

Patrones de prescripción de psicofármacos en usuarios internados y en atención ambulatoria comunitaria en el hospital neuropsiquiátrico "Dr. Alejandro Korn", La Plata, Argentina. Estudio de corte transversal

Síntomas depresivos del cuestionario PHQ-9 asociados a ideación suicida mediante algoritmos de aprendizaje automático en la población peruana

Prevalencia del estrés académico en estudiantes de Medicina de la Universidad de Buenos Aires

Prescripción de antidepresivos por médicos de cabecera en la ciudad de Olavarría, Argentina. Análisis cuali-cuantitativo

Protocolo de evaluación de simulación de enfermedad mental laboral PES-L: desarrollo del primer instrumento específico de detección de simulación de enfermedades mentales en el ámbito del trabajo

Controversias acerca de los estados mixtos en el trastorno bipolar: desde los aportes de Wilhelm Weygandt a las clasificaciones del DSM 5

Primer Consenso Argentino sobre el manejo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la adultez. Segunda parte: clínica del TDAH en la adultez, evaluación diagnóstica, comorbilidades y diagnósticos diferenciales

El sentido de las prácticas

Conflictos del psiquiatra en el rol de psicoterapeuta: reflexiones a partir del embarazo por violación en una niña de 11 años



REDACCIÓN



Director Juan Carlos Stagnaro (Universidad de Buenos Aires).

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

Directores asociados **América Latina:** Cora Lugercho (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. (2025). 36(167): 6-130. 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 Lic. 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: Carretera en el bosque con gran cantidad de coloridos arboles - de wirestock 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

A poco de aparecer este número de *Vertex*, la opinión pública se vio conmocionada por la publicación del Comunicado Oficial N°765 del 5 de febrero de 2025, en el que informaba que el presidente Javier Milei había tomado la decisión de retirar a la República Argentina de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El argumento central esgrimido por el presidente es que “La OMS fue creada en 1948 para coordinar la respuesta ante emergencias sanitarias globales, pero falló en su mayor prueba de fuego: promovió cuarentenas eternas sin sustento científico cuando le tocó combatir la pandemia de COVID-19”.

Casi simultáneamente, Javier Milei adelantó que también analizaba retirar al país del Acuerdo de París sobre el cambio climático, según declaró en una entrevista para el diario francés *Le Point*, alegando como motivo: “Porque no adhiero a la agenda ambientalista, que me parece un verdadero fraude. La forma en que se habla del cambio climático hoy en día es completamente errónea”.

Dos días después, un portavoz del gobierno informó a la prensa que Milei estudia la posibilidad de retirar a nuestro país del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (ONU), y que se contempla la posibilidad de que nuestra diplomacia abandone el Principio de Neutralidad ante situaciones bélicas a nivel mundial.

Quizás muchos de nuestros lectores se pregunten porqué traemos esta información a un Editorial de una revista de psiquiatría.

Para quien suscribe estas líneas la respuesta es que, además de psiquiatras y trabajadores de la salud mental, como muchas veces lo hemos escrito en nuestros Editoriales, también somos, y a nuestro criterio indisolublemente, ciudadanos, y como tales estamos atravesados por la realidad social y política que impregna la sociedad civil a la que pertenecemos.

Pero hay más: en su Capítulo II, Artículo 3°, la Ley Nacional de Salud Mental vigente prescribe: “En el marco de la presente ley 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”.

Las medidas anunciadas, así como los discursos de odio emitidos desde las más altas esferas del poder, el desprecio a los derechos de las minorías, el avasallamiento a los estamentos oficiales de defensa de la Derechos Humanos, la pauperización de la salud pública y la educación, la renuncia a la investigación científica nacional, y muchos otros acontecimientos de similar tenor a los que hemos asistido en el último año, forman un plexo de medidas con inocultables efectos sobre la salud mental de los argentinos, sometiéndolos a tensiones, frustraciones y opciones





EDITORIAL

que atacan el tejido social, su unidad solidaria y su coherencia identitaria construida a través de décadas.

Cuando repetimos desde nuestra formación básica que el sujeto es un ente bio-psico-social, o incluimos como causas o agravantes de los trastornos mentales a los factores psicosociales, también nos referimos a los hechos enumerados, y debemos calificarlos como potencialmente patógenos, directa o indirectamente.

Porque los dichos y medidas anunciadas son también enunciados performativos, es decir, no se quedan en meras palabras, sino que tienen consecuencias reales sobre la vida en sociedad, propugnando un modelo basado en el individualismo, el egoísmo, la ignorancia y el autoritarismo. Un terreno baldío de amor poco propicio para una buena salud mental. Si no, preguntémonos sobre lo que ocurre con la afluencia cada vez mayor de consultas por cuadros de ansiedad, depresiones reactivas, *burn out* y trastornos de adaptación (¿adaptación a qué?) que llegan a nuestros servicios y consultorios. ¿Los argentinos y argentinas se volvieron más frágiles?, ¿o los más sensibles y vulnerables reaccionan antes, ante estímulos que sienten lesivos y se sienten impotentes para resolver los conflictos que les generan? La incertidumbre, el miedo, el cambio violento, el desagrado extremo y difuso como clima vital generan angustia y desvalimiento y tristeza. ¿Qué hacer con ellas? ¿Intentar apagarlas con fármacos? ¿Explicarlas por razones exclusivamente individuales o familiares, privatizando el sufrimiento? ¿O también ayudar a explicarlas abriendo el horizonte de sentido a las noxas sociales?

Como clínicos estamos confrontados, querámoslo o no a responder estas preguntas. Como clínicos sabemos que “nada humano nos es ajeno”. No estamos afuera del sufrimiento, estamos en él. No estamos fuera de la sociedad, estamos en ella y sufrimos sus avatares. No estamos obligados como técnicos a tener todas las respuestas, pero estamos obligados a buscarlas.

A nuestro parecer, suficientes razones para justificar el tema de este Editorial. Pero, como en esta transformación epocal hay que operar juntos, y hoy más que nunca, en la búsqueda de consensos, la Sección Carta de Lectores invita y brinda el espacio para más opiniones.

Juan Carlos Stagnaro



ÍNDICE

3 Editorial

Artículos

6 Patrones de prescripción de psicofármacos en usuarios internados y en atención ambulatoria comunitaria en el hospital neuropsiquiátrico “Dr. Alejandro Korn”, La Plata, Argentina. Estudio de corte transversal. *Pedro Damián Gargoloff, Martín A. Urtasun, Raúl Riveros, Verónica Ruiz, Martín Cañas*

17 Síntomas depresivos del cuestionario PHQ-9 asociados a ideación suicida mediante algoritmos de aprendizaje automático en la población peruana. *Alberto Guevara Tirado*

28 Prevalencia del estrés académico en estudiantes de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. *Juan Manuel Duarte, Marcelo Fabián Garro, María Eugenia Basile, Latara Luiza Smolinski Eifler, Lanáisa Damiani Collaziol, Francisco José Appiani*

36 Prescripción de antidepresivos por médicos de cabecera en la ciudad de Olavarría, Argentina. Análisis cuali-cuantitativo. *Gonzalo Emmanuel Barbosa Eyer*

43 Protocolo de evaluación de simulación de enfermedad mental laboral PES-L: desarrollo del primer instrumento específico de detección de simulación de enfermedades mentales en el ámbito del trabajo. *Matías Salvador Bertone, Alejandro Elman, Gabriela Kardos, Joaquín López Reguiera, Ulises Loskin, Miguel Vallejos, Cintia Spitzer, Jorge Mauricio Cuartas Arías*

56 Controversias acerca de los estados mixtos en el trastorno bipolar: desde los aportes de Wilhelm Weygandt a las clasificaciones del DSM 5. *Daniel Sotelo, Verónica Grasso, Micaela Dines, Bárbara E. Hofmann, Gustavo Vázquez, Marcelo Cetkovich-Bakmas*

67 Primer Consenso Argentino sobre el manejo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la adultez. Segunda parte: clínica del TDAH en la adultez, evaluación diagnóstica, comorbilidades y diagnósticos diferenciales. *Andrea Abadi, Marcelo Cetkovich-Bakmas, Hernán Klijnjan, Norma Echavarría, Alicia Lischinsky, Pablo López, Claudio Michanie, Tomás Maresca, Carolina Remedi, Osvaldo Rovere, Fernando Torrente, Marcela Waisman Campos, Gerardo Maraval, Teresa Torralva, Diego Canseco, Amalia Dellamea, Andrea López Mato, Gustavo Vázquez, Alejo Corrales*

106 El sentido de las prácticas. *Thierry Tremine*

116 Conflictos del psiquiatra en el rol de psicoterapeuta: reflexiones a partir del embarazo por violación en una niña de 11 años. *Ana María Alle*

121 **El rescate y la memoria**
Fernando Gorriti, psiquiatra, psicoanalista, impulsor de la Higiene Mental en la Argentina

127 **Carta de Lectores**

Lecturas

129 Apuestas *online*. La tormenta perfecta. Crianza digital y adicciones emergentes. Implicancias clínicas y lineamientos prácticos. Federico Pavlovsky (Coordinador). *Juan Carlos Stagnaro*

Patrones de prescripción de psicofármacos en usuarios internados y en atención ambulatoria comunitaria en el hospital neuropsiquiátrico “Dr. Alejandro Korn”, La Plata, Argentina. Estudio de corte transversal

Prescription patterns of psychotropic drugs in inpatient and in community outpatient care at the neuropsychiatric hospital “Dr. Alejandro Korn”, La Plata, Argentina. Cross-sectional study

Pedro Damián Gargoloff¹, Martín A. Urtasun², Raúl Riveros³, Verónica Ruiz⁴, Martín Cañas⁵

<https://doi.org/10.53680/vertex.v36i167.796>

Resumen

Objetivo: Identificar patrones de prescripción psicofarmacológica en usuarios mayores de 18 años del Hospital “Dr. Alejandro Korn” de La Plata, Argentina. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, transversal. Se relevaron las prescripciones de psicofármacos de personas internadas y ambulatorias. **Resultados:** 425 usuarios (71 % masculinos), 218 eran ambulatorios en centros de salud mental comunitarios o en las salas; 207 internados en salas de larga (n=86), media (n=34) y corta estancia (n=87), con una mediana (rango) de internación de 9.5 (1-53.3) años. Los diagnósticos más prevalentes fueron esquizofrenia y otras psicosis (71.1 %) y retraso mental (16.7 %). El 94.6 % recibían antipsicóticos (AP), con 43.1 % de primera generación (APG) y 77.2 % de segunda generación; 74.6 % sedantes/hipnóticos, principalmente benzodiazepinas; 42.6 % anticonvulsivantes y 13.4 % antidepresivos. La polifarmacia antipsicótica (≥ 2 AP) fue de 42.3 %, alcanzando 69.9 % en usuarios de APG. La dosis de AP fue ≥ 600 mg equivalentes de clorpromazina (eqCPZ) en 62.9 % y ≥ 1200 mg eqCPZ en 25.9 %. El 22.4 % de los usuarios de AP recibían biperideno. **Conclusiones:** existe una elevada frecuencia de polifarmacia AP, altas dosis de AP y uso de APG. También prescripción frecuente de benzodiazepinas. Es prioritario evaluar la reducción de dosis y deprescripción de los diferentes grupos farmacológicos.

Palabras clave: psicotrópicos, utilización de psicofármacos, hospitales psiquiátricos

RECIBIDO 10/6/2024 - ACEPTADO 2/7/2024

¹Médico Psiquiatra. Jefe de Sala. Hospital “Dr. Alejandro Korn”, La Plata, Argentina. Asociación de Psiquiatras de Argentina (APSA). <https://orcid.org/0009-0006-6477-9959>

²Médico Clínico. Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, Universidad de Lanús (UNLa). Área Farmacología, Fundación FEMEBA, La Plata, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-6018-8250>

³Médico. Jefe de Residentes, Hospital “Dr. Alejandro Korn”, La Plata, Argentina. <https://orcid.org/0009-0009-9579-3667>

⁴Médica Psiquiatra. Jefa de Sala, Hospital “Dr. Alejandro Korn”, La Plata, Argentina. Universidad Nacional de La Plata (UNLP). <https://orcid.org/0009-0003-0413-7004>

⁵Médico. Magister en Farmacoepidemiología. Área Farmacología, Fundación FEMEBA, La Plata, Argentina. Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNA), Florencio Varela, Argentina. <https://orcid.org/0000-0003-0500-5866>

Autor correspondiente:

Pedro Damián Gargoloff
pdgargoloff@yahoo.com.ar

Institución en la que se realizó la investigación: Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos “Dr. Alejandro Korn”, La Plata, Argentina.



Abstract

Objective: to identify psychopharmacological prescription patterns in users over 18 years of age at the “Dr. Alejandro Korn” hospital from La Plata, Argentina. **Methodology:** observational, descriptive, cross-sectional study. Psychotropic drug prescriptions of inpatients and outpatients were surveyed. **Results:** Of 425 users (71 % male), 218 were outpatients in community mental health centers or wards; 207 hospitalized in long-stay (n=86), medium-stay (n=34) and short-stay wards (n=87), with a median (range) of hospitalization of 9.5 (1-53.3) years. The most prevalent diagnoses were schizophrenia and other psychoses (71.1 %) and mental retardation (16.7 %). Up to 94.6 % received antipsychotics (AP), with 43.1 % first generation (FGA) and 77.2 % second generation; 74.6 % sedatives/hypnotics, mainly benzodiazepines; 42.6 % anticonvulsants and 13.4 % antidepressants. Antipsychotic polypharmacy (≥ 2 AP) was 42.3 %, reaching 69.9 % in FGA users. The AP dose was ≥ 600 mg chlorpromazine equivalents (eqCPZ) in 62.9 % and ≥ 1200 mg eqCPZ in 25.9 %. Up to 22.4 % of AP users received biperiden. **Conclusions:** there is a high frequency of AP polypharmacy, high doses of AP and use of FGA. Also, high frequency of benzodiazepines prescription. It is necessary to prioritize dose reduction and deprescription of the different pharmacological groups.

Keywords: psychotropic drugs, psychotropic utilization, psychiatric hospitals

Introducción

Desde su aparición a mediados del siglo XX, los fármacos psicotrópicos han cambiado la historia de las enfermedades mentales, constituyendo uno de los principales recursos con que cuenta la psiquiatría para abordarlas (Braslow & Marder, 2019).

Las investigaciones para conocer cómo se prescriben los psicofármacos en usuarios ambulatorios y hospitalizados son numerosas y extendidas en numerosos países (Bitter et al., 2003; Centorrino et al., 2008; Gaviria et al., 2015; Jaffe & Levine, 2003; Paton et al., 2003). Tanto en usuarios internados como en ambulatorios no es infrecuente el uso de la polifarmacia antipsicótica en detrimento de la monoterapia, entendiendo aquella como el uso de dos o más agentes antipsicóticos al mismo tiempo (Faries et al., 2005; Zieher, 2003), práctica que queda por fuera de las normativas o guías clínicas basadas en la evidencia científica (Bret et al., 2002; Broekema et al., 2007; Rittsmannberger et al., 1999). También es habitual el uso de determinados psicofármacos por fuera de las condiciones clínicas estudiadas (Lücke et al., 2018; Wang et al., 2016).

A pesar de las potenciales ventajas de los antipsicóticos de segunda generación, se ha documentado una frecuencia elevada de polifarmacia antipsicótica y del uso de dosis elevadas (Ballon & Stroup, 2013; Fujita et al., 2013).

La combinación de drogas antipsicóticas se encuentra generalmente desalentada en la comunidad científica internacional y la mayoría de las recomendaciones internacionales para el tratamiento de los

trastornos mentales ponen énfasis en la práctica de la monoterapia antipsicótica (Keepers et al., 2020; Leucht et al., 2020; Norman et al., 2017). En los ensayos clínicos se estudian habitualmente los fármacos aislados; una revisión Cochrane de las escasas investigaciones que comparan la monoterapia con combinaciones de antipsicóticos no muestra beneficios claros (Ortiz-Orendain et al., 2017).

Estas intervenciones, con múltiples drogas o en dosis por encima de las recomendadas, se relacionan con mayor riesgo de efectos adversos de diferente gravedad e intensidad, incluso muchos de ellos con riesgo de vida (Centorrino et al., 2004; Joukamaa et al., 2006; Szmulewicz et al., 2022). Las interacciones medicamentosas, ya sean farmacodinámicas o farmacocinéticas, constituyen la base para la explicación de muchos de los efectos indeseados y en ocasiones la falta de efectividad observada con la polifarmacia (Leendertsee et al., 2008).

Por otro lado, son frecuentes los escenarios clínicos en que la polifarmacia está considerada necesaria como en situaciones de riesgo para sí o terceros, agitación psicomotriz, necesidad de medicación hipnótica, tratamiento profiláctico o de mantenimiento y no solo en fases agudas de los trastornos mentales y estrategias de potenciación (Corrales et al., 2021; Hjorth, 2021; Lähteenvuo & Tiihonen, 2021; Galling et al., 2017).

Son numerosos los estudios que muestran a esta estrategia no como una excepción sino más bien como una práctica sumamente frecuente y extendida en diferentes países. (Ayenew et al., 2021; Bret et al., 2002; Broekema et al., 2007; Centorrino et al., 2008; Gallego

et al., 2012; Rittsmannberger et al., 1999). La realidad sobre la práctica de la monoterapia en la actualidad plantea interrogantes sobre cuál es el verdadero impacto de las recomendaciones (Stašević et al., 2020).

Los anticolinérgicos, como el biperideno, tienen su indicación en el tratamiento de los efectos adversos extrapiramidales o parkinsonianos agudos asociados a los antipsicóticos. La prescripción crónica fue asociada a efectos adversos serios como retención urinaria, severa constipación, alteraciones cognitivas y delirium, y otros de menor severidad como sequedad de boca, estreñimiento, dificultad para orinar, visión borrosa, taquicardia, piel seca, hipotensión arterial y bradicardia (Ghaemi, 2019; Stahl, 2021). Las personas con enfermedades mentales severas, particularmente adultos mayores y aquellos con comorbilidades clínicas, tienen mayor riesgo de efectos secundarios anticolinérgicos (Joshi et al., 2021; Lupu et al., 2017; Malagaris et al., 2020).

Hasta donde conocemos, existe escasa información sobre patrones prescriptivos psicofarmacológicos en la población de usuarias y usuarios asistidos/as, en forma ambulatoria como en internación, en hospitales públicos especializados en salud mental en Argentina, incluyendo el Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos "Dr. Alejandro Korn" de la ciudad de La Plata (Cermignani et al., 1998; de Menil & Cohen, 2009; Gargoloff et al., 2022). Los reportes publicados se refieren a personas internadas en servicios de larga estancia, sin comparaciones entre los diferentes dispositivos asistenciales.

El objetivo fue identificar patrones de prescripción de psicofármacos en usuarias y usuarios del hospital "Dr. Alejandro Korn", mayores de 18 años, internados en salas de corta, media y larga estancia, y en aquellos en seguimiento por dispositivos de salud mental comunitaria luego de la externación.

Métodos

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, realizado el 3/5/2023 en el Hospital "Dr. Alejandro Korn" de La Plata. Se relevó el plan de tratamiento psicofarmacológico de las personas internadas en las salas de pacientes de corta, media y larga estancia, así como de los usuarios ambulatorios previamente internados que continuaban su atención en esas mismas salas y en los centros de salud mental comunitaria. Los datos fueron recogidos de las historias clínicas, fichas de medicación y hojas de registro de enfermería.

Se registraron los psicofármacos indicados aplican-

do la clasificación Anatómico-Terapéutico-Química (ATC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, 2023). Se consignó la dosis diaria utilizada, cuantificada en mg y en dosis diarias definidas (DDD).

Las clases farmacológicas utilizadas se agruparon en antipsicóticos (AP, grupo N05A en la clasificación ATC), anticonvulsivantes (AC, N03), sedantes e hipnóticos (SH, N05B, N05C, R06A) y antidepresivos (AD, N06A). Los fármacos SH incluyeron las benzodiazepinas (BZD), los hipnóticos derivados de BZD, algunos antihistamínicos de uso sistémico como difenhidramina y prometazina, y levomepromazina, utilizada en dosis bajas por su efecto sedante.

El clonazepam está clasificado en ATC como anti-epiléptico, con una DDD de 8 mg, lo que no refleja su uso habitual como ansiolítico, en dosis mucho menores. A los fines de este estudio se asignó una DDD de 1 mg, de acuerdo a la bibliografía. (Quaglia Planas et al., 2009; Speranza et al., 2015; Urtasun et al., 2022; Zorzanelli et al., 2019).

Las dosis de AP se expresaron también como equivalentes de clorpromazina (eqCPZ), de acuerdo a los consensos internacionales, donde 600 mg eqCPZ señala el extremo superior del rango de dosis recomendada (Gardner et al., 2010; McAdam et al., 2023). Se clasificaron como antipsicóticos de primera generación (APG): clorpromazina, clotiapina, haloperidol, tioridazina, trifluoperazina, zuclopentixol; y como antipsicóticos de segunda generación (ASG): aripiprazol, clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona.

El diagnóstico se tomó de la historia clínica, que sigue la *Clasificación Internacional de Enfermedades* 10ª Edición de la OMS.

Los resultados se procesaron con Microsoft Excel y se describen como proporciones, promedios, medianas y rangos, según el tipo de variable.

A fin de resguardar la confidencialidad de los participantes, las fichas de registro se identificaron con números arbitrarios, no relacionados con los datos filiatorios. El estudio fue autorizado por el Comité de Docencia e Investigación de la institución y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del hospital San Roque de La Plata, mediante Dictamen 036/22.

Resultados

Se identificaron 425 usuarios, con 71 % de varones y una mediana (rango) de edad de 49.5 (18-88) años. Las 207 personas internadas se distribuían en cinco salas de larga estancia (n=86), una de media estancia

(n=34) y tres de corta estancia (n=87). Los ambulatorios (n=218) eran asistidos en cinco salas de internación (n=54) y tres centros de salud mental comunitaria (n=164) (ver Tabla 1).

La mediana (rango) del tiempo de internación fue de 9.5 (1-53.3) años, con mediana de 0,3 años en las salas de corta estancia, 10,3 años en las de media y 24,7 años en las de larga estancia (Tabla 1). Se encontró una diferencia sustancial en el tiempo de internación entre varones y mujeres (mediana: 10,9 vs 1,4 años).

Sobre un total de 488 diagnósticos psiquiátricos registrados, los más frecuentes fueron esquizofrenia y otras psicosis no orgánicas (71,1 %), retraso mental (16,7 %), trastorno por consumo de sustancias (12,7 %) y trastorno mental orgánico (5,6 %). Aunque los usuarios con esquizofrenia y otras psicosis predominaron en todos los dispositivos estudiados, las personas con retraso mental se concentraban en las salas de larga estancia (ver Tabla 1).

El 99,8 % de los usuarios recibían al menos un psicofármaco, incluyendo antipsicóticos (94,6 %), sedantes e hipnóticos (74,6 %), anticonvulsivantes (42,6 %)

y antidepresivos (13,4 %). Los fármacos más prescritos entre los AP fueron olanzapina (30,1 % de los usuarios), haloperidol oral (25,4 %) y clozapina (24 %); de los AC, ácido valproico (27,1 %) y carbamazepina (10,1 %); entre los SH, lorazepam (33,4 %), clonazepam (24,5 %) y levomepromazina (22,4 %); para los AD, sertralina (5,2 %) y fluoxetina (3,3 %). El anticolinérgico biperideno fue prescrito en el 21,6 % de los usuarios. Las dosis utilizadas de cada psicofármaco se detallan en la Tabla 2.

El 82,8 % de los usuarios recibían más de una clase de psicofármaco. Las dos combinaciones más utilizadas fueron antipsicóticos con sedantes en el 33 % de los usuarios, y antipsicóticos, sedantes y anticonvulsivantes en el 27,3 %.

El 43,1 % de los usuarios recibían antipsicóticos de primera generación (APG) y el 77,2 %, antipsicóticos de segunda generación (ASG). Entre los usuarios de AP, 42,3 % recibían polifarmacia antipsicótica (PAP): 64,1 % de ellos con combinación de APG + ASG; 24,7 % con dos ASG y 11,2 % con dos APG. Un 15,9 % de los usuarios con PAP recibían 3 o 4 antipsicóticos diferen-

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de la población estudiada según dispositivo de atención

	Internados (n=207)			Ambulatorio (n=218)	Total (n=425)
	Corta estancia (n=87, 3 salas)	Media estancia (n=34, 1 sala)	Larga estancia (n=86, 5 salas)		
Género					
Masculino n (%)	51 (58 %)	34 (100 %)	62 (72 %)	155 (71 %)	302 (71 %)
Femenino n (%)	36 (42 %)	-	23 (27 %)	62 (28 %)	121 (28,4 %)
Otro n (%)	-	-	1 (1 %)	1 (0,5 %)	2 (0,48 %)
Edad en años, mediana (rango)	35 (18-69)	50 (24-81)	63 (39-88)	50 (20-75)	49,5 (18-88)
Tiempo de internación en años, mediana (rango)	0,3 (0,01-11,7)	10,3 (4,4-39)	24,7 (8,8-53,3)		
Diagnóstico (códigos CIE10) n (% sobre el total del dispositivo de atención)					
Trastorno mental orgánico (F00-F09)	6 (6,9 %)	4 (11,8 %)	6 (7,0 %)	8 (3,7 %)	24 (5,6 %)
Trastorno por consumo de sustancias (F10-F19)	24 (27,6 %)	5 (14,7 %)	6 (7,0 %)	19 (8,7 %)	54 (12,7 %)
Esquizofrenia y otras psicosis no orgánicas (F20-F29)	60 (69,0 %)	29 (85,3 %)	46 (53,5 %)	167 (76,6 %)	302 (71,1 %)
Trastornos afectivos (F30-F39)	5 (5,7 %)	-	-	7 (3,2 %)	12 (2,8 %)
Trastornos neuróticos y otros (F40-F48)	-	-	-	1 (0,5 %)	1 (0,2 %)
Trastorno de personalidad (F60-F69)	4 (4,6 %)	-	-	7 (3,2 %)	11 (2,6 %)
Retraso mental (F70-F79)	2 (2,3 %)	3 (8,8 %)	38 (44,2 %)	28 (12,8 %)	71 (16,7 %)
Epilepsia (G40)	2 (2,3 %)	2 (5,9 %)	7 (8,1 %)	7 (8,1 %)	13 (3,7 %)

CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10.

