreich, 1994), y Acciones sustitutivas (Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2011).

Estos actos o conductas se suelen observar en procesos penales en los cuales no se puede determinar con precisión la causa del crimen, es decir que no responden, por ejemplo, a motivos pasionales, venganza o robo. De esta manera estos actos habitualmente se interpretan como aparentemente inmotivados, a los que se les atribuyen “motivos del momento”.

Resulta curioso el modo de abordaje de estos fenómenos desde diferentes disciplinas; por ejemplo, mientras que la psiquiatría desarrolló la idea de impulsión, el psicoanálisis los categorizó como *Acting*

Out o Pasaje al Acto y el derecho, como en el caso del derecho penal argentino, los conceptualizó como un modo de reacción o constructo médico legal, al que denominó “emoción violenta”.

Según una de las definiciones psiquiátricas más ilustrativas (Kretschmer), se trata de un “...acto que representa la etapa final de un conflicto muy traumatizante y, por consiguiente, muy rechazado y reprimido en el subconsciente, que, en un momento dado, y como consecuencia de un nuevo evento displacentero, hace eclosión, extracapsulándose del subconsciente y resolviéndose en un ‘acto-cortocircuito’ del que el sujeto no alcanza a tener clara conciencia de todos sus detalles. En razón a que el evento displacentero determinante es siempre muy traumático, la conmoción afectiva es grande y repercute sobre la conciencia opacificándola, constituyendo un estado crepuscular de conciencia” (citado por Bonnet, 1983 p. 390).

Actuación / Acting Out

Vidal, Bleichmar y Usandivaras (1979, pp. 1-3), en la *Enciclopedia de Psiquiatría*, hacen una minuciosa revisión de estos conceptos, a saber:

1. En 1905 fue introducido por Sigmund Freud, bajo el término *Agieren* o Actuación, y luego en 1914 en su trabajo “Recuerdo, Repetición y Elaboración” el maestro vienés lo definió como la “urgencia ineludible en repetir el pasado olvidado, en contraste con el recordar”. En aquel tiempo Freud afirmaba: “... podemos decir que el paciente no recuerda nada de lo que ha olvidado y reprimido, sino que lo actúa (*Agiert*). Lo reproduce, no como un recuerdo, sino como una acción; lo repite, sin saber, desde luego, que lo está haciendo...”.
2. En 1941 Otto Fenichel, en su publicación *Neurotic Acting Out* manifestó que “...es una acción que alivia inconscientemente la tensión interna y produce una descarga parcial de los impulsos rechazados”.
3. En 1950, Phyllis Greenacre, en *Problemas of Acting Out in the Transference Relationship* afirmó: “Nosotros definiremos la actuación como un recuerdo expresado en conducta activa sin el usual recordar con imágenes verbales o visuales”.
4. En 1967 Jean Laplanche y Jean-Baptiste Pontalis, las definieron en su *Diccionario de psicoanálisis*, como “Acciones que representan casi siempre un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de sus actividades, en contraste relativo con los sistemas habituales de motivación del individuo y adoptan a menudo una forma autoagresiva o heteroagresiva”.

5. En 1967 Leo Rangell manifestó que esa reacción: "...puede ser observada principalmente en el curso del psicoanálisis, pero también fuera de él...". Esta concepción adquiere importante relevancia debido a que da cuenta que son comportamientos que no solo fueron observados en el transcurso de tratamientos analíticos, sino que se producen en la vida cotidiana.
6. En 1968 Charles Rycroft, en *A Critical Dictionary of Psychoanalysis* puntualiza: "Se dice que un paciente está actuando cuando se compromete en una actividad que puede ser interpretada como un sustituto del recuerdo de hechos pasados. La esencia del concepto es el reemplazo del pensamiento por la acción e implica: a) que el impulso actuado nunca adquirió representación verbal, b) que el impulso es demasiado intenso para ser descargado en palabras y, c) que el paciente carece de la necesaria capacidad de inhibición...".
7. En 1968 Joel Zac afirmó: "Su psicopatología se explica (desde el punto de vista estructural-objetal) por ruptura del equilibrio precario entre las partes neuróticas y psicóticas de la personalidad, con predominio de estas últimas. La finalidad funcional del *acting out* es expulsar (evacuar) aspectos psicóticos excesivos en un nuevo depositario precario (mundo, mente, cuerpo) y recuperar el equilibrio (homeostasis)...". [...] "Asimismo, se incluyeron en el concepto fenómenos de conducta producidos fuera de una terapia (conductas delictivas, adicciones, actos antisociales, comportamientos psicóticos, etc.) ...". En esta definición de Zac, se reitera que estas reacciones o comportamientos ocurren fuera de la observación de la sesión analítica e incluyen conductas o comportamientos inadecuados.

Lo más importante es que la mayoría de estos autores reconocen, entre sus condiciones previas o etiologías, la presencia de "Traumas Tempranos", que la escuela psicoanalítica vincula, en general, con relación a la conflictiva de la sexualidad infantil a modo de fantasías, concepto que los autores actuales de Trauma Psicológico, cuestionan intensamente. Podemos citar a Van der Kolk (2015), Del Río y González Vázquez (2021) y Cazabat (2002), entre otros. Todos coinciden en que tanto Freud como Jung, en un principio, adherían a la teoría de Janet, considerando que el trauma y el abuso sexual en la infancia estaban en la base de las manifestaciones clínicas patológicas, entre ellas la disociación. Más tarde, Freud abandona la idea de que el trauma estaba detrás de la sintomatología para desarrollar en su lugar

una teoría en torno a la neurosis, en la cual los deseos infantiles y pulsiones reprimidas explicaban este tipo de fenómenos. Desde la perspectiva del Trauma psicológico hoy decimos que aquellos abusos sexuales, no fueron fantaseados, sino que estas personas realmente fueron abusadas e intensamente traumatizadas.

Otras definiciones

Impulsiones

En el *Tratado elemental de Psiquiatría*, Figueras y Zimman, al referirse sobre las impulsiones, afirmaban lo siguiente: "... toda tendencia de acción pasa por una serie de elaboraciones sucesivas y cada vez más complejas, antes de transformarse en un acto. En ocasiones se observa que, a veces, la tendencia de acción origina un acto directamente, sin pasar por las distintas etapas [...] El acto por impulsión, que la psiquiatría clásica denomina impulsos, resulta así impremeditado, generalmente es antisocial e inadecuado en el momento en que se realiza; sus características son las de una verdadera descarga eléctrica; el paciente, bruscamente y sin que medie motivo alguno, golpea al interlocutor o arroja violentamente algo que tenía en la mano, después de lo cual no sabe explicar lo que le ha pasado o bien refiere que "sintió como una electricidad..." [...] "...hay que diferenciar correctamente una impulsión de un acto premeditado. En la primera, la personalidad del paciente asiste como espectador al acto, y después de realizado, no logra explicar qué ha sucedido. En los actos premeditados hay siempre una motivación, la elaboración previa y un fin..." (Figueras y Zimman, p. 52, pp.121-123).

Acto

El *Diccionario de Psiquiatría Clínica y Terapéutica*, de Antoine Porot analizando los términos, *acting-out*, *acting-in* y paso al acto, reconoce el carácter patológico del pasaje al acto cuando expresa: "Estas diferentes acepciones de la palabra "Acto" no son ajenas a la designación de términos que define, en el vocabulario psiquiátrico y psicopatológico, cierta 'patología' del acto humano..." (Porot, 1977, pp. 18-20).

Automatismo sectorial

M. Erdreich, director del *Regional Psychiatric Services* del *Bnai Zion Medical Center* de la Facultad de Medicina de Haifa, Israel, menciona el tema bajo la denominación de "Automatismo Sectorial". Con el mismo se refiere a la misma temática del *acting out* original desarrollado por los psicoanalistas. Dice Erdreich en su texto: "Este artículo trata sobre la conducta delictiva

sorpresiva de un tipo limitado en tiempo y naturaleza. Esta conducta delictiva se manifiesta durante condiciones de vida de estrés propiamente, en las que en el pasado de la persona hay evidencia de psicotraumatización...”, y destaca en las personas que padecen estas reacciones impulsivas a los siguientes patrones típicos o características clínicas: a) una historia psicotraumática, especialmente durante la infancia, y b) una conducta delictiva que comienza repentinamente durante condiciones de vida de estrés que tienen elementos similares a los escenarios traumáticos previos. Más adelante afirma: “El concepto de automatismo sectorial presentado en este artículo es un desarrollo subsiguiente que intenta aclarar y diseminar la idea de que este tipo de conducta delictiva es un capítulo dentro de la medicina de la conducta. Este enfoque fue presentado en 1990 en un artículo bajo el sugestivo título ‘El derecho del delincuente honesto al tratamiento’. La importancia de este concepto está dada respecto al tratamiento de los autores de este tipo de conducta delictiva, por lo que se recomienda una rehabilitación psico-jurídica en vez de prisión para los individuos que sufren automatismo sectorial...” [...] “Las acciones repetitivas compulsivas del individuo parecen ser intentos repetidos de reconstruir escenarios con cualidades similares a esas que aparecieron en su temprana psicotraumatización”. (Erdreich, 1994, pp. 167 - 175)

Actuación

El glosario del *Diccionario de Psicología Forense*, (Tkaczuk, 2005 p. 8) bajo el término Actuación, la define como: “Acto impulsivo donde no media la reflexión previa. Extracapsulación violenta de un conflicto o de un complejo de larga duración y dificultosamente reprimido”.

Stingo, Toro Martínez, Espiño y Zazzi, en su *Diccionario de Psiquiatría y Psicología Forense*, distinguen entre *acting in* y *acting out*, en tanto conductas dentro o fuera de la sesión analítica, se refieren así a todo acto del paciente que implica gestos inconscientes, se trate de conductas y no de palabras únicamente, bajo la forma de fenómenos que irrumpen como hechos fortuitos o accidentales en los que el sujeto no tendría nada que ver de manera consciente, afirman que el paciente actúa en el lugar de recordar. Manifiestan que algunos psicoanalistas franceses lo relacionan con el pasaje al acto, aunque a este le adjudican una dimensión mucho más intensa que puede llegar a poner en riesgo incluso la vida del paciente, por ejemplo, con los “accidentes en acto”. “En realidad -afirman- no se trata en estos casos de actos con una finalidad clara, sino de impul-

sos llevados a la acción de modo inconsciente y que son difícilmente interpretables, ya que en la mayoría de los casos sortean el campo consciente del sujeto, son casi a-simbólicos. Son frecuentes, por ejemplo, en cualquier clase de impulsión” (Stingo, Toro Martínez, Espiño y Zazzi, 2006 pp.27-28).

Impulsividad

Eguíluz y Segarra en su *Introducción a la Psicopatología*, en el capítulo en el que trata las alteraciones de la voluntad, vuelven a desarrollar los conceptos de impulsividad, *acting out* y actos en cortocircuito de Kretschmer bajo el término *Impulsividad*, la cual: “Se puede definir como un bajo umbral para las respuestas activas entre estímulos internos o externos, o bien como una desinhibición motora que se manifiesta en forma de tendencia hacia ciertas estrategias comportamentales orientadas a la acción. La impulsividad a la que se va a hacer referencia aquí sería un acto incoercible y súbito, que escapa al control del sujeto...” (Eguíluz y Segarra, 2013, 236-237)

Acciones sustitutivas

Van der Hart, Nijenhuis y Steele definen a las acciones sustitutivas, como conductas y acciones mentales inadecuadas, de origen disociativo, que se producen en lugar del proceso del pensamiento normal, y lo expresan de este modo: “Las acciones sustitutivas pueden variar en su nivel de adaptación, alcanzando algunas de ellas niveles más adaptativos y complejos que otras. Algunas acciones sustitutivas son conductuales, tales como la activación física o las compulsiones y las autolesiones. Pero muchas de las acciones sustitutivas son de naturaleza mental. Hay veces en que las emociones se vuelven abrumadoras e intolerables. Estas son las emociones violentas, y en sí mismas son acciones sustitutivas de otras formas de afrontar una situación. Los individuos propensos a las emociones violentas pueden utilizar estrategias mentales de afrontamiento desadaptativas” (Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2011 pp. 35 - 36).

Actualización desde la perspectiva de la neurociencias cognitivas y el trauma psicológico

Trauma psicológico

Definimos el trauma psicológico como una experiencia intensa, impactante, que causa efectos negativos y duraderos, que representa una amenaza para la integridad psicofísica de las personas, y que les ocasiona una incapacidad de responder adecuadamente a dicha situación (Solvey y Ferrazano de Solvey, 2012).

¿Cómo procesa el cerebro las experiencias traumáticas?

Los eventos traumáticos o emociones intensas experimentadas durante la niñez son guardados en el cerebro mediante conexiones sinápticas que, normalmente, persisten por el resto de la vida de la persona (Ecker, Ticic y Hulley, 2012). Estas conexiones sinápticas forman parte del conectoma humano. Cabe destacar que el cerebro nunca se detiene en su desarrollo, solo se enlentece (Stahl, 2014). El cerebro consolida las experiencias traumáticas o emocionales intensas, convirtiéndolas en memoria.

Memorias implícitas y explícitas

Las memorias se forman por sistemas de memoria separados en dos modalidades básicas: memorias implícitas y explícitas.

Las memorias implícitas son registros inconscientes. Se encuentran consolidadas y codificadas a modo de aprendizajes conductuales, reacciones emocionales, percepciones del mundo externo y sensaciones físicas, y asimismo como "...generalizaciones a través de la experiencia, elementos resumidos en esquemas o modelos mentales de momentos vividos y eventos..." (Siegel, 2010, p. 63).

Los aprendizajes emocionales o de procedimientos que se convierten en memorias implícitas, se guardan en el sistema límbico subcortical y en el hemisferio cortical derecho.

Estas memorias implícitas pueden impactar en las experiencias actuales sin que la persona reconozca su influencia.

Por otra parte, la memoria explícita involucra el recordar consciente de hechos o eventos. Las memorias explícitas en primer lugar son codificadas en el hipocampo, para luego ser integradas como una memoria autobiográfica a nivel de neocórtex. La memoria explícita es más maleable y nos da una plataforma factual de nuestro entendimiento del mundo, así como un armado de piezas de rompecabezas autobiográficos. En tal sentido la memoria implícita proporciona las piezas, y la memoria explícita las acomoda, construyendo panoramas más completos del todo (Siegel, 2010).

En condiciones adecuadas el sistema de memorias implícitas y explícitas se encuentra integrado. No obstante, cuando una memoria se basa en el trauma o en otras experiencias emocionales intensas, esta integración de los sistemas de memoria implícita y explícita suele no ocurrir. Ecker et al. (2012) han explicado que las memorias implícitas de eventos muy cargados

emocionalmente pueden de hecho sustentar y generar una gran proporción de los síntomas que la gente presenta en una psicoterapia.

Consecuencias de las memorias sin procesar

Las memorias y aprendizajes implícitos pueden influenciar la percepción, los pensamientos y las conductas de maneras que generan distintos tipos de síntomas psicológicos. Las experiencias traumáticas pueden, de hecho, ser guardadas en fragmentos de memoria, como sensaciones, percepciones, emociones, pensamientos, impulsos o reacciones, por ejemplo huyendo de la situación, o agrediendo. Estas pueden volver a emerger e impactar sobre percepciones actuales y la conducta sin el reconocimiento consciente de su origen. El Trastorno por Estrés Postraumático, que surge del trauma intenso, ha recibido más atención, pero muchas experiencias de la niñez, del apego o subsecuentes, tales como humillación, traición, vergüenza, críticas, pérdidas o amenazas, también pueden crear memorias implícitas y aprendizajes que se reactivan en el presente y dominan el procesamiento de información. Esos aprendizajes emocionales implícitos sin procesar se mezclan y confunden con las experiencias actuales, causando respuestas que están invisiblemente relacionadas con el pasado, mientras que impiden los resultados deseados en el presente.

La mayoría de las personas, aún aquellas que se manejan de manera aparentemente adaptativa, llevan numerosas memorias implícitas que repercuten en su conducta actual de maneras inadecuadas.

Francine Shapiro, psicóloga norteamericana, creadora del revolucionario método EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por medio del Movimiento Ocular) validado por evidencia en traumas de veteranos de guerra, en coincidencia con lo expresado anteriormente afirma: "No obstante, a veces las experiencias negativas quedan sin resolución, dejando un residuo de emoción que domina nuestra vida cotidiana..." [...] "Varios neurobiólogos e investigadores de la memoria señalan que los traumas graves y otras experiencias de vida perturbadoras se almacenan en una forma incorrecta en la memoria. En lugar de almacenarse en una memoria explícita o narrativa donde pueden ser recordados sin dolor, se acumulan en una memoria implícita o no declarativa donde conservan emociones y sensaciones corporales que fueron parte del evento inicial. No obstante, cuando ocurre un evento traumático, este sistema de procesamiento innato puede colapsar. Nuestras percepciones de lo ocurrido, lo que vimos, vivimos, oímos, o sentimos, pue-

den estar almacenadas en nuestro sistema nervioso de la misma manera que lo habíamos experimentado...” (Shapiro, 2004, pp. 1-2).

Trauma y síntoma

Bessel Van del Kolk manifiesta que los individuos traumatizados frecuentemente desarrollan un trastorno por estrés postraumático, en el cual la memoria del evento traumático llega a dominar la conciencia de la víctima, quitándole sentido y placer a sus vidas (van del Kolk, 2014).

Señala como efectos más comunes de la traumatización, a síntomas como depresión, agresión contra sí o contra otros, despersonalización, la disociación o la repetición conductual compulsiva de los escenarios traumáticos. Señala al abuso sexual entre las causas más frecuentes. Estas víctimas de violaciones frecuentemente desarrollan a largo plazo miedo, ansiedad, reacciones de sobresalto, asociándose frecuentemente al enfrentar la amenaza.

Los recuerdos traumáticos tienen escasos elementos narrativos, el trauma es revivido como una sensación aislada, huellas motoras y emocionales del trauma sin una línea narrativa (Van der Kolk 2014).

Trauma y disociación

Eduardo Cazabat hace un recorrido sobre la historia del trauma, y plantea la relación entre trauma y disociación “...junto con el estudio del abuso sexual infantil y otras formas de traumatización compleja que provocan reacciones que van de episodios disociativos aislados al trastorno disociativo de la identidad, está lo que hoy denominamos trauma complejo” (Cazabat, 2002 p. 40).

González Vásquez (2010), en su texto sobre Trastornos Disociativos conceptualiza la disociación como una defensa frente a la ansiedad generada por las experiencias traumáticas, que permanecerá como memoria implícita o inconsciente afectando en la persona su humor y su conducta. Asimismo, expresa que la palabra disociación se emplea en la literatura para designar conceptos diferentes que incluyen síntomas, mecanismos psíquicos y trastornos mentales. Es decir, la disociación como defensa psíquica, como mecanismo, o bien como síntoma, puede estar presente en cualquier persona que ha sufrido una situación de estrés postraumático, siendo el trauma complejo o el trastorno de identidad disociativa, una entidad nosológica de mayor envergadura. Por ello afirmamos que el fenómeno de la disociación se presenta de modo diverso y frecuente en la vida cotidiana en mayor proporción de lo que percibimos habitualmente.

En este sentido se refiere (citando a Etzel Cardeña, 1994) a la disociación como:

- Coexistencia de Módulos o Sistemas mentales separados, no conscientes o no integrados,
- Alteración de la conciencia normal, que se experimenta como una desconexión del yo o del entorno.
- Mecanismo de defensa que sería el rechazo no consciente de información emocional dolorosa.

Es importante mencionar aquí la Teoría de la Disociación Estructural de Onno van der Hart. Para este autor, la traumatización implica en esencia un cierto grado de división o disociación de los sistemas psicológicos que constituyen la personalidad del sujeto (Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2011).

Anabel González Vásquez plantea que las respuestas disociativas se generan como defensas ante el trauma, pero aclara que, con el tiempo, éstas se convertirán en patrones de respuesta ante emociones y situaciones de diverso tipo. Considera que se trata de reacciones automáticas, y no propiamente de mecanismos de defensa. (González Vásquez, 2010).

La autora mencionada, manifiesta: “...el paciente experimenta emociones que no le parecen propias. Realiza conductas sin sentir que controla dichas conductas...” [...] “...como si el sujeto fuera un mero observador de ello” [...] “...puede tener recuerdos en un estado a los que no puede acceder en otros momentos, o realizar acciones (mentales o conductuales) que sienten que están fuera de su control voluntario y se perciben como egodistónicos” (González Vásquez 2017); Del Río y González Vásquez 2021, pp. 109 /118-119).

Para la teoría de la disociación estructural Van der Hart y otros (2008), toda respuesta ante el trauma se entiende desde este concepto de fragmentación, es decir que no se altera la conciencia en el sentido de un estrechamiento o anulación, sino que coexisten memorias explícitas e implícitas, estas últimas traumáticas, alojadas en el cerebro derecho, adonde el Yo consciente no tiene acceso.

Todo lo expuesto coincide con la síntesis a la que arriba Manuel Hernández Pacheco en su libro *Apego, disociación y trauma*, cuando explica su modelo terapéutico “Parcuve” (un desarrollo reciente que aplica en la psicoterapia) la integración de las partes disociadas del Self. Se refiere a que las memorias que han sido importantes a nivel emocional van a ser almacenadas para poder ser usadas en el futuro, de forma automática, a modo de un proceso ajeno a la conciencia, sobre todo al darse una situación parecida a la que provocó la creación de esas memorias. Las mismas suelen

quedar disociadas o compartimentalizadas, por lo que la persona puede actuar de manera inconsciente sin acceso a esos recuerdos. Al respecto afirma: "...la persona puede comportarse de una forma impulsiva...la emergencia de estos comportamientos viene determinada por la intensidad de las memorias emocionales que han quedado almacenadas y que impiden que la persona actúe de forma reflexiva..." (Hernández Pacheco, 2021 p. 61). Es decir, que cada vez que se produzca una situación similar a la escena traumática original, el cerebro y el cuerpo van a activar los sistemas de alerta. El mismo autor dice a modo de metáfora "...el cerebro inconsciente o emocional vive en un eterno presente...desde la biología, no somos libres..." (Hernández Pacheco, 2021 p. 48). También destaca que el cerebro al utilizar estas memorias implícitas, o mejor dicho, información antigua y a menudo obsoleta, a la hora de resolver conflictos actuales, podría explicar gran parte de las conductas psicopatológicas.

Es muy importante comprender, que en estas situaciones de "fragmentación" del psiquismo mediante la disociación, la persona no actuará necesariamente con apagamiento o pérdida de la lucidez de conciencia. No obstante, y aún de este modo, el acto se realizará sin participación, como así tampoco deliberación de la conciencia.

Lucha / huida / paralización

Todo organismo expuesto a una situación de amenaza, real o imaginaria, externa o interna, reacciona a modo de lucha, huida o paralización. En el caso de humanos y otros mamíferos existe el recurso de la búsqueda de apego (Di Bártolo, 2016) como un recurso para buscar seguridad y lograr la supervivencia. Si este reclamo es correspondido se obtiene la calma, no obstante, cuando nadie responde a esta demanda de apego, esto puede generar traumas tempranos.

Cuando somos sometidos a una situación de amenaza, se produce una descarga de adrenalina, aumento del ritmo cardíaco, de la frecuencia respiratoria, aumento de la presión arterial, generando además un aumento del cortisol. Si la amenaza desaparece el organismo vuelve a su situación basal. Según la Teoría Polivagal, Porges (2017), Dana (2019), se activa la rama ventral del nervio vago y por este motivo las personas y mamíferos pueden recuperar la calma y socializar. No obstante, como consecuencia de la intensidad de la amenaza o de la duración de esta, se pueden producir efectos insidiosos de las hormonas del estrés permanentemente elevadas, como problemas de memoria, atención, irritabilidad y trastornos

del sueño, que contribuyen a muchos problemas de salud a largo plazo.

Mucho tiempo después de suceder el acontecimiento en cuestión, el cerebro puede seguir enviando señales al cuerpo para que escape de una amenaza que ya no existe, y de este modo producir reacciones inadecuadas o extemporáneas al evento traumático original. Dice Van der Kolk (2015 p. 37): "...Cuando a las personas traumatizadas algo les recuerda el pasado, su cerebro derecho reacciona como si el acontecimiento traumático estuviera sucediendo en el presente..."