Tabla 2. Tipo y dosis de los psicofármacos indicados

	Psicofármaco	Usuarios (n =425)	Dosis mediana mg	Dosis mínima mg	Dosis máxima mg	Dosis mediana DDD	Dosis mediana mg eqCPZ
Antipsicóticos	olanzapina	128	20	5	40	2	606.1
	haloperidol	108	20	5	60	2.5	1176.5
	clozapina	103	400	50	1100	1.3	599.7
	risperidona	83	3	0.5	6	0.6	300
	haloperidol decanoato	74	5	5	10	1.5	568.2
	quetiapina	50	300	50	900	0.8	240
	clotiapina	40	60	20	120	0.8	359.3
	aripiprazol	17	15	3.75	30	1	300
	tioridazina	16	350	50	600	1.2	420.2
	clorpromazina	7	100	12.5	200	0.3	100
	trifluoperazina	6	10	5	30	0.5	303
	zuclopentixol decanoato	3	13.3	13.33	13.33	0.9	564.8
	risperidona lib. prolongada	1	2.5	2.5	2.5	0.9	416.7
Otros	biperideno	92	0.2	0.1	0.6	0.2	
	litio	4	0.8	0.3	1	0.8	
Anticonvulsivantes	ácido valproico	115	1000	250	3000	0.7	
	carbamazepina	43	600	100	1000	0.6	
	lamotrigina	19	200	50	600	0.7	
	fenitoína	8	300	200	300	1	
	levetiracetam	7	1000	1000	2000	0.7	
	pregabalina	5	150	25	150	0.5	
	fenobarbital	2	225	150	300	2.3	
topiramato	2	175	50	300	0.6		
Sedantes e hipnóticos	lorazepam	142	5.00	0.63	13	2	
	clonazepam	104	2.00	0.50	8	2.0	
	levomepromazina	95	25.00	6.25	75	0.1	
	prometazina	62	31.25	12.50	100	1.3	
	zolpidem	25	10.00	5.00	12.5	1	
	diazepam	9	10.00	2.50	30	1	
	difenhidramina	3	50.00	50.00	75	0.3	
	alprazolam	2	1.88	0.75	3	1.9	
	clobazam	1	5.00	5.00	5	0.3	
Antidepresivos	sertralina	22	50	25	100	1	
	fluoxetina	14	35	20	40	1.8	
	paroxetina	9	40	20	40	2	
	venlafaxina	6	150	75	300	1.5	
	escitalopram	4	10	10	20	1	
	amitriptilina	1	25	25	25	0.3	
	citalopram	1	10	10	10	0.5	
	mirtazapina	1	30	30	30	1	

DDD: Dosis Diaria Definida; eqCPZ: dosis equivalente de clorpromazina.

tes. Entre los 170 usuarios con PAP se registraron 45 combinaciones diferentes; las más frecuentes fueron haloperidol con olanzapina (14,7 %) y haloperidol con clozapina (12,4 %), y sólo el 7 % utilizaba aripiprazol en combinación con olanzapina o clozapina.

Analizando la PAP según el diagnóstico, alcanzaba un 44,0 % en esquizofrenia y otras psicosis, y 35,2 % en discapacidad intelectual.

El 62,9 % de los usuarios recibían una dosis total de AP mayor a 600 mg eqCPZ y 25,9 % una dosis mayor a 1200 mg eqCPZ. Los porcentajes respectivos fueron 69,2 % y 30,8 % para esquizofrenia y otras psicosis, y 53,2 % y 21,0 % en retraso mental.

El 22,4 % de los usuarios de antipsicóticos recibían biperideno, incluyendo el 30,6 % de internados en salas de corta estancia, 3,0 % en las de media, 9,7 % en las de larga estancia, y 26,4 % en usuarios ambulatorios. Teniendo en cuenta el tipo de AP, la prescripción de biperideno era de 37,2 % con los APG y de 18,0 % con los ASG (ver Tabla 3). Para el caso de risperidona alcanzaba el 24,1 %.

Dentro de los SH, el grupo más utilizado fue el de las BZD, con una prevalencia de uso del 60,2 % del total de usuarios y una mediana (rango) de dosis diaria de 2,0 (0,25-8,0) DDD.

Recibían dos o más SH el 36,9 % de los usuarios: 14,6 % BZD con levomepromazina, 8,5 % BZD con

prometazina, y un porcentaje menor con combinaciones de zolpidem, difenhidramina u otras BZD.

El 27,1 % de los usuarios recibían ácido valproico o sus derivados y el 10,1 % carbamazepina, generalmente combinados con otros psicofármacos. La dosis diaria media de AP (medida en eqCPZ) varió poco con el uso concomitante de ácido valproico (992 mg y 930 mg, con y sin el fármaco), pero algo más con carbamazepina (1123 mg y 929 mg, respectivamente), una diferencia de 20,9 % en la dosis diaria.

En la Tabla 4 se detallan los porcentajes de usuarios con las diferentes clases de psicofármacos según las diferentes categorías diagnósticas, donde se observa la similitud de los patrones prescriptivos, especialmente entre esquizofrenia y otras psicosis, retraso mental y trastorno mental orgánico.

Discusión

Los principales hallazgos de este estudio fueron un alto porcentaje de polifarmacia antipsicótica y de combinaciones con sedantes e hipnóticos y anticonvulsivantes, elevadas dosis de antipsicóticos tanto en usuarios internados como ambulatorios, y un frecuente uso de biperideno en internaciones de corta estancia y en ambulatorios en seguimiento comunitario. También es de resaltar la similitud de los patrones prescriptivos a través de los diferentes diagnósticos.

Tabla 3. Uso de biperideno según tipo de antipsicóticos indicados y dispositivo de atención

	Prevalencia de uso de biperideno				
	Corta estancia	Media estancia	Larga estancia	Ambulatorio	Total
Usuarios de antipsicóticos, total	30.6 %	3.0 %	9.7 %	26.4 %	22.4 %
de 1era. generación	44.7 %	10.0 %	10.9 %	51.3 %	37.2 %
de 2da. generación	26.9 %	0 %	6.4 %	20.7 %	18.0 %

Tabla 4. Clases farmacológicas utilizadas según diagnóstico

Diagnóstico (n)	AP	PAP	AC	SH	AD
	% (n)				
Esquizofrenia y otras psicosis no orgánicas (302)	98 % (295)	44 % (133)	39 % (118)	72 % (218)	10 % (29)
Trastorno mental orgánico (24)	96 % (23)	33 % (8)	46 % (11)	75 % (18)	17 % (4)
Trastorno por consumo de sustancias (54)	93 % (50)	46 % (25)	54 % (29)	85 % (46)	11 % (6)
Trastorno de personalidad (11)	91 % (10)	36 % (4)	55 % (6)	73 % (8)	45 % (5)
Retraso mental (71)	87 % (62)	35 % (25)	59 % (42)	77 % (55)	15 % (11)
Trastornos afectivos (12)	83 % (10)	25 % (3)	67 % (8)	83 % (10)	58 % (7)
Epilepsia (13)	54 % (7)	8 % (1)	77 % (10)	69 % (9)	0 % (0)
Trastornos neuróticos y otros (1)	100 % (1)	100 % (1)	0 % (0)	100 % (1)	100 % (1)

AP: antipsicóticos; PAP: polifarmacia antipsicótica; AC: anticonvulsivantes; SH: sedantes e hipnóticos; AD: antidepresivos.

Para interpretar estos resultados, se debe tener en cuenta que este corte transversal representa la superposición de dos momentos históricos del hospital, como consecuencia del cambio en la legislación argentina en salud mental del año 2010, que prohíbe la creación de instituciones monovalentes para internación psiquiátrica (Derecho a la Protección de la Salud Mental, 2010), y el cierre en el año 2020 de los ingresos o reingresos a los servicios de larga estancia en los hospitales públicos neuropsiquiátricos de la provincia de Buenos Aires (Buenos Aires (Provincia). Ministerio de Salud, 2022). Así, coexisten en el hospital la atención aguda con usuarios más jóvenes, internaciones más breves y mayor frecuencia de consumo de sustancias, con el remanente de usuarios del antiguo modelo asilar, de edad promedio mayor a 60 años, de internación prolongada, con casi 25 años de media, y mayor frecuencia de diagnóstico de retraso mental. Este último grupo refleja las dificultades para efectivizar las derivaciones a dispositivos intermedios de cuidados comunitarios que indica la legislación vigente.

Cerca de la mitad de esta población, donde predominan los varones de mediana edad con diagnóstico de esquizofrenia y otras psicosis, recibían dos o más antipsicóticos e incluso un 16 % de estos con tres o más AP. En contraste con estos hallazgos, existe coincidencia en la guías de práctica clínica en señalar que no hay evidencias suficientes para recomendar la polifarmacia -siempre referida al uso de 2 o más AP-, la que quedaría reservada para casos seleccionados (Barnes et al., 2020; Corrales et al., 2021; Hasan et al., 2017; Japanese Society of Neuropsychopharmacology, 2021). No se han hallado referencias a la recomendación del uso de 3 o más fármacos AP, que es considerado irracional por algunos autores (Toledo Nuñez et al., 2021).

Una explicación posible a la elevada frecuencia de PAP es que cuando se logra la mejoría clínica durante el pasaje de un AP inefectivo a una segunda monoterapia, se tiende a continuar con la combinación de fármacos en lugar de completar el retiro del primero. (Guinart & Correll, 2020). Es posible que con precaución algunos usuarios con polifarmacia AP puedan ser pasados a monoterapia AP (Essock et al., 2011), con mayores cuidados por elevado riesgo de recaídas en usuarios crónicos de AP o en esquizofrenia en tratamiento de largo plazo o múltiples episodios (Constantine et al., 2015).

Tasas similares de PAP se describen en diversos estudios, como una encuesta de 15 países asiáticos, donde encontraron un rango entre 22 % y 59 % (Yang

et al., 2018) y en nuestra región, datos provenientes de Uruguay, muestran que en 2015, el 35,6 % recibían PAP (Mato et al., 2017), valor que alcanzaba el 69,7 % en los que recibían antipsicóticos de depósito (Caffarelli et al., 2022).

En el seguimiento de personas con esquizofrenia se han identificado algunos tipos de PAP que podrían resultar más eficaces en términos de recaídas y reinternaciones que la monoterapia, como aripiprazol con clozapina y olanzapina, risperidona con clozapina y olanzapina, entre otras (Bighelli et al., 2022; Tiihonen et al., 2019). Si bien encontramos algunos usuarios con este tipo de combinaciones, teóricamente más racionales desde la farmacodinamia al no ser sólo antagonistas del receptor de dopamina D2 (Stahl, 2021), predominaba la asociación de APG con ASG e incluso la combinación irracional de dos APG. Estas evidencias deberían ser tomadas en cuenta en la actualización de las guías de tratamiento, habilitando el uso de ciertas combinaciones de AP para el tratamiento de la esquizofrenia (Tiihonen et al., 2019).

Además de las combinaciones de antipsicóticos, tres cuartas partes de los usuarios recibían algún sedante o hipnótico, en general BZD, e incluso un tercio de ellos tenían indicado dos o más SH. La alta prevalencia de uso de estos fármacos debería alertar sobre los posibles riesgos asociados, como el incremento de la mortalidad asociado a las BDZ en esquizofrenia (Tiihonen et al., 2012) y en adultos mayores (Papola et al., 2019; Yang, 2018).

La carbamazepina y el ácido valproico se han encontrado utilizadas casi exclusivamente en combinación con otros psicofármacos, principalmente AP y SH. Más allá del diagnóstico psiquiátrico, en este estudio no se registró el motivo de la indicación de estos fármacos, por lo que no es posible juzgar la pertinencia de su uso. Sin embargo, debe señalarse la importancia de una revisión periódica de su continuidad, dados los riesgos de efectos adversos, las interacciones farmacocinéticas potenciales (Stahl, 2021), la falta de evidencia para recomendar carbamazepina en esquizofrenia (Leucht et al., 2014) y la evidencia limitada y contradictoria para el ácido valproico en la impulsividad y agresividad (Huband et al., 2010; Puranen et al., 2023).

La variabilidad de la práctica, reflejada en esta investigación en el uso de 45 combinaciones diferentes de antipsicóticos, señala un posible problema de calidad de atención (Wennberg, 2002). La falta de protocolos o guías de tratamiento institucionales favorecen la dispersión de los hábitos prescriptivos de los diferentes

servicios y profesionales, mientras que la existencia y adherencia a estas recomendaciones podría mejorar los resultados clínicos (Kodaka et al., 2023). Estas herramientas permitirían abordar algunos problemas como la frecuente utilización de APG, a pesar de la disponibilidad de los ASG, en teoría mejor tolerados y con menos efectos adversos extrapiramidales (Stahl, 2021).

En esta misma línea, sería necesario revisar las elevadas dosis totales de AP empleadas, que en casi dos de cada tres usuarios censados eran mayores al límite superior recomendado, y en un cuarto de los casos superaba el doble de ese valor (Gardner et al., 2010; McAdam et al., 2023). Esta práctica prescriptiva aumenta los efectos adversos pero sin incrementar los beneficios, ya que las dosis crecientes de antipsicóticos encuentran su techo de eficacia clínica, explicable, entre otros mecanismos, por la alta ocupación de los receptores dopaminérgicos D2 (Howes & Kapur, 2009; O'Neill et al., 2024). La reducción de dosis o suspensión de AP ha sido estudiada en ensayos clínicos randomizados, mostrándose como una práctica con potenciales ventajas en términos de recuperación a largo plazo pero no exenta de riesgos de recaídas (Moncrieff et al., 2023; Wunderink et al., 2013).

El 20 % de exceso de dosis de AP encontrado en los usuarios de carbamazepina se explicaría por la inducción del metabolismo hepático que produce el fármaco vía citocromos P450 CYP3A4, CYP2D6 y CYP1A2 (Spina & Perucca, 2002; Zacara & Franco, 2023).

La determinación de niveles plasmáticos de AP es hoy en día una herramienta esencial en el monitoreo del tratamiento. Existen numerosas razones basadas en la evidencia para la realización de estas pruebas en los trastornos mentales serios como la esquizofrenia y las psicosis relacionadas, como es la sospecha de mala adherencia al tratamiento, la falta de respuesta clínica con dosis terapéuticas, las recaídas o empeoramiento de síntomas durante el tratamiento de mantenimiento, las reacciones adversas medicamentosas, cuando se combinan los AP con drogas que modifican su metabolismo y cuando se sospechan de variantes genéticas en el metabolismo, entre otras (Meyer & Stahl, 2021). En la actualidad no se cuenta en el Hospital Alejandro Korn con la posibilidad de este monitoreo plasmático de AP, lo cual podría sin dudas significar mayor precisión y racionalidad al momento de pensar los tratamientos prescriptos.

El biperideno se utilizaba con una elevada frecuencia en los internados en salas de corta estancia y en los usuarios ambulatorios, en contraste con una menor

prevalencia de uso en salas de media y larga estancia. En estas últimas se realizaron intervenciones de deprescripción para benzodiazepinas en el año 2021 (Gargoloff et al., 2023), que pudieron haber promovido cambios en otros grupos terapéuticos como los anticolinérgicos. Algunas investigaciones sugieren que la suspensión del uso a largo plazo de los anticolinérgicos puede llevar a una reducción en sus efectos adversos característicos, con mejoras en la memoria y en la calidad de vida (Martinez et al., 2020). En un estudio, estos efectos indeseables disminuyeron en más del 50 % después de la eliminación o reducción del anticolinérgico (Lupu et al., 2021). Existe la necesidad de implementar intervenciones de deprescripción de anticolinérgicos, que se han mostrado factibles incluso en dispositivos de salud mental comunitarios (Gannon et al., 2021).

Dentro de las limitaciones de este trabajo, podemos señalar que el diagnóstico se tomó como estaba registrado en la historia clínica, sin haber realizado una validación con los criterios diagnósticos de la CIE 10 OMS. Por otra parte, se identificaron las indicaciones de los fármacos pero no se constató su consumo efectivo. Finalmente, se ha optado por registrar el uso del antipsicótico levomepromazina en dosis bajas dentro de la categoría sedantes e hipnóticos, habida cuenta de su efecto sedativo y no antipsicótico a estas dosis.

Es interesante señalar la similitud encontrada entre los patrones de tratamiento psicofarmacológico, independientemente del diagnóstico. Una explicación posible podría ser que el uso de los psicofármacos tiene como objetivo más frecuente los síntomas que comparten diferentes enfermedades o trastornos mentales (Ghaemi, 2019). También podría deberse al hecho de que una misma clase farmacológica tenga eficacia para diferentes síntomas, como los AP, que son útiles para el tratamiento de las alucinaciones y delirios, la impulsividad y los trastornos conductuales severos. La falta de conexión entre la denominación tradicional de las clases farmacológicas y la variedad de trastornos en que son de utilidad, ha llevado a la propuesta de reemplazar la nomenclatura basada en su indicación principal por una guiada por las propiedades farmacológicas (Zohar et al., 2015).

Este trabajo aporta un panorama de la utilización de psicotrópicos en un hospital monovalente de referencia, tanto en usuarios internados como aquellos seguidos en la comunidad luego de su externación. Los hallazgos pueden servir como punto de comparación con otras experiencias locales o internacionales,

la discusión de prácticas institucionales y el desarrollo de pautas de tratamiento que contemplen también la implementación de programas de deprescripción.

Agradecimientos: esta investigación fue financiada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires a través del Programa de Becas “Julietta Lanteri” otorgados desde la Dirección de Investigación y Cooperación Técnica de la Dirección Provincial de Escuela de Gobierno en Salud “Floreal Ferrara”. Agradecemos la predisposición y colaboración para facilitar la investigación del Director Ejecutivo, Walter Paz; la Directora Asociada de Salud Mental, Belén Maruelli; y jefes como jefas de servicio del Hospital, Marcela Romulo, Teresa Longo, Nancy Ordozgoiti, Leandro Bayon, Camila Azzerboni y Karina Sarasola.

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

Referencias bibliográficas

- Aynew, W., Asmamaw, G., & Bitew, T. (2021). Antipsychotic polypharmacy among patients with schizophrenia in Africa: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 24(12), 956-964. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyab046>
- Ballon, J., & Stroup, T. S. (2013). Polypharmacy for schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(2), 208-213. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32835d9efb>
- Barnes, T. R., Drake, R., Paton, C., Cooper, S. J., Deakin, B., Ferrier, I. N., Gregory, C. J., Haddad, P. M., Howes, O. D., Jones, I., Joyce, E. M., Lewis, S., Lingford-Hughes, A., MacCabe, J. H., Owens, D. C., Patel, M. X., Sinclair, J. M., Stone, J. M., Talbot, P. S., ... Yung, A. R. (2020). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: Updated recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 34(1), 3-78. <https://doi.org/10.1177/0269881119889296>
- Bighelli, I., Rodolico, A., Siafis, S., Samara, M. T., Hansen, W. P., Salomone, S., Aguglia, E., Cutrufelli, P., Bauer, I., Baeckers, L., & Leucht, S. (2022). Antipsychotic polypharmacy reduction versus polypharmacy continuation for people with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(8), CD014383. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD014383.pub2>
- Bitter, I., Chou, J. C., Ungvari, G. S., Tang, W. K., Xiang, Z., Iwanami, A., & Gaszner, P. (2003). Prescribing for inpatients with schizophrenia: An international multi-center comparative study. *Pharmacopsychiatry*, 36(4), 143-149. <https://doi.org/10.1055/s-2003-41199>
- Braslow, J. T., & Marder, S. R. (2019). History of psychopharmacology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 25-50. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095514>
- Bret, P., Bonnet, F., Bret, M. C., & Jaffré, A. (2002). Use of atypical antipsychotics in Charles Perrens psychiatric hospital (Bordeaux) analysis of prescribing practices for amisulpride, clozapine, olanzapine and risperidone. *L'Encéphale*, 28(4), 329-342.
- Broekema, W. J., de Groot, I. W., & van Harten, P. N. (2007). Simultaneous prescribing of atypical antipsychotics, conventional antipsychotics and anticholinergics—a European study. *Pharmacy World & Science*, 29(3), 126-130. <https://doi.org/10.1007/s11096-006-9063-1>
- Buenos Aires (Provincia). Ministerio de Salud. (2021). Monitoreo de los procesos de atención y adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la Provincia de Buenos Aires. Informe año 2021. La Plata: Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública. https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/01/Libre_Manicomio_Informe_Anuar_2021.pdf
- Caffarelli, C., Olmos, I., Dávila, G., Álvarez, G., Morales, N., Toledo, M., & Wschebor, M. (2022). Prescripción de antipsicóticos de depósito en la Policlínica del Hospital Vilardebó. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 86(2), 76-85. <https://doi.org/10.46706/PSI/86.2.3>
- Centorrino, F., Cincotta, S. L., Talamo, A., Fogarty, K. V., Guzzetta, F., Saadeh, M. G., Salvatore, P., & Baldessarini, R. J. (2008). Hospital use of antipsychotic drugs: polytherapy. *Comprehensive Psychiatry*, 49(1), 65-69. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.08.002>
- Centorrino, F., Goren, J. L., Hennen, J., Salvatore, P., Kelleher, J. P., & Baldessarini, R. J. (2004). Multiple versus single antipsychotic agents for hospitalized psychiatric patients: case-control study of risks versus benefits. *The American Journal of Psychiatry*, 161(4), 700-706. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.4.700>
- Cermignani, E. C., Escudero, M. G., Rodríguez, J., & Buschiazzi, H. O. (1998). Estudio descriptivo del uso de fármacos en un hospital neuropsiquiátrico. *Medicamentos y salud*, 2(3), 111-120.
- Constantine, R. J., Andel, R., McPherson, M., & Tandon, R. (2015). The risks and benefits of switching patients with schizophrenia or schizoaffective disorder from two to one antipsychotic medication: a randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 166(1-3), 194-200. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.05.038>
- Corrales, A., Vilapriño Duprat, M., Benavente Pinto, C., Garay, C., Corral, R., Gargoloff, P. R., Goldchluk, A., Höning, G., Jufe, G., Lamaison, F., Leiderman, E. A., Morra, C., Rebok, F., & Gargoloff, P. D. (2021). Consenso argentino sobre diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia resistente al tratamiento [Argentine consensus on the diagnosis and therapeutics of treatment resistant schizophrenia]. *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*, XXXII(154), 49-85. <https://doi.org/10.53680/vertex.v32i154.119>
- de Menil, V., & Cohen, A. (2009). Rational use and rationale for use: psychiatric medication at an Argentine institution for intellectual disability. *Transcultural Psychiatry*, 46(4), 651-671. <https://doi.org/10.1177/1363461509351377>
- Derecho a la Protección de la Salud Mental. Ley 26.657/2010. Boletín Oficial N° 32.041 del 3 de diciembre de 2010. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Essock, S. M., Schooler, N. R., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Rojas, I., Jackson, C., & Covell, N. H.; Schizophrenia Trials Network. (2011). Effectiveness of switching from antipsychotic polypharmacy to monotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 168(7), 702-708. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10060908>
- Faries, D., Ascher-Svanum, H., Zhu, B., Correll, C., & Kane, J. (2005). Antipsychotic monotherapy and polypharmacy in the naturalistic treatment of schizophrenia with atypical antipsychotics. *BMC Psychiatry*, 5, 26. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-26>
- Fujita, J., Nishida, A., Sakata, M., Noda, T., & Ito, H. (2013). Excessive dosing and polypharmacy of antipsychotics caused by pro re nata in agitated patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67(5), 345-351. <https://doi.org/10.1111/pcn.12056>
- Gallego, J. A., Bonetti, J., Zhang, J., Kane, J. M., & Correll, C. U. (2012). Prevalence and correlates of antipsychotic polypharmacy: a systematic review and meta-regression of global and regional trends from the 1970s to 2009. *Schizophrenia Research*, 138(1), 18-28.
- Galling, B., Roldán, A., Hagi, K., Rietschel, L., Walyszada, F., Zheng, W., Cao, X. L., Xiang, Y. T., Zink, M., Kane, J. M., Nielsen, J., Leucht, S., & Correll, C. U. (2017). Antipsychotic augmentation vs. monotherapy in schizophrenia: systematic review, meta-analysis and meta-regression analysis. *World Psychiatry*, 16(1), 77-89. <https://doi.org/10.1002/wps.20432>
- Gannon, J. M., Lupu, A., Brar, J., Brandt, M., Zawacki, S., John, S., Carl, K., & Chengappa, K. N. R. (2021). Deprescribing anticholinergic medication in the community mental health setting: A quality improvement initiative. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10, 1841-1846. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.12.010>

- Gardner, D. M., Murphy, A. L., O'Donnell, H., Centorrino, F., & Baldessarini, R. J. (2010). International consensus study of antipsychotic dosing. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 686-693. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09060802>
- Gargoloff, P. D., Córscico, A., Reckziegel, U., & Sánchez Viamonte, J. (2022). Polifarmacia antipsicótica y patrones prescriptivos de psicofármacos en internación psiquiátrica de larga estancia: comparación 1995-2009. *Revista de Neuropsiquiatría*, 85(1), 3-11. <https://doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4150>
- Gargoloff, P. D., Moreno Frade, I., Melia, H., Albanesi, J., Gulayin, M., & Pérez de Vargas, S. (2023). Deprescripción de benzodiacepinas en pacientes con internación psiquiátrica de media y larga estancia en nuestro hospital. En: Hospital Alejandro Korn. Jornadas Interdisciplinarias 2022: Lo que nos dejó la pandemia: oportunidades, desafíos y prácticas innovadoras. 1a ed. La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Página 55. ISBN 978-987-47761-7-4.
- Gaviria, A. M., Franco, J. G., Aguado, V., Rico, G., Labad, J., de Pablo, J., & Vilella, E. (2015). A non-interventional naturalistic study of the prescription patterns of antipsychotics in patients with schizophrenia from the Spanish province of Tarragona. *PLoS One*, 10(10), e0139403. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139403>
- Ghaemi, S. N. (2019). *Clinical Psychopharmacology, Principles and Practices*. New York: Oxford University Press.
- Guinart, D., & Correll, C. U. (2020). Antipsychotic polypharmacy in schizophrenia: Why not? *Journal of Clinical Psychiatry*, 81(3), 19ac13118. <https://doi.org/10.4088/JCP.19ac13118>
- Hasan, A., Falkai, P., Wobrock, T., Lieberman, J., Glenthøj, B., Gattaz, W. F., Thibaut, F., & Möller, H. J.; WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Schizophrenia. (2017). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia - a short version for primary care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 21(2), 82-90. <https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1291839>
- Hjorth, S. (2021). The more, the merrier...? Antipsychotic polypharmacy treatment strategies in schizophrenia from a pharmacology perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 760181. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.760181>
- Howes, O. D., & Kapur, S. (2009). The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III--the final common pathway. *Schizophrenia Bulletin*, 35(3), 549-562. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp006>
- Huband, N., Ferriter, M., Nathan, R., & Jones, H. (2010). Antiepileptics for aggression and associated impulsivity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(2), CD003499. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003499.pub3>
- Jaffe, A. B., & Levine, J. (2003). Antipsychotic medication coprescribing in a large state hospital system. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 12(1), 41-48. <https://doi.org/10.1002/pds.783>
- Japanese Society of Neuropsychopharmacology (2021). Guideline for Pharmacological Therapy of Schizophrenia. *Neuropsychopharmacology Reports*, 41(3), 266-324. <https://doi.org/10.1002/npr2.12193>
- Joshi, Y. B., Thomas, M. L., Braff, D. L., Green, M. F., Gur, R. C., Gur, R. E., Nuechterlein, K. H., Stone, W. S., Greenwood, T. A., Lazzaroni, L. C., MacDonald, L. R., Molina, J. L., Nungaray, J. A., Radant, A. D., Silverman, J. M., Sprock, J., Sugar, C. A., Tsuang, D. W., Tsuang, M. T.,...Light, G. A. (2021). Anticholinergic medication burden-associated cognitive impairment in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 178(9), 838-847. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20081212>
- Joukamaa, M., Heliövaara, M., Knekt, P., Aromaa, A., Raitasalo, R., & Lehtinen, V. (2006). Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 122-127. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.2.122>
- Keepers, G. A., Fochtmann, L. J., Anzia, J. M., Benjamin, S., Lyness, J. M., Mojtabai, R., Servis, M., Walaszek, A., Buckley, P., Lenzenweger, M. F., Young, A. S., Degenhardt, A., & Hong, S. H. (2020). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 18(4), 493-497. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.18402>
- Kodaka, F., Ohi, K., Yasuda, Y., Fujimoto, M., Yamamori, H., Hasegawa, N., Ito, S., Fukumoto, K., Matsumoto, J., Miura, K., Yasui-Furukori, N., & Hashimoto, R. (2023). Relationships between adherence to guideline recommendations for pharmacological therapy among clinicians and psychotic symptoms in patients with schizophrenia. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 26(8), 557-565. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyad037>
- Lähteenvuo, M., & Tiihonen, J. (2021). Antipsychotic polypharmacy for the management of schizophrenia: Evidence and recommendations. *Drugs*, 81(11), 1273-1284. <https://doi.org/10.1007/s40265-021-01556-4>
- Leendertse, A. J., Egberts, A. C., Stoker, L. J., & van den Bemt, P. M.; HARM Study Group. (2008). Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. *Archives of Internal Medicine*, 168(17), 1890-1896. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2008.3>
- Leucht, S., Crippa, A., Sifakis, S., Patel, M. X., Orsini, N., & Davis, J. M. (2020). Dose-response meta-analysis of antipsychotic drugs for acute schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 177(4), 342-353. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010034>
- Leucht, S., Helfer, B., Dold, M., Kissling, W., & McGrath, J. (2014). Carbamazepine for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(5), CD001258. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001258.pub3>
- Lücke, C., Gschossman, J. M., Grömer, T. W., Moeller, S., Schneider, C. E., Zikidi, A., Philipsen, A., & Müller, H. H. O. (2018). Off-label prescription of psychiatric drugs by non-psychiatrist physicians in three general hospitals in Germany. *Annals of General Psychiatry*, 17(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0176-4>
- Lupu, A. M., Clinebell, K., Gannon, J. M., Ellison, J. C., & Chengappa, K. N. R. (2017). Reducing Anticholinergic Medication Burden in Patients With Psychotic or Bipolar Disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 78(9), e1270-e1275. <https://doi.org/10.4088/JCP.16m11269>
- Lupu, A. M., MacCamy, K. L., Gannon, J. M., Brar, J. S., & Chengappa, K. N. R. (2021). Less is more: Deprescribing anticholinergic medications in persons with severe mental illness. *Annals of Clinical Psychiatry*, 33(2), 80-92. <https://doi.org/10.12788/acp.0019>
- Malagaris, I., Mehta, H. B., Li, S., & Goodwin, J. S. (2020). Decrease of Anticholinergic Drug Use in Nursing Home Residents in the United States, 2009 to 2017. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(12), 2797-2804. <https://doi.org/10.1111/jgs.16776>
- Martinez, A. I., Abner, E. L., Jicha, G. A., Rigsby, D. N., Eckmann, L. C., Huffmyer, M. J., & Moga, D. C. (2020). One-Year Evaluation of a Targeted Medication Therapy Management Intervention for Older Adults. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 26(4), 520-528. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2020.26.4.520>
- Mato, M., Olmos, I., & Toledo, M. (2017). Evolución del consumo de antipsicóticos en la Policlínica Psiquiátrica del Hospital Vilardebó. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 81(2), 106-112.
- McAdam, M. K., Baldessarini, R. J., Murphy, A. L., & Gardner, D. M. (2023). Second International Consensus Study of Antipsychotic Dosing (ICSAD-2). *Journal of Psychopharmacology*, 37(10), 982-991. <https://doi.org/10.1177/02698811231205688>
- Meyer, J. M., & Stahl, S. M. (2021). *The Clinical Use of Antipsychotic Plasma Levels: Stahl's Handbooks*. Cambridge University Press.
- Moncrieff, J., Crellin, N., Stansfeld, J., Cooper, R., Marston, L., Freemantle, N., Lewis, G., Hunter, R., Johnson, S., Barnes, T., Morant, N., Pinfold, V., Smith, R., Kent, L., Darton, K., Long, M., Horowitz, M., Horne, R., Vickerstaff, V., Jha, M., ... Priebe, S. (2023). Antipsychotic dose reduction and discontinuation versus maintenance treatment in people with schizophrenia and other recurrent psychotic disorders in England (the RADAR trial): an open, parallel-group, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 10(11), 848-859. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00258-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00258-4)
- Norman, S. M., Sullivan, K. M., Liu, F., DiPaula, B. A., Jose, P. A., Kitchen, C. A., Feldman, S. M., & Kelly, D. L. (2017). Blood Pressure and Heart Rate Changes During Clozapine Treatment. *Psychiatric Quarterly*, 88(3), 545-552. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9468-5>