Características clínicas del pasaje al acto criminal

Tomando las descripciones de distintos autores, desde 1905 hasta la actualidad, podemos concluir que el Pasaje al Acto del que estamos hablando reúne las siguientes características clínicas que se pueden expresar a modo de síntesis de la siguiente manera:

1. Acto impulsivo.
2. Responde a un antecedente de trauma psicológico, sobre todo temprano.
3. Se presenta ante situaciones actuales de estrés que reeditan el conflicto psicotraumático antiguo padecido previamente.
4. El impulso actuado nunca adquirió representación verbal.
5. El impulso es demasiado intenso para ser descargado en palabras.
6. La persona carece de la necesaria capacidad de inhibición.
7. Acto incoercible y súbito que escapa al control del sujeto.
8. El sujeto se constituye en espectador de su propio acto, sabe que lo está realizando, pero no sabe por qué.
9. Se reemplaza el pensamiento por la acción.
10. Adoptan a menudo una forma auto o heteroagresiva.
11. Reúne criterios de automatismo mental, que implica actos efectuados sin intención, voluntad, ni idea directriz.
12. Se trata de un acto con características patológicas.
13. Representa un Acto sustitutivo o Disociativo con las características propias de un "Síntoma disociativo".

Diagnóstico diferencial

No constituyen pasajes al acto:

1. Los actos plenamente conscientes.
2. Actos deliberados en los cuales participa la reflexión.

3. Actos realizados con intención y voluntad.
4. Los Actos premeditados o preordenados.
5. Los actos efectuados por personas con personalidades antisociales que tienen conductas habituales con clara motivación y de características egosintónicas.

Consideraciones médico-legales

El Código Penal Argentino (2017) contempla según su artículo 34 inciso 1º, tres motivos por los cuales una persona puede ser eximida de cumplir una pena, por considerarse no punible: insuficiencia de las facultades, alteración morbosa de las mismas o por haber actuado en estado de inconsciencia. Atendiendo al desarrollo que hemos efectuado, cabe la pregunta, si este tipo de reacción o Pasaje al Acto adquiere entidad suficiente como para poder ser incorporado, ya sea como alteración morbosa de las facultades mentales, o bien en el estado de inconsciencia.

En la actualidad sabemos que las respuestas a acontecimientos traumáticos constituyen una enfermedad psiquiátrica legítima influida por el significado de acontecimientos sociales. Por lo tanto, el trauma psicológico y sus consecuencias, tales como la disociación, impulsividad, amnesias, etc., significan alteraciones morbosas de las facultades mentales.

Con respecto al estado de inconsciencia, citamos a Ricardo Núñez cuando expresa: "...Este estado se da cuando, en el momento del hecho, el autor obra con una profunda perturbación de la conciencia de sí mismo o del mundo exterior, que afecta su inteligencia o su voluntad, impidiéndole la comprensión de la criminalidad del acto que realiza o la dirección de las propias acciones al efectuarlo. A pesar de los términos de la ley, no se requiere, en realidad, una pérdida absoluta de la conciencia, pues si esto sucede, no sólo faltan la culpabilidad, sino también, la acción, la cual exige un mínimo de participación anímica del sujeto. Este mínimo está ausente cuando, por ejemplo, la inconsciencia conduce al individuo a un estado de inercia" [...] "... o a la realización de movimientos mecánicos o automáticos. Convendría hablar por consiguiente, no de inconsciencia, sino de perturbación profunda o en alto grado de la conciencia. Al estado de inconsciencia no le es inherente ni siquiera la amnesia, pero ésta es un signo de su existencia. Científicamente, la memoria del hecho no es incompatible con la falta de comprensión de su criminalidad, ni con la posibilidad de gobernar la propia conducta..." (Núñez, 1965 pp. 38 - 39).

El pasaje al acto criminal descrito, también se ajusta al concepto de inconsciencia, no sólo porque resulta idóneo de producir una grave perturbación de la conciencia, sino que puede resultar en un acto con la conciencia fragmentada, en el sentido del fenómeno de la disociación, ya explicado con anterioridad. Sobre esto último, los tribunales en el mundo se han expedido con diferentes criterios (Benke, 1997; Mc Sherry, 1998).

Conclusiones

En el presente artículo hemos intentado una revisión histórica y conceptual de las diversas descripciones de actos humanos impulsivos.

Posteriormente hemos desarrollado una explicación o bien una aproximación a la comprensión de estos fenómenos, desde la perspectiva de las ciencias psiconeurocognitivas que se encuentran en un constante crecimiento al momento actual, más específicamente desde el paradigma y dimensión del Trauma Psicológico.

Consideramos que la temática tratada, debido a su importancia y consecuencias, requiere de una mayor revisión, actualización, conceptualización y debate.

En segundo lugar, es menester considerar como dicho fenómeno impacta, a la luz de las concepciones formuladas en el artículo 34 del Código Penal Argentino, ya que, cabe preguntarse por su alto impacto social: ¿Puede una persona, a quien le ocurre este fenómeno, a modo de un pasaje al acto criminal, con antecedentes de trauma psicológico y las características ya mencionadas, comprender la criminalidad del acto y dirigir sus acciones?

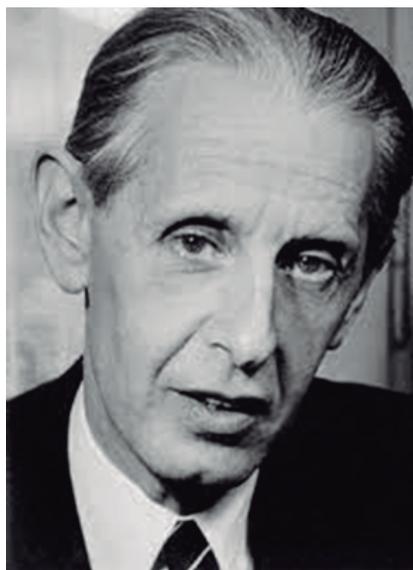
Finalmente, no podemos olvidar que se debe tener en cuenta la necesidad de aplicar, en estos casos, los nuevos modelos de abordaje en el tratamiento y rehabilitación del trauma psicológico, que inferimos, tendrán alto impacto en el progreso futuro y resolución de la temática.

Agradecimientos: *agradecemos la valiosa contribución del equipo de peritos y consultores de la defensa pública penal, así como al Instituto de Psicoterapia Integrativa Córdoba (IPIC). También queremos dedicar un agradecimiento especial a nuestras familias y amigos, quienes han sido una fuente inagotable de aliento y apoyo durante todo este proceso.*

Conflictos de interés: *los autores declaran no tener conflictos de interés.*

Referencias bibliográficas

- Benke, S. H. (1997). Confusion in the Courtroom. *Revista Internacional Journal of Law and Psychiatry* 20(3). 293-310. [https://doi.org/10.1016/s0160-2527\(97\)00015-0](https://doi.org/10.1016/s0160-2527(97)00015-0)
- Bonnet, E. F. P. (1983). *Psicopatología y psiquiatría forenses*. Parte general. Editorial Libreros López editores.
- Cazabat, E. (2002). Un breve recorrido a la traumática historia del estudio del trauma psicológico. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, 1(1): 38 – 41.
- Cazabat, E. (2002). Trastorno por estrés postraumático y la naturaleza del trauma. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, 1(1): 4 – 16.
- Aboso, G. B. (2017). *Código Penal de la República Argentina, Comentado, concordado con jurisprudencia* (4ta. Ed.). Editorial B de F.
- Damasio, A. (2001). *La sensación de lo que ocurre. Cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia*. Ediciones Destino.
- Damasio, A. (2011). *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Editorial Ediciones Destino.
- Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en terapia. Cómo unirse al ritmo de la regulación*. Editorial Eleftheria.
- Del Río, L., González Vázquez, A. (2021). *Cuando el cuerpo habla*. Editorial Planeta.
- Di Bartolo, I. (2016). *El Apego. Cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos*. Clínica, investigación y teoría. Editorial Lugar.
- Eguíluz, I., Segarra, R. (2013). *Introducción a la psicopatología. Una visión actualizada*. Editorial Médica Panamericana.
- Endreich, M. (1994). Sectorial Automatism: A Further Development. *Revista Medicine and Law*, 13: 167-175.
- Ecker, B., Ticic R., Hulley, L. (2012). Unlocking the emotional brain: Eliminating symptoms at their roots using memory reconsolidation. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203804377>
- Figueras, A., Zimman, L. (1952). *Tratado elemental de psiquiatría*. Editorial López & Etchegoyen.
- Grand, D. (2014). *Baingspotting*. Editorial Sirio.
- González Vázquez A. (2017) *No soy yo, entendiendo el trauma complejo, el apego y la disociación, una guía para pacientes y profesionales*. Editorial Ediciones Pléyades.
- González Vázquez, A. (2010). *Trastornos disociativos*. Ediciones Pléyades.
- Hernández Pacheco, M. (2017). *Apego y psicopatología: La ansiedad y su origen*. Editorial Desclé de Brouwer.
- Hernández Pacheco, M. (2021). *Apego, disociación y trauma*. Editorial Desclé de Brouwer.
- Kaplan H., Sadock, B. J. (1995). *Tratado de psiquiatría*. Editorial Intermédica.
- Lempériere, T. A. F. (1979). *Manual de psiquiatría*. Editorial Toray Masson.
- Levine, A. P. (2011). *Sanar el trauma*. Editorial Neo Person.
- McSherry, B. (1998). Dissociative States and Criminal Responsibility. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21(2): 163-176. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(98\)00006-5](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(98)00006-5)
- Muñoz, D. P. (2009). *La invención lacaniana del Pasaje al Acto*. Editorial Ediciones Manatíal.
- Núñez, R. C. (1965). *Derecho Penal Argentino*. Tomo Segundo. Editorial Omeba.
- Ordóñez-Cambolor, N., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., García-Álvarez, L., & Pizarro-Ruiz, J. P. (2014). Relación entre psicosis y experiencias traumáticas tempranas. *Anuario de Psicología*, 44(3), 283-294.
- Porot, A. (1977). *Diccionario de psiquiatría clínica y terapéutica*. Editorial Labor.
- Porges, S. (2017). *La Teoría Polivagal. Fundamentos neurofisiológicos de las emociones, el apego, la comunicación y la autorregulación*. Ediciones Ruediger.
- Roediger H. L., Dudai Y., y Fitzpatrick, S. M., (2007). Science of memory concepts. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195310443.001.0001>
- Shapiro, F. (2007). *EMDR, Desensibilización y Reprocesamiento por medio del Movimiento Ocular*. Editorial SAPsi.
- Siegel, D. J. (2010). *The mindful therapist: A clinician's guide to mindfulness and neural integration*. W. W. Norton & Co.
- Solvey, P., Ferrazzano de Solvey, R. (2012). *La Escena Fundante y Otras escenas significativas en psicoterapia*. Ediciones T de A.
- Stahl, S. (2014). *Psicofarmacología esencial de Stahl, bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas*. Editorial Aula Médica.
- Stingo, R. N., Toro Martínez, E., Espiño, G., Zazzi, M. C. (2006). *Diccionario de psiquiatría y psicología forense*. Editorial Polemos.
- Tkaczuk, J. (2005). *Diccionario de psicología forense*. Editorial Quorum.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. y Steele, K. (2011). *El yo atormentado, La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Editorial Desclé de Brouwer.
- Vidal, G., Bleichmar, H., Usandivaras, R. (1979). *Enciclopedia de psiquiatría*. Editorial El Ateneo.
- Van der Kolk, B. (2014). *El cuerpo lleva la cuenta*. Editorial Eleftheria.



Lothar Kalinowsky (1899-1992)

EL RESCATE Y LA MEMORIA

Lothar Kalinowsky y la llegada del electroshock a América

Norberto Aldo Conti

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i163.530>



El conocimiento de que las convulsiones mejoran los síntomas psiquiátricos ha estado presente en el campo de la medicina desde sus inicios en occidente. Existen descripciones de esta relación en textos hipocráticos de los siglos III /II aC.

Ya en los orígenes de la psiquiatría moderna, el efecto beneficioso de la fiebre sobre las afecciones psiquiátricas fue reconocido por Esquirol, Griesinger y Maudsley. En ese contexto de pensamiento se inscribió el trabajo de Julius Wagner von Jauregg (1857-1940), austríaco, profesor de psiquiatría en Viena desde 1893 hasta 1928, quién se interesó desde 1887 en los efectos de la fiebre sobre los trastornos mentales y, finalmente, treinta años después, en 1917, puso en práctica un tratamiento eficaz para la PGP a partir de accesos hipertérmicos producidos por la inoculación del *Plasmodium falciparum*, agente etiológico del paludismo o malaria. En efecto, von Jauregg descubrió que de 10 a 12 accesos hipertérmicos palúdicos, controlados con quinina, permitían la cura de la PGP, técnica que fue bautizada como “malarioterapia”. La recepción del Premio Nobel de Medicina en 1927 da una idea de la importancia de este hallazgo en un momento en que los manicomios europeos tenían entre un 60 y 80 % de pacientes con diagnóstico de PGP entre sus internos. Esa técnica también generó interés en la búsqueda e investigación de métodos que pudieran generar los mismos beneficios a otros pacientes psiquiátricos.