- O'Neill, J. R., Jameson, A., McLean, S. L., Dixon, M., Cardno, A. G., & Lawrence, C. (2024). A proposal for reducing maximum target doses of drugs for psychosis: Reviewing dose-response literature. *Journal of Psychopharmacology*, 38(4), 344-352. <https://doi.org/10.1177/02698811241239543>
- Ortiz-Orendain, J., Castiello-de Obeso, S., Colunga-Lozano, L. E., Hu, Y., Maayan, N., & Adams, C. E. (2017). Antipsychotic combinations for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), CD009005. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009005.pub2>
- Papola, D., Ostuzzi, G., Gastaldon, C., Morgano, G. P., Dragioti, E., Carvalho, A. F., Fusar-Poli, P., Correll, C. U., Solmi, M., & Barbui, C. (2019). Antipsychotic use and risk of life-threatening medical events: umbrella review of observational studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(3), 227-243. <https://doi.org/10.1111/acps.13066>
- Paton, C., Lelliott, P., Harrington, M., Okocha, C., Sensky, T., & Duffett, R. (2003). Patterns of antipsychotic and anticholinergic prescribing for hospital inpatients. *Journal of Psychopharmacology*, 17(2), 223-229. <https://doi.org/10.1177/0269881103017002012>
- Puranen, A., Koponen, M., Lähteenvuo, M., Tanskanen, A., Tiihonen, J., & Taipale, H. (2023). Real-world effectiveness of mood stabilizer use in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 147(3), 257-266. <https://doi.org/10.1111/acps.13498>
- Quaglia Planas, N. B., Paciaroni, J., Elías, M. M., & Leiva, M. (2009). Consumo de benzodiazepinas en una comuna de la región metropolitana de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina. *Atención Primaria*, 41(9), 520-521. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.12.008>
- Rittmannsberger, H., Meise, U., Schaufinger, K., Horvath, E., Donat, H., & Hinterhuber, H. (1999). Polypharmacy in psychiatric treatment. Patterns of psychotropic drug use in Austrian psychiatric clinics. *European Psychiatry*, 14(1), 33-40. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(99\)80713-5](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(99)80713-5)
- Speranza, N., Domínguez, V., Pagano, E., Artagaveytia, P., Olmos, I., Toledo, M., & Tamosiunas, G. (2015). Consumo de benzodiazepinas en la población uruguaya: un posible problema de salud pública. *Revista Médica del Uruguay*, 31(2), 112-119.
- Spina, E., & Perucca, E. (2002). Clinical significance of pharmacokinetic interactions between antiepileptic and psychotropic drugs. *Epilepsia*, 43(Suppl 2), 37-44. <https://doi.org/10.1046/j.1528-1157.2002.043s2037.x>
- Stahl, S. M. (2021). *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications* (5th ed.). Cambridge University Press.
- Stasević, M., Stasević Karličić, I., Grgurević, A., & Divac, N. (2020). Patterns of drug prescribing in inpatients with first episode of schizophrenia spectrum disorder: The role of guidelines. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 58(7), 387-394. <https://doi.org/10.5414/CP203704>
- Szmulewicz, A. G., Bateman, B. T., Levin, R., & Huybrechts, K. F. (2022). Risk of Overdose Associated With Co-prescription of Antipsychotics and Opioids: A Population-Based Cohort Study. *Schizophrenia Bulletin*, 48(2), 405-413. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbab116>
- Tiihonen, J., Suokas, J. T., Suvisaari, J. M., Haukka, J., & Korhonen, P. (2012). Polypharmacy with antipsychotics, antidepressants, or benzodiazepines and mortality in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 69(5), 476-483. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1532>
- Tiihonen, J., Taipale, H., Mehtälä, J., Vattulainen, P., Correll, C. U., & Tanskanen, A. (2019). Association of antipsychotic polypharmacy vs monotherapy with psychiatric rehospitalization among adults with schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, 76(5), 499-507. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0077>
- Toledo Nuñez, M. F., Olmos Malet, I. R., Mato Bonilla, M., & Ricciardi Mazza, C. (2021). Polifarmacia antipsicótica: ¿cuán racional o irracional puede ser? *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 85(1), 77-80. http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2021/10/06_CE_01.pdf
- Urtasun, M. A., Noble, M., Cañas, M., Bustin, J., Regueiro, A. J., Triskier, F., & Gaido Stulle, E. J. (2022). Uso de benzodiazepinas y fármacos relacionados en el Seguro Social para adultos mayores de Argentina. *Medicina (Buenos Aires)*, 82(3), 389-397.
- Wang, Y., Xia, J., Helfer, B., Li, C., & Leucht, S. (2016). Valproate for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11), CD004028. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004028.pub4>
- Wennberg, J. E. (2002). Unwarranted variations in healthcare delivery: implications for academic medical centres. *BMJ*, 325(7370), 961-964. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7370.961>
- WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. (2023). ATC classification index with DDDs, 2023. World Health Organization. https://www.whocc.no/atc_ddd_index/
- Wunderink, L., Nieboer, R. M., Wiersma, D., Sytema, S., & Nienhuis, F. J. (2013). Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction /discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 70(9), 913-920. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.19>
- Yang, S. Y., Chen, L. Y., Najoan, E., Kallivayalil, R. A., Viboonma, K., Jamaluddin, R., Javed, A., Hoa, D. T. Q., Iida, H., Sim, K., Swe, T., He, Y. L., Park, Y., Ahmed, H. U., De Alwis, A., Chiu, H. F., Sartorius, N., Tan, C. H., Chong, M. Y.,... Lin, S. K. (2018). Polypharmacy and psychotropic drug loading in patients with schizophrenia in Asian countries: Fourth survey of Research on Asian Prescription Patterns on antipsychotics. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 72(8), 572-579. <https://doi.org/10.1111/pcn.12676>
- Zaccara, G., & Franco, V. (2023). Pharmacokinetic Interactions Between Antiseizure and Psychiatric Medications. *Current Neuropharmacology*, 21(8), 1666-1690. <https://doi.org/10.2174/1570159X20666220524121645>
- Zieher, L. M. (2003). ¿Para qué sirve conocer los mecanismos de acción de los psicofármacos? *Vertex Rev Arg Psiqui*, 14(51), 23-24.
- Zohar, J., Stahl, S., Moller, H. J., Blier, P., Kupfer, D., Yamawaki, S., Uchida, H., Spedding, M., Goodwin, G. M., & Nutt, D. (2015). A review of the current nomenclature for psychotropic agents and an introduction to the Neuroscience-based Nomenclature. *European Neuropsychopharmacology*, 25(12), 2318-2325. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.08.019>
- Zorzaneli, R. T., Giordani, F., Guaraldo, L., Matos, G. C., Brito Junior, A. G., Oliveira, M. G., Souza, R. M., Mota, R. Q. M., & Rozenfeld, S. (2019). Consumption of the benzodiazepine clonazepam (Rivotril®) in Rio de Janeiro State, Brazil, 2009-2013: an ecological study. *Ciencia & Saude Coletiva*, 24(8), 3129-3140. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23232017>

Síntomas depresivos del cuestionario PHQ-9 asociados a ideación suicida mediante algoritmos de aprendizaje automático en la población peruana

Depressive symptoms of the PHQ-9 questionnaire associated with suicidal ideation using machine learning algorithms in the peruvian population

Alberto Guevara Tirado¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v36i167.797>

Resumen

Introducción: la ideación suicida es el pensamiento de autoeliminación no siempre reportada por los pacientes en test de depresión. El objetivo fue identificar y analizar síntomas depresivos del cuestionario de salud del paciente-9 asociados a ideación suicida en la población peruana. **Material y métodos:** estudio observacional, analítico y transversal basado en datos de 32.062 participantes de la encuesta nacional de salud familiar por medio del cuestionario de salud del paciente-9. Se utilizó la prueba Ji-cuadrado, regresión de Poisson con varianza robusta, perceptrón multicapa y árbol de decisiones. **Resultados:** en mujeres, el algoritmo de árbol de decisiones clasificó correctamente 91,10 % de casos de ideación suicida. En hombres, fue de 94,70 %. Mediante perceptrón multicapa, en mujeres, el porcentaje de pronósticos incorrectos fue 8,90 %. Siendo incluidas las variables: sentirse mal, sentirse deprimido, hablar o moverse lento, problemas para concentrarse y problemas de sueño. En hombres fue 8,12 %, incluyendo las variables: sentirse mal, sentirse deprimido, hablar o moverse lento, problemas de sueño y poco o mucho apetito. **Conclusiones:** los algoritmos de aprendizaje supervisado son viables y eficientes para identificar síntomas depresivos del cuestionario de salud-9 asociados a ideación suicida en la población peruana, predominando en mujeres síntomas somáticos y en hombres afectivo-cognitivos. El uso de algoritmos de aprendizaje supervisado puede ser un complemento para profesionales de salud mental.

Palabras clave: depresión, cuestionario de salud del paciente, redes neurales de la computación, ideación suicida, árboles de decisión

Abstract

Introduction: suicidal ideation is the thought of self-elimination that is not always reported by patients tested for depression. The objective was to identify and analyze depressive symptoms from the Patient Health Questionnaire-9 associated with suicidal ideation in the Peruvian population. **Material and methods:** observational, analytical and cross-sectional study based on data from 32,062 participants of the national family health survey using the patient health questionnaire-9. The Chi-square test, Poisson regression with robust variance, multilayer perceptron and decision tree were used. **Results:** in women, the decision tree algorithm correctly classified 91.10 % of cases of suicidal ideation. In men, it was 94.70 %. Using multilayer perceptron, in women, the percentage of incorrect predictions was 8.90 %. The variables being included: feeling bad, feeling depressed, speaking or moving slowly, problems concentrating and sleeping problems. In men it was 8.12 %, including the variables: feeling bad, feeling depressed, speaking or moving slowly, sleep problems and little or a lot of appetite. **Conclusions:** supervised learning algorithms are viable and efficient to identify

RECIBIDO 22/5/2024 - ACEPTADO 2/7/2024

¹Médico cirujano, Maestro en medicina, Universidad Científica del Sur, Lima, Perú <https://orcid.org/0000-0001-7536-7884>

Correspondencia:

albertoguevara1986@gmail.com



depressive symptoms from the Health Questionnaire-9 associated with suicidal ideation in the Peruvian population, with somatic symptoms predominating in women and affective-cognitive symptoms in men. The use of supervised learning algorithms can be a complement for mental health professionals.

Keywords: *depression, patient health questionnaire, computing neural networks, suicidal ideation, decision trees*

Introducción

La depresión es un estado mental en el que la persona se ve afectada en el pensamiento, afectividad, bienestar y comportamiento, presentando pérdida de interés o placer por actividades que antes consideraba gratificantes (Chand & Arif, 2023). Como estado de ánimo, la depresión puede ser una reacción pasajera ante circunstancias adversas (Rinne et al., 2021), ser parte de enfermedades orgánicas (Bica et al., 2017), por efectos de medicamentos (Qato et al., 2018), o ser un síntoma de trastornos psiquiátricos como el trastorno depresivo mayor y la distimia (Bains & Andijadid, 2023). Mundialmente, es la principal causa de discapacidad (Geleberg, 2010) y una de las primeras en morbilidad (Machado et al., 2018), afectando alrededor del 4,40 % de la población mundial (Santomauro et al., 2021). En el Perú se estima una prevalencia entre 4 % a 6 % de la población nacional (Baños-Chaparro, 2021).

La ideación suicida es el proceso mental de tener ideas, contemplaciones o deseos de autoeliminarse deliberadamente (Harmer & Lee, 2024). Puede suceder con o sin presencia de trastornos mentales subyacentes (Remes et al., 2021), pudiendo ocurrir en circunstancias como los efectos secundarios medicamentosos (Tubbs et al., 2021), acontecimientos adversos de la vida de índole personal, familiar o social (Motillo-Toudic et al., 2022), enfermedades crónicas (Elliot & Jason, 2023). En un meta-análisis de 44 estudios se encontró que en alrededor del 90 % de casos de suicidio, los pacientes tuvieron contacto con profesionales de atención primaria de salud 1 año antes del suicidio (Stene-Larsen & Jason, 2019). Se utilizan diferentes métodos para su detección, que incluye entrevistas no estructuradas (Homaifar et al., 2013), así como test psicométricos como la escala de Beck para ideación suicida, escala de Columbia, escala de afecto-comportamiento-cognición suicida, entre otros (Zia et al., 2020).

El árbol de decisiones CHAID (o detector automático de interacciones mediante chi-cuadrado), es una herramienta de aprendizaje supervisada utilizada con el propósito de descubrir la relación entre variables. Construye un modelo o árbol de clasificación para determinar la mejor combinación de variables para

explicar el resultado en la variable dependiente. Para ello, el árbol CHAID crea la máxima cantidad de tabulaciones cruzadas posibles para cada factor categórico hasta lograr el resultado más óptimo y no se puedan realizar más divisiones. El análisis CHAID divide el objetivo en dos o más categorías que se denominan nodos iniciales o principales, y luego los nodos se dividen mediante algoritmos estadísticos en nodos secundarios. Asimismo, a diferencia del análisis de regresión, el árbol CHAID no requiere una distribución normal de los datos (Podgorelec et al., 2022).

El cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) es una herramienta eficiente para el cribado de depresión (Villarreal-Zegarr et al., 2023), e incluye en el ítem 9 una pregunta respecto a la ideación suicida. Sin embargo, al no ser el objetivo principal del cuestionario la determinación de pensamiento suicida, este test puede dejar pasar la detección de posibles conductas suicidas en pacientes con depresión leve o sin depresión. Asimismo, puede suceder el sesgo de información, común en muchos test psicométricos donde puede haber pacientes que, intencionalmente nieguen tener ideación suicida. Además, muchos centros e instituciones de salud que usan métodos de detección de depresión, los utilizan también como indicadores de riesgo de conducta suicida (Hawton et al., 2013), como en el caso de la encuesta nacional de salud familiar de la población peruana (Martina et al., 2022).

Por ello, el objetivo de esta investigación fue analizar, mediante un algoritmo de redes neuronales, los síntomas depresivos del PHQ-9 asociados a ideación suicida en la población peruana. Ello permitirá determinar, tras la aplicación del cuestionario PHQ-9 en el cribado en grandes grupos poblacionales, la decisión de tomar una decisión en la investigación e intervención de salud mental preventiva de ideación suicida, en pacientes bajo sospecha de dicha conducta, tras el análisis de síntomas depresivos con mayor interacción y asociación de dicho cuestionario, aun cuando hayan respondido no referir ideación suicida en el ítem 9 del PHQ-9. Ello implica además, determinar la utilidad y capacidad de asociación del uso de elementos de un instrumento que mide una variable (depresión) para

medir otro resultado (ideación suicida), en casos donde el uso de instrumentos de tamizaje específicos de ideación suicida no sean viables.

Metodología

Diseño y población de estudio

Estudio analítico y de corte transversal a partir de la encuesta nacional demográfica y de salud familiar peruana (ENDES-2022) la cual tiene como características de ser de muestreo complejo, probabilístico, bietápico e independiente (Hernandez-Vasquez & Chacón-Torrico, 2019). La población seleccionada estuvo conformada por los adultos desde los 18 años que respondieron el cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9). Debido a que se contó con el total de la población de la base de datos secundaria, no se precisó de selección de muestra y, por tanto, se estudió el total de la población la cual estuvo conformada por 32 062 adultos.

Variables y mediciones

Las variables fueron: sexo (hombre y mujer) ideación suicida, obtenido a partir de la pregunta del cuestionario PHQ-9 (validado por el ministerio de salud peruano en el año 2012) concerniente a las preguntas: en los últimos 14 días, ¿usted ha sentido o tenido pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir? El puntaje de ideación suicida, acorde a la ficha técnica del cuestionario PHQ-9 incluido en la encuesta nacional de salud familiar, se basa en una escala de puntuación de 0 a 3, donde 0 implica la ausencia de ideación suicida, 1 corresponde a 1 a 6 días, 2 corresponde a de 7 a 11 días y 3 corresponde a 12 días o más al mes (Na et al., 2018), y fue dicotomizado en "NO" en caso de que hayan referido no tener pensamiento suicida y en "SI" en caso de haberlo sentido o pensado. Otras variables incluidas fueron las demás preguntas del cuestionario PHQ-9 sobre la presencia, en los últimos 14 días de pérdida de interés por hacer las cosas, sentirse deprimido, problemas de sueño, cansancio, problemas de apetito, sentirse mal consigo mismo y/o fracaso, problemas de concentración, moverse o hablar despacio (Beswick et al., 2022).

Análisis estadístico

Se utilizaron tablas para la estadística descriptiva, obteniendo frecuencias absolutas y relativas. Asimismo, se utilizó la prueba de razón de prevalencias crudo y ajustado mediante regresión de Poisson con varianza robusta. Se utilizaron algoritmos de aprendizaje supervisado como el perceptrón multicapa, para definir

que síntomas depresivos del cuestionario PHQ-9 tuvieron mayor asociación con la presencia de ideación suicida. Se utilizó el algoritmo de árbol de decisiones a través de detección automática de interacciones mediante chi-cuadrado (CHIAD), que es un algoritmo rápido de árbol estadístico multidireccional, que produce segmentos y perfiles determinados. Consigue la detección automática de interacciones mediante Ji-cuadrado. En cada paso, elige la variable independiente con la interacción más fuerte con la dependiente, eligiendo los nodos según el mayor valor del Ji-cuadrado, hasta el nodo terminal, para obtener las variables que poseen la mayor interacción con la variable dependiente (Choi et al., 2022).

Consideraciones éticas

Se contó con la autorización de uso de datos abiertos conforme al documento en respuesta a la solicitud de número 001-2023-UDT-OTIC-INS del Ministerio de Salud peruano (MINSA) a través del Instituto Nacional de Salud (INS). La base de datos abiertos de libre acceso (ENDES-2022) no incluyó datos personales, provino de una fuente secundaria codificada, sin datos personales u otra información que comprometa la identidad de los participantes.

Resultados

Se observó que 13,10 % de personas con ideación suicida no tuvieron depresión en el cuestionario PHQ-9, elevándose el porcentaje a 54,60 % cuando se consideró como conjunto a ausencia de depresión y/o depresión leve. Asimismo, el porcentaje de mujeres con ideación suicida (9,70 %) fue mayor al de hombres (5,30 %) (ver Tabla 1).

La razón de prevalencia del tipo crudo, que valora las variables de forma independiente, mostro que la presencia de síntomas depresivos del cuestionario PHQ-9 tuvieron ideación suicida con mayor frecuencia que las personas sin síntomas depresivos en ambos sexos. Al valorar las variables de forma interrelacionada mediante regresión de Poisson con varianza robusta, se observó que hubo un leve aumento de la ideación suicida respecto a personas sin síntomas depresivos. Asimismo, en mujeres, el síntoma depresivo relacionado al poco interés por actividades antes gratificantes no fue significativo, mientras que, en hombres, lo fueron el poco interés y la sensación de cansancio (ver Tabla 2).

En mujeres, mediante el modelo de clasificación por árbol de decisiones CHAID, se encontró que los síntomas con mayor interacción asociada a la ideación

Tabla 1. Frecuencia de ideación suicida con depresión en adultos de la población peruana

Ideación suicida*	Depresión	Sin depresión	RP crudo (IC:95 %)	RP ajustado (IC:95 %)
Sí(n=2503)	2174(86,90 %)	329(13,10 %)		
No=29 559)	5570(18,80 %)	23989(81,20 %)	4,609(4,481-4,741)	2,134(1,956-2,329)
Total= 32 062	7744(23,20 %)	24318(75,20 %)		
Ideación suicida*	Depresión moderada/severa	Sin depresión/depresión leve		
Sí= 1774	806(45,40 %)	968(54,60 %)	9,984(9,179-10,578)	1,271(1,231-1,313)
No= 16467	939(5,70 %)	15528(94,30 %)		
Total= 18 241	1745(9,60 %)	16496(90,40 %)		
Sexo*	Ideación suicida	Sin ideación suicida	RP crudo (IC: 95 %)	RP ajustado (IC: 95 %)
Mujer (n=18241)	1774(9,70 %)	16467(90,30 %)		
Hombre (n=13821)	729(5,30 %)	13092(94,70 %)	1,844(1,691-2,004)	1,345(1,161-1,423)
Total (n=32 062)	2503(7,80 %)	29559(92,20 %)		

*p<0,001 en todos los casos; RP: razón de prevalencias

Tabla 2. Razón de prevalencias crudo y ajustado para síntomas depresivos e ideación suicida según el cuestionario PHQ-9 en población peruana

Mujeres	RP crudo	p	RP ajustado	p
Poco interés	2.165(2,093-2,240)	<0,001	0,991(0,978-1,005)	0,201
Sentirse deprimido	2.370(2,313-2,429)	<0,001	1,138(1,126-1,151)	<0,001
Problemas para dormir	2.533(2,441-2,629)	<0,001	1,038(1,024-1,051)	<0,001
Cansancio	2.574(2,474-2,679)	<0,001	1,022(1,007-1,097)	0,004
Problemas de apetito	2.653(2,537-2,778)	<0,001	1,023(1,006-1,037)	0,005
Problemas de concentración	3.221(3,066-3,385)	<0,001	1,140(1,123-1,158)	<0,001
Hablar o moverse lento	3.845(3,646-4,057)	<0,001	1,187(1,168-1,207)	<0,001
Sentirse mal	7.532(7,121-7,968)	<0,001	1,490(1,464-1,517)	<0,001
Hombres	RP crudo	p	RP ajustado	p
Poco interés	2.926(2,762-3,101)	<0,001	0,994(0,982-1,007)	0,383
Sentirse deprimido	3.356(3,213-3,506)	<0,001	1,144(1,131-1,157)	<0,001
Problemas para dormir	3.213(3,013-3,427)	<0,001	1,023(1,010-1,038)	0,001
Cansancio	3.370(3,138-3,621)	<0,001	1,009(0,994-1,025)	0,214
Problemas de apetito	3.647(3,354-3,967)	<0,001	1,029(1,012-1,048)	0,001
Problemas de concentración	3.960(3,657-4,290)	<0,001	1,122(1,105-1,141)	0,014
Hablar o moverse lento	4.845(4,456-5,269)	<0,001	1,161(1,139-1,186)	<0,001
Sentirse mal	10.639(9,810-11,540)	<0,001	1,951(1,894-1,982)	<0,001

RP: razón de prevalencias

suicida fueron: sentirse mal, dificultad para hablar o moverse, problemas para dormir, cansancio y sentirse deprimido. Asimismo, el modelo clasificó de forma correcta, el 91,10 % de casos de ideación suicida. El árbol tuvo un total de 15 nodos, con 8 nodos terminales, de los cuales, los principales asociados a ideación suicida (nodo 0) fueron los 7-3-1, y 9-4-1 (ver Gráfico 1).

En hombres, mediante el modelo de clasificación por árbol de decisiones, se encontró que los síntomas

con mayor interacción asociada a ideación suicida fueron: sentirse mal, problemas para dormir, sentirse deprimido, hablar o moverse con lentitud y sentirse mal. Asimismo, el modelo clasificó de forma correcta, el 94,70 % de casos de ideación suicida. El árbol tuvo un total de 15 nodos, con 8 nodos terminales, de los cuales, los principales asociados a ideación suicida (nodo 0) fueron los 7-3-1, y 9-4-1 (ver Gráfico 2).