En esa dirección orientó sus investigaciones Manfred Sakel (1900-1957), polaco formado en Viena, quien, en 1927, imaginó un método basado en la producción de coma insulínico controlado que comenzó a utilizar en 1933 cuando se estableció como investigador en la Clínica Neuropsiquiátrica de Viena. En 1936, Sakel migró a los EE.UU. donde desarrolló la mayor parte de su práctica y su técnica de shock insulínico, que se popularizó con el nombre de “cura de Sakel”. La misma consistía en la inducción de un coma hipoglucémico producido por la inyección de insulina subcutánea o intravenosa en dosis de 80 a 120 U., siguiendo un protocolo de seis comas sucesivos realizados en forma diaria, que se continuaba hasta las 50 o 60 sesiones para alcanzar la curación. Su indicación específica era la esquizofrenia para la cual Sakel auguraba los mejores resultados.

Poco tiempo después, Ladislao von Meduna (1896-1964), húngaro formado en Budapest donde trabajó hasta emigrar a Chicago en 1939, investigó el uso del cardiazol para generar convulsiones; los primeros pacientes que trató con este método eran catatónicos y presentaron una notable mejoría. En 1937 von Meduna publicó un trabajo con los resulta-

dos sobre 110 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y su técnica, conocida como “shock cardiazólico”, fue considerada como efectiva y su uso se hizo común hasta la llegada de los psicofármacos a fines de los años 50.

Finalmente, Ugo Cerletti, (1877-1963), italiano formado en Roma y Turín como neurólogo y psiquiatra, desde 1935 director del departamento de Patología Mental de la Universidad La Sapienza de Roma, y Lucio Bini (1908-1964), también italiano, desde 1935 profesor de psiquiatría en la misma universidad, desarrollaron un método de producción de convulsiones por aplicación de electricidad, más seguro y sencillo que los métodos químicos.

En 1935 Bini observó cómo se aplicaba electricidad a los cerdos en el matadero de Roma para producir un estado de estupor que facilitaba el faenamamiento. El conocimiento de esta técnica le permitió calcular la intensidad de corriente a utilizar en pacientes sin riesgo de muerte.

Luego de desarrollar el aparato y calibrar la técnica, el 15 de abril de 1938, Cerletti y Bini realizaron el primer electroshock a un paciente esquizofrénico que luego de la terapia de choque tuvo una remisión sintomática de dos años. Su uso como tratamiento estándar para la esquizofrenia comenzó en 1940 y, con el paso del tiempo, fue reemplazando la cura de Sakel y se transformó en el principal tratamiento para la esquizofrenia hasta el surgimiento de los psicofármacos. Su uso rápidamente se extendió también al campo de las depresiones endógenas, melancolías y cuadros de riesgo suicida, donde presentó los mejores resultados.

Lothar Kalinowsky

Lothar Bruno Kalinowsky nació en 1899 en Berlín, en el seno de una familia judía. Fue reclutado por el ejército en 1918 y estudió medicina en Berlín después de la Gran Guerra. Aprobó el examen de médico en 1922, y se formó como neurólogo y psiquiatra en Hamburgo, Viena y Breslau. Se doctoró en 1922 en Hamburgo. En 1925 se casó con Hilda Pohl (1905-1999), hija de un rico banquero, y tuvieron dos hijas nacidas en 1927 y 1930. Abrió una consulta privada y trabajó de forma no remunerada en La Charité de Berlín bajo las órdenes de Creutzfeldt. Tras el traspaso del poder a los nacionalsocialistas en 1933, quienes promulgaron las leyes raciales, fue despedido de La Charité. Este motivo lo obligó a iniciar con su familia su largo proceso migratorio.

En el mismo año obtuvo un puesto no remunerado en el departamento de Psiquiatría y Neurología del Hospital Universitario de Roma, donde conoció a Ugo Cerletti, quien será su director desde 1935. Allí participó, desde un principio, de las investigaciones sobre el electroshock que desarrollaban Cerletti y Bini.

Nuevamente, en 1938, ante la sanción de las leyes raciales italianas, Kalinowsky tuvo que emigrar a Londres, en donde enfrentó las dificultades legales de los médicos extranjeros para ejercer la profesión y, por este motivo, finalmente, en 1940, viajó a los EE.UU. donde se estableció en Manhattan como especialista en terapia electroconvulsiva. Desarrolló sobre el tema una enorme casuística que publicó en 1946 con el título: *Shock treatments, psychosurgery and other somatic treatments in psychiatry*. Esa obra, muy difundida, se transformó en referencia obligada sobre el tema y fue traducida al español en 1953.

Desde 1947 Kalinowsky fue profesor invitado de la Universidad Libre de Berlín, viajando todos los años a Alemania hasta su jubilación. En 1958 fue nombrado profesor asociado de neuropsiquiatría en el New York Medical College y, en 1956 y 1968, fue condecorado por la República Federal de Alemania.

Kalinowsky falleció en Nueva York en 1992, luego de haber ejercido la psiquiatría en América durante más de cuatro décadas.

Tratamientos por choque, psicocirugía y otros tratamientos somáticos en psiquiatría

Esta obra fue publicada en inglés en 1946 por Grune & Stratton en New York, sus autores fueron Paul Hoch, quien dirigía el servicio de tratamientos por choque del “Manhattan State Hospital” y Lothar Kalinowsky, que estaba a cargo de la unidad de choque en el “Pilgrim State Hospital”, el Hospital Psiquiátrico del Estado de Nueva York, que era el más grande de los EE.UU. y en 1954 llegó a albergar 13.875 internos.

La edición en castellano, de la cual presentamos aquí una selección de fragmentos, fue publicada en Barcelona en 1953 por la Editorial Científica Médica y contó con un prólogo de J. J. López Ibor. Esta versión fue la traducción de la segunda edición original en inglés, aparecida en 1952.

En su texto introductorio el catedrático español, se hacía eco de los efectos de una práctica que ya llevaba más de diez años de desarrollo internacional: “... *los tratamientos biológicos actuales, juiciosamente empleados, no constituyen atentados a la personalidad de los enfermos. El atentado está constituido por la enfermedad misma,*

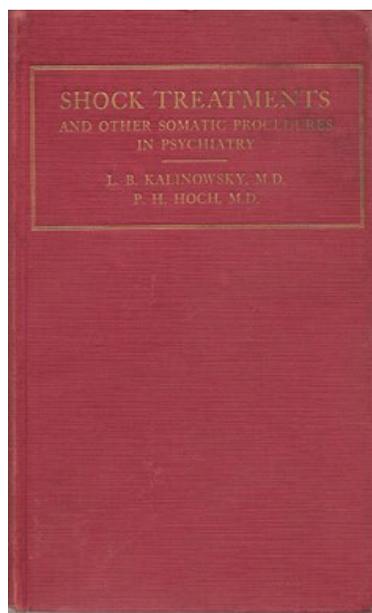
y los tratamientos lo que intentan es contener o anular las zonas de devastación que aquellas producen.”

En el prefacio de la primera edición (enero de 1946) el tono de los autores corresponde a la neutralidad de investigadores científicos centrados en el desarrollo de un nuevo paradigma terapéutico: “Los llamados tratamiento por choque en Psiquiatría vienen empleándose en todas partes desde hace más de diez años. La introducción de éstos y algunos otros tratamientos somáticos ha ejercido una gran influencia sobre la teoría y práctica psiquiátricas.” [...] “Los autores han procurado presentar el material objetivamente, evitando tanto un entusiasmo excesivo como un escepticismo exagerado.” [...] “Los tratamientos por choque son hoy día herramientas indispensables de la terapéutica psiquiátrica y persistirán hasta que surjan métodos mejores. Todas las pruebas a nuestro alcance indican que son armas efectivas en el tratamiento de ciertos tipos de enfermedades mentales. Hasta ahora, no obstante, su valor curativo es limitado, especialmente en los enfermos que sufren trastornos crónicos, y su eficacia terapéutica, por ejemplo, en la esquizofrenia, debe ser grandemente incrementada antes de que puedan considerarse como verdaderos remedios.”

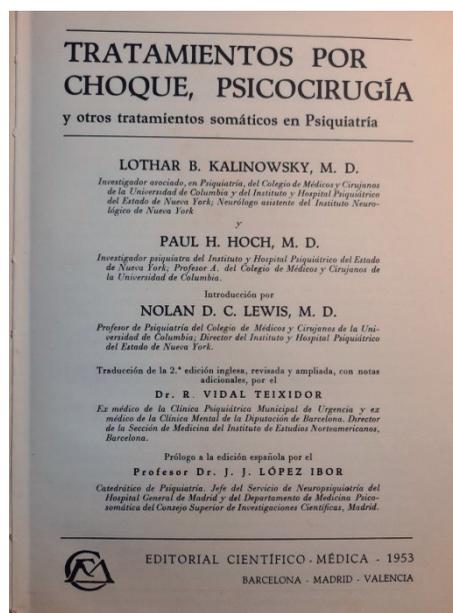
Esta obra, de 430 páginas, dedica a la terapia electroconvulsivante un tercio de su contenido, en él describe los diferentes procedimientos consensuados en las investigaciones que analiza y describe extensamente las variedades de cuadros que son asistidos con esas técnicas y los resultados obtenidos. Un somero listado de los cuadros tratados incluye: psicosis maníaco-depresiva (fase depresiva y fase maníaca), melancolías involutivas, esquizofrenias, psiconeurosis (histeria ansiosa, histeria conversiva, histeria depresiva, parálisis histérica, depresión neurótica, depresión reactiva, tartamudez), psicosis tóxicas (psicosis pelagrosa, anemia perniciosa alucinatoria, neumonía delirante, enfermedades seniles (depresión senil, agitación alucinatoria, párkinson paranoide, hemiplejías, afasias y esclerosis múltiple con síntomas psicóticos), toxicomanías, enfermedades psicósomáticas (neurodermitis, úlcera péptica, neuralgia del trigémino), alcoholismo asociado a ansiedad y depresión, psicopatías, homosexualidad y lesbianismo.

No se trata en todos estos diagnósticos de pacientes asistidos por los autores, quienes centraron su casuística en la esquizofrenia y las depresiones endógenas, sino que ellos comunican a través de una amplia bibliografía, actualizada siempre a la fecha de publicación, las experiencias de autores europeos y estadounidenses referentes de estas prácticas en sus respectivos países. En la edición que nos ocupa, de 1952, las citas de investigaciones sobre terapias de choque ascienden a 1200. Es de señalar también el número de pacientes referidos en algunos trabajos como el de Dedichen (1946) que incluye 1459 pacientes esquizofrénicos tratados con TEC y comparados con 969 pacientes sin tratamiento.

Se trata en definitiva de un texto en el cual la terapéutica psiquiátrica se aborda desde la perspectiva de la ciencia médica experimental como no había ocurrido hasta ese momento en el desarrollo de la psiquiatría moderna.



Shock treatments, psychosurgery and other somatic treatments in psychiatry, 1ra. Ed. 1946.



Traducción al español - Edición 1953

Tratamientos por choque, psicocirugía y otros tratamientos somáticos en psiquiatría

Lothar Kalinowsky y Paul Hoch, *Editorial Científica Médica, Barcelona, 1953*

Terapéutica electroconvulsiva

El uso de las convulsiones inducidas eléctricamente, introducido por Cerletti y Bini, ha reemplazado al método farmacológico principalmente por las siguientes ventajas: (1) el método es técnicamente más simple y más limpio que la inyección endovenosa repetida de una cantidad relativamente grande de líquido que fácilmente conduce a la trombosis de las venas; (2) hay una inmediata pérdida del conocimiento que evita al paciente todo recuerdo de la aplicación que hace que sea raro que el enfermo rehúse el tratamiento. Otras ventajas alegadas son de menor importancia. Las antes mencionadas, sin embargo, son suficientes para asegurar la amplia aplicación de la terapéutica convulsiva en sus nuevas formas.

Umbral convulsivo

En la TEC el umbral es más bajo en los hombres que en las mujeres y más alto en los ancianos que en los jóvenes. Los que tienen el umbral más alto son generalmente mujeres en su quinta o sexta década de vida. El umbral más alto entre las personas de edad avanzada parece estar en concordancia con la más baja incidencia de ataques en los epilépticos de edad y la mayor tendencia convulsiva en los niños. Los pacientes deshidratados tienen un umbral alto. También la excitación aguda aumenta aparentemente el umbral, hecho que Ewald y Haadenbrock explican cómo debido al aumento de tono del sistema simpático en los pacientes agitados. A pesar de la gran variación del umbral, la experiencia con la TEC ha demostrado sin ninguna clase de duda que cada cerebro humano es capaz de reaccionar con una convulsión. Ningún paciente fracasa a la convulsión si se aplica la corriente adecuada o varios estímulos sucesivos.