Mediante el algoritmo de redes neuronales (per-

Gráfico I. Algoritmo de árbol de decisiones mediante detector automático de interacción Chi-cuadrado (CHAID) para síntomas depresivos asociados a ideación suicida en mujeres peruanas

Pensamientos sobre morir o autolesionarse

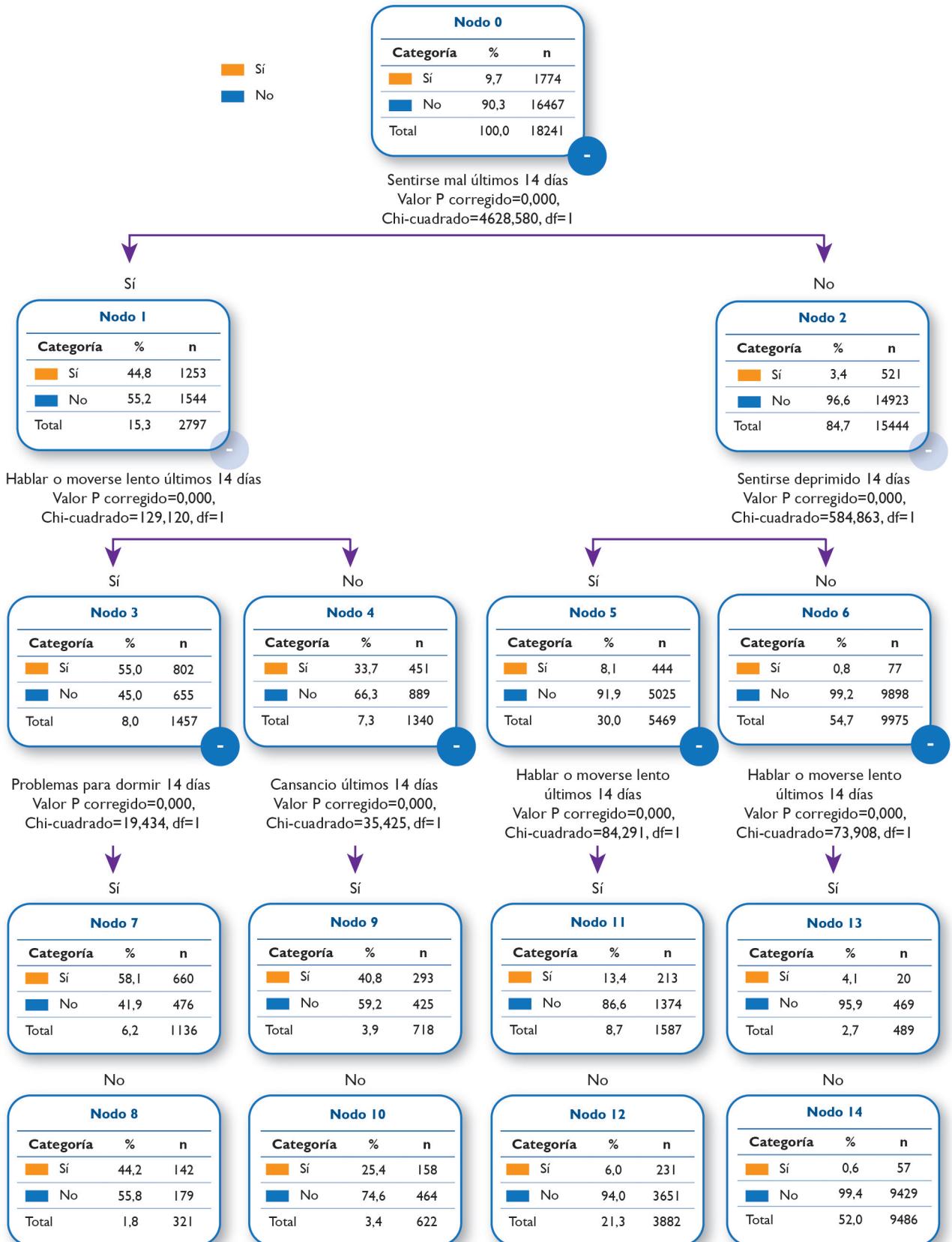
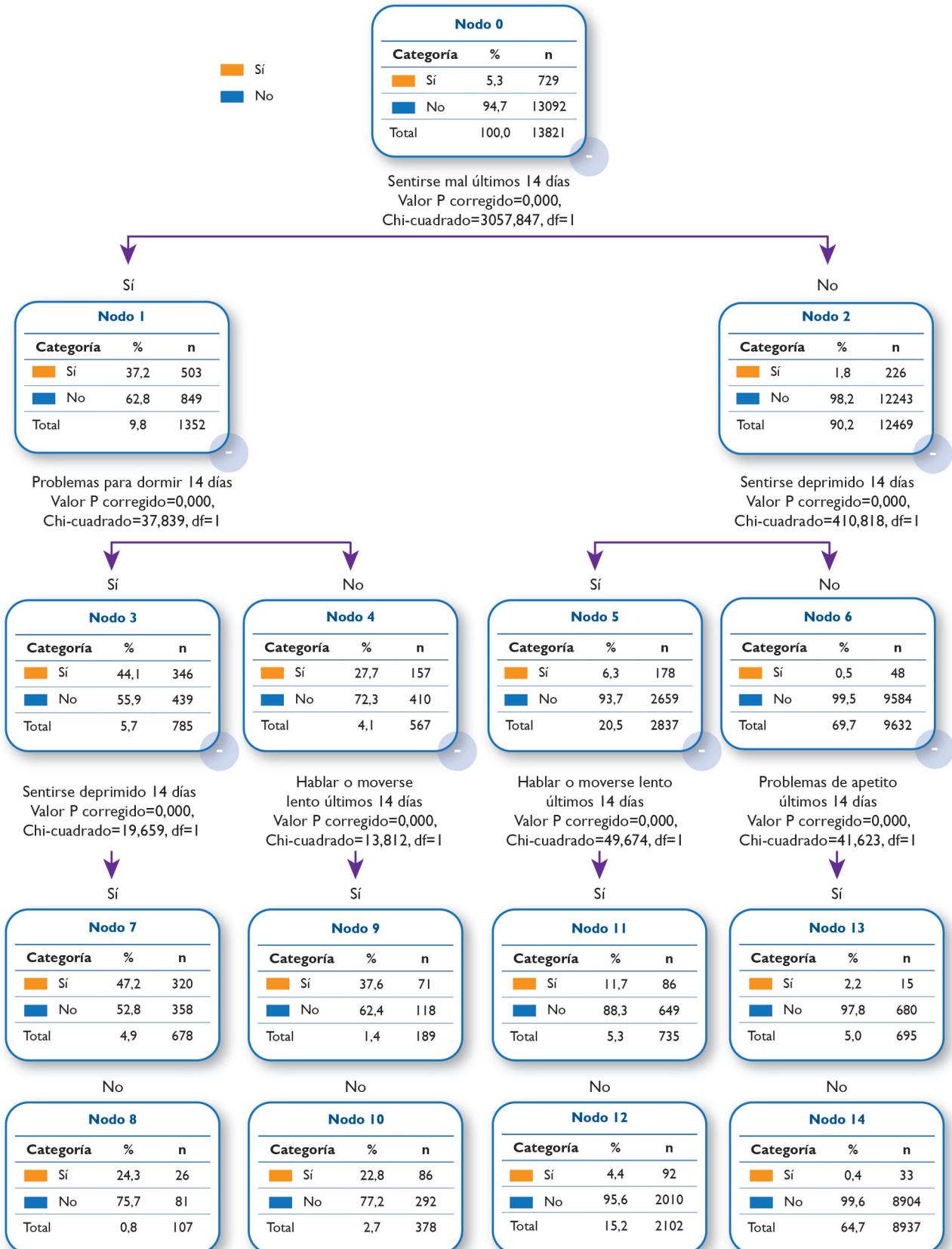


Gráfico 2. Algoritmo de árbol de decisiones mediante detector automático de interacción Chi-cuadrado (CHAID) para síntomas depresivos asociados a ideación suicida en hombres de la población peruana

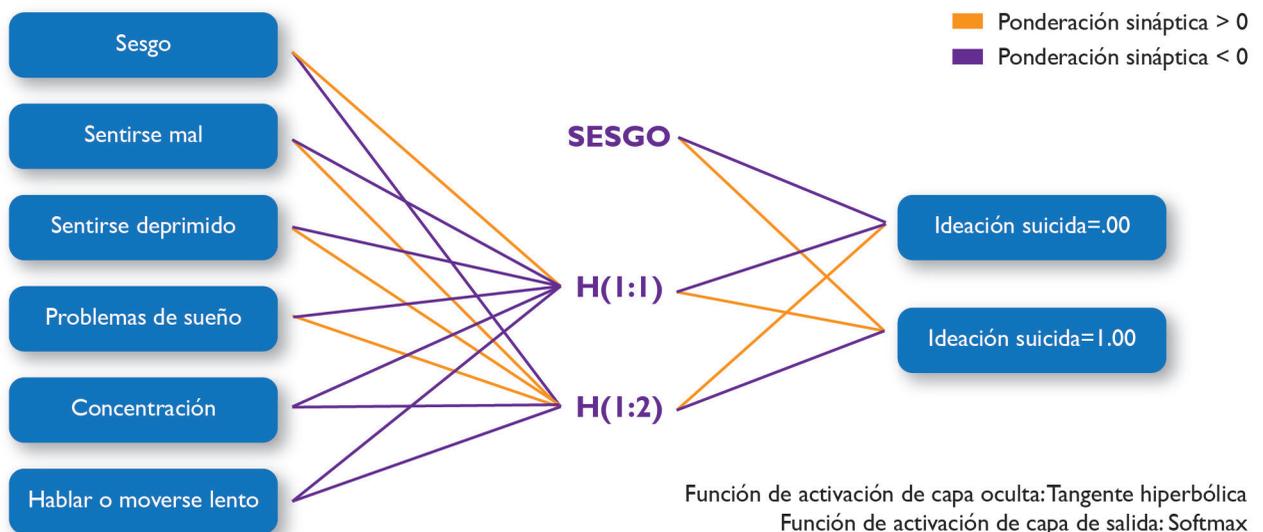
Pensamientos sobre morir o autolesionarse



ceptrón multicapa), para determinar la capacidad de los síntomas depresivos del PHQ-9 para predecir la presencia de ideación suicida en hombres, se determinaron 5 capas de entrada, 2 capas ocultas y 2 capas de salida. En el entrenamiento, con 12 725 encuestados, el modelo tuvo un porcentaje de pronósticos incorrectos de 8,80 % y en la prueba, con 5516 encuestados, el error relativo fue de 8,90 %. Este modelo solo incluyó según orden de importancia: las variables: sentirse mal (0,355), sentirse deprimido (0,232), hablar o moverse lento (0,166), problemas para concentrarse (0,142 y problemas de sueño (0,105), excluyéndose debido los demás síntomas depresivos debido a que generaban un mayor porcentaje de pronósticos incorrectos (ver Gráfico 3).

Para determinar, mediante perceptrón multicapa, la capacidad de los síntomas depresivos del PHQ-9 para predecir la presencia de ideación suicida en mujeres, se determinaron 5 capas de entrada, 2 capas ocultas y 2 capas de salida. En el entrenamiento, con 12 828 encuestados, el modelo tuvo un porcentaje de pronósticos incorrectos de 8,96 % y en la prueba, con 5413 encuestados, el error relativo fue de 8,12 %. Este modelo solo incluyó según orden de importancia: las variables: sentirse mal (0,316), sentirse deprimido (0,229), hablar o moverse lento (0,201), problemas de sueño (0,146) y poco o mucho apetito (0,106), excluyéndose debido los demás síntomas depresivos debido a que generaban un mayor porcentaje de pronósticos incorrectos (ver Gráfico 4).

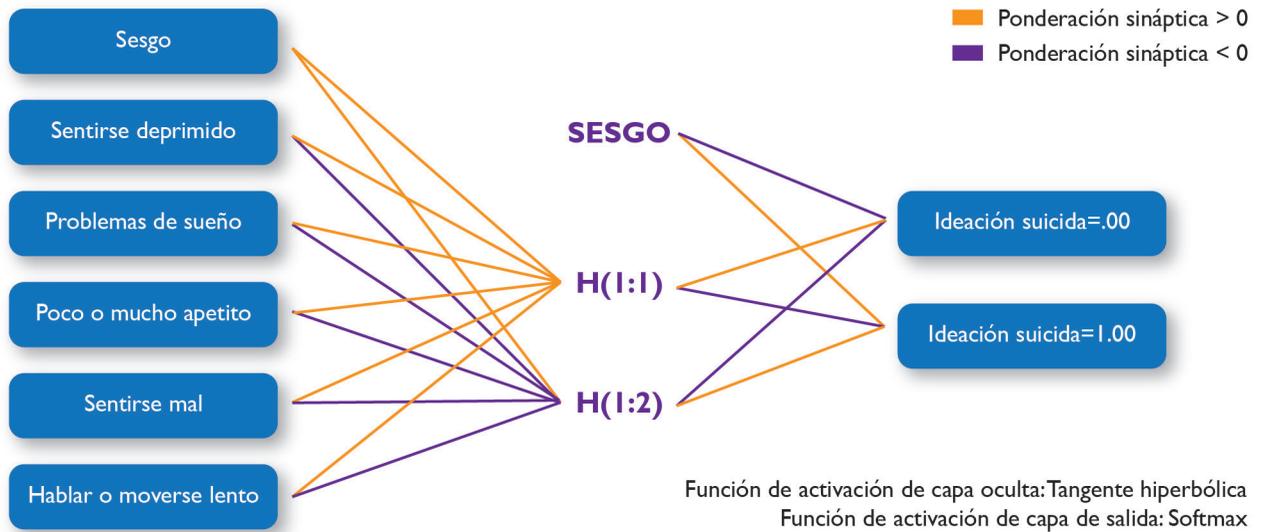
Gráfico 3. Estructura de red neuronal artificial tipo perceptrón multicapa para factores asociados a ideación suicida según síntomas depresivos del PHQ-9 en hombres



Discusión y conclusiones

El 13,10 % de personas tuvo ideación suicida con puntajes de ausencia de depresión, elevándose a casi 55 % cuando se incluyó la depresión leve en un solo grupo, lo que indica que el tamizaje masivo de depresión puede ignorar casos de ideación suicida, lo que concuerda con Mournet et al. (2021), quien evaluó pacientes hospitalizados en 4 centros de salud estadounidense, encontrando que el cuestionario PHQ-9 tuvo una baja especificidad para detectar casos de ideación suicida. Horowitz et al. (2021), en un estudio cuyo objetivo fue determinar si la detección de depresión puede detectar el riesgo de suicidio en pacientes entre 10 a 21 años hospitalizados que dan positivo en medidas específicas de suicidio, encontró que el uso del cuestionario de salud del paciente adaptado al adolescente no detectó un tercio de casos de pacientes en riesgo de suicidio). Papavero et al. (2024), en un estudio cuyo propósito fue comparar la efectividad del cuestionario Ask Suicide-Screening Question (ASQ) con el ítem 9 del Patient Health Questionnaire-A (PHQ-A) para la detección de riesgo de suicidio en pacientes entre 10 a 18 años de edad hospitalizados, encontrando que el ASQ tuvo una mayor sensibilidad y rendimiento diagnóstico de suicidio que el PHQ-A. Estos estudios ponen en relieve la menor efectividad de los cuestionarios depresivos para la detección de riesgo de suicidio, por lo que un porcentaje de pacientes sin depresión o con depresión leve, y con ideación suicida por medio del cuestionario PHQ-9 representa una probabilidad de ejecución

Gráfico 4. Estructura de red neuronal artificial tipo perceptrón multicapa para factores asociados a ideación suicida según síntomas depresivos del PHQ-9 en mujeres



del pensamiento de autoeliminación que podría haber pasado desapercibida o sesgada a través de otras preguntas del cuestionario.

El uso de test psicométricos diseñados para la detección de riesgo de suicidio son la base fundamental para el desarrollo de intervenciones orientadas a la reducción de esta problemática de salud mental. Rodante et al. (2023), en un estudio cuyo objetivo fue la validación de la versión española del Ask Suicide-Screening Question (ASQ) para el tamizaje de riesgo de suicidio en pacientes de 10 a 18 años en Argentina, encontró que, tras su validación, el ASQ tuvo fuertes propiedades psicométricas, incluyendo alta sensibilidad y especificidad, para identificar jóvenes en riesgo de suicidio. Sin embargo, la realización de test psicométricos de riesgo suicida como método de cribado podría ser poco factible debido a prejuicios propios de la población hacia respuestas honestas sobre ese tema, como refirió Simón et al. (2016), que, en un estudio para evaluar la eficiencia del cuestionario PHQ-9 en un sistema de red de salud de Estados Unidos, encontró que alrededor del 40 % de casos de intento de suicidio habían referido no tener pensamientos suicidas en el cuestionario PHQ-9. En ese sentido, la negación de tener pensamientos suicidas, sea con el cuestionario PHQ-9 o con test psicométricos de riesgo suicida, podría contrarrestarse determinando posibles síntomas depresivos asociados a riesgo de suicidio, basándose en las características somáticas y cognitivo-afectivas exploradas en el cuestionario PHQ-9.

Por tal motivo, el uso de algoritmos de aprendizaje supervisado como las redes neuronales y los árboles de

clasificación pueden generar grupos de riesgo en base a características que los hacen más propensos a desarrollar ideación suicida por medio de este cuestionario, observándose que la idea suicida asociada a síntomas depresivos presenta diferencias sintomatológicas parciales según sexo: en mujeres, en el árbol de decisiones se determinaron dos grupos principales: uno con problemas en el sueño, lentitud para moverse o hablar y sentirse mal consigo misma, y otro donde predominó el cansancio, lentitud para moverse o hablar, y sentirse mal, infiriéndose que la probabilidad de pensamiento suicida en mujeres está más orientado a aspectos somáticos que cognitivo-afectivos en relación al cuestionario PHQ-9, lo que concuerda con estudios que indican que las mujeres tienden a tener una mayor prevalencia de síntomas somatomórficos que los hombres siendo estos síntomas físicos de la depresión asociados a ideación suicida una respuesta al desgaste mental y físico debido a factores probablemente de origen socioeconómico y familiar (Gonzales & Vives et al., 2019). Asimismo, la menor relación con síntomas afectivos podría atribuirse a que las mujeres tienden a presentar una mayor autopercepción y control de sus emociones, así como una mayor confianza en su inteligencia emocional que los hombres, pudiendo atribuirse estas diferencias a una mayor resiliencia frente a constantes factores estresantes biológicos (hormonales) y socioculturales (roles de género) a los que no suelen estar expuestos los hombres (Fischer et al., 2018).

En hombres, el árbol de clasificación tuvo dos grupos principales: un grupo en el que estuvo el sentirse deprimido, con problemas de sueño, y sentirse mal, y

otro donde predominó el hablar o moverse lento, problemas de sueño y sentirse mal, por lo que se puede inferir que en hombres predominaron principalmente síntomas cognitivo-afectivos y otro grupo donde hubo síntomas somáticos. Estos síntomas podrían estar relacionados al estrés o desgaste físico probablemente de origen laboral y socioemocional. En ese sentido, los problemas para dormir son frecuentes por la preocupación y sobrecarga de trabajo, así como deudas económicas (Osorio-Martínez et al., 2022), los cuales a su vez provocan un desgaste mental que afecta la capacidad de expresarse articuladamente. A su vez, los problemas socioemocionales y la sensación de falta de realización personal pueden desencadenar vacíos emocionales que alteran la autopercepción sobre su importancia y necesidad dentro del ambiente familiar y entorno social, afectando su estabilidad emocional, predisponiéndolos a padecer trastornos depresivos (Choi et al., 2023), incrementando la probabilidad de desarrollar ideas y pensamientos suicidas.

También se presentó un algoritmo para la determinación de la presencia o ausencia de ideación suicida utilizando la red neuronal de perceptrón multicapa, siendo un modelo eficiente para la detección de posibles casos de ideación suicida en base a síntomas depresivos del cuestionario PHQ-9, el cual utilizo síntomas somáticos y afectivo-cognitivos similares con el árbol de decisiones. Es importante considerar que la potencial utilidad del uso de redes neuronales sería para determinar posibles casos de ideación suicida tras la realización de tamizajes con el cuestionario PHQ-9 a grandes grupos poblacionales enfocada en pacientes que refirieron no tener pensamiento suicidas, así como a pacientes particulares evaluados por posible depresión que igualmente hayan dado respuestas negativas, permitiendo incidir y profundizar en este aspecto mediante entrevistas estructuradas y no estructuradas, así como con la aplicación de test psicométricos para confirmar o descartar la posibilidad de la presencia de conductas e ideas de autoeliminación. En ese sentido, el objetivo principal del uso de las redes neuronales tipo perceptrón multicapa es permitir una mayor detección de probable ideación suicida debido a que descarta los síntomas depresivos menos o nada relacionados con esta alteración, permitiendo reducir la presencia de falsos negativos, consiguiendo una mayor probabilidad de detección de casos que pasarían desapercibidos tras el tamizaje del cuestionario PHQ-9.

En ese sentido, el uso del perceptrón multicapa, así como de herramientas de aprendizaje supervisado más complejas, podrían ser complementos a tener en

cuenta para profesionales de salud mental como psiquiatras y psicólogos, así como médicos de atención primaria, junto a los árboles de decisión, para poder estudiar características e identificar síntomas depresivos asociados a ideación suicida según las áreas poblacionales, comunidades, distritos o grupos humanos donde se desempeñe el profesional de salud mental.

Las limitaciones de esta investigación son, en primer lugar, la ausencia de aleatorización y muestreo, debido a que se utilizó el total de la población estudiada (n=32 062). Pudo haber sesgos de información ya que el estudio provino de una base de datos secundaria. A su vez, no se pudo comprobar que la población ya tuviera un diagnóstico previo de trastorno depresivo mayor, distimia u otros trastornos mentales, así como la toma de medicamentos que pudieran desencadenar depresión, así como enfermedades agudas o crónicas que pudieran incidir en la presencia de depresión e ideación suicida en el periodo en que se realizó la recolección de información. Otra limitación es el sesgo de medición y la complejidad del diseño estadístico, el cual requeriría de capacitación previa del personal. Por otro lado, también merece observar y balancear el costo de implementar el análisis estadístico del algoritmo versus el costo de agregar cuestionarios breves de ideación suicida ya estandarizados, sin embargo, el uso del algoritmo podría servir como parte de la profundización de la búsqueda de ideación suicida tras la aplicación del cuestionario PHQ-9, utilizando cuestionarios especializados en cognición suicida como medio principal, y los algoritmos basados en el cuestionario PHQ-9 de forma complementaria, en caso de no aplicar cuestionarios de ideación suicida, o en potenciales escenarios de renuencia a responder preguntas de cuestionarios de cognición suicida por temores y prejuicios de los encuestados.

En conclusión, los algoritmos de aprendizaje supervisado son viables y eficientes para identificar síntomas depresivos del cuestionario de salud-9 asociados a ideación suicida en la población peruana, predominando en mujeres síntomas somáticos y en hombres afectivo-cognitivos. El uso de algoritmos de aprendizaje supervisado pueden ser un complemento para profesionales de salud mental, por ejemplo en los tamizajes a escala nacional, comunitaria o a nivel de instituciones, para identificar personas susceptibles a tener ideación suicida que hayan referido no tener pensamiento suicidas en el cuestionario PHQ-9, requiriendo la evaluación por especialistas en salud mental por medio de entrevistas estructuras y no estructuradas, usando test psicométricos que permitan confirmar o descartar posibles casos de pensamientos

suicidas. Asimismo, el uso de algoritmos de redes neuronales de mayor complejidad podría ayudar a producir resultados más precisos que aporten al criterio clínico y experiencia de los médicos psiquiatras, psicólogos, así como a médicos de atención primaria.

Agradecimiento: al Instituto Nacional de Estadística e Informática, cuyos datos de libre acceso permitieron el desarrollo de la presente investigación.