Frecuencia de los tratamientos

El tratamiento convulsivo se aplicó originariamente por los primeros terapeutas dos veces por semana, y más tarde el procedimiento aceptado más corrientemente ha sido tres tratamientos semanales. Hemphill observó recaídas con el procedimiento de un tratamiento semanal, pero Sargant trató con éxito depresiones con un intervalo semanal. Los tratamientos

diarios conducen a estados confusionales, que algunos autores consideran deseables.

Sogliani ha indicado que las convulsiones inducidas eléctricamente pueden repetirse a los cinco minutos de haberse normalizado la respiración y cuando el paciente comienza a recobrar el conocimiento. De esta manera ha desencadenado hasta cinco crisis convulsivas en el intervalo de diez a veinte minutos. Dicho autor aplica este procedimiento en todos los casos en los que ha fallado el tratamiento usual. Jacobs y Gilson han aplicado hasta ocho tratamientos en un día. Estamos de acuerdo con Valentine en que, utilizando este tratamiento intensivo, no es posible reducir el número total de convulsiones necesarias. Tyler y Lowenbach comienzan con cuatro choques en el primer día y si han provocado una confusión intensa, continúan los días siguientes con uno o dos choques, o los que sean necesarios para mantener la confusión. Tales tratamientos "polidiurnos" no han demostrado mejores resultados que el método tradicional, pero disminuyen considerablemente el número de días de hospitalización, sin ser más peligrosos. Los efectos secundarios orgánicos (trastornos del habla, ataxia y hasta la incontinencia ocasional) desaparecen en el intervalo de una semana. Tales tratamientos sumativos (Heuyer y col.) se han llamado también "regresivos" por Kennedy y Anchal y "de aniquilación" por Bini. El, e independientemente Milligan, lo han recomendado en primer lugar para las psiconeurosis. Se continúa con un tratamiento semanal durante varias semanas (Kerman) o aumentando los intervalos (como lo preferimos nosotros) a fin de estabilizar los resultados de la TEC. Esto puede continuarse como tratamiento de sostén en los pacientes con tendencia a la recaída. En las psicosis episódicas, especialmente en la psicosis maníacodepresiva, pueden prevenirse episodios futuros mediante un tratamiento "profiláctico" mensual (Geoghegan y Stevenson).

No hay duda de que los tratamientos repetidos en un mismo día se toleran bien; y son especialmente valiosos en los pacientes con trastornos agudos que están amenazados por el peligro del agotamiento psicótico. Las malas condiciones somáticas de estos enfermos no contraindican la aplicación de tales activos y posiblemente salvadores procedimientos.

Investigaciones psicológicas

La mayoría de las investigaciones psicológicas en personas, así como en animales, son científicamente interesantes, pero sólo confirman las alteraciones transitorias de la memoria que han visto los clínicos. Referente a la cuestión clínicamente importante de si hay o no un deterioro duradero de la memoria u otra función cerebral en un paciente después de un curso de tratamientos convulsivos, nuestra impresión clínica es de que no se presentan pérdidas verdaderas. Esto fue confirmado por el examen psicológico de un paciente que fue sometido al excepcional número de 248 convulsiones (Perlson). Se utilizaron las siguientes pruebas: el "Otis employment Test I", el "American Council on Education Psychological Examination 1940 College Edition", el "Ohio State University Psychological Examination Form A A", el "Likert and Quasha Revised Minnesota Paper Form Board Test", "Series A A" y el "Kuder Preference Record Test Form B B". En todos ellos los resultados fueron sorprendentemente buenos; no se reveló ninguna deterioración intelectual ni emocional. Logwenbach y Stainbrook intentaron exteriorizar la recuperación del paciente mediante la reproducción de las figuras "gestalt" de Wertheimer; como en todas las pruebas psicológicas los resultados finales se acercaron muchísimo a los anteriores al tratamiento. Se necesitan más investigaciones psicológicas para una respuesta definitiva a esta cuestión que es de una gran importancia práctica y teórica.

Son todavía escasos los estudios con el Rorschach. Loewenbach y Stainbrook han descrito los diversos estadios a través de los cuales pasa el paciente en su ejecución del método inmediatamente después de una convulsión eléctrica. El número de respuestas de forma bien vistas recobra generalmente sus valores prechoque en treinta minutos; las respuestas de movimiento son siempre las últimas en reaparecer. El interés científico de la TEC para la investigación psicológica lo pusieron de manifiesto Kelly y Barrera, quienes demostraron que examinando a los pacientes antes y después del tratamiento repiten las mismas respuestas en las pruebas de Rorschach aun cuando, debido a la amnesia, pueden no recordar haber visto las láminas con anterioridad. Piotrowski examinó, con la técnica Rorschach, un grupo de nuestros enfermos antes y después de la TEC. Encontraron la existencia de diferencias psicológicas claras entre los pacientes que se mejoraron y los que no. Los signos pronósticos del Rorschach ideados por Piotrowski y discutidos en el capítulo de la insulina tiene el mismo valor para esta que para la TEC. La predicción pronóstica de la

evolución de los tratamientos fue de un 87 por ciento en la TEC; es casi el mismo porcentaje que en los esquizofrénicos tratados con insulina. Pacella y col. no encontraron tal valor pronóstico en el "Minnesota Multiphasic Personality Inventory". Lindner estudió con las pruebas de Rorschach el aumento constante del síndrome orgánico durante la TEC, y evidenció el efecto terapéutico real de este síndrome.

Piotrowski destacó que los hallazgos del Rorschach justifican la opinión de que ambas, la insulina y la TEC, tienen un efecto curativo sobre los cambios secundarios o compensatorios de la personalidad, pero no sobre la regresión primaria del proceso esquizofrénico.

Janis intentó determinar el efecto de la TEC en los trastornos afectivos utilizando varias escalas de autclasificación de actitudes afectivas. Aun cuando el tratamiento fracasara en aliviar los síntomas dominantes del paciente se vio una disminución del trastorno afectivo. No se niega completamente el efecto de la amnesia en la mejoría, pero Janis utiliza sus hallazgos en primer término para la hipótesis de que la TEC actúa evitando un nuevo mecanismo de defensa, alejando intolerables estados afectivos y reduciendo con esto las reacciones afectivas. Hasta aquí, la valoración de los resultados por medio de pruebas psicológicas no nos promete descubrir más de lo que obtenemos del interrogatorio psiquiátrico del paciente.

Complicaciones

Es innegable que en la terapéutica convulsiva se presentan complicaciones en un cierto porcentaje de casos. De ellas se hizo mucha publicidad en la terapéutica con metrazol, que por esta razón se abandonó en muchos hospitales. Cuando se introdujo la TEC, se anticipó que con ella se prevendría la ocurrencia de complicaciones. Esta esperanza fue solo parcialmente colmada, ya que algunas complicaciones continúan siendo un problema para la terapeuta y son todavía excesivamente subrayadas por muchos psiquiatras. El principio de *nil nocere* continúa como concepto básico par todo médico, pero ello no implica una conducta terapéutica nihilista. El cirujano no dejará de practicar una intervención necesaria aunque ello implique un riesgo. Desde que la terapéutica activa es utilizable en psiquiatría debería emplearse para el beneficio de muchos pacientes aun cuando puedan presentarse complicaciones en algunos de ellos. Afortunadamente son extremadamente raras las complicaciones fatales en la terapéutica convulsiva no modificada.

Estamos de acuerdo con la declaración de Sargent y Slater de que los trastornos mentales son tan des-

tructivos como una formación maligna y a la larga más terribles en los sufrimientos que pueden causar. Por esto los riesgos están justificados. Complace que el Departamento de Justicia de Pensilvania, citado por Owerholser, expresara la opinión de que la TEC es de valor reconocido y por esto puede aplicarse a los enfermos mentales sin el consentimiento del paciente o de su familia. No son todavía utilizables las decisiones judiciales sobre la negligencia por no aplicar la terapéutica por choques, cuando está indicada, pero K. Schneider informa acerca de una decisión significando que el tratamiento precoz habría aumentado las oportunidades de remisión en un esquizofrénico. Schönke revisó recientemente en una publicación alemana las implicaciones legales del tratamiento. En cuanto a los litigios por tratamientos que han provocado fracturas, el Tribunal Supremo de Tennessee decidió que la terapéutica por electrochoque es un método aceptado científicamente en el cual ocurren fracturas aun cuando el tratamiento esté debidamente aplicado. Este hecho de que la mayor parte de las complicaciones en la TEC no son vaticinables ni prevenibles, no fue resaltado suficientemente en un reciente informe del "Committee on Public Health Relations of the New York Academy of Medicine". No obstante, el estudio cuidadoso de las complicaciones más frecuentes es una de las tareas más importantes para los que se ocupan de esta materia. El siguiente examen de las complicaciones incluirá muchas opiniones en controversia que son anotadas con la esperanza de que en el futuro aprenderemos a reducir el número de las complicaciones de esta importante terapéutica.

Mortalidad

No queremos minimizar el riesgo potencial de accidentes fatales cuando exponemos que estos son extremadamente raros en la terapéutica convulsiva y particularmente en la TEC. Kalinowsky refirió en 1949 su experiencia de 10 años con la TEC aplicada a millares de pacientes sin ningún caso de muerte. Recientemente ocurrió una muerte en un caso tratado con curare y referida en la sección de esta droga. Kilb y Vogel, en su revisión de todos los hospitales americanos, encontraron un porcentaje de muertes del 0.06 por ciento para la TEC y del 0.1 por ciento para el metrazol, en comparación con el 0.6 por ciento para la insulina; Impastato y Almansi encontraron el 0.8 por ciento en su revisión de la literatura sobre la TEC. Es de lamentar que en muchas referencias están muy mal descritas las circunstancias de la muerte. El número de fatali-

dades es más alto en las grandes revisiones porque se incluyen probablemente muchas muertes que en un estudio completo no se hubieran atribuido al procedimiento terapéutico. En su monografía, Sargent y Slater llaman negligible el riesgo de muerte y lo comparan con el riesgo de una anestesia general. Nosotros creemos que en la TEC no combinada aquel es aún menor. En el tratamiento con metrazol se han referido como causas directas de muerte las complicaciones cardiovasculares, embolias pulmonares y (en un caso de Nitchingale y Meyer) la embolia grasosa cerebral. Pessin y Reese encontraron edema con hernia cerebelosa y mencionan un hallazgo similar en epilépticos que murieron después de una convulsión. Algunas muertes en "status epilepticus" causadas por una dosis excesiva de triazol (Wyllie) deberían considerarse como debidas a errores técnicos.

Contraindicaciones

Al principio de la era de los choques, los que se ocupaban de esta terapéutica eran reacios a resignarse a los riesgos físicos de los nuevos métodos. Se enumeraron poco a poco ciertas contraindicaciones, pero basándose en la experiencia acumulada durante los pasados diez años es posible ahora ser más liberal en la selección de los casos.

Smith y col. recomiendan que cada paciente sea considerado individualmente, comparando las ventajas de una remisión psiquiátrica posibles y los riesgos adicionales impuestos por la existencia de la enfermedad somática. Todos estarán de acuerdo con la información de estos autores que, dos años atrás, antes de haber reunido una experiencia suficiente, habían postulado las siguientes contraindicaciones: arteriosclerosis generalizada progresiva, enfermedad cardíaca progresiva y oclusión coronaria o angina de pecho, tuberculosis, enfermedad de los huesos maligna, e historia de trastornos convulsivos. Meduna y Friedmann dieron una lista similar de contraindicaciones para la terapéutica con metrazol. La experiencia ha eliminado prácticamente la inmensa mayoría de ellas, aunque algunas aun deben discutirse como contraindicaciones relativas. Debemos tener en cuenta que las convulsiones de los epilépticos difícilmente agravan las otras enfermedades y, por consiguiente, la rareza actual de complicaciones en las convulsiones provocadas artificialmente no nos debe tampoco sorprender. Mientas que en el tratamiento metrazólico la inyección de grandes cantidades de sustancia tóxica aumenta el riesgo del tratamiento, las convulsiones inducidas eléctricamente son la mejor

imitación de los ataques espontáneos. Nada se introduce en el cuerpo y el corto estímulo eléctrico está limitado estrictamente a la cabeza. La convulsión epiléptica que le sigue es un mecanismo preformado de acuerdo con una pauta definida en cada individuo; es un fenómeno liberado que, a pesar de sus manifestaciones catastróficamente dramáticas, actúa con un mínimo de perjuicio para el organismo en conjunto. Esto explica que muchas de las contraindicaciones primitivas no continúen siendo válidas.