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

Referencias bibliográficas

- Bains, N., & Abdijadid, S. (2023). *Major Depressive Disorder*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/>
- Baños-Chaparro, J. (2021). Depressive symptoms in Peruvian adults: a network analysis. *Revista virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 8(2), 11–22. <https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2021.08.02.11>
- Beswick, E., Quigley, S., Macdonald, P., Patrick, S., Colville, S., Chandran, S., & Connick, P. (2022). The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) as a tool to screen for depression in people with multiple sclerosis: a cross-sectional validation study. *BMC Psychology*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00949-8>
- Bica, T., Castelló, R., Toussaint, L. L., & Montesó-Curto, P. (2017). Depression as a risk factor of organic diseases: An international integrative review. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(4), 389–399. <https://doi.org/10.1111/jnu.12303>
- Chand, S. P., & Arif, H. (2023). *Depression*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/>
- Choi, H.-Y., Kim, E.-Y., & Kim, J. (2022). Prognostic factors in diabetes: Comparison of Chi-square automatic interaction detector (CHAID) decision tree technology and logistic regression. *Medicine*, 101(42), e31343. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000031343>
- Choi, M., Lee, E. H., Sempungu, J. K., & Lee, Y. H. (2023). Financial hardship, depression, and self-esteem: Temporal analysis using a Korean panel study. *Psychiatry Investigation*, 20(1), 35–42. <https://doi.org/10.30773/pi.2022.0157>
- Elliott, M. K., & Jason, L. A. (2023). Risk factors for suicidal ideation in a chronic illness. *Death Studies*, 47(7), 827–835. <https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2132551>
- Fischer, A. H., Kret, M. E., & Broekens, J. (2018). Gender differences in emotion perception and self-reported emotional intelligence: A test of the emotion sensitivity hypothesis. *PloS One*, 13(1), e0190712. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190712>
- Gelenberg, A. J. (2010). The prevalence and impact of depression. *The journal of clinical psychiatry*, 71(03), e06. <https://doi.org/10.4088/jcp.8001tx17c>
- González, G., & Vives, A. (2019). Work status, financial stress, family problems, and gender differences in the prevalence of depression in Chile. *Annals of Work Exposures and Health*, 63(3), 359–370. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxy107>
- Harmer, B., Lee, S., Rizvi, A., & Saadabadi, A. (2024). Suicidal Ideation. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33351435/>
- Hernández-Vásquez, A., & Chacón-Torrico, H. (2019). Manipulación, análisis y visualización de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar con el programa R. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 36(1), 128. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.361.4062>
- Homaifar, B., Matarazzo, B., & Wortzel, H. S. (2013). Therapeutic risk management of the suicidal patient: Augmenting clinical suicide risk assessment with structured instruments. *Journal of Psychiatric Practice*, 19(5), 406–409. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000435039.68179.70>
- Horowitz, L. M., Mournet, A. M., Lanzillo, E., He, J.-P., Powell, D. S., Ross, A. M., Wharff, E. A., Bridge, J. A., & Pao, M. (2021). Screening pediatric medical patients for suicide risk: Is depression screening enough? *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 68(6), 1183–1188. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.01.028>
- Machado, M. O., Veronese, N., Sanches, M., Stubbs, B., Koyanagi, A., Thompson, T., Tzoulaki, I., Solmi, M., Vancampfort, D., Schuch, F. B., Maes, M., Fava, G. A., Ioannidis, J. P. A., & Carvalho, A. F. (2018). The association of depression and all-cause and cause-specific mortality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *BMC Medicine*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1101-z>
- Martina Chávez, M., Amemiya Hoshi, I., Sugimoto Watanabe, S. P., Arroyo Aguilar, R. S., Zeladita-Huaman, J. A., & Castillo Parra, H. (2022). Depresión en adultos mayores en el Perú: distribución geoespacial y factores asociados según ENDES 2018 - 2020. *Anales de la Facultad de Medicina (Lima, Peru : 1990)*, 83(3), 180–187. <https://doi.org/10.15381/anales.v83i3.23375>
- Motillon-Toudic, C., Walter, M., Séguin, M., Carrier, J.-D., Berrouguet, S., & Lemey, C. (2022). Social isolation and suicide risk: Literature review and perspectives. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 65(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2320>
- Mournet, A. M., Smith, J. T., Bridge, J. A., Boudreaux, E. D., Snyder, D. J., Claassen, C. A., Jobs, D. A., Pao, M., & Horowitz, L. M. (2021). Limitations of screening for depression as a proxy for suicide risk in adult medical inpatients. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 62(4), 413–420. <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2021.02.002>
- Na, P. J., Yaramala, S. R., Kim, J. A., Kim, H., Goes, F. S., Zandi, P. P., Vande Voort, J. L., Sutor, B., Croarkin, P., & Bobo, W. V. (2018). The PHQ-9 Item 9 based screening for suicide risk: a validation study of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 Item 9 with the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *Journal of Affective Disorders*, 232, 34–40. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.045>
- Osorio-Martínez, M. L., Malca-Casavilca, M., Condor-Rojas, Y., Becerra-Bravo, M. A., & Ruiz Ramirez, E. (2022). Factores asociados al desarrollo de estrés, ansiedad y depresión en trabajadores sanitarios en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Perú. *Archivos de prevención de riesgos laborales*, 25(3), 271–284. <https://doi.org/10.12961/aprl.2022.25.03.04>
- Papávero, E. B., Rodante, D. E., Ingratta, A. V., Gorrini, A., Ralli, E., Rodante, E., Arismendi, M., Lowry, N. J., Ryan, P., Bridge, J. A., Horowitz, L., & Daray, F. M. (2024). Title: Comparing suicide risk screening strategies in Spanish-speaking pediatric patients. Amazonaws.com. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4854422
- Podgorelec, V., Kokol, P., Stiglic, B., & Rozman, I. (2002). *Journal of medical systems*, 26(5), 445–463. <https://doi.org/10.1023/a:1016409317640>
- Qato, D. M., Ozenberger, K., & Olsson, M. (2018). Prevalence of prescription medications with depression as a potential adverse effect among adults in the United States. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 319(22), 2289. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.6741>
- Remes, O., Mendes, J. F., & Templeton, P. (2021). Biological, psychological, and social determinants of depression: A review of recent literature. *Brain Sciences*, 11(12), 1633. <https://doi.org/10.3390/brainsci11121633>
- Rinne, G. R., O'Brien, M. P., Miklowitz, D. J., Addington, J. M., & Cannon, T. D. (2021). Depression, family interaction and family intervention in adolescents at clinical-high risk for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 15(2), 360–366. <https://doi.org/10.1111/eip.12954>
- Rodante, D. E., Papávero, E. B., Ingratta, A. V., Gorrini, A., Ralli, E., Rodante, E. D., Arismendi, M., Lowry, N., Ryan, P., Jian-Ping, H., Bridge, J. A., Horowitz, L., & Daray, F. M. (2023). Validation of the Spanish ASQ translation: Screening pediatric patients for suicide-risk in Argentina. *General Hospital Psychiatry*, 85, 191–198. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.11.001>
- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., ... Ferrar-

- ri, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02143-7)
- Simon, G. E., Coleman, K. J., Rossom, R. C., Beck, A., Oliver, M., Johnson, E., Whiteside, U., Operskalski, B., Penfold, R. B., Shortreed, S. M., & Rutter, C. (2016). Risk of suicide attempt and suicide death following completion of the patient health questionnaire depression module in community practice. *The journal of clinical psychiatry*, 77(02), 221–227. <https://doi.org/10.4088/jcp.15m09776>
- Stene-Larsen, K., & Reneflot, A. (2019). Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(1), 9–17. <https://doi.org/10.1177/1403494817746274>
- Tubbs, A. S., Fernandez, F.-X., Ghani, S. B., Karp, J. F., Patel, S. I., Parthasarathy, S., & Grandner, M. A. (2021). Prescription medications for insomnia are associated with suicidal thoughts and behaviors in two nationally representative samples. *Journal of Clinical Sleep Medicine: JCSM: Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 17(5), 1025–1030. <https://doi.org/10.5664/jcsm.9096>
- Villarreal-Zegarra, D., Barrera-Begazo, J., Otazú-Alfaro, S., Mayo-Puchoc, N., Bazo-Alvarez, J. C., & Huarcaya-Victoria, J. (2023). Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9, PHQ-8, PHQ-2) and General Anxiety Disorder scale (GAD-7, GAD-2) for depression and anxiety diagnosis: a cross-sectional study in a Peruvian hospital population. *BMJ Open*, 13(9), e076193. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-076193>
- Zia, B., Heisel, M. J., Peckham, S. B., & Rosen, S. (2020). A psychometric assessment of the suicidal behaviors questionnaire (SBQ-5) and geriatric suicide ideation scale-screen (GSIS-screen) in middle-aged and older men. *Clinical Gerontologist*, 43(1), 46–60. <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1656695>

Prevalencia del estrés académico en estudiantes de Medicina de la Universidad de Buenos Aires

Prevalence of academic stress in medical students at the University of Buenos Aires

Juan Manuel Duarte¹, Marcelo Fabián Garro², María Eugenia Basile³, Latara Luiza Smolinski Eifler⁴, Lanaísa Damiani Collaziol⁵, Francisco José Appiani⁶

<https://doi.org/10.53680/vertex.v36i167.798>

Resumen

Introducción: Este estudio aborda el problema generalizado del estrés académico entre los estudiantes de medicina de la Universidad de Buenos Aires, arrojando luz sobre un aspecto crítico del bienestar de los estudiantes. **Materiales y métodos:** Empleando una metodología prospectiva y transversal, participó una cohorte diversa de 617 estudiantes de medicina, que representan varios años de estudio. La investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia del estrés académico e investigar posibles influencias sociodemográficas. **Resultados:** Los resultados revelaron una prevalencia alarmante de estrés académico, con un 98,4 % de los participantes experimentando diversos grados. En concreto, el 7,2 % presentó estrés leve, el 73,1 % informó estrés moderado y el 19,6 % indicó niveles de estrés profundo. El estudio identificó asociaciones significativas entre el estrés académico y factores sociodemográficos, destacando la influencia del género y el lugar de procedencia. En particular, las estudiantes exhibieron una mayor susceptibilidad al estrés académico tanto moderado como profundo, con índices de probabilidad de 5,97 y 8,34, respectivamente. Además, los estudiantes extranjeros, particularmente aquellos de países que no hablan español, demostraron un riesgo notablemente mayor de experimentar estrés profundo (OR=13). **Discusión y conclusión:** Esta investigación subraya la necesidad crítica de intervenciones específicas y mecanismos de apoyo para abordar el problema generalizado del estrés académico en la educación médica. Implementar estrategias adaptadas a grupos demográficos específicos, en particular mujeres y estudiantes extranjeros, es primordial para fomentar un ambiente propicio para el aprendizaje.

Palabras Clave: estrés, estudiantes de medicina, factores sociodemográficos y estrés, bienestar

Abstract

Introduction: This study addresses the pervasive issue of academic stress among medical students at the University of Buenos Aires (UBA), shedding light on a critical aspect of student well-being. **Materials and methods:** Employing a prospective, cross-sectional methodology, a diverse cohort of 617 medical students participates, representing various courses. The research aimed to determine the prevalence of academic stress and investigate potential sociodemo-

RECIBIDO 4/11/2023 - ACEPTADO 2/7/2024

¹Médico Neurólogo. División Neuropsicofarmacología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Instituto de Neurociencias, Hospital Alemán, Argentina. <https://orcid.org/0000-0003-0408-0178>

²Médico. División Neuropsicofarmacología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0003-3750-1055>

³Médica Residente de Psiquiatría. División Neuropsicofarmacología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0003-3599-8897>

⁴Rotante División Neuropsicofarmacología Htal. de Clínicas "José de San Martín" <https://orcid.org/0009-0007-9849-4895>

⁵Rotante División Neuropsicofarmacología Htal. de Clínicas "José de San Martín" <https://orcid.org/0009-0006-2854-604X>

⁶Médico Psiquiatra. Profesor Adjunto de Salud Mental. División Neuropsicofarmacología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0003-3581-4373>

Autor correspondiente:

Juan Manuel Duarte
jduarte@fmed.uba.ar

Lugar en dónde se desarrolló la investigación: División Neuropsicofarmacología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina.



graphic influences. Results: Results revealed an alarming prevalence of academic stress, with 98.4 % of participants experiencing varying degrees. Specifically, 7.2 % exhibited mild stress, 73.1 % reporters moderate stress, and 19.6 % indicated profound levels of stress. The study identified significant associations between academic stress and sociodemographic factors, highlighting the influence of gender and place of origin. Notably, female students exhibited a high susceptibility to both moderate and profound academic stress, with odd ratio of 5.97 and 8.34, respectively. Additionally, foreign students, particularly those from non-Spanish-speaking countries, demonstrated a notably heightened risk of experiencing profound stress (OR=13). Conclusion: This research underscores the critical need for targeting interventions and support mechanisms to address the persuasive issue of academic stress in medical education. Implementing strategies tailored to specific demographic groups, particularly female and foreign students, is paramount in fostering a conducive learning environment.

Keywords: stress, medical students, sociodemographic factors and stress, well-being

Introducción

El estrés es un término que fue definido por Hans Selye como una condición en la cual el organismo responde a agentes nocivos (Bértola, 2010). Algunos años antes, Selye, había descrito el Síndrome General de Adaptación (SAG), éste corresponde a una respuesta fisiológica estereotipada frente a un estímulo, el cual independientemente de su naturaleza, es decir, sea placentero o adverso, representa un esfuerzo del organismo para adaptarse (Bértola, 2010). A su vez, consta de tres etapas, la reacción de alarma (inminente a la percepción del estímulo, donde los cambios bioquímicos intentan recuperar la homeostasis), la fase de resistencia (el organismo se encuentra en su activación fisiológica máxima intentando superar o adaptarse a la amenaza) y la fase de agotamiento (se producirá solamente si la situación estresante se prolonga en el tiempo y claudican los mecanismos de adaptación) (Camargo, 2010; Gasull, et al., 2020).

Se considera, en general, que existen dos tipos de estrés. El eustrés, se refiere a una cantidad óptima, esencial para la vida, el crecimiento y la supervivencia del individuo; en cambio, el distrés, es nocivo y contribuye a la producción de patologías (Camargo, 2010).

El estrés académico corresponde al que padece el sujeto que cumple el rol de estudiante; sin embargo, es más complejo. Barraza lo define como un proceso sistémico, de índole adaptativo y fundamentalmente psicológico que se exhibe de manera descriptiva en tres momentos: un primer momento en el cual el estudiante se ve sometido a una gama de demandas que bajo su valoración son consideradas como estresores; el segundo donde éstos inducen a un desequilibrio sistémico que se manifiesta en síntomas y en tercer lugar esa perturbación impone al estudiante a efectuar acciones de afrontamiento para restaurar el equilibrio sistémico (Barraza Macías, 2006).

El modelo cognitivista considera al ser humano como un sistema abierto que se relaciona con el entorno en una ininterrumpida corriente de entrada y salida para adquirir una estabilidad. Según la perspectiva del sujeto, este estímulo puede ser considerado estresante, el cual tendrá una respuesta por parte del mismo para poder afrontarlo y, si el encuentro con el estresor es positivo, el equilibrio estará restablecido; por el contrario, si no se logra, lo considera como negativo y presentará síntomas psíquicos, comportamentales y físicos. Por consiguiente, el modelo permite definir tres elementos: los estresores, la respuesta del sujeto y las estrategias de afrontamiento (Barraza Macías, 2006; Gasull et al., 2020).

El estrés académico es un asunto que ha sido estudiado en los últimos años. Sin embargo, no hemos hallado estudios sobre esta problemática en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Teniendo en cuenta que estudios realizados en otras universidades de la República Argentina demostraron una prevalencia por encima del 85 % (Gasull, et al., 2020; Oliveti, 2010; Kloster Kantlen & Perrotta, 2019), nuestra hipótesis consiste en que en nuestra casa de estudios el porcentaje supera el 80 %.

Objetivo primario

El objetivo primario de este estudio fue determinar la prevalencia del estrés académico en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Secundariamente se buscó determinar si los factores sociodemográficos (tales como la distancia del hogar, el trabajar aparte de estudiar, el estado civil, el hecho de tener o no hijos, el género, la edad, el hecho de ser extranjero, el nivel del curso) influyen en el grado de estrés académico.

Materiales y métodos

El estudio fue prospectivo, transversal, descriptivo y cuasi-experimental. El criterio de inclusión permitió incorporar estudiantes de todos los géneros y edades que estén cursando la carrera de medicina en la Universidad de Buenos Aires, que otorgaran el correspondiente consentimiento informado. Aquellos que no lo aceptaron fueron excluidos.

Teniendo en cuenta una prevalencia esperada del estrés académico en estudiantes de medicina de un 80 %, con un límite de confianza de +/- 5 %, se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia: el tamaño estimado de la muestra fue de 246 encuestados en Open Epi (2013).

Posteriormente a la firma del consentimiento informado, se utilizaron los siguientes instrumentos:

a. Encuesta demográfica *ad-hoc*: se encuestó de forma anónima sobre las siguientes variables: género, edad, año de cursada, tiempo de viaje a la facultad, situación económica autopercibida, estado civil, el hecho de tener hijos, lugar de procedencia (extranjeros provenientes de países con lengua nativa distinta al español, extranjeros provenientes de países hispanohablantes, argentinos provenientes del interior del país) y el hecho de trabajar aparte de estudiar.

b. Inventario SISCO de estrés académico: éste es un instrumento de pesquisa de estrés académico para estudiantes de educación media, superior y posgrado. La versión definitiva consta de 31 ítems, clasificado de la siguiente manera:

- Un ítem de filtro que, en términos dicotómicos (SÍ-NO) permite determinar si el encuestado es candidato o no a contestar el inventario. En caso de que la respuesta a este primer ítem sea “NO”, se detiene la encuesta.
- Un ítem que, en un escalamiento tipo Lickert de cinco valores numéricos (del 1 al 5 donde uno es poco y cinco mucho), permite identificar el nivel de intensidad del estrés académico.
- Ocho ítems que, en un escalamiento tipo Lickert de cinco valores categoriales (nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre), permiten identificar la frecuencia en que las demandas del entorno son valoradas como estímulos estresores.
- 15 ítems que, en un escalamiento tipo Lickert de cinco valores categoriales (Nunca, Rara vez, Algunas veces, Casi siempre y Siempre), permiten identificar la frecuencia con que se presentan los síntomas o reacciones al estímulo estresor.

- Seis ítems que, en un escalamiento tipo Lickert de cinco valores categoriales (Nunca, Rara vez, Algunas veces, Casi siempre y Siempre), permiten identificar la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamientos.

A cada respuesta de la escala se le asignó los siguientes valores: 1 para Nunca, 2 para Rara vez, 3 para Algunas veces, 4 para Casi siempre y 5 para Siempre.

Para la evaluación del resultado de la escala, se utilizó el siguiente baremo, según lo sugerido por el autor de la escala:

- a. 0-33 puntos: estrés académico leve.
- b. 34-66 puntos: estrés académico moderado.
- c. 67-100 puntos: estrés académico profundo.

El inventario SISCO es altamente confiable, con un puntaje de Alfa de Cronbach de 0.90 y un coeficiente de confiabilidad por mitades de 0.87 (Barraza Macías, 2006).

Análisis estadístico

Se determinó la prevalencia en porcentajes. Se realizó análisis estadístico paramétrico y no paramétrico, utilizando análisis bivariado y multivariado (regresión logística multinomial) con el fin de hallar la asociación entre las variables dependientes e independientes. Se utilizó el paquete estadístico IBM® SPSS Statistics® versión 26 para Mac®.

Los encuestadores se acercaron a los estudiantes de los distintos años de cursada de la Facultad de Medicina de la UBA, en los pasillos de la facultad; a los que aceptaron responder el cuestionario, se les ofreció un código QR para poder responder vía whatsapp®. El cuestionario demográfico y el inventario SISCO, en forma anónima, fueron respondidos por medio de la plataforma Google Docs®. Este proyecto se realizó bajo las normas éticas que rigen las investigaciones en humanos de acuerdo con la ley nacional de Protección de Datos Personales Nro. 25326 (Ley de Habeas Data) y la Declaración de Helsinski en su última versión (Fortaleza 2013). El Proyecto se llevó a cabo bajo la aprobación del Comité de Ética del Hospital de Clínicas “José de San Martín”. Los estudiantes encuestados completaron de forma virtual un Modelo Hoja de Información y Consentimiento Informado diseñado a tal efecto.

Resultados

Se encuestaron 617 estudiantes de los cuales 116 (18.9 %) correspondieron al género masculino, 499 (80.8 %) correspondieron al género femenino, y 2 (0.3 %) respondieron pertenecer a la categoría “no binario”. Las

edades medianas fueron de 24 (rango 18-60, promedio 25 años, género femenino), 24.50 (rango 19-51, promedio 24 años, género masculino) y 22 (rango 20-22, promedio 21 años, género no binario). No hubo diferencia significativa entre las medianas de las edades, según el género (Estadístico K: 3.590 p: 0.16). Los dos participantes del género no binario obtuvieron puntajes compatibles con estrés académico de grado moderado. Sin embargo, debido al escaso número, se los excluyó de los análisis estadísticos siguientes.

La *Tabla 1* resume las características demográficas en cuanto a género, edades y curso de los encuestados.

En cuanto a la situación económica autopercibida, 377 (61.10 %) estudiantes refirieron tener una situación aceptable y 240 (38.9 %) refirieron tener una situación ajustada.

La prevalencia del estrés académico en los resultados encuestados es del 98.4 % (n: 607); 44 (7.2 %) de grado leve, 444 (73.1 %) de grado moderado, y 119 (19,6 %) de grado profundo.

No se halló diferencias significativas de los puntajes finales de la escala SISCO en las variables género, curso, tiempo de viaje a la facultad, estado civil, situa-

ción laboral, y el hecho de tener hijos o no. En la única variable que se halló una diferencia significativa del puntaje final SISCO fue en la variable “lugar de procedencia” (ver *Tabla 2*).

El análisis *post-hoc* de Bonferroni demostró que los extranjeros provenientes de países no hispanohablantes tuvieron un puntaje medio SISCO significativamente mayor que los argentinos de CABA/AMPA (p<0.0001).

En la *Tabla 3* se puede apreciar los resultados del análisis bivariado, y en la *Tabla 4*, los del análisis multivariado (regresión logística multinomial).

En el análisis bivariado, las variables independientes que se asociaron significativamente con el grado de estrés fueron el género (mayor asociación con el género femenino), la situación económica autopercibida (mayor asociación con la situación ajustada), el lugar de procedencia (mayor asociación para los extranjeros cuya lengua materna no es el español), y el estado civil (mayor asociación con el estado civil casado/en pareja) (ver *Tabla 4*).

En el modelo de regresión logística multinomial, el género femenino se asoció, significativamente, con el estrés de grados moderado y profundo. Los estudiantes extranjeros, procedentes de países hispanoparlantes y no hispanoparlantes, se asociaron con el estrés de grado profundo.

Tabla 1. Características demográficas de la muestra encuestada, en cuanto a género, edad y curso

Género	Edad promedio (mediana; rango en años)
Femenino	25 (24; 18-60)
Masculino	24 (24.50; 19-51)
No binario	21 (22; 20-22)
Curso	N (%)
1er. año	66 (10.7)
2do. año	155 (25.12)
3er. año	94 (15.23)
4to. año	116 (18.8)
5to. año	64 (10.37)
6to. año	90 (14.59)
Internado Anual Rotatorio	32 (5.19)

Tabla 2. Comparación de puntaje total según lugar de procedencia

	n	Media
Extranjero no hispanoparlante	143	58.74 ± 13.85
Extranjero hispanoparlante	63	56.59 ± 13.17
Argentino del interior	81	52.60 ± 15.16
Argentino de CABA/AMBA	306	52.06 ± 13.03

Se realizó una prueba estadística paramétrica ANOVA Estadístico F: 8.908; p<0.001

Discusión

En el presente estudio realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires se halló una prevalencia del estrés académico del 98.4 % (8.1 % de grado leve, 74.5 % de grado moderado y 17.35 % de grado profundo). Este porcentaje de prevalencia es similar a los hallados en trabajos previos realizados por otras universidades de la República Argentina. En la

Tabla 3. Análisis bivariados entre las variables independientes y el grado de estrés

Variable independiente	X ² /Prueba exacta de Fisher ¹	P
Género	30.96	<0.0001
Curso	11.6791	0.456
Tiempo de viaje	1.442	0.492
Situación económica	7.158	0.03
Procedencia	37.5381	<0.0001
Estado civil	8.9731	0.011
Tener hijos	0.8291	0.724
Situación laboral	2.2151	0.695

Tabla 4. Análisis multivariado: Regresión logística multinomial. Asociación y *odds-ratio* de variables independientes significativas en el análisis bivariado, con estrés de grados moderado y profundo

Grado de estrés	MODERADO				PROFUNDO			
	Coef B	P	OR	IC95 %	Coef B	P	OR	IC95 %
VARIABLES								
Género femenino	1.786	<0.0001	5.97	3.1-11.49	2.121	<0.0001	8.34	3.61-19.28
País no hispanoparlante	0.182	0.68	1.2	0.505-2.85	1.482	0.002	4.4	1.7-11.37
País hispanoparlante	1.819	0.84	6.16	0.78-48.53	2.56	0.19	13	1.53-110.2
Estado civil	0.143	0.77	1.05	0.44-3.01	-0.402	0.44	0.67	0.24-1.86
Situación económica	0.143	0.69	1.15	0.57-2.33	0.64	0.107	1.9	0.87-4.14

Universidad Católica Argentina de la ciudad de Paraná, la prevalencia del estrés fue del 100 % (Kloster Kantlen & Perrotta, 2010). En la Facultad de Psicología y Relaciones Humanas de la Universidad Abierta Interamericana la prevalencia fue del 89.2 % (Oliveti, 2010). En la carrera de Odontología, de la Universidad Nacional de Córdoba el valor total fue de 98.3 % (Rodríguez, 2019). El estudio realizado en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, la prevalencia de estrés fue de 67 % (Gasull et al., 2020).

Además de que el hecho de estudiar medicina per se sería el principal factor de estrés académico, en el presente trabajo de investigación se identificó la presencia de otras variables que contribuyeron a la gravedad de esta problemática. En el análisis bivariado, se halló la asociación de las variables género femenino, lugar de procedencia, estado civil y situación económica autopercibida. Sin embargo, al realizar el análisis multivariado, se demostró que las únicas variables independientes asociadas con los grados moderado y/o profundo fueron el género femenino y el lugar de procedencia (extranjeros provenientes de países hispanoparlantes y no hispanoparlantes)

En primer lugar, se halló una asociación entre el género y el grado de estrés. El género femenino demostró un OR de 5.97 de desarrollar un estrés académico moderado, y de 8.34 de desarrollar un estrés de grado profundo. Estos resultados concuerdan con los hallados en la Universidad Nacional de Cuyo y la Universidad Nacional de Córdoba (Gasull et al., 2020; Rodríguez, 2019). Heckman et al. relacionaron un mayor porcentaje de estrés en el género femenino por motivos financieros (Heckman, et al., 2014). El estudio realizado por Vidal-Conti et al., las mujeres presentaron mayor nivel y mayor intensidad de estrés asociado a las evaluaciones de los profesores, el tipo de trabajo que piden los profesores, y el tiempo limitado para realizar los trabajos. El género femenino tiene un nivel superior de percepción del estrés y del ánimo depresi-

vo (Vidal Conti et al., 2018). Marco-Ahulló et al. realizaron un estudio sobre este aspecto durante la pandemia del COVID-19: las mujeres presentaron un peor bienestar con mayores síntomas de distrés (inquietud, dificultad para concentrarse y desgano por las actividades académicas) (Marco-Ahulló et al., 2021). Desde el punto de vista neurobiológico el estrés, a nivel cerebral, involucra diferentes estructuras según el género: en estudios de resonancia magnética funcional realizados en sujetos sanos, ante situaciones estresantes, se activa predominantemente la corteza prefrontal en los varones; en cambio, en las mujeres, el sistema límbico activaría un comportamiento de ayuda y de protección ante la situación estresante. Si bien se pone en marcha la actividad del eje corticotrópico en ambos géneros, en la mujer hay una mayor sensibilidad de la corteza suprarrenal a la ACTH (adrenocorticotrofina). Los estrógenos ejercen un efecto modulador sobre la actividad del eje corticotrópico y noradrenérgico (Duval, et al., 2010). Sin embargo, la asociación entre el género y el estrés académico es controvertida: Barraza-Macias et al., no encontraron dicha asociación (Macias, et al., 2012). En la República Argentina, en la Universidad Abierta Interamericana tampoco hallaron diferencias significativas en cuanto al género (Oliveti, 2010).

El lugar de procedencia de los estudiantes se asoció también al grado de estrés académico. Aquellos estudiantes provenientes de países cuya lengua materna no es el español obtuvieron una media de puntaje significativamente mayor que los estudiantes argentinos y los provenientes de países hispanoparlantes. Los estudiantes extranjeros, independientemente del país de procedencia, tienen una asociación significativa con el hecho de padecer un estrés académico de grado profundo. En el análisis multivariado, los estudiantes provenientes de países hispanoparlantes demostraron un OR de 4.4, y los provenientes de países hispanoparlantes, de 12.9 de desarrollar un estrés de grado profundo. El hecho de poder comunicarse de manera fluida y familiarizarse

con el sistema educativo y el estilo de enseñanza argentino permite lograr un mejor rendimiento (Perugini & Solano, 2014). Se ha evidenciado que los estudiantes de medicina extranjeros padecen mayores trastornos del sueño relacionados a un nuevo huso horario y al país con un contexto desconocido y poco familiar lo cual se correlaciona con mayor ansiedad y peor rendimiento académico (Soakin et al., 2019).

El estado civil no mostró una asociación significativa con el grado de estrés académico en el modelo multivariado. Sin embargo, otras investigaciones demostraron otros datos. En un estudio realizado por medio de encuestas en estudiantes de 24 universidades de Rusia se encontró, que los alumnos solteros reciben un impacto mayor de los estresores que aquellos que están casados (Ermasova et al., 2022). En una investigación realizada en estudiantes internacionales de cinco universidades de los Estados Unidos de América se halló que aquellos que estaban casados sufrían menores grados de estrés (Poyrazlio & Kavanaugh, 2006). En un estudio realizado en estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Cuenca, también se halló un aumento de la prevalencia de estrés en las personas solteras (Santos Morocho et al., 2017). Por último, si bien se halló una asociación significativa entre la situación económica autopercibida y el grado de estrés profundo, esto no fue confirmado en el modelo multivariado.

El estrés académico es el enemigo silencioso del estudiante. Afecta la salud física, mental y emocional y predispone a enfermedades cardíacas, inmunológicas, metabólicas, hormonales y cognitivas (Toribio-Ferrer & Franco-Bárceñas, 2016). Se ha hallado un aumento de la prevalencia de la depresión asociada al estrés académico, sobre todo si evoluciona a un estrés crónico (Suarez-Montes & Diaz-Subieta, 2015). Desde el punto de vista cardiovascular, se demostró que aquellos estudiantes con altos niveles de estrés tuvieron aumento de las presiones sistólica y diastólica y de la frecuencia cardíaca (Angel-Lainez, et al., 2020). Estas alteraciones de la fisiología normal se producen debido a la liberación de ciertas hormonas, fundamentalmente, las catecolaminas y el cortisol (Palacio et al., 2016). El estrés crónico produce una reducción del volumen del hipocampo, lo que provoca alteraciones de la memoria a largo plazo. Además, se ha visto que la hormona leptina liberada por el tejido adiposo actúa sobre el núcleo arcuato hipotalámico, modulando los circuitos dopaminérgicos mesolímbicos y da lugar a la disminución de la ingesta de alimentos (Romero Romero et al., 2020).