La edad no debería excluir a los pacientes de los beneficios del tratamiento. Hemos tratado muchos pacientes con depresiones seniles en la octava y novena década de su vida. Evans informa sobre un grupo de pacientes de edad avanzada tratados por diversas afecciones sin resultados desagradables explicables por su edad, aunque muchos de ellos presentaban anomalías físicas además de su avanzada edad. Lo mismo expuso de una manera convincente Mayer-Gross. Gallinek, cuyo paciente de más edad fue de 84 años, trató muchos casos de su grupo de edad avanzada, aun en presencia de alteraciones neurológicas importantes debidas a la arteriosclerosis cerebral.

La edad juvenil tampoco es considerada generalmente como una contraindicación; no se han referido efectos anormales en la terapéutica convulsiva en niños. Cottington empleó el metrazol pero lo combinó con la beta-eritroidina después de haber observado fracturas vertebrales severas. Heuyer y col. en su material de niños tratados con electrochoques no vieron fracturas y demostraron que no hubo alteración en el desarrollo de estos niños. El grupo más numeroso de más de 200 fue tratado por L. Bender. En un estudio retrospectivo señala justamente la importancia de la terapéutica convulsiva en facilitar la educación, la socialización y la psicoterapia, factores especialmente importantes en la infancia. Hemhill y Grey Walter probablemente tienen el paciente más joven, un epiléptico de 3 años tratado con la TEC.

El embarazo en los epilépticos no da lugar a abortos ni niños prematuros en una proporción desusada debido a los ataques. Goldstein y col. Han comunicado el caso de una mujer embarazada tratada con metrazol. Muchos terapeutas han tratado con la TEC diversas embarazadas en diversos períodos del embarazo sin ninguna influencia sobre el mismo. Even dice que en una paciente tratada prácticamente al final del embarazo, las convulsiones no provocaron ni los dolores del parto ni la ruptura de la bolsa. Boyd y Brown han revisado la literatura sobre la TEC en el embarazo y el puerperio y

encontraron mención de hemorragias vaginales y dificultades pasajeras de la circulación fetal, pero no daños de importancia para la madre o el niño.

Enfermedad cardiovascular. En lo que concierne a las enfermedades preexistentes, lo que plantea más problemas en relación con el paciente son los trastornos cardiovasculares.

La hipertensión es probablemente la causa más frecuente de la exclusión de pacientes para la TEC. Esto está particularmente injustificado en aquellos trastornos mentales donde la hipertensión es causada parcialmente por el estado psíquico. Es conocida la clara interrelación entre los factores emocionales y la presión sanguínea, y en los trastornos psicóticos, como las depresiones agitadas, donde la presión sanguínea está elevada por el estado psíquico, la hipertensión, en lugar de ser una contraindicación, es una clara indicación para la TEC. El apaciguamiento de la depresión agitada después de unas convulsiones se acompañará de un claro descenso de la hipertensión y de la mejoría de los síntomas causados por la misma. Esto se demostró muy bien en un paciente de Kennedy y Wiesel en el que no solo descendió considerablemente la presión sanguínea en el trascurso de la TEC sino que desaparecieron las hemorragias de la retina.

La hipertensión no puede considerársele por más tiempo como una contraindicación.

La miocarditis debe ser cuidadosamente valorada frente a la seriedad del estado mental a tratar. Sin embargo, la experiencia de todos los terapeutas ha demostrado que pueden tratarse casos con este trastorno. Muchos otros refieren tratamientos de casos con enfermedades cardíacas importantes. Cuando la agitación psicótica representa un constante esfuerzo para un corazón enfermo, este no debe excluir la TEC, y está claramente indicado el tratamiento del trastorno mental. En nuestra experiencia no hemos visto la agravación por la TEC de una enfermedad cardíaca preexistente. Los pocos casos de muerte cardiovascular referidos en la literatura ocurrieron en pacientes en los que no se podía sospechar nada importante. Las complicaciones cardíacas son tan raras e imprevisibles que no debería excluirse de la TEC aun cuando las modificaciones electrocardiográficas revelaran una enfermedad cardíaca. La mayoría de referencias concuerdan en que las modificaciones electrocardiográficas en los pacientes con alteraciones miocárdicas no aumentan con el tratamiento y en muchos casos mejoran. En algunos casos donde los cardiólogos habían sentado una contraindicación con la TEC, nos

vimos forzados, por la gravedad del estado psicótico, a ignorar esta contraindicación y en ninguno de ellos encontramos la más pequeña dificultad. Se ha considerado una relativa contraindicación el raro síndrome de Wolff-Parkinson-White (persistencia del haz Paladino-Kent); el paciente mostró una grave complicación cardiovascular con apnea de 60 segundos, pulso superficial y palidez lívida después de cada tratamiento. El peligro de suicidio y el agotamiento psicótico, bien destacados por Ziskind y Somerfeld-Ziskind, junto con la influencia desfavorable del estado psíquico anormal sobre el corazón, decidirán prácticamente en favor del tratamiento. A los pacientes con enfermedad cardíaca algunas veces se les medica previamente, discutido en detalle por Bankhead y col., pero no debe retardar la aplicación de la TEC.

El aneurisma de la aorta es todavía una contraindicación absoluta. La enfermedad coronaria o una historia que haga pensar en la angina de pecho también nos lo hacen excluir del tratamiento. Es sabido que el esfuerzo muscular o la tensión súbita, generalmente bien tolerados aun por un miocardio enfermo, pueden desencadenar un ataque de angina de pecho. Aunque Moore describa un infarto reciente en un paciente con varios infartos de miocardio previos debidos a enfermedad coronaria, su material de 238 pacientes tratados a pesar de los trastornos cardíacos es la mejor prueba de que no hay una absoluta contraindicación para la TEC en cuanto se refiere a las enfermedades cardiovasculares. La contraindicación relativa más seria continúa siendo la angina de pecho, pero muchos de nosotros hemos tenido necesidad de tratar casos, y sin resultados desfavorables.

(...)

Las enfermedades orgánicas del cerebro se consideran frecuentemente como una contraindicación. No está demostrado que esto esté justificado para las enfermedades neurológicas crónicas. Tan solo Heilbrunn y Feldman han comunicado trastornos respiratorios y cardiovasculares en pacientes con sífilis maningovascular. Mientras tanto, se han tratado muchos paráliticos generales por sus síntomas psicóticos más agudos sin resultados desfavorables. No son contraindicaciones para la TEC ni la parálisis general ni otras enfermedades neurológicas orgánicas. Kalinowsky y otros han referido varios casos de enfermos con alteraciones neurológicas tratados por una alteración emocional simultánea, sin que se agravara la alteración neurológica; en la mayoría de los casos mejoró sorprendentemente la función alterada. También se han tratado sin

perjuicio casos de enfermedad de Parkinson, complicados con una depresión y otros episodios psicóticos. Lo mismo es verdad para la poliomielitis, la parálisis cerebral y otras enfermedades crónicas. Recientemente hemos tratado un caso de esclerosis múltiple con episodios catatónicos recurrentes y cada vez hemos observado una mejoría de la función neurológica. Ninguna de estas alteraciones neurológicas puede considerarse como una contraindicación para la TEC.

El problema más complicado son las enfermedades vasculares del sistema nervioso. El súbito aumento de la presión puede provocar la rotura de una aneurisma cerebral o provocar una hemorragia. No obstante, es desconocida la hemorragia cerebral durante los ataques de los epilépticos. Estos pueden explicarse por el hecho de que los vasos cerebrales en un ataque epiléptico, después de una fase de constricción muy corta permanecen dilatados e hipotensos durante el resto de la convulsión. Conforme con esta experiencia, los accidentes vasculares en la terapéutica convulsiva son prácticamente desconocidos. Algunas referencias de hemorragias cerebrales ocurridas algunos meses después del tratamiento difícilmente pueden relacionarse con las convulsiones. En la sección de complicaciones se mencionó la rareza de los síntomas vasculares cerebrales después de la terapéutica convulsiva. Por otro lado, hemos tratado un número considerable de enfermos psicóticos con accidentes vasculares cerebrales previos y alguna vez, aun repetidos, sin resultados perjudiciales. Quiero reiterar que la convulsión es una forma de reacción neurológica preformada que surge en muchas condiciones anormales sin peligro para el organismo en conjunto ni para el cerebro. Por lo tanto, el peligro potencial de una hemorragia cerebral no debería tomarse más como una contraindicación para la terapéutica convulsiva. No obstante, son una contraindicación absoluta los tumores del cerebro y el aumento de la presión intracraneal. Aunque en tales condiciones ocurren a menudo ataques espontáneos sin efectos patológicos, el cambio del volumen cerebral durante los ataques pudo haber sido responsable de accidentes fatales en pacientes que murieron durante la TEC y se les encontró un tumor no diagnosticado.

Otras enfermedades. Se han considerado como contraindicaciones algunas otras enfermedades. Algunas pueden ser contraindicaciones relativas y excluyen la TEC cuando no esté absolutamente indicada. El bocio exoftálmico y la enfermedad de Graves implican el peligro de una muerte súbita y débese ser refractario a tratar pacientes en estas condiciones. Las infecciones agudas son razón suficiente para retrasar el tratamiento, pero se han tratado con éxito estados de excitación

intensa en pneumonías y otras infecciones. El caso de Jetter de muerte por fallo circulatorio durante la TEC en un paciente con una glomerulonefritis aguda, debería ser una advertencia para vigilar las enfermedades intercurrentes. Algunas referencias indican que pueden agravarse ligeras infecciones, por ejemplo la agravación de una otitis media crónica en un caso de Hemphill y Grey Walter. Los mismos autores previenen contra la terapéutica convulsiva durante la vacunoterapia. La tromboflebitis con la posibilidad de la movilización de un émbolo representa otra complicación que, por otra parte es solo relativa. El tratamiento puede ser inevitable y Chapman ha comunicado tres casos de tromboflebitis tratados sin complicaciones.

Contrariamente a las infecciones agudas de origen conocido, la fiebre como tal no es una contraindicación. Este es un punto de la mayor importancia práctica en vista de la frecuencia de fiebre de origen desconocido, en los psicóticos agudos, probablemente de origen central. Una de las más importantes y todavía descuidadas indicaciones de la TEC como un procedimiento salvador es el tratamiento de los cuadros psicóticos agudos con deshidratación y fiebre alta. Muchas veces nos hemos encontrado con casos en que el paciente se consideraba desahuciado porque estando en un cuadro de intensa excitación, según el internista, no podía tratarse con electrochoques a causa de la simultánea temperatura de 40 grados o más. Si el paciente no está en coma, aplicamos en estos casos dos electrochoques en cinco minutos, previa administración de 5 c.c. de coramina, y un tercer choque a las pocas horas. Casi invariablemente a la mañana siguiente la temperatura se había normalizado y el paciente estaba en condiciones de alimentarse. En la práctica nosocomial este es uno de los más importantes métodos que debería ser conocido de todo médico encargado del departamento de agitados. Si las pruebas usuales no muestran signos de una infección aguda, no está justificado retrasar la TEC en tales casos.

La úlcera péptica, que puede dar lugar a una hemorragia severa durante la convulsión y otras enfermedades gastrointestinales, como los divertículos que pueden perforarse, deberían diagnosticarse y evitar el tratamiento. Pueden tratarse los pacientes con hernia si un ayudante protege el orificio herniario.

La sífilis no es una contraindicación. Han sido tratados sin efectos perjudiciales pacientes diabéticos, así como casos de anemia perniciosa y otras enfermedades hematológicas. La exclusión por Meduna de todo cuadro patológico con hallazgos anormales en sangre y orina es sin duda demasiado absoluta.

Las enfermedades de los ojos plantean problemas es-

peciales. La pregunta más frecuente es hasta dónde el glaucoma y la amenaza de desprendimiento de retina son contraindicaciones para el tratamiento. No conocemos ninguna complicación de tales condiciones oculares. En cuanto al glaucoma, Ehrhard comunicó que durante la TEC disminuye la presión intraocular normalizándose a la una o dos horas después del tratamiento. Uno de nuestros enfermos con historia de ataques de glaucoma fue tratado sin complicaciones. Con mucha frecuencia hemos tenido que tratar enfermos después de una operación de cataratas. Puede aducirse que se han tratado casos con glaucoma o con peligro de desprendimiento de retina desconocidos sin resultados adversos, pero nuestra información actual no nos permite una declaración definida en relación a las enfermedades de los ojos en que está contraindicada la TEC.

Debemos repetir que en cada caso debe valorarse cuidadosamente la importancia de la enfermedad somática y la del cuadro psíquico. Sin embargo, no deben sobrevalorarse las enfermedades físicas preexistentes como una contraindicación de un tratamiento que, aunque reconocidamente drástico, resulta de pocos efectos perjudiciales para el organismo en conjunto.

Resultados

Trastornos afectivos

No fue hasta algunos años después de la introducción de la terapéutica convulsiva, cuando se reconoció su utilidad en las psicosis afectivas, primero por Verstraeten y particularmente por Bennett. Desde entonces se ha convertido en el tratamiento de elección para estos trastornos. Las respuestas de los diferentes tipos de depresiones son tan similar que es válido presumir una relación estrecha o aun el mismo proceso fundamental entre las depresiones maniacodepresivas, las depresiones involutivas, las depresiones seniles y las llamadas depresiones psiconeuróticas; todas ellas reaccionan aproximadamente a las cuatro convulsiones. Es costumbre aplicar unos tratamientos más con la finalidad de estabilizar e resultado, aun cuando no se haya demostrado la necesidad de tales tratamientos adicionales. El total de tratamientos que se aplican varía entre cinco y diez según los terapeutas, y algunos los terminan tan pronto como el enfermo remite. Generalmente se dan tres tratamientos a la semana, pero cuando la psicosis es muy aguda se puede disminuir el intervalo; por otro lado, los tratamientos aplicados dos veces a la semana son igualmente eficaces y tienen la ventaja de evitar los estados confusionales que, en definitiva, no son necesarios en las depresiones. Si

una depresión remite después del tercer tratamiento, los dos o tres siguientes pueden espaciarse a intervalos de una semana, durante los cuales el paciente puede reemprender sus actividades normales. Una observación a menudo expuesta es que el enfermo deprimido mejora de su tensión después del primer tratamiento pero que está otra vez molesto después del segundo y muestra una mejoría real después del tercero.

(...)

Psicosis maníacodepresiva

a. Fase depresiva

El porcentaje de remisiones en las depresiones maníacodepresivas, según la mayoría de referencias, varía entre el 80-100 por ciento. Algunas estadísticas que incluyen material de diferentes procedencias dan cifras más bajas (Malzberg, Impastato y Almansi). Estas cifras sugieren que en el material recopilado para la estadística hay probablemente incluidos, de una manera inadvertida, esquizofrénicos con cuadros depresivos y que fueron tratados con el diagnóstico preliminar de psicosis maníacodepresiva.

La duración de la enfermedad no tiene influencia sobre el resultado. Las depresiones maníacodepresivas no tratadas, que podrían, por otro lado, durar de unas semanas a un año, pueden ser acortadas si se instituye un tratamiento convulsivo. Esto está de acuerdo con la experiencia clínica que Cerletti, en una reciente comunicación personal, menciona en que el número promedio de días de estancia hospitalaria de los depresivos maníacodepresivos en las instituciones italianas, bajó de 180 días a 31 después de la introducción de la TEC. Oltman y Friedmann encontraron que el 75 por ciento de los pacientes tratados con choques que necesitaron una hospitalización por su depresión fueron dados de alta antes de los dos meses en comparación con solo el 17 por ciento de un grupo de enfermos no tratado

b. Fase maníaca

La fase maníaca de la psicosis maníacodepresiva difiere un poco de la fase depresiva en su respuesta a la terapéutica convulsiva. La técnica de dos o tres tratamientos por semana es generalmente ineficaz en esta fase y motivó conclusiones desalentadoras al comienzo (Myerson). Los tratamientos aplicados a intervalos más cortos dieron mejores resultados y actualmente la técnica usual es dar dos o tres tratamientos en un mismo día. De esta manera se obtienen remisiones en dos o tres días (cinco o seis tratamientos) en maníacos que en episodios anteriores habían requerido veinte o más convulsiones.

Psicosis involutivas

a. Melancolía involutiva; depresiones en la vejez

Esta enfermedad ofrece los resultados más espectaculares de la terapéutica convulsiva. La proporción de remisiones en las depresiones involutivas puras alcanza la de las depresiones maníacodepresivas. El número necesario de tratamientos es el mismo que para las otras depresiones (de cinco a diez). Los pacientes del grupo involutivo de más edad tienden a mostrar una desorientación intensa con el tratamiento y por esto es preferible aplicar tres tratamientos solo en la primera semana y después seguir con intervalos mayores. Los resultados son igualmente buenos en las depresiones inhibidas que en las agitadas, y los fracasos se deben generalmente a la existencia de síntomas paranoides o esquizofrénicos mezclados. El pronóstico de las depresiones involutivas puras no está influido por la duración de la enfermedad, que en los casos no tratados puede ser mucho más larga que en las depresiones maníacodepresivas. Por lo tanto, la selección de tales casos en los departamentos para crónicos de las instituciones mentales proporciona resultados muy satisfactorios y contribuye a disminuir la población hospitalaria

Esquizofrenia

La terapéutica convulsiva se introdujo como un tratamiento para la esquizofrenia, y fue utilizada durante algunos años exclusivamente para esta enfermedad, pero los espectaculares resultados en los trastornos afectivos han eclipsado su efectividad en la esquizofrenia. Otra razón del porqué se considera todavía en controversia el valor de la terapéutica convulsiva en la esquizofrenia es que la importancia de un tratamiento largo y adecuado, postulado por la mayoría de terapeutas para el tratamiento insulínico no fue suficientemente puesta de manifiesto para la terapéutica con el metrazol. Cerletti, insistiendo sobre el mérito de Sakel, en reconocer la importancia de la aplicación repetida de los comas en el tratamiento insulínico, aplicó esta experiencia a la TEC, recomendando la aplicación de 15 a 40 convulsiones. Este requisito fue difícil de cumplir en el tratamiento metrazólico, aunque los autores italianos particularmente (Petri-Canella y Levi) insisten que sólo puede juzgarse el resultado después de treinta convulsiones. En la TEC puede aplicarse más fácilmente tal tratamiento intenso. En el reciente informe de López Ibor ante el Primer Congreso Internacional de Psiquiatría, insistió nuevamente en la necesidad de series largas de tratamientos convulsivos en la esquizofrenia si se esperan resultados. El cumplimiento de este requisito por algunos y la negligencia

en el tratamiento por parte de otros, explica las estadísticas contradictorias de la TEC en la esquizofrenia.

(...)

Los médicos que tratan a sus pacientes hasta llegar a una desorientación completa (Loewnpch, Neymann) están plenamente satisfechos del valor de la TEC en la esquizofrenia. Tal “tratamiento confusional” requiere siempre terapéutica intensiva. No obstante, el “tratamiento confusional” no es una necesidad *per se*. Kalinowsky y Worthing, Gonda y otros terapeutas han demostrado que el tratamiento intensivo proporciona buenos resultados tanto si el paciente es conducido a propósito a un estado confusional por el tratamiento diario como si se evita esto mediante intervalos más largos de tratamientos. Reznikoff ha comunicado resultados insatisfactorios en aquellos pacientes a los que se aplicó solo de ocho a doce convulsiones.

(...)

En un grupo de 275 esquizofrénicos institucionales, tratados todos con un mínimo de veinte convulsiones, el porcentaje de remisiones fue del 68.3 por ciento en los casos de menos de seis meses de duración, del 41.5 por ciento en aquellos enfermos de seis a dos años y solo del 9.2 por ciento en los de más de dos años de duración de la enfermedad.

(...)

Una extensa revisión de los hospitales noruegos, presentada por Dedichen, llega al 63.3 por ciento de remisiones en los casos de menos de seis meses de duración y al 30 por ciento entre los seis y los doce meses de duración. En su comparación entre 1459 pacientes tratados y 969 no tratados encontró cuatro veces más remisiones en los casos de menos de seis meses y dos veces más en los de entre seis meses y un año de duración de su enfermedad en favor del grupo de pacientes tratados.

(...)

Los pacientes con esquizofrenias paranoides tardías, que desarrollan sus síntomas en la quinta o sexta década de su vida y que tienen poca o ninguna tendencia a la deteriorización, responden extremadamente mal a la TEC. Esto también ocurre en todos aquellos pacientes con personalidad bien conservada y con sintomatología pseudoneurótica (Hoch) eso es, en pacientes más jóvenes en que predominan los síntomas

neuróticos pero en un marco esquizofrénico que hace pensar que pertenecen realmente al grupo esquizofrénico. En algunas comunicaciones están descritos como esquizofrenias marginales o “ambulatorias”. En algunas se observa una mejoría sintomática, pero se ve difícilmente una reversión duradera de este síndrome.

Psiconeurosis

La aplicación de la TEC en los psiconeuróticos está favorecida por la simplicidad de la técnica y la posibilidad de su aplicación ambulatoria. No obstante, los resultados en conjunto son desfavorables. Es de particular interés esta diferencia en la respuesta entre los neuróticos y los psicóticos.

Un estudio de Kalinowsky y col., diferenciando los diferentes grupos de psiconeurosis, señala lo siguiente: los pacientes con histeria ansiosa son los menos dóciles a la TEC; la mayoría no mejoran. Algunos se sintieron temporalmente relajados y menos tensos, otros se agravaron por el miedo al tratamiento o por los efectos secundarios, como la alteración de la memoria y la sensación de falta de realidad, que se presenta mucho más en los neuróticos que en los psicóticos. Esto ocurre particularmente en los pacientes bajo tratamiento psicoanalítico, en los que se utiliza la auto-observación y que devienen aturridos por los cambios perceptivos, que cada paciente experimenta con el tratamiento en relación consigo mismo y con el ambiente, efectos secundarios que la mayoría de los demás pacientes aceptan sin dificultad.

Los casos de histeria de conversión, tarde o temprano exhiben resultados insatisfactorios. Ocasionalmente, fueron influidos los síntomas de conversión, de la misma manera que pueden serlo por cualquier método sugestivo. Los pacientes, impresionados por la mejoría de otros requirieron el tratamiento y tuvieron más tendencia a mejorar. Los pacientes con síntomas depresivos subyacentes obtuvieron mejores resultados. Cernacek y también Meggendorfer han comunicado casos de éxito del tratamiento en parálisis histéricas y lo explican como un tipo de psicoterapia y esencialmente diferente del efecto de la TEC en las psicosis.

(...)

Las depresiones psiconeuróticas presentan los mejores resultados. Los cuadros depresivos mejoran con tres o cuatro tratamientos, como los otros tipos de depresiones. La actitud neurótica puede continuar ininfluida, pero la reacción eufórica que acompaña generalmente el curso del tratamiento hace que puedan afrontar sus problemas con nuevas confianzas. La buena respuesta de las depresiones reactivas aun de

larga duración fue demostrada por el estudio Myerson sobre “casos prolongados de reacción depresiva”.

En los neuróticos obsesivo-compulsivos los resultados son inciertos. La mayoría de pacientes no obtienen una mejoría duradera, pero manifiestan mejorías temporales. Aun cuando las compulsiones y obsesiones persistan después del tratamiento, disminuye frecuentemente la tensión emocional que las acompaña permitiéndoles una mejor adaptación a sus síntomas. Algunos se hacen en este estado más asequibles a la psicoterapia. Sin embargo, nuestra experiencia es que aun cuando los síntomas puedan borrarse por la amnesia desarrollada durante un curso largo de tratamientos poco espaciados, en la mayoría de los casos los síntomas reaparecen más pronto o más tarde con la misma intensidad.

(...)