El estrés académico puede causar alteraciones inmunológicas. Mediante la activación de la hormona liberadora de corticotropina y/o la hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, se produce una modificación de la secreción y liberación de las citoquinas proinflamatorias. A nivel del sistema nervioso central, pueden producir un estado de neuroinflamación leve que se correlaciona con la depresión y la disfunción cognitiva. A nivel periférico el estrés se asocia a una disminución de los linfocitos T y un aumento de interferón gamma e interleuquina-17, con aumento del riesgo del síndrome metabólico y de los signos de envejecimiento. El estrés académico es un factor de riesgo para desarrollar enfermedades sistémicas o exacerbar las enfermedades preexistentes mediante el eje neuroendocrino inmunológico (Paez Cala & Castaño Castrillón, 2015).

Algunos estudios evaluaron opciones terapéuticas a considerar en el ámbito académico, con el fin de reducir el estrés. Ejemplos de estas opciones son el MBT-T (terapia de transformación de la mente y del cuerpo) (Cozzolino et al., 2020), las técnicas de *mindfulness* (Pardo Carballido & González Cabanach, 2019) (González-Valero et al., 2019) (Farfan Bellido et al., 2023), la aplicación de la musicoterapia en el ambiente académico (Muñoz, et al., 2020), la terapia conductiva-conductual (Fullana et al., 2012), y las técnicas corporales (Basurto Avilés et al., 2020).

Una de las fortalezas del estudio es el hallazgo respecto al lugar de procedencia: en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires un alto porcentaje de estudiantes son extranjeros, y la mayoría de aquellos provenientes de países no hispanoparlantes son brasileños. Adicionalmente, la cantidad de encuestados fue superior al estimado al calcular el tamaño de la muestra. Asimismo, al consultar la bibliografía, éste es el primer estudio realizado en estudiantes de medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Por otro lado, una de las limitantes del trabajo fue no preguntar en la encuesta sociodemográfica por los convivientes. Algunos estudiantes podrían convivir con su familia, con amigos o compartir piso con otras personas, lo cual podría contribuir al agravamiento del estrés. Otra limitante podría corresponder al tipo de muestreo por conveniencia, lo cual podría sesgar las respuestas. Finalmente, habría que considerar que la herramienta utilizada está validada al idioma español, aunque no en nuestra población. Sin embargo, *a priori* fue estimado que la población a estudiar era heterogénea, razón por la cual se creyó conveniente la utilización de la misma.

Al consultar la bibliografía, éste es el primer estudio realizado en estudiantes de medicina de la Universidad de Buenos Aires. El alto porcentaje obtenido podría ser una característica de los estudiantes de medicina de la UBA: sin embargo, se debería realizar un estudio multicéntrico, mediante encuestas a estudiantes de diferentes disciplinas y facultades que pudiesen confirmar esta afirmación.

En conclusión, la prevalencia del estrés académico en los estudiantes de medicina de la Universidad de Buenos Aires es alta (98.4 %). El hecho de estudiar medicina per se sería un factor predisponente para el estrés académico; adicionalmente otras variables sociodemográficas (el género femenino, los estudiantes extranjeros, el estado civil casado o en pareja y la situación económica autopercibida como ajustada) aumentan el riesgo de empeoramiento de este problema.

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

Referencias bibliográficas

- Angel-Lainez, J.L., Muentes-Loor, A. D., Choez-Magallanes, J., & Valero-Cedeño, N. J. (2020). Estrés académico y salud mental en estudiantes universitarios en el área de la salud. *Polo del Conocimiento*, 5(6), 750-761.
- Barraza Macías, A. (2006). "Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 9(3), 110-129. <https://psicologiainvestigacion.com/inventario-sisco-estres-academico>.
- Basurto Avilés A. E., Rodríguez Alava, L. A., Giniebra Urra, R., & Loor Rivadeneira, M. (2020). Reacciones psicósomáticas producidas por el estrés y la salud mental de los docentes universitarios: Psychosomatic reactions produced by stress and mental health of university teachers. *Rehuso*, 5(3), 16-25. <https://dx.doi.org/10.33936/rehuso.v5i3.2596>.
- Bértola, D. (2010). Hans Selye y sus ratas estresadas. *Medicina Universitaria*, 12(47), 142-143.
- Camargo, B. (2010). Estrés. Síndrome General de Adaptación o Reacción General de Alarma. *Revista Médico Científica*, 17, 78-86.
- Cozzolino, M., Girelli, L., in university students Vivo, D. R., Limone, P., & Celia, G. (2020). A mind-body intervention for stress reduction as an adjunct to an information session on stress management in university students. *Brain and Behavior [Internet]*, 10 (6), e01651. <https://dx.doi.org/10.1002/brb3.1651>.
- Duval, F., González, R., & Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(4), 307-318. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-9227201000500006>.
- Ermasova, N., Ermasova, E., & Rekhter, N. (2022). Stress and coping of Russian students: do gender and marital status make a difference?. *Journal of Gender Studies*, 31(4), 427-443. <https://dx.doi.org/10.1080/09589236.2020.1865139>.
- Farfán Bellido, R., Llantoy Quispe, F., Quintanilla Reyes, C., & León Peralta, M. J. (2023). Programa Mindfulness para prevenir el estrés académico en estudiantes de Educación Superior. *Revista de Educación*, 21(21), 61-77. <https://dx.doi.org/10.51440/unsch.revistaeducacion.2023.21.429>.
- Fullana, M. A., Fernández de la Cruz, L., Bulbena, A.S., & Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 138(5), 215-219. <https://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2011.02.017>.
- Gasull, A., Elaskar, M., & Lorenzo, D. (2020). "Reconociendo el estrés académico...conocer para prevenir". *Revista Médica Universitaria*, 16(2). <https://bdigital.uncu.edu.ar/15425>.
- González-Valero, G., Zurita-Ortega, F., Ubago-Jiménez, J. L., & Puer-tas-Molero, P. (2019). Use of meditation and cognitive-behavioral therapies for the treatment of stress, depression and anxiety in students. A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research in Public Health*, 16(22), 4394. <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph16224394>.
- Heckman, S., Lim, H., & Montalto, C. (2014). Factors related to financial stress among college students. *Journal of Financial Therapy*, 5(1), <https://dx.doi.org/10.4148/1944-9771.1063>.
- Kloster Kantlen, G. E., & Perrotta, F.D. (2019). Estrés académico em estudantes universitarios de la ciudad de Paraná. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/9774>. Consultado el 28/08/2023.
- Macías A. B., García, J. L. M., Salazar, J. T. S., Flores, E. C., & Contreras, R. A. (2012). Estresores académicos y género: Un estudio exploratorio de su relación en alumnos de licenciatura. *Visión Educativa IUNAES*, 5(12), 33-43.
- Marco-Ahulló A., Villarrasa-Sapiña, I., & Monfort-Torres, G. (2021). Estudio descriptivo sobre las diferencias de género em el estrés académico derivado del contexto COVID-19 en población universitaria española. *Retos Digital*, 43, 845-851. <https://dx.doi.org/10.47197/retos.v43i0.88968>.
- Muñoz, S. T., Salazar, S. T. S., Manchay, R. D., Illescas, M. C., Gutiérrez, S. C. H., & Chero M. J. S. (2020). Musicoterapia en la reducción del estrés académico en estudiantes universitarios. *Medicina Naturista*, 14(1), 86-90.
- Olivet, S. (2010). "Estrés académico en estudiantes que cursan primer año del ámbito universitario". Trabajo final de Licenciatura en Psicología [Internet]. Universidad Abierta Interamericana. Disponible en <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC104100.pdf>. Consultado el 22/07/2023
- OpenEpi (2013). Estadísticas epidemiológicas de Código Abierto para Salud Pública. Disponible en <https://www.openepi.com>. Consultado el 14/06/2023.
- Páez Cala, M. L., & Castaño Castrillón, J. J. (2015). Inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes. *Psicología desde el Caribe*, 32 (1), 268-285.
- Palacio, O. M., Palacio, A. M., Blanco, Y. O. V., Palacio, M. M., y Roblejo, Y. P. (2016). Estrés académico: causas y consecuencias. *MULTIMED*, 17(2). <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/302>.
- Pardo Carballido, C., González Cabanach, R. (2019). El impacto de un programa de meditación Mindfulness sobre las estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios. *European Journal of health Research*, 5(1), 51. <https://dx.doi.org/10.30552/ejhr.v5i1.137>.
- Perugini, M. L. L., & Solano, A. C. (2014). Predictores de adaptación psicológica y académica de estudiantes universitarios extranjeros en Argentina/AR. *Revista Interamericana de Psicología/ Interamerican Journal of Psychology*, 48(3), 328-337.
- Poyrazli, S., & Kavanaugh, P. R. (2006). Marital status, ethnicity, academic achievement, and adjustment strains. *College student journal*, 40(4), 767-780.
- Rodríguez, I. (2019). Estrés académico y consumo de sustancias psicoactivas en alumnos integrantes a la carrera de odontología [Internet]. Disponible en <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/15003/IVANA%20CECILIA%20DRIGUEZ.%20CC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Consultado el 12/06/2023.
- Romero Romero, E. E., Young, J., & Salado Castillo, R. (2020). Fisiología del estrés y su integración al sistema nervioso y endocrino. *Revista Médico Científica*, 32, 61-70. <https://dx.doi.org/10.37416/rmc.v32i1.535>.
- Santos Morocho, J. L., Jaramillo Oyervide, J. A., Morocho Malla, M. I., Senin Calderón, M. C., & Rodríguez Testal, J. F. (2017). Evaluación del Estrés Académico en Estudiantes de Medicina y su Asociación con la Depresión. *Revista Médica del Hospital José Carrasco Arteaga*, 9(3), 255-260. <https://dx.doi.org/10.14410/2017.9.3.ao.42>.

- Soakin, B., Maharaj, N., & Sakhelashvili, I. (2019). Sleep disturbances and stress among forerign medical students at European University, Georgia. *MedEdPublish*, 8(3), 235. <https://dx.doi.org/10.15694/mep.2019.000235.1>.
- Suárez-Montes, N., & Díaz-Subieta, L. B. (2015). Estrés académico, deserción, y herramientas de retención de estudiantes en la educación superior. *Revista de Salud Pública (Bogotá)*, 17(2), 300-313. <https://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n2.52891>.
- Toribio-Ferrer, C., & Franco-Bárceñas, S. (2016). Estrés académico: el enemigo silencioso del estudiante. *Revista Salud y Administración*, 3(7), 11-18
- Vidal Conti, J., Muntaner-Mas, A., & Palou Sampol, P. (2018). Diferencias de estrés y afrontamiento del mismo según el género y cómo afecta al rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Contextos Educativos. Revista de Educación*, 22, 181. <https://dx.doi.org/10.128172/con.3369>.

volver al índice

Prescripción de antidepresivos por médicos de cabecera en la ciudad de Olavarría, Argentina. Análisis cuali-cuantitativo

Antidepressant prescription by general practitioners in the city of Olavarría, Argentina. Qualitative-quantitative analysis

Gonzalo Emmanuel Barbosa Eyler¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v36i167.799>

Resumen

Introducción: La depresión es la patología más frecuente en salud mental. Los médicos generales son los profesionales de la salud más consultados por pacientes deprimidos. La distribución no equitativa y la escasez de psiquiatras en ciudades del interior del país hacen que sea insuficiente la cobertura del aumento de la demanda de servicios de salud mental, y que corresponda a los médicos de primer nivel de atención, asistir a pacientes con trastornos depresivos. El estigma ante la psiquiatría y la escasez de psiquiatras, entre otros factores, son frecuentes en el interior de nuestro país. A su vez, muchos psiquiatras trabajan solamente en el ámbito privado. **Objetivo:** Analizar el abordaje de la depresión por médicos de cabecera o primer contacto, si prescriben antidepresivos y los factores que condicionan dicha prescripción. **Método:** Se realizó un estudio de diseño no experimental, de tipo descriptivo transversal, cuanti y cualitativo. Se utilizó como instrumento de medición un cuestionario semi-estructurado. Se aplicó el cuestionario a 51 médicos, 22 médicos clínicos y 29 generalistas de la ciudad de Olavarría, Provincia de Buenos Aires, Argentina. En relación al análisis cualitativo, se realizó una entrevista no estructurada. **Resultados y conclusiones:** El 90,9 % de los médicos clínicos y el 76,6 % de los médicos generalistas encuestados de Olavarría medica al paciente que cursa un episodio depresivo. Muchos médicos de cabecera coinciden que la dificultad al acceso a los psiquiatras que no atienden por el sistema de obras sociales o el sistema público, repercute en que ellos tengan que atender a pacientes depresivos en su consultorio.

Palabras claves: depresión, médicos de cabecera, antidepresivos

Abstract

Introduction: Depression is the most common mental health pathology. General practitioners are the most consulted health professionals by depressed patients. The inequitable distribution and shortage of psychiatrists in cities in the interior of the country mean that the coverage of the increased demand for mental health services is insufficient, and that it is up to first-level care doctors to assist patients with depressive disorders. Stigma towards psychiatry and the shortage of psychiatrists, among other factors, are common in the interior of our country. At the same time, many psychiatrists work only in the private health system. **Aim:** To analyze the approach to depression by primary care physicians or first contact, whether they prescribe antidepressants and the factors which determine that prescription. **Method:** A non-experimental, descriptive, cross-sectional, quantitative and qualitative study was carried out. A semi-structured questionnaire was used as a measurement instrument. The questionnaire was applied to 51 doctors, 22 clinical doctors and 29 generalists from the city of Olavarría, Argentina. In relation to the qualitative analysis, an unstructured interview was carried out. **Results and conclusions:** 90.9 % of the clinical doctors and 76.6 % of the general practitioners surveyed

RECIBIDO 22/4/2024 - ACEPTADO 20/6/2024

¹Médico Especialista en Psiquiatría (UBA). Magister en Neuropsicofarmacología Clínica. Profesor Regular Adjunto de Terapéuticas y Farmacología y docente de Salud Mental, Depto. de Salud, Universidad Nacional de la Matanza (UNLaM), Argentina. Jefe de Trabajos Prácticos Regular. III Cátedra Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA). <https://orcid.org/0000000279306277>

Correspondencia:

gonzalobarbosaeyler@gmail.com



in Olavarría treat patients experiencing a depressive episode. Many family doctors agree that the difficulty in accessing psychiatrists who do not serve through the social work system or the public system has an impact on them having to care for depressed patients in their office.

Key Words: depression, general practitioners, antidepressants

Introducción

La depresión es la patología más frecuente en salud mental y una de las más frecuentes en medicina general (Rojtenberg, 2024). Ng en 2021 se pregunta si corresponde a los médicos de primer contacto atender a pacientes que cursan trastornos depresivos. Destaca que la demanda de servicios de salud mental ha aumentado y ha sido más notoria desde el inicio de la pandemia del SarsCov 2, y que es un importante problema que no exista equipo especializado suficiente para afrontar esta demanda, principalmente en países de medianos y bajos ingresos. Este aumento de la demanda junto con la escasez y la inequitativa distribución de psiquiatras, hace que la cobertura de Servicios de Salud Mental sea insuficiente (Ng 2021). Ben Thabet et al. (2019) destacan que los médicos generales son los profesionales de salud más consultados por pacientes deprimidos. Por un lado, esto debido al número insuficiente de especialistas en psiquiatría, y por otro, a que los médicos generales están mejor distribuidos en el territorio que los psiquiatras, y además existen mayor cantidad de médicos generalistas. Según Suárez Richards (2022), un médico de familia atiende al menos una persona con una depresión significativa durante cada día de su práctica de consultorio. Para este autor, la depresión es una de las afecciones más comunes observadas por los médicos de atención primaria, solo superada por la hipertensión. Siguiendo en esta línea, para Donald et al. (2021) el *setting* de la atención en medicina general y del médico de cabecera, es donde más comúnmente es tratada la depresión, así como también el lugar donde los antidepresivos son prescritos inicialmente y es mantenida su prescripción. Ellen et al. (2021) describen que la mayoría de los antidepresivos, son prescritos por médicos de cabecera.

Park y Zarate (2019) destacan la importancia de los médicos de atención primaria en el diagnóstico y manejo de la depresión. A su vez, describen que casi el 80 % de las recetas de antidepresivos son prescritas por médicos no psiquiatras.

Bartels et al. en 2021 resaltan que, en países de medianos y bajos ingresos, la depresión es muy común y

lidera el ranking de causa neuropsiquiátrica de carga de enfermedad. A pesar de ser un trastorno muy prevalente, muchos pacientes afrontan importantes desafíos en el acceso a la atención en salud mental.

En relación a nuestro país, la Argentina, Ballesteros (2014) describe que tiene un “*sistema de salud fuertemente segmentado, fragmentado, heterogéneo y con desigual calidad en la atención*”. Esto repercute en el acceso a los servicios de salud. En 2015 el mismo autor analiza las barreras financieras que deben superar los pacientes de Argentina para acceder a la consulta tanto con un médico general, un psicólogo o con un médico psiquiatra. En dicho trabajo observa que existen diferentes obstáculos económicos para recibir la atención con los mencionados profesionales de la salud. En el caso de la consulta con psiquiatras, destaca que quienes consultan, tienen que gastar más dinero de su bolsillo en comparación con quienes se atienden con un médico de cabecera. Y esto se debe a las diferentes coberturas que el sistema de salud argentino brinda a la consulta con profesionales. En las grandes ciudades suele estar cubierto el acceso al psiquiatra por medicina prepaga u obras sociales, mientras que, alejándose de las grandes urbes, la mayoría de los psiquiatras solo atiende de forma particular, sin cobertura. A diferencia de lo que ocurre, según destaca Ballesteros, con la consulta con el médico de cabecera, que en mayor proporción está cubierta en su totalidad por una obra social o empresa prepaga y por el subsistema público.

El presente trabajo tiene como objetivo analizar el abordaje de la depresión por médicos de cabecera o primer contacto, si prescriben antidepresivos y los factores que condicionan dicha prescripción.

Objetivos

Analizar si los médicos clínicos y generalistas del primer nivel de atención de Olavarría atienden y medican pacientes deprimidos.

Describir los factores que influyen en la prescripción de antidepresivos ISRS por médicos clínicos y generalistas del primer nivel de atención de la ciudad de Olavarría.

Material y métodos

Se realizó un estudio de diseño no experimental, de tipo descriptivo transversal, cuanti y cualitativo. Por un lado, se utilizó como instrumento de medición un cuestionario semi-estructurado organizado en dos secciones, una de datos demográficos que permiten caracterizar a la muestra y a su práctica profesional y otra de 15 ítems, de los cuales en este trabajo se analizan sólo 7, que explora los hábitos prescriptivos de los profesionales médicos. El instrumento es anónimo, y fue adaptado de la literatura (Leiderman et al., 2007). Se aplicó el cuestionario a 51 médicos, de los cuales 22 son médicos clínicos y 29 médicos generalistas de la ciudad de Olavarría, provincia de Buenos Aires, que representan al 55 y 53,5 % del total de médicos de las dos especialidades mencionadas, respectivamente (datos obtenidos del Círculo Médico de la mencionada ciudad). Los médicos clínicos son especialistas en medicina interna y los médicos generalistas, son especialistas en medicina familiar o general.

En relación al análisis cualitativo, se realizó una entrevista no estructurada con algunos colegas médicos de cabecera a fin de ampliar algunos aspectos. A su vez se realizaron dos grupos focales, uno con médicos clínicos y otro con médicos generalistas a fin de determinar los factores que determinan la prescripción de antidepresivos.

La participación de los médicos fue de forma voluntaria y se les solicitó la firma de un consentimiento informado. 17 médicos no respondieron a la convocatoria, tanto por vía telefónica como por correo electrónico.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Biomédica del Instituto Alberto C. Taquini de Investigaciones en Medicina Traslacional (IATIMET), de la Universidad de Buenos Aires en noviembre 2020.

La toma de muestra se realizó tanto en forma presencial, como en forma virtual, durante el período octubre de 2021 a enero de 2024.

Resultados

La ciudad de Olavarría se encuentra en el centro de la provincia de Buenos Aires, Argentina, y está situada a 355 km de Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Según los datos del censo nacional realizado en 2022, Olavarría tiene una población de 125.751 habitantes. En una entrevista personal realizada por el autor en el contexto de su investigación al referente de la región

sanitaria del centro de la provincia, el mismo destacó: *“En cuanto a la salud pública no hay una estructura como la de Olavarría en toda la región ni en las regiones aledañas. Olavarría tiene un hospital (Hospital Municipal Dr. Héctor M. Cura), de alta complejidad donde la derivación es mínima, solamente se derivan los casos complejos, y una estructura de Atención Primaria de la Salud (APS) con 27 centros de salud distribuidos en todo el partido”* (sic). Además, existen tres clínicas privadas. En la ciudad de Olavarría se desempeñan 10 psiquiatras, según datos recabados en el Colegio Médico N°8 de la Provincia de Buenos Aires, lo que representa aproximadamente 1 médico psiquiatra cada 12.575 habitantes, un valor bajo en comparación con el promedio nacional en 2018, de 5000 psiquiatras para una población de 44.495.000, es decir aproximadamente 8.899 habitantes /psiquiatra (Stagnaro et al., 2018).

Análisis cuantitativo

Los datos demográficos de la muestra (N=51) de los profesionales médicos encuestados se detallan en la *Tabla 1*.

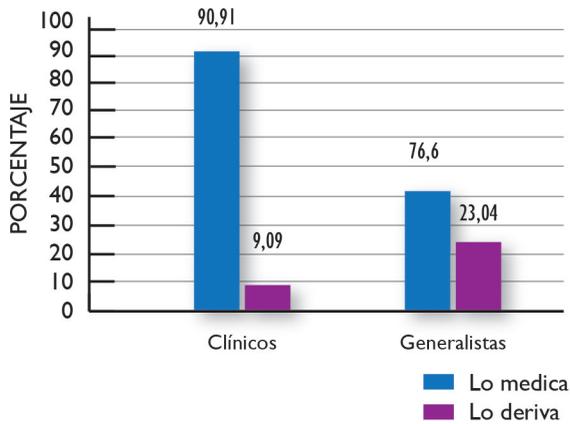
Ante la primer pregunta *“En caso de atender a un paciente en su consultorio, del cual considera está atravesando un episodio depresivo, cuál es su conducta?: Le indica medicación o lo deriva a un especialista en psiquiatría”*, el 90,9 % de los médicos clínicos encuestados prescribe medicación al paciente que consulta por estar atravesando un episodio depresivo, mientras que lo hace solo el 76,6 % de los médicos generalistas (ver *Figura 1*).

Tabla 1. Datos demográficos de la muestra (N=51)

	Médicos Clínicos	Médicos Generalistas y de Familia
Edad (años)		
Media +/- desvío estándar	43,13 +/- 11,5	42,82 +/- 13,1
Rango	26 – 66	27 – 69
Años de Actividad profesional		
Media +/- desvío estándar	16,54	14,66
Rango	2 – 40	2 – 44
Lugar principal de práctica profesional (%)		
Consultorio Particular	40,47	19,23
Hospital público	45,23	44,23
Clínica privada	14,3	3,84
Centro de Atención Primaria de la Salud	0	32,7

Figura 1. Ante la consulta de un paciente depresivo ambulatorio prescribe antidepresivos o deriva a especialista en psiquiatría

En caso de atender a un paciente en su consultorio, del cual considera esta atravesando un episodio depresivo, cual es su conducta:



En relación a si consideran importante la relación médico paciente a la hora de prescribir un antidepresivo, el 100 % de la muestra contestó que SÍ.

Al consultar sobre si tienen en cuenta el posible efecto placebo del antidepresivo a la hora de prescribirlo, el 76,2 % de los médicos clínicos y el 65,5 % de los médicos generalistas contestaron SÍ, mientras que el 23,8 % y el 34,5 % NO, respectivamente. Esos resultados son semejantes para los médicos generalistas, y superiores en el caso de los médicos clínicos, en comparación con los informados en la literatura (Moir et al., 2022).

Ante la pregunta de si el profesional considera que debe indicarle antidepresivos a un paciente por su expreso pedido ante un cuadro de tristeza o angustia, el 100 % de la muestra contestó NO, en ambas especialidades.

En los casos en los que se trata de un paciente al que el profesional médico de cabecera atiende hace varios años, y al cual asiste en su patología anímica, cuando se consultó si es frecuente que indique un antidepresivo a un paciente deprimido, el 78 % respondió SÍ, mientras que el 22 % que NO es frecuente que lo haga. Al consultar a los médicos que contestaron SÍ acerca de cuáles son los tres antidepresivos que usaban con mayor frecuencia en el tratamiento de un paciente ambulatorio, surgieron los datos detallados en la *Tabla 2*.

Los antidepresivos utilizados por los especialistas encuestados en este trabajo, coinciden con las recomendaciones brindadas por la literatura para el abordaje de episodios depresivos, destacándose en primer lugar los ISRS, sertralina, fluoxetina y escitalopram.

Tabla 2. Antidepresivos utilizados con mayor frecuencia por médicos de cabecera

Psicofármaco	Clínicos	Generalistas
Sertralina	16	20
Escitalopram	13	11
Fluoxetina	9	12
Paroxetina	4	8
Venlafaxina	3	1
Citalopram	1	0

Al consultar a toda la muestra (tanto médicos clínicos como generalistas) sobre indicaciones no farmacológicas para el tratamiento de la depresión, se destaca la indicación de psicoterapia dada por el 86 % de los profesionales, mientras que el 84 % indica actividad física programada, y un pequeño porcentaje, actividades recreativas, sociales y de ocio, ampliando la red de apoyo, y terapias alternativas.

Análisis cualitativo

Se realizaron dos grupos focales, uno a médicos clínicos y otro a médicos generalistas. También se practicaron entrevistas a trece médicos de las mencionadas especialidades que atienden como médicos de cabecera en la ciudad de Olavarría. Se transcriben fragmentos más relevantes de las entrevistas, donde se indagaba inicialmente si atendían pacientes depresivos en su consultorio, si le prescribían antidepresivos y que factores influían en ello.

Los datos obtenidos de las entrevistas se dividen en los siguientes temas (*ver Tabla 3*):

Tabla 3. Temas resaltados en las entrevistas con los médicos de cabecera (MC)

Dificultad de acceso a la atención por el psiquiatra por distribución no equitativa de psiquiatras.
Dificultad de acceso al especialista por motivos económicos.
Estigma a la psiquiatría o la enfermedad mental.
Elección del antidepresivo.
Vínculo terapéutico con el médico de cabecera.
Intensidad del cuadro depresivo.
Mantenimiento de la prescripción.

Acceso a la atención por el psiquiatra por distribución no equitativa de especialistas

“Hay una psiquiatra (en los centros de Atención Primaria de la Salud) que atiende una vez por semana y hay mucha demora en los turnos” (Grupo focal de médicos generalistas).

“En el hospital no hay psiquiatras, en el día a día están las psicólogas con las que nos manejamos. Y hay solo una psiquiatra que va a atender consultorios una vez por semana a una salita. El sistema de salud está desbordado, por lo que nos toca atender a los pacientes deprimidos.” (Médico de Cabecera -MC- 2)

Estos fragmentos de entrevistas coinciden con lo planteado en el estudio realizado por Kelly et al. (2021), donde los médicos de cabecera plantean la importancia en algunos casos de la interconsulta con salud mental y resaltan la dificultad de acceso al psiquiatra. Y lo que plantea Ben Thabet y Ng sobre la distribución no equitativa de psiquiatras, que hace que los pacientes acudan al médico de cabecera a consultar por su patología anímica (Ben Thabet et al., 2019; Ng, 2021).

Estigma de la psiquiatría o de la enfermedad mental

Los entrevistados identifican variables relacionadas a estigma hacia la psiquiatría que repercuten en la consulta:

“Suelo atender pacientes deprimidos, más que nada pacientes añosos, adultos mayores, que no quieren ir al psiquiatra porque tienen miedo que los empastillen o que estén dormidos todo el día, por lo cual me consultan y los suelo medicar, sí, principalmente con escitalopram o citalopram.” (MC 3)

“Muchos siguen pensando que ir al psiquiatra es para los locos.” (MC 12)

“Sobre todo son los adultos mayores hombres, los que tienen reticencia a consultar al psiquiatra.” (MC 6)

“En general trato de derivar al psicólogo, muchos no quieren ir, entonces uno hace de psicólogo. Les recomiendo ir al psiquiatra, pero es difícil que acepten la derivación, muchos dicen ‘yo no estoy loco’ entonces hay que explicarles que el psiquiatra es una ayuda más que necesitan.” (MC 13)

Múltiples estudios en la literatura describen que el estigma es una causa importante de preocupación en pacientes que cursan depresión, y lo resaltan como una barrera de acceso hacia el tratamiento psiquiátrico (Latalova et al., 2014).

Dificultad de acceso al especialista por motivos económicos

Lo que enfatizan los entrevistados coincide con lo que plantea Ballesteros, sobre los obstáculos económicos que se presentan al momento de recibir la atención por algunos profesionales de la salud. En el caso de la consulta con psiquiatras, destaca que quienes consultan, tienen que gastar más dinero en comparación con quienes se atienden con un médico de cabecera (Ballesteros, 2015).

“Los pacientes no suelen ir al psiquiatra porque no los cubren las obras sociales, son pocos y la mayoría atienden de forma particular y a un costo elevado, por lo que los pacientes vienen y nos consultan a nosotros” (Grupo focal médicos clínicos)

“Es muy habitual que los médicos clínicos lo hagamos (en relación a medicar con antidepresivos). Además no te olvides que lo económico hoy es una limitante importante para la accesibilidad al psiquiatra acá en Olavarría”. (MC 10)

“Hay muy pocos psiquiatras en Olavarría y es real que el costo de las consultas en el ámbito privado es alto”. (MC 11)

“Hay pocos psiquiatras, trabajan solo en forma particular y hay demora en los turnos.” (MC 12)

“El 90 % de los psiquiatras no trabajan por obras sociales, solo en forma privada, y con el tema económico actual también se complica” (MC 13)

Elección del antidepresivo

La mayoría de los médicos mencionan que la elección del antidepresivo se basa en la disponibilidad del mismo en el servicio donde trabajan en el caso del sistema público, o de la cobertura de los mismos en el sistema de obras sociales predominantes en la ciudad. Suelen coincidir con las recomendaciones de la literatura de indicar antidepresivos de nueva generación, ISRS o venlafaxina, en pacientes con trastornos depresivos.

“Lo único de medicación antidepresiva que tenemos en el servicio es escitalopram y sertralina, así que nos manejamos con eso. Para indicar paroxetina y fluoxetina, tiene que haberlo indicado previamente un psiquiatra, sino la farmacia del hospital no lo autoriza.” (Grupo focal medicina general).

“Indicamos lo que entra por PAMI o IOMA, que suelen ser los (antidepresivos) ISRS.” (Grupo focal médicos clínicos). El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados implementa el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI), que brinda atención médica, social y asistencial a una población específica: los adultos mayores. El Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) es la obra social de la provincia de Buenos Aires.

“En el servicio lo único que tenemos es escitalopram.” (MC 1)

Vínculo terapéutico con el médico de cabecera

Como plantean Moir et al. (2022) algunos entrevistados destacan la influencia de la relación médico-paciente en la indicación y mantenimiento del tratamiento. Tener una buena relación ayuda al manejo de

la depresión, tanto en el plano farmacológico como en el no farmacológico.

“Lo primero que se prescribe es el médico, y considero que la primer droga es la relación médico-paciente. Respecto a la medicación, sí, les prescribo antidepresivos. A muchos pacientes los conozco de toda la vida, confían en uno como su médico de cabecera y les cuesta ir al psiquiatra. En general los medico, si considero que puede ayudar a mejorar o sobrellevar el episodio.” (MC 12)

Intensidad del cuadro depresivo

“Indico antidepresivos, siempre que no sean depresiones mayores o con ideas suicidas. En esos casos los trato de derivar, y los medico hasta que se pueda hacer la interconsulta.” (MC 7)

“En general prescribo antidepresivos, salvo en muy pocos casos, dos o tres, que han sido depresiones mayores y ahí los derivo al psiquiatra.” (MC 9)

En general los entrevistados se sienten cómodos atendiendo pacientes con depresiones leves a moderadas, pero ya en el caso de pacientes con intensidad grave con ideación suicida, refuerzan la indicación de consulta con psiquiatra.

Mantenimiento de la prescripción

Muchos de los entrevistados coinciden en que los pacientes que acceden al psiquiatra, luego no continúan el seguimiento con el especialista y le solicitan la receta de la medicación a su médico de cabecera, lo cual se encuentra en consonancia con lo que se describe en la bibliografía.

“Muchos pacientes una vez que consiguen el turno, y lo pueden costear, como es cara la atención particular en psiquiatría, después me piden que les siga transcribiendo la receta de lo que le recetó el psiquiatra, pero no hacen seguimiento con ellos.” (MC 2)

“Muchos pacientes vienen, luego de la consulta con el psiquiatra para que les transcriba la receta, y después no continúan los controles de seguimiento con el especialista. Yo en principio les hago la receta, pero después trato de que vuelven a consulta, porque no es mi especialidad y son medicaciones que tienen que tener un seguimiento. Es como cuando van al psiquiatra y le piden recetas de un antihipertensivo, es lo mismo.” (MC 6)

Conclusiones

El 90,9 % de los médicos clínicos y el 76,6 % de los médicos generalistas encuestados prescribe medicamentos antidepresivos al paciente que consulta por estar atravesando un episodio depresivo. Teniendo en cuenta el alto porcentaje de médicos de cabecera

que atienden pacientes depresivos y los datos obtenidos en las entrevistas, sería recomendable realizar capacitaciones periódicas a esos profesionales sobre el tratamiento de la depresión y el manejo de los antidepresivos, y la importancia del seguimiento clínico de su indicación y prescripción.

Los antidepresivos más frecuentemente indicados por los médicos de cabecera encuestados son sertralina, escitalopram y fluoxetina, lo que coincide con lo reportado en la literatura. La disponibilidad de ISRS en los servicios de clínica médica y medicina general, principalmente escitalopram y sertralina, condiciona a que su uso sea mayor.

Muchos médicos del primer nivel de atención de la ciudad de Olavarría coinciden en que la dificultad para el acceso a los psiquiatras que no atienden por el sistema de obras sociales o el sistema público, repercute en que ellos tengan que atender a pacientes depresivos en su consulta. Considerando la prevalencia de la depresión y los datos recabados durante la investigación, sería importante, desde el punto de vista de sanitario, crear un área de abordaje de trastornos del ánimo, principalmente depresión, en el sector público, para facilitar la derivación desde el primer nivel de atención de médicos de cabecera. Esto requeriría ampliar el número de psiquiatras en el hospital municipal y los centros de salud del partido.

La mayoría de los entrevistados atienden pacientes depresivos, de intensidad leve a moderada. Luego de un primer abordaje con un antidepresivo ISRS que no tiene la eficacia esperada, recién insisten en la derivación del paciente al psiquiatra.

Algunos médicos mencionan el estigma de la consulta al especialista en psiquiatría, lo que hace que se demore la atención especializada y que, entre tanto, tengan que prescribir antidepresivos a sus pacientes. Sería necesario realizar campañas de desestigmatización sobre la depresión en consultorios de clínica médica y de medicina general, para facilitar la información a los pacientes y que accedan a consultar al especialista, en caso de ser necesario.

La cobertura de los antidepresivos ISRS por las principales obras sociales de la ciudad (IOMA y PAMI) hacen que sean los más utilizados.

Algunos médicos refieren que reiteran la prescripción del ISRS que fue recetado por el psiquiatra, quién no realizó el seguimiento por las dificultades económicas del paciente para afrontar el tratamiento con el especialista.

Conflicto de intereses: el autor declara no presentar conflicto de intereses. El artículo es un resultado parcial de una investigación mayor de tesis doctoral. En el año 2023 el autor obtuvo una Beca Formando Docto-1 en la Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM) para avanzar en la investigación de doctorado.

Referencias bibliográficas:

- Ballesteros, M. S. (2014). *Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de Argentina a partir de datos secundarios*; Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Instituto de Investigaciones Gino Germani; 41; 109.
- Ballesteros, M. S. (2015). Diferentes obstáculos financieros en la consulta con profesionales de la Salud en Argentina. *Rev Salud Pública (Córdoba)* 19(3), 59-68.
- Bartels, S. M., Cardenas, P., Uribe-Restrepo, J. M., Cubillos, L., Torrey, W. C., Castro, S. M., Williams, M. J., Oviedo-Manrique, D. G., Gómez-Restrepo, C., & Marsch, L. A. (2021). Barriers and facilitators to the diagnosis and treatment of depression in primary care in Colombia: Perspectives of providers, healthcare administrators, patients and community representatives. *Revista Colombiana de psiquiatría (English ed.)*, 50 Suppl 1(Suppl 1), 64-72. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2021.01.001>
- Ben Thabet, J., Máalej, M., Khemakhem, H., Yaich, S., Abbas, W., Omri, S., Zouari, L., Zouari, N., Dammak, J., Charfi, N., & Maález, M. (2019). The Management of Depressed Patients by the Tunisian General Practitioners: A Critical Trans-sectional Study. *Community mental health journal*, 55(1), 137-143. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0335-8>
- Campbell, D. G., Bonner, L. M., Bolkan, C. R., Lanto, A. B., Zivin, K., Waltz, T. J., Klap, R., Rubenstein, L. V., & Chaney, E. F. (2016). Stigma Predicts Treatment Preferences and Care Engagement Among Veterans Affairs Primary Care Patients with Depression. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 50(4), 533-544. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9780-1>
- Donald, M., Partanen, R., Sharman, L., Lynch, J., Dingle, G. A., Haslam, C., & van Driel, M. (2021). Long-term antidepressant use in general practice: a qualitative study of GPs' views on discontinuation. *The British journal of general practice*, 71(708), e508-e516. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.0913>
- Ellen, V. L., Anthierens, S., van Driel, M. L., Sutter, A., Branden, E. V. D., & Christiaens, T. (2021). 'Never change a winning team': GPs' perspectives on discontinuation of long-term antidepressants. *Scandinavian journal of primary health care*, 39(4), 533-542. <https://doi.org/10.1080/02813432.2021.2006487>
- Halsband, S., Barembaum, R., & Barbosa Eyley, G. E. (2019). Aspectos a considerar para la elección del tratamiento antidepresivo en la depresión unipolar [What to consider when choosing an antidepressant to treat unipolar depression]. *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*, XXX(145), 172-181.
- Kelly, D., Graffi, J., Noonan, M., Green, P., McFarland, J., Hayes, P., & Glynn, L. (2021). Exploration of GP perspectives on deprescribing antidepressants: a qualitative study. *BMJ open*, 11(4), e046054. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046054>
- Latalova, K., Kamaradova, D., & Prasko, J. (2014). Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 1399-1405. <https://doi.org/10.2147/NDT.S54081>
- Leiderman, E. A., Nemirovsky, M., Elenitza, I., Jufe, G., Levin, S., et al. (2007). ¿Cómo tratan los psiquiatras argentinos la depresión? Encuesta a una muestra de 402 psiquiatras acerca de sus hábitos prescriptivos para el tratamiento farmacológico. *Vertex Rev Arg de Psiqui*, 18(75), 335-43.
- Moir, F., Roskvist, R., Arroll, B., Louis, D., Walsh, E., Buttrick, L., Khalil, N., Mount, V., & Dowrick, C. (2022). Treatment of depression in the first primary care consultation: A qualitative study. *Journal of family medicine and primary care*, 11(6), 2597-2602. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1904_21
- Ng B. (2021). ¿Corresponde a los médicos de primer contacto atender a pacientes con trastornos depresivos? *Rev Latinoam Psiquiatría*, 20(1), 19-25.
- Park, L. T., & Zarate, C. A., Jr (2019). Depression in the Primary Care Setting. *The New England journal of medicine*, 380(6), 559-568. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1712493>
- Rojtberg, S. (2024). "Depresiones y suicidios. La unánime noche, la Humanidad a la intemperie". En *Depresión. Una introducción a su estudio*, Capítulo 1. Ediciones Biebel. pp 15-24.
- 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 [Epidemiological study of mental health in the general population of Argentina]. *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*, XXIX(142), 275-299.
- Suárez Richards, M., Pujol, S. (2022). "La depresión en la práctica clínica". En *La depresión en la atención médica general*, Cap. 2. Polemos, p 13.
- van Os, J., Guloksuz, S., Vijn, T. W., Hafkenscheid, A., & Delespaul, P. (2019). The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change? *World psychiatry*, 18(1), 88-96. <https://doi.org/10.1002/wps.20609>

Protocolo de evaluación de simulación de enfermedad mental laboral PES-L: desarrollo del primer instrumento específico de detección de simulación de enfermedades mentales en el ámbito del trabajo

Protocol for the Assessment of Mental Illness Malingering in the Workplace (PES-L): Development of the First Specific Instrument for Detecting Mental Illness Malingering in the Workplace Setting

Matías Salvador Bertone¹, Alejandro Elman², Gabriela Kardos³, Joaquín López Reguiera², Ulises Loskin⁴, Miguel Vallejos⁴, Cintia Spitzer², Jorge Mauricio Cuartas Arías⁵

<https://doi.org/10.53680/vertex.v36i167.800>

Resumen

Objetivos: Desarrollar el primer instrumento psicométrico de valoración de simulación de enfermedad mental en el ámbito del trabajo. **Método:** Se calcularon correlaciones bivariadas de Pearson entre las dimensiones del PES-L y las pruebas de SIMS y SCL-90-R. Se determinó la sensibilidad, especificidad y potencial puntaje de corte, por medio de la prueba t de Student para muestras independientes y la d de Cohen para determinar el tamaño de efecto. Se calculó la curva ROC para diferenciar entre los dos grupos sobre el puntaje total de la escala. **Resultados:** Existe un área bajo la curva de 0.81 ($p = 0.000$, IC al 95 % comprendido entre 0.73 y 0.89). Con un punto de corte de 14 se clasificaría correctamente al 72.16 % de las personas del grupo de potenciales simuladores. **Conclusiones:** El PES-L ha mostrado potencial como instrumento psicométrico de detección de simulación en casos de licencias laborales por salud mental.

Palabras clave: detección de simulación, licencia psiquiátrica, ausentismo laboral

Abstract

Objective: This study aimed to develop the first psychometric instrument for assessing mental illness malingering in the workplace. **Method:** Pearson's bivariate correlations were calculated between the dimensions of the PES-L and the SIMS and SCL-90-R tests. Sensitivity, specificity, and potential cutoff scores were determined using independent samples t-test and Cohen's d to determine effect size. ROC curve analysis was conducted to differentiate between two groups based on the total scale score. **Results:** Results revealed an area under the curve of 0.81 ($p = 0.000$, 95 % CI: 0.73 - 0.89). A cutoff score of 14 correctly classified 72.16 % of potential simulator individuals. **Conclusion:** The PES-L has shown potential as a psychometric instrument for detecting malingering in cases of mental health-related work absences.

Keywords: malingering detection, psychiatric leave, work absenteeism

RECIBIDO 10/6/2024 - ACEPTADO 1/8/2024

¹Doctor en Psicología. Centro de Investigación y Desarrollo en Neurociencias Cognitivas y Ciencias del Comportamiento de la Universidad del Museo Social Argentino (UMSA). <https://orcid.org/0000-0001-7886-0164>

²Médico/a psiquiatra.

³Licenciada en Psicología.

⁴Médico psiquiatra y legista.

⁵Biólogo. Psicólogo. Magíster en ciencias biomédicas y doctor en genética humana.

Autor correspondiente:

Matías S. Bertone

mbertone@eneconsultora.com



Introducción

El presente artículo presenta un instrumento de evaluación único en su tipo, que responde a una necesidad particular de la República Argentina, pero que puede ser de utilidad para otros países, para los casos en los cuales, se hayan estudiado las variables particulares de cada sitio.

Las licencias médicas por enfermedad, tanto culpables como inculpables (trastornos generados en el ámbito del trabajo, o fuera de él, respectivamente) provocan una enorme carga económica en los estados, las empresas empleadoras o las aseguradoras de riesgo del trabajo, según cada caso y legislación en particular.

Resulta dificultoso obtener datos oficiales sobre la cantidad de licencias laborales en la Argentina, y sobre todo las que están vinculadas a la salud mental. Según el Boletín de Estadísticas Laborales (Boletín de estadísticas laborales, 2023. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/trabajo/estadisticas/boletin-de-estadisticas-laborales-bel>) que reúne un conjunto de indicadores presentados que provienen de distintas fuentes de información desarrolladas por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (Mercado de trabajo. Tasas e indicadores socioeconómicos (EPH) Segundo trimestre de (2023). Indec.gob.ar. https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/mercado_trabajo_eph_1trim234267B9F5D1.pdf) existen cerca de 7 millones de puestos laborales registrados en la Argentina y en el año 2022 (último dato publicado) hubo 4.563.793 “jornadas individuales no trabajadas”. Este número no contempla el ausentismo por movilizaciones masivas o paros laborales del sector, únicamente se incluye en esa categoría el ausentismo individual.

En el informe del INDEC sobre el 1er trimestre del año 2023 (Informes técnicos / Vol. 7, n° 121) se informa acerca de un crecimiento del 2,4 al 8,4 de ausentismo en personas ocupadas.

Lamentablemente, estos datos surgidos de organismos oficiales no discriminan sobre las causas del ausentismo, por lo tanto, no es posible distinguir las ausencias originadas por causas médicas y, por lo tanto, tampoco las que corresponde a licencias por salud mental.

La Encuesta de Indicadores Laborales (EIL) que elabora el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social brinda datos significativos sobre el nivel de ausentismo en el ámbito privado. La encuesta indica que el 17 % de los trabajadores faltó al menos un día al mes durante el último año y que en promedio las inasistencias alcanzaban los 5 días laborales (el 25 % de días hábiles del mes).

Ese mismo documento informó que el 48 % de las causas de inasistencia al trabajo se vinculaba a enfermedad denunciada por el trabajador y que ese dato correspondía al 52 % de los días totales de inasistencias.

Seguramente exista un vínculo entre los días de licencia laboral y la enorme proliferación de sitios web en los cuales se ofrece con gran facilidad la obtención de certificados médicos/psicológicos para obtener licencias laborales. Generalmente estos sitios son gestionados por estudios de abogados vinculados al área del derecho laboral.

En los últimos años, las licencias médicas por motivos de salud mental han experimentado un notable aumento no solo en Argentina, sino también en Latinoamérica y España, reflejando una tendencia preocupante que se intensificó con la crisis sanitaria mundial.

Según datos recientes de la Superintendencia de Seguridad Social (Suseso), el número de permisos concedidos por patologías mentales en la región creció significativamente, alcanzando los 2,5 millones en 2021, lo que representa un incremento del 44,5 % respecto al año anterior. Este fenómeno no solo evidencia el impacto directo de la pandemia del COVID-19, sino que también revela profundas implicaciones socioeconómicas y de salud pública.

La emergencia sanitaria exacerbó condiciones preexistentes y generó nuevas tensiones psicológicas en la población latinoamericana. Según un estudio realizado en cinco países latinoamericanos, la prolongada situación de confinamiento y la incertidumbre socioeconómica han sido factores determinantes en el incremento de trastornos mentales (Palomera-Chávez et. al., 2021). Este contexto ha llevado a un aumento en la demanda de consultas en salud mental y a una saturación en la disponibilidad de profesionales especializados.

Además del impacto directo en la salud individual, las licencias médicas por causas psiquiátricas han suscitado preocupaciones sobre la integridad del sistema de seguridad social. Según la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin), se han identificado casos de emisión irregular de licencias, especialmente en el ámbito de la salud mental, lo que subraya la necesidad de mejorar los mecanismos de fiscalización y garantizar el uso adecuado de estos recursos (Centro de Estudios Estratégicos para el Desarrollo, 2022).

Pérez y Sánchez en su estudio científico titulado "Licencia médica psiquiátrica: revisión de los efectos positivos y negativos del reposo", publicado en la *Revista Médica de Chile* en abril de 2018, proporcionan un análisis detallado sobre los impactos del reposo médico

por motivos psiquiátricos en Chile y señalan algunos puntos de interés a tener en cuenta sobre los efectos positivos e indeseados de las licencias laborales:

- a) **Efectos positivos:** Se discuten los posibles beneficios del reposo médico, como la reducción del presentismo y la mejora temporal del bienestar psicológico.
- b) **Consecuencias negativas:** Se detallan los efectos adversos del reposo médico prolongado, que incluyen impactos psicológicos negativos, pérdida de habilidades laborales, problemas económicos y un aumento potencial de la mortalidad a largo plazo.

En resumen, ese artículo proporciona una visión crítica y reflexiva sobre el uso del reposo médico por motivos psiquiátricos en Chile, destacando tanto los posibles beneficios como los riesgos asociados. Este análisis es fundamental para informar futuras políticas de salud mental y guiar la práctica clínica en relación con la prescripción de reposo médico en contextos psiquiátricos.

En España, las ausencias laborales debido a trastornos mentales han experimentado un alarmante aumento del 17 % en el último año, reflejando una tendencia global exacerbada por los efectos prolongados de la pandemia de COVID-19 (García & Martínez, 2023). Este fenómeno no solo resalta la creciente incidencia de condiciones como la ansiedad y la depresión en la población trabajadora, sino que también evidencia un cambio paradigmático en cómo las empresas abordan el bienestar emocional de sus empleados.

Históricamente enfocadas en el bienestar físico, las grandes empresas españolas han comenzado a priorizar el bienestar emocional de sus plantillas, motivadas por la realidad de que el 15 % de los días de baja en 2021 se debieron a enfermedades mentales, que ahora representan la segunda causa principal de ausencia laboral. Esta transformación es testimonio directo del impacto económico y social que conllevan estas ausencias prolongadas, con una duración media que ha crecido casi un 46 %, alcanzando casi 98 días por episodio, lo que implica un desafío significativo tanto para las empresas como para el sistema de seguridad social.

El costo directo de estas ausencias solo en el último año ascendió a 373,4 millones de euros en España, subrayando la necesidad urgente de estrategias preventivas y de intervención eficaces.

La Superintendencia de Seguridad Social de Chile reporta un significativo aumento en la tramitación de licencias médicas electrónicas (LME) durante el año 2019 y el primer cuatrimestre de 2020. En 2019, se

emitieron un total de 4,4 millones de LME de origen común, de las cuales el 92 % fueron autorizadas, el 6 % rechazadas y el 2 % reducidas. Del total de licencias, un destacado 24,3 % corresponde a LME asociadas a trastornos mentales, cifra que continúa en aumento.

En términos comparativos, el primer cuatrimestre de 2020 evidenció un incremento del 15 % en las LME, atribuido al impulso gubernamental hacia esta modalidad y a la emergencia sanitaria por COVID-19. Marzo de 2020 registró un pico en las licencias, particularmente las relacionadas con enfermedades respiratorias, excluyendo las de COVID-19. Sin embargo, abril de 2020 mostró una reducción del 40 % en las emisiones totales de LME, afectando principalmente a las relacionadas con trastornos respiratorios y mentales, aunque estas últimas solo decrecieron un 18 %.

Las licencias laborales por causas de salud mental se han convertido en un fenómeno global que afecta de manera diferenciada a cada país, de acuerdo a las legislaciones locales o la idiosincrasia de cada región, pero se trata sin lugar a dudas y una problemática que se está generalizando y que muestra una clara tendencia en aumento.

Con la intención de colaborar con la creación de un instrumento de evaluación psicométrico, que permita discriminar las patologías mentales genuinas, de las fingidas o simuladas, se ha desarrollado el protocolo de evaluación de simulación laboral (PES-L) con la finalidad de facilitar el diagnóstico de esta entidad para los casos en los cuales las personas se encuentran con indicación de reposo laboral por causas de salud mental.

El PES - L constituye la continuidad de una serie de instrumentos de evaluación de simulación, iniciada hace más de una década con el protocolo de evaluación de simulación (PES) utilizado específicamente para la valoración de simulación dentro del ámbito penal/penitenciario (Bertone et al., 2012).

Si bien existen otros instrumentos de valoración de la simulación de enfermedad mental, que analizaremos posteriormente en otro apartado, existía la necesidad latente de contar un instrumento que identifique los casos de simulación de enfermedad mental, con las características particulares que ocurren en los contextos de licencias laborales.

Las licencias laborales en general, pero sobre todo las licencias laborales vinculadas a patologías del ámbito de la salud mental presentan en muchas ocasiones vínculos con conflictos de tipo laboral que equivocadamente se tramitan a través del uso de licencias por salud mental.

Se ha estudiado el vínculo entre la conflictiva laboral y el uso inadecuado de licencias laborales por salud mental y los números son realmente impactantes. Cerca del 70 % de las causas de licencias laborales injustificadas estaban vinculadas a problemas ocurridos en el ámbito de trabajo que incluían problemas de relación con pares o superiores, cambio de funciones o cambios en el lugar de trabajo (Loskin et al., 2017).

El vínculo que existe entre los conflictos laborales y el mal uso de las licencias por salud mental se ha podido determinar y algunos autores advierten que: “es importante destacar que las licencias que ingresan como patologías mentales de origen laboral representan un mayor riesgo de prolongación del reposo que aquellas tipificadas como enfermedad común” (Miranda et al., 2012).

Diversos autores han investigado sobre los efectos iatrogénicos que puede acarrear el uso inadecuado de una licencia laboral cuando esta no responde a causas genuinas. Como se mencionó en el párrafo anterior, las licencias relacionadas a conflictos laborales que se presentan como licencias psiquiátrico-psicológicas, tienden a tener una duración mayor a lo que deberían, colisionando esta realidad con lo que terapéuticamente podría ser recomendable.

También la Organización Internacional del trabajo (OIT) se pronuncia en este sentido en su “Guía de orientación para el reintegro laboral de trabajadores/as con diagnóstico de patología mental calificado de origen laboral”, donde advierte: “A menor duración del reposo laboral, mayor será la probabilidad de un reintegro positivo al trabajo”.

Se ha estudiado el efecto contraproducente en los tratamientos por salud mental que implica la suspensión de las actividades habituales del sujeto, ya que dicho estado de pasividad disminuye el efecto positivo de la activación conductual. La recuperación de las rutinas del paciente produce por medio de la activación conductual un efecto antidepresivo, además de generar escenarios en las personas que le permitan afrontar las situaciones de estrés. Por el contrario, las licencias prolongadas, refuerzan los síntomas evitativos propios de los cuadros de depresión y ansiedad, por lo cual, dichas indicaciones pueden resultar iatrogénicas (Gómez-Pérez et al., 2018).