En los psiconeuróticos admitidos en un hospital privado, Hamilton encontró que la TEC fue un factor útil en su programa de tratamiento. Es efectivo e modificar la forma de los síntomas neuróticos. Cuando los síntomas tales como el insomnio, depresión o manifestaciones obsesivas se reducen, el paciente se hace más confiable y más dócil a la sugestión. Los pacientes eran sometidos a una acción psicoterápica en el hospital antes de recibir el tratamiento y el tiempo promedio de hospitalización después del tratamiento fue de cuatro meses. Fueron sometidos a este régimen cincuenta pacientes, el 80 por ciento de los cuales se beneficiaron francamente, mientras que del mismo número de pacientes no tratados con choques en el mismo hospital solo mejoraron el 59 por ciento. Dos referencias favorables en psiconeuróticos estaban basadas en el “método intensivo” de la TEC (Milligan) o en el “método de aniquilación” (Bini y Bozzi). Milligan recomienda al comienzo cuatro tratamientos por día, pues cree necesario reducir el paciente al “nivel infantil, en el que está completamente incapacitado y doblemente incontinente”. Se da importancia a la rehabilitación y reconstrucción de la personalidad durante el período de recuperación. De 100 casos, el 51 por ciento se clasificaron como “remitidos” y el 45 por ciento como “mejorados”. Respondieron mejor los estados de ansiedad, la histeria de conversión y en segundo lugar los obsesivos-compulsivos. Bini y Bozzi obtuvieron resultados favorables, algunas veces solo después de una segunda serie de tal tratamiento

intensivo. No obtuvieron éxitos en síndromes histéricos. La comunicación de Milligan provocó muchas protestas. Nosotros podemos confirmar la ausencia de efectos perjudiciales duraderos de tales tratamientos, pero nuestros resultados así como los de Stengel con el tratamiento intensivo fueron desalentadores, con la excepción de unos pocos obsesivos.

(...)

Moriarty y Weil dieron un informe favorable sobre un grupo de psiconeuróticos tratados en un establecimiento psiquiátrico con TEC combinada con psicoterapia. Flescher, Selinsky y otros psiquiatras encuentran un ocasional éxito con el tratamiento para romper la resistencia del paciente a la psicoterapia. Se han obtenido también resultados en algunos síndromes especiales de probable origen neurótico. Así, la tartamudez ha sido tratada con éxito por Owen y Stermmerman después que la TEC hubo disminuido la tensión de estos enfermos. Tal uso de la TEC para hacer asequible el paciente a la reeducación del lenguaje parece otro intento para hacer posible la psicoterapia y readaptación. Algunos trastornos psicósomáticos han sido sometidos a la TEC con más o menos éxito. Algunos de ellos los mencionaremos luego en el grupo de “trastornos diversos”. Es evidente que la TEC se aplica con frecuencia en los neuróticos, unas veces porque ha fracasado todo y otras por razón de su simplicidad. El uso sin distinciones en los neuróticos es especialmente apropiado para el descrédito del método.

(...)

En los neuróticos no se ve nunca la súbita desaparición de los síntomas después de unos pocos tratamientos; la mejoría, si ocurre, se presenta de manera gradual, contrariamente al cambio repentino de los psicóticos.

(...)

En resumen, con la excepción de las depresiones psiconeuróticas, el tratamiento de las neurosis con la TEC es en conjunto insatisfactorio ... Cuando se intenta esta forma de terapéutica, debe emplearse en unión con la psicoterapia que es el tratamiento de elección en las psiconeurosis.

CARTA DE LECTORES

Estimado Director de *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*,

Nos resulta indispensable, en la coyuntura crítica en la que nos hallamos, recuperar la lectura del “Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina” (Stagnaro et al., 2018). Este trabajo pone de manifiesto que una perspectiva de gestión en políticas de salud mental que contemple la sistematización y evaluación de datos no sólo es necesaria, sino insoslayable. El uso ético de sus resultados, con base en un enfoque humanístico y en conversación con aportes de corte cualitativo e interdisciplinario, favorece la adecuada asignación de recursos. Asimismo, echa luz sobre los problemas reales que afectan a la población que, de otra forma, pueden fácilmente naufragar en los discursos vacíos de turno, más o menos bonitamente pronunciados. No se puede avanzar sin que se cometan crasos errores de no identificarse seriamente los emergentes más acuciantes, las barreras de accesibilidad y posteriores abordajes.

Dos datos de absoluta relevancia se desprenden de allí, lo que no obvia la recomendación de su lectura cabal. Ya en aquel entonces se develaba una demora significativa en el acceso a tratamientos, y una vez en curso, más del 50% no obtenía un tratamiento medianamente adecuado. Se recomendaba la medición sistemática de resultados y los procedimientos para evaluar dicho acceso en los sistemas de atención en salud mental. Como bien se señala, no se puede evaluar lo que no se ha medido (Stagnaro, 2018). ¿Y una vez medido? ¿Qué ocurrió?

El estudio inspira el diseño y ejecución de políticas sobre los padecimientos mentales y la promoción de la salud mental que se basen en un diagnóstico concreto de situación, invita a decidir la inversión y distribución de recursos de manera racional y a evaluar resultados de las gestiones, aspecto que en nuestro caso particular hemos recogido en investigaciones posteriores, siendo este texto una fuente de consulta permanente.

Sin embargo, un estudio de esta envergadura no ha sido replicado ni continuado hasta el momento. Las mediciones, como las guías o protocolos, continúan en nuestro criterio siendo prejuizados como opciones adaptadas del discurso científico al mercado y al consumo, fácil argumento para entonces decidir o actuar desde el oscurantismo de intereses varios, so pretexto del trillado “caso por caso”. La clínica es soberana, pero no tiene por qué oponerse a la sistematización. Consideramos inconducentes los antagonismos en lo que atañe al factor llamado humano: es necesaria la complejización permanente entre el territorio, los efectores y niveles de atención, la gestión, la comunicación y la investigación.

En tiempos donde las discusiones polarizadas y binarias no permiten una real puesta en diálogo para soluciones a urgencias inexorables, que se cuelan por las ventanas de las oficinas burocráticas, en tiempos donde los estribillos que incluso se arrojan el adjetivo de progresistas se repiten para seguir con el proceso ciego pero no ingenuo de exclusión de los pacientes mentales, este tipo de estudios devienen una contribución invaluable y una verdadera herramienta a la hora de proponer y organizar dispositivos para una efectiva red federal de salud mental en Argentina.

Referencias

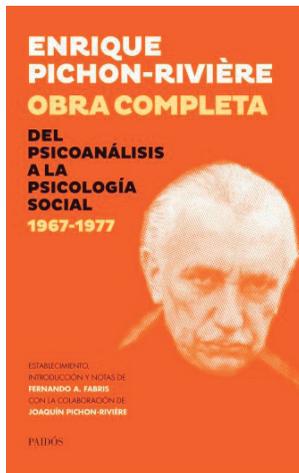
Stagnaro, J. C. (2018). Editorial. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. 29, 244.

Stagnaro, J.C.; Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Sustas, S.E., Medina Mora, M.E., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S. & Kessler, R. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina, *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. 29, 275-299.

Julia Martin

Directora General de Salud Mental, Secretaría de Salud Pública e Higiene, Municipalidad de Berazategui.
Docente e investigadora. Universidad Nacional de La Plata. Buenos Aires, Argentina. ORCID 0000-0003-0677-6443

Correspondencia: juliamartin17@gmail.com



LECTURAS

Juan Carlos Stagnaro

Obra completa. Del psicoanálisis a la psicología social

Enrique Pichon-Rivière

Establecimiento, Introducción y Notas: Fernando Fabris

Con la colaboración de Joaquín Pichon-Rivière. Paidós, 2023

La aparición de la obra completa de Enrique Pichon-Rivière, establecida por Fernando A. Fabris, con la colaboración de Joaquín Pichon-Rivière, publicada por Paidós, se ha iniciado recientemente con el primero de los volúmenes proyectados. El mismo recopila, cronológicamente, textos escritos por el autor entre 1967 y 1977, década en la que alcanzó el punto de madurez de sus concepciones en el campo de la psiquiatría y la psicología concebidas en el ámbito de lo social.

Uno de nuestros grandes intelectuales, Enrique Pichon-Rivière (1907-1977), fue una figura central del mundo *psi* en nuestro país y en América Latina. Así lo testimonia su incansable tarea como creador y animador de múltiples instituciones asistenciales y formativas: fue fundador de la Asociación Psicoanalítica Argentina (1942), del Servicio de Adolescentes del Hospicio de las Mercedes (1947), del Instituto Privado de Asistencia, Docencia e Investigación (1948), del Instituto Argentino de Estudios Sociales (IADES) (1955), de la Primera Escuela Privada de Psiquiatría (1959) y de la Primera Escuela Privada de Psiquiatría Social que creó en 1963 y refundó en 1967.

Gran maestro de la palabra, dejó su enseñanza escrita en más de ciento cincuenta artículos en el *Índex de Neurología y Psiquiatría*, la *Revista de Psicoanálisis* y en *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, entre otros medios. Aunque gran parte de sus textos fueron agrupados en los años sesenta bajo el título *Del psicoanálisis a la psicología social*, la aparición de sus obras completas, que estamos comentando, constituye un acontecimiento fundamental de nuestro acervo cultural. Según afirma Fabris, su obra se puede seguir “a través de tres períodos: uno de búsquedas iniciales y psiquiatría clínica (1932-1940), otro de psicoanálisis y psiquiatría dinámica (1941-1954) y uno tercero, en el que postula una psiquiatría y psicología sociales (1955-1977)”.

El criterio de organización de la obra en su conjunto se apoyó en la idea de situarla y contextualizarla. “Cada uno de los tomos corresponde a momentos distintos de la evolución teórica del autor”, dice Fabris en la Introducción. Se sucederán así, en su aparición en cinco tomos, la psiquiatría dinámica y el psicoanálisis (tomos I y II) y la psiquiatría y la psicología sociales (tomos III, IV y V). Cada tomo está conformado, básicamente, por artículos, aunque se incluyen también algunas clases, libros, ponencias, entrevistas y prólogos.

Entre las ideas clave que Enrique Pichon-Rivière despliega en este primer tomo se encuentran las de portavoz, vínculo, emergente, tarea y una concepción dialéctica de la subjetividad entendida como grupo interno o ecología humana interna. Expone también, de manera acabada, su teoría de la enfermedad única, la teoría del grupo familiar y la técnica de los grupos operativos. Esos conceptos, así como la teoría del proceso creador, la idea de una epistemología convergente y la adaptación activa a la realidad —como criterio de salud—, constituyeron aportes fundamentales que inspiraron el pensamiento y la práctica de generaciones de profesionales *psi* entre los años 60 y 80 del siglo XX, y se prolongaron a través de ellos en el tiempo.

El conjunto de textos recopilados, algunos desconocidos hasta el presente, se presentan por primera vez ordenados y contextualizados para su consulta y referencia. En la muy cuidada y documentada edición de esta obra, cada texto está precedido por un comentario introductorio, cuyo objetivo es presentar su contenido y contextualizarlo.

La organización de la obra es cronológica, si bien el ordenamiento, dentro de un mismo año, no obedece a la cronología sino a criterios vinculados con su importancia relativa. Al comienzo de cada texto se especifica el

título y la fecha, así como los nombres de los colaboradores, cuando los hay.

Las publicaciones póstumas, es decir, las no corregidas o supervisadas por el autor, fueron objeto de correcciones mínimas cuando se consideró que estos cambios facilitaban su lectura y comprensión. La intervención apuntó casi siempre a cuestiones de puntuación y de ordenamiento indispensable cuando un escrito surge como transformación de un discurso oral. La bibliografía de los artículos, clases, libros, etc. se ubica al final de cada uno de ellos y cada tomo cuenta con un índice de temas y nombres correspondiente a ese volumen.

La inmensa tarea de poner en páginas estas obras completas fue el resultado de las investigaciones llevadas a cabo por Fernando A. Fabris, en nuestra opinión, el mayor experto en la actualidad sobre el pensamiento de Pichon-Rivière. En efecto, Fabris viene abonando desde hace muchos años el tema a través de múltiples textos aparecidos en revistas especializadas y capítulos

de libros y en tres textos mayores: *Pichon-Rivière, un viajero de mil mundos. Génesis e irrupción de un pensamiento nuevo*, en 2007; *Pichon-Rivière y la construcción de lo social. Pasos y estrategias de una praxis colectiva*, en 2012, ambos editados en Buenos Aires por la editorial Polemos, y una compilación del sello Lugar Editorial, aparecida en 2014, *Pichon-Rivière como autor latinoamericano*, con capítulos de H. Kesselman, A. Moffatt, V. Zito-Lema, A. Quiroga, R. Avenburg, J. Pichon-Rivière, H. González, R. H. Etchegoyen, Á. Fiasché, A. Bauleo, F. Ulloa, J. C. Stagnaro, A. Scherzer, J. Gissi Bustos, G. Adamson, C. Joos, J. Racedo, A. Simonetti, G. Jasiner, H. Klappenbach, M. Álvarez, V. Hemsy de Gainza, M. del C. Barcia y A. Sava.

Además, la urdimbre de estas obras completas se apoyó en la invaluable colaboración con Joaquín Pichon-Rivière, que contribuyó con su conocimiento del tema para el éxito de esta publicación que, sin lugar a dudas, constituye el hecho más destacado de la edición *psi* del año 2023.

[volver al índice](#)