En la misma línea se han pronunciado prestigiosos organismos internacionales de salud mental que aconsejan como medida terapéutica (con la mayor categoría de evidencia firme y consistente) la activación conductual como una forma de tratamiento empíricamente validado (Recomendaciones Sociedad de

Psicología Clínica (APA) Recomendaciones Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) Recomendaciones Guías de Práctica Clínica (GPC) del Sistema Nacional de Salud (SNS) Recomendaciones Registro Nacional de Programas y Prácticas Basados en la Evidencia (NREPP)). Esto significa, que el retorno a las actividades habituales de la persona, sean sociales, académicas, laborales, etc., produce un efecto positivo en el curso de los tratamientos que se realizan por salud mental.

La Organización Mundial de la Salud recomienda en relación al retorno laboral luego de una licencia por salud mental lo siguiente: “En consulta con el médico de la persona u otro profesional de salud mental, se aliente a que regrese temprano al trabajo. Cuanto más tiempo esté un empleado sin trabajo debido al tratamiento, más se preocupará por perder el trabajo. Además, cuanto más tiempo esté una persona fuera del trabajo más mentalmente desapegado se volverá”.

Instrumentos psicométricos utilizados para la valoración de la simulación

Existe una variedad de tests psicológicos desarrollados con la finalidad de identificar casos de simulación. Muchos de estos son genéricos o inespecíficos y otros están orientados a valorar la simulación de un dominio específico, como, por ejemplo, la memoria.

Existen también instrumentos de evaluación de síntomas o de personalidad, que si bien no constituyen específicamente pruebas desarrolladas para la evaluación de simulación, incluyen escalas de validez que pueden informar sobre la tendencia del evaluado a fingir, exagerar o magnificar sus respuestas, o caso contrario, a minimizar o disimular los síntomas.

Inventario estructurado de evaluación de simulación (SIMS)

Es una prueba psicométrica que consta de 75 ítems. Es una prueba específica para la evaluación de simulación que explora 5 áreas. Memoria, coeficiente intelectual, afectividad, psicoticismo y problemas neurológicos. El inventario presenta ítems que en términos generales personas no simuladoras contestarían diferente al grupo de simuladores. Los autores de la prueba han conseguido niveles elevados de sensibilidad cuando se utiliza como punto de corte el valor de 16 puntos (con ese valor se logra un nivel de sensibilidad del 96 % al 98 %).

Es un instrumento de sencilla aplicación que presenta gran diversidad de síntomas generalmente utilizados por los sujetos simuladores para fingir algún tipo de alteración mental o neurológica (Smith et al., 1997).

Test of Memory Malingerin (ToMM)

El ToMM es un instrumento de evaluación de simulación ampliamente difundido en la bibliografía que estudia el tema. En la prueba se utiliza un sencillo principio casi siempre presente en el sujeto simulador, que está vinculado a la sobre simulación o a la simulación de síntomas que puede no haber manifestado en la entrevista clínica.

En el ToMM se le presentan al evaluado 50 imágenes, las cuales se le solicita que memorice ya que serán exploradas posteriormente. Luego no se le solicita que evoque las imágenes a las que previamente fue expuesto, sino que se le brindan 50 imágenes en las cuales figura un par de objetos, uno de ellos fue visualizado previamente y el otro no. Con este mecanismo no se explora el proceso de evocación de memoria, sino que en realidad se está solicitando que reconozca (memoria *priming*). Como es sabido en términos generales las personas que sufren algún tipo de trastorno mental tienden a tener trastornos mnésicos catalogados como “olvidos”, ya que esos déficits involucran procesos atencionales o de evocación. Por el contrario, también es sabido que los sujetos simuladores tienden a fingir amnesias, por lo cual también fallan en tareas de reconocimiento como la que exige el ToMM (Martin et al., 2019).

Protocolo de evaluación de simulación (PES)

El protocolo de evaluación de simulación fue creado a raíz de la necesidad específica de valoración de los casos de simulación en el ámbito penal/penitenciario.

Como se mencionó anteriormente existen instrumentos de evaluación de simulación confiables y útiles, que evalúan de manera genérica la simulación como el SIMS, o por dominio específico como el ToMM.

Pero las personas privadas de la libertad simulan cuadros muy específicos, casi siempre relacionados a trastornos psiquiátricos graves como la esquizofrenia, ya que sólo ese tipo de patología mental puede influir en la determinación judicial de declaración de inimputabilidad o cualquier otro beneficio similar, como la atenuación de la pena o la declaración de incapacidad devenida (Bertone et al., 2012).

Evidentemente, instrumentos que no contemplen los factores específicos de ese tipo de sujetos simuladores serán menos eficientes que los que tomen en cuenta las características particulares de ese ámbito.

El PES incluye en sus áreas de evaluación síntomas neuropsiquiátricos, déficits en tareas de reconocimiento, tareas de elección forzada, evaluación de las habilidades visoespaciales y evaluación de la función nominativa del lenguaje.

Utilizando un punto de corte de 17 puntos, la prueba presenta un 92 % de sensibilidad y un 97 % de especificidad.

El desarrollo del PES – L responde a una nueva necesidad, la de crear un instrumento de valoración de la simulación que contemple las características particulares del ámbito laboral como el contexto en el cual se realiza la evaluación.

Está claro que una persona que tiene como intención buscar la inimputabilidad por un delito penal grave simulará un trastorno mental diferente a la persona que desea obtener algunos días de licencia laboral por enfermedad, o quien simula algún trastorno producto de un accidente vehicular con el fin de obtener una indemnización económica.

Las características particulares de cada contexto registrarán las acciones del simulador y definirán en parte el personaje que este intentará presentar al evaluador, es por ello que conocer el contexto y hacer que la prueba indague sobre las particularidades del mismo es fundamental para proveerle robustez y confiabilidad diagnóstica al instrumento.

Instrumentos clínicos de evaluación útiles en la detección de simulación

La SCL 90R y la LSB 50, son escalas de evaluación de síntomas psicopatológicos diseñadas con ese fin específico, pero ambas incluyen escalas de validez que informan tendencia a la exageración o el fingimiento en el primer caso, y a la magnificación en el segundo, siendo estos datos útiles, por ejemplo, a la hora de definir la necesidad de aplicar una prueba específica de valoración de la simulación (Derogatis, 1994 y De la Iglesia et al., 2015).

Lo mismo ocurre con otros instrumentos, pero que también pueden aportar valiosa información a la hora de comenzar a constituir la sospecha sobre un caso de simulación.

El MMPI II o el PAI Son instrumentos de evaluación de la personalidad que también incluyen escalas de validez o confiabilidad de las respuestas, pudiendo ser instrumentos útiles de cribado para la detección de simulación (Hsu et al., 2022; Paulino et al., 2024).

El PES – L

El protocolo de evaluación de simulación laboral (PES – L) es un inventario que consta de 28 ítems organizados en tres factores, depresión, agotamiento emocional y síntomas integrados.

Contiene ítems que exploran síntomas de ansiedad, depresión, evitación, respuesta terapéutica, sín-

tomas inesperados, ítems complementarios y agotamiento ocupacional.

El PES – L, es un instrumento de detección de simulación creado específicamente para el ámbito laboral, diseñado para identificar sujetos en uso de licencias o reposos laborales, que no están justificados por un trastorno mental genuino, sino más bien motivados (como parte de un mecanismo desadaptativo de afrontamiento) por problemas inherentes al ámbito del trabajo.

Esta particularidad hace que el instrumento sea especialmente útil para el objetivo por el cual fue creado, pero esta cualidad también lo limita cuando quiera utilizarse como instrumento de evaluación de simulación en otros ámbitos diferentes al campo laboral.

Método

Revisión ética

Antes de la participación en el estudio, todos los participantes fueron debidamente informados sobre los objetivos del estudio, los procedimientos a realizar y los posibles riesgos y beneficios asociados. Se obtuvo el consentimiento informado de cada participante, asegurando su comprensión y voluntariedad para participar.

Para garantizar la confidencialidad de los participantes, se asignaron códigos a cada individuo. Además, se implementaron medidas de seguridad para proteger la privacidad de los datos recopilados y se aseguró que la información proporcionada por los participantes se mantuviera confidencial y no se compartiera con terceros sin su consentimiento.

El estudio fue revisado y aprobado por un Comité de Ética Independiente (CEI) de la Universidad del Museo Social Argentino (UMSA). Se garantizó el cumplimiento de todas las regulaciones éticas y legales pertinentes, así como el respeto a los derechos y el bienestar de los participantes.

Participaron del estudio sujetos de diversas provincias de la República Argentina. Las evaluaciones fueron administradas por médicos psiquiatras, legisladores, psicólogos y neuropsicólogos, todos con más de 10 años de experiencia en peritación dentro del ámbito laboral.

Además de la entrevista clínica, se administraron el Symptom Checklist- 90- Revised (SCL-90-R) y el Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS).

Los datos obtenidos de las escalas de validez del SCL 90R, total de síntomas positivos y el valor total

del SIMS, fueron contrastados con los resultados totales del PES – L.

Los participantes del estudio firmaron un consentimiento informado previo a completar el PES – L. Se les informó también que el resultado de dicha prueba no influiría en el estudio que se estaba realizando respecto a su control de licencia laboral. Los datos fueron cargados de manera automatizada en una base de datos y los evaluadores no tuvieron acceso a la misma hasta finalizado el estudio.

Muestra

Participaron del estudio 501 sujetos que al momento de la evaluación se encontraban cursando una licencia laboral por causas de salud mental.

Las evaluaciones se realizaron a solicitud de los empleadores, durante el período de tiempo en el cual los sujetos evaluados se encontraban en una situación de reposo laboral, indicada por causas de salud mental.

El 60,8 % de la muestra fue compuesta por mujeres, 39,2 % por hombres. Las edades estuvieron comprendidas entre 19 y 67 años, con un promedio de 37,19 años.

Sobre la antigüedad en el trabajo, el 3,4 % informó menos de un año en el cargo, el 12,6 % entre 1 y 3 años, el 10,2 % entre 3 y 5 años, el 19,6 % entre 5 a 8 años, el 11,6 % entre 8 y 10 años, el 14 % entre 10 y 13 años, el 8 % entre 13 y 15 años y el 19,8 % más de 15 años de antigüedad.

Tabla 1. Cantidad de meses de licencia laboral

Meses de licencia	%
1	60,6
2	13
3	7,4
4	3,4
5	5,4
6	1,6
7	0,8
8	1,6
9	0
10	1,6
11	1,2
12	1
más de 12	1,6

Tabla 2. Diagnósticos presentados en los casos de licencia evaluados

Diagnóstico presentado	%
Ansiedad	20,6
Depresión	25,4
Estrés laboral	22,8
Otro diagnóstico psiquiátrico	18,2
Otro diagnóstico médico	11,2
Problemas del SNC	1

La estrategia de análisis de datos para responder a los objetivos de investigación consistió en una serie de pasos. En primer lugar, se realizó una exploración descriptiva de cada ítem de las dimensiones teorizadas mediante la estimación de la media, el desvío estándar, asimetría y curtosis. Se consideró como adecuados aquellos ítems con valores inferiores a ± 2 , junto con Q-Q plot e histogramas de cada reactivo. En segundo lugar, se estudió la discriminación del ítem a través del análisis de correlación ítem-total (Muñiz, 2005). En tercer lugar, se configuró una base con la cantidad de ítems retenidos que tuvieran las mejores propiedades a nivel descriptivo y se efectuó una serie de Análisis Factoriales Exploratorios (AFE) hasta arribar a una estructura factorial estable. Se empleó el método de Análisis Paralelo para determinar la cantidad de factores del instrumento. Dado el carácter dicotómico de los ítems evaluados, se optó por estimar una matriz de correlaciones y covarianzas tetracóricas, procedimiento adecuado en este tipo de casos (Freiberg-Hoffmann et al., 2013). Además, se procedió a evaluar la confiabilidad medida como consistencia interna de cada subescala del test por medio de la fórmula KR-20. En cuarto lugar, con el fin de obtener evidencias de validez externa, se calcularon correlaciones bivariadas de Pearson entre las dimensiones del PES-L y las pruebas de SIMS y SCL-90-R. Por último, para determinar la sensibilidad, especificidad y potencial puntaje de corte del PES-L, se compararon las medias de los grupos de potenciales simuladores con los no simuladores tanto para el puntaje total como las restantes subescalas de la prueba, por medio de la prueba *t* de Student para muestras independientes y la *d* de Cohen para determinar el tamaño de efecto. Finalmente, se calculó la curva ROC (Receiver Operating Characteristic) para diferenciar entre los dos grupos sobre el puntaje total de la escala. En el gráfico de curva ROC, las líneas principales son la línea diagonal, y la Curva Roc. La primera de ellas se extiende desde el punto (0,0) hasta el punto (1,1) en el gráfico y repre-

senta el rendimiento de un clasificador aleatorio. En otras palabras, es la línea que se obtendría si el modelo clasificara al azar sin discriminación entre clases. Por encima de esta línea se considera que el modelo tiene capacidad de discriminación. Y la segunda, muestra la relación entre la Sensibilidad (eje Y) y la Especificidad (eje X) para diferentes valores de umbral de clasificación. La curva ROC muestra cómo cambia la sensibilidad y la especificidad a medida que se varía el umbral de clasificación. Un modelo perfecto tendría una curva ROC que pasaría por el punto (0,1), lo que indicaría una sensibilidad del 100 % y una especificidad del 100 %. Todos los análisis fueron realizados en SPSS (IBM) Versión 28 y Factor 10.8.

Resultados

El análisis exploratorio de los ítems arrojó un total de 3 ítems provenientes de las dimensiones Depresión (ítem 9) y Respuesta terapéutica (ítems 3 y 9) que sobrepasaban el nivel de referencia de ± 2 en cuanto a la asimetría y la curtosis, por lo que se procedió a retirarlos de los posteriores análisis.

En cuanto a la evaluación de la multicolinealidad entre los ítems, la matriz de correlaciones arrojó en todos los casos valores menores a 0.90. Esto indicaría que, si bien se esperan correlaciones entre los elementos de la escala en el AFE, si estas fueran superiores a 0.90, resultaría probable que esos ítems sean redundantes entre sí, por lo que afectarían la solución factorial haciéndola menos estable (Kline, 2011; Martínez-Arias, 1999; Tabachnick y Fidell, 1989).

Estudio de la estructura factorial del PES-L

Una primera exploración de los ítems previo a la ejecución del AFE por medio de la medida de adecuación Measure of Sampling Adequacy (MSA) (Ferrando et al., 2022) sugirió la eliminación de 14 reactivos que resultaban sospechosos, los cuales fueron retirados de los posteriores análisis, quedando 69 ítems. Luego, a fin de evaluar la estructura factorial del PES-L se realizó un análisis paralelo para explorar la dimensionalidad del conjunto de variables, sin establecer el número de dimensiones (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011), lo cual arrojó como adecuado el retener 7 dimensiones. Se procedió con un primer AFE forzando el análisis a 7 factores, a través del método de extracción de mínimos cuadrados no ponderados (ULS), dada su recomendación en el tratamiento de ítems dicotómicos (Freiberg Hoffmann et al., 2013),

y se seleccionó una rotación de tipo oblicua (Promax) para mejorar la interpretación de la solución obtenida (Lloret-Segura et al., 2014). La medida de adecuación muestral de Káiser-Mayer-Olkin fue de 0.918, y la prueba de esfericidad de Bartlett arrojó un valor de 13355.21 ($p < 0.001$), lo que indicó la factibilidad de realizar un análisis factorial. Se consideran apropiados los valores de KMO por encima de 0.80 (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010). Se obtuvo de este modo, una primera solución factorial que explicó un total de 20.16 % de la varianza total. No obstante, varios de sus ítems no presentaban valores adecuados psicométricos, esto llevó a la remoción de aquellos reactivos que presentaran pesos factoriales inferiores a 0.30, cargas compartidas con otros factores, y aquellos ítems que no cargaran en ninguna dimensión. Por último, se consideró que al menos tres ítems debían cargar en un factor para poder ser este retenido como dimensión en la estructura final resultante. Esto implicó una reducción significativa de los ítems iniciales que pasó de 69 reactivos a 28 ítems. En la *tabla 1* se presenta esta información con más detalle.

Se procedió a realizar una nueva inspección del conjunto de datos con los 28 ítems restantes por medio del análisis paralelo, el cual sugirió retener 3 dimensiones. Esto llevó a un segundo AFE con los 28 ítems restantes del PES-L. El coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0.92 y el test de esfericidad de Bartlett fue de 5754.5 ($p < 0.001$). Esta solución de 3 factores explicó una varianza común de 26.90 % de

la varianza total, aportando el Factor 1 el 7.53 %, el Factor 2 el 3.23 %, y el Factor 3 el 1.27 %. Cada factor fue renombrado considerando la naturaleza de los ítems que lo compusieron. De esta manera, el Factor 1 se denomina Depresión-Relación-Evitación, el Factor 2, Agotamiento-Ansiedad-Evitación, y el Factor 3, Síntomas-Ansiedad. En la *tabla 2* se presentan los pesos factoriales para cada ítem según la dimensión correspondiente de carga.

Análisis de la confiabilidad

Se evaluó la confiabilidad medida como consistencia interna de cada subescala mediante la estimación del Coeficiente KR-20 (fórmula Kuder-Richardson) adecuada a escalas de respuesta dicotómicas. El análisis arrojó valores satisfactorios para cada dimensión. En la *tabla 3* se pueden apreciar el detalle de cada uno.

Evaluación de los correlatos del PES-L con otras medidas

Con el objetivo de establecer evidencias de validez de criterio, se procedió a calcular una matriz de correlaciones bivariadas de Pearson entre las medidas evaluadas. De este modo, en la *Tabla 4*, se presentan las correlaciones entre la dimensión total y las subescalas del PES-L y las dimensiones de TSP e IMPS de la SCL-90-R, y el puntaje total de la escala SIMS. Como puede observarse, todas las correlaciones fueron positivas y estadísticamente significativas.

Tabla 3. Resumen de la reorganización de los ítems del PES-L.

Dimensión versión original	Dimensión versión final
Ansiedad (15 ítems)	Se disgregó entre las dimensiones finales de Agotamiento emocional (ítem 9 “Generalmente mis estados de ansiedad se desencadenan cuando estoy pensando en el trabajo”) y Síntomas Integrados (ítems 11 “A veces, aunque no tenga pensamientos negativos, sufro de agitación, temblor, sudoración y falta de aire” y 12 “Cuando me pongo muy nervioso mi visión se hace borrosa”).
Depresión (17 ítems)	Se redujo en número de ítems totales e incluyó dimensión ítems de otras dimensiones, a saber, Evitación (ítem 8 “Siento que lo que me está pasando es culpa mía”) y Respuesta Terapéutica (ítem 11 “Mi depresión no me permite hacer ninguna de las actividades que antes realizaba”). Constituye el Factor 2 con un total de 8 ítems.
Evitación (17 ítems)	Se disgregó en la dimensión final de Agotamiento emocional (ítem 8 “Siento que mi malestar actual me limita en forma indistinta tanto para la realización de tareas laborales como personales”).
Respuesta terapéutica (11 ítems)	Se disgregó en la dimensión Depresión (ítem 2 “Aún no me siento mejor, porque los tratamientos por salud mental tardan mucho tiempo en hacer efecto”).
Síntomas integrados (13 ítems)	Se redujo en número de ítems y tomó ítems de la dimensión de Ansiedad. Constituye el Factor 3 con un total de 8 ítems.
Agotamiento emocional (13 ítems)	Se redujo en número de ítems y tomó ítems de las dimensiones de Ansiedad y Evitación. Constituye el Factor 1 con un total de 12 ítems.

Tabla 4. Estructura factorial del PES-L.

Ítems	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Mi tristeza empeora a medida que pasa el día	0.768	0.023	-0.115
Siento que estoy deprimido todo el día	0.945	-0.074	-0.117
No hay nada que me provoque placer.	0.766	-0.178	0.132
Estoy tan triste que no puedo concentrarme en nada.	0.879	-0.049	-0.032
Mi depresión no me permite hacer ninguna de las actividades que antes realizaba.	0.781	0.038	0.020
He perdido el interés en todas las actividades que antes me daban placer.	0.758	0.047	0.130
Siento que mi malestar actual me limita en forma indistinta tanto para la realización de tareas laborales como personales. (INV)	0.610	0.135	0.183
Aún no me siento mejor, porque los tratamientos por salud mental tardan mucho tiempo en hacer efecto	0.681	0.142	-0.031
Me provoca malestar que me llamen del trabajo mientras me encuentro con licencia laboral porque siento que no se respeta mi derecho.	0.130	0.636	-0.023
Mi malestar fue causado por situaciones de maltrato o destrato en el trabajo.	-0.140	0.961	-0.004
Antes de comenzar la licencia laboral realice diversos pedidos y avisos en el trabajo, pero todos fueron desoídos.	-0.044	0.801	0.009
Siento que a pesar del esfuerzo que hice por mi trabajo, esto no fue reconocido y se me trató como a un "número".	0.178	0.843	-0.164
Mi estrés y malestar se vinculan a las injusticias que ocurrieron en el trabajo.	-0.146	0.941	0.029
Creo que el ambiente de mi trabajo es "tóxico" y que mis padecimientos actuales se vinculan directamente a eso.	-0.066	0.903	0.034
Si no fuese por las situaciones que padecí en el trabajo, no tendría que estar haciendo tratamiento por salud mental.	0.097	0.882	-0.065
El trabajo me enfermó.	-0.066	0.907	-0.004
Me prometieron cosas en el trabajo que no cumplieron.	-0.043	0.732	0.084
A medida que pasa el tiempo siento que tengo mayor control sobre mis crisis de ansiedad. (INV)	0.121	0.763	0.046
Cuando me notifican cuestiones laborales mi malestar se agrava.	0.215	0.757	-0.023
Si hablo con alguien del trabajo, después me siento ansioso o nervioso.	0.167	0.634	0.090
Siento mis dedos entumecidos.	-0.073	0.013	0.858
A veces sufro de temblores corporales	-0.019	0.104	0.766
A veces siento que pierdo la fuerza en mis extremidades.	0.116	0.035	0.718
Tengo problemas de equilibrio.	0.084	-0.120	0.637
Por momentos pierdo la sensibilidad en mis manos.	-0.033	-0.012	0.854
A veces tengo movimientos involuntarios en cara o extremidades.	-0.064	0.136	0.587
A veces, aunque no tenga pensamientos negativos, sufro de agitación, temblor, sudoración y falta de aire	0.208	-0.048	0.563
Cuando me pongo muy nervioso mi visión se hace borrosa.	0.010	-0.074	0.700
F2	0.353		
F3	0.607	0.424	

Tabla 5. Valores de KR-20 de cada dimensión del PES-L.

Dimensión	KR-20
Depresión	0.84
Agotamiento emocional	0.91
Síntomas integrados	0.82

Capacidad discriminativa del PES-L

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones evaluadas entre los participantes dados de alta por el equipo evaluador y aquellos que no lo fueron. Se encontró que las personas dadas de alta mostraban valores medios más altos en todas las dimensiones evaluadas en comparación a los participantes que no recibieron el alta por la licencia psiquiátrica solicitada. En la *Tabla 5* se muestran los coeficientes de la prueba t de Student para muestras independientes realizada junto con el tamaño de efecto.

Análisis sensibilidad y especificidad

A fin de interpretar la puntuación total obtenida del PES-L y delimitar su eficacia para la detección de casos de simulación laboral, se procedió a analizar el punto de corte tentativo por medio de la curva ROC.

Para esto, se segmentó la base según si el participante había sido dado de alta (potenciales simuladores) o no (grupo no simulador) de la licencia laboral solicitada por parte del equipo evaluador. De esta manera, los grupos quedaron conformados de la siguiente manera: grupo dado de alta de (potenciales simuladores, n = 27) y grupo no dado de alta (potenciales no simuladores, n = 291). Los cálculos realizados sobre la puntuación total indicaron la existencia de un área bajo la curva de 0.81 (p = 0.000, IC al 95 % comprendido entre 0.73 y 0.89) (*ver Figura 1*). En la *Tabla 6* se presentan los diferentes índices para definir el punto de corte de la puntuación total del PES-L. De este modo, con un punto de corte de 14 se clasificaría correctamente al 72.16 % de las personas del grupo de potenciales simuladores que no recibieron el alta (con una capacidad de 98.13 % para detectar verdaderos positivos y de un 22.12 % para detectar verdaderos negativos).

Discusión

Las licencias laborales por causas de salud mental no justificadas por la presencia de un trastorno mental genuino, no solo deben examinarse a la luz del impacto económico que provocan en las empresas o los

Tabla 6. Correlaciones bivariadas de Pearson de las dimensiones del PES-L, las subescalas de la SCL-90-R, y la escala SIMS

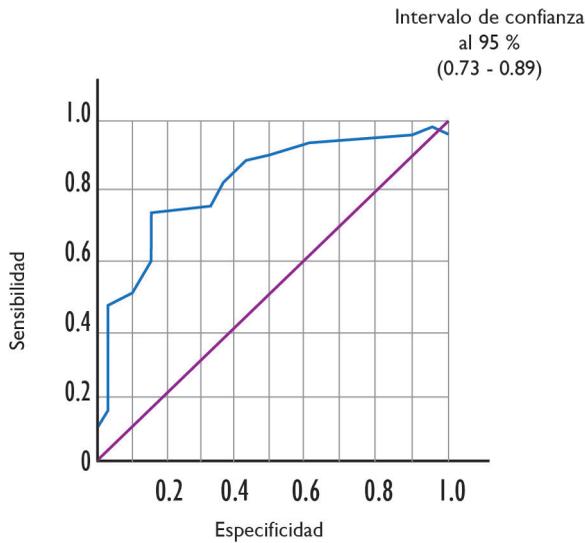
Medidas	1	2	3	4	5	6	7
1.T_PES-L	-	0.818***	0.602***	0.723***	0.523***	0.515***	0.628***
2.Agotamiento	-	-	0.177**	0.326**	0.297***	0.298***	0.336***
3. Depresión	-	-	-	0.392***	0.417***	0.461***	0.544***
4. Síntomas	-	-	-	-	0.504***	0.441***	0.601***
5. SCL_TSP	-	-	-	-	-	0.628***	0.668***
6. SCL_IMPS	-	-	-	-	-	-	0.612***
7. SIMS	-	-	-	-	-	-	-

Tabla 7. Coeficientes prueba t de Student para muestras independientes según situación de alta por el equipo evaluador para el PES-L

Dimensión	Comparación de grupos Media (DE)	t	Tamaño de efecto (d de Cohen)
P_Total	Grupo 1: No 10.22(4.96) Grupo 2: Sí 17.01(6.13)	-5.58***	-1.12
P_Agotamiento	Grupo 1: No 3.93(3.47) Grupo 2: Sí 7.58(3.91)	-4.68***	-0.94
P_Depresión	Grupo 1: No 4.04(2.21) Grupo 2: Si 5.22(2.12)	-2.77***	-0.56
P_Síntomas	Grupo 1: No 2.26(2.03) Grupo 2: Sí 4.21(2.40)	-4.09***	-0.82

Nota: ***p < 0.001

Figura 1. Gráfico Curva ROC del PES-L.



propios estados, sino también, que deben ser revisadas en virtud de evitar la cronicidad y gravedad de los posibles conflictos laborales que las hayan generado. La prolongación injustificada de reposos laborales puede atentar contra el favorable retorno a las tareas del trabajador por diversos motivos. Tomicic expone en uno de sus trabajos que “Se plantea de preferencia la realización de un retorno al trabajo gradual valorando que sea precoz, evitando así, entre otras consecuencias el prolongar el reintegro y la contaminación de los pacientes con informaciones informales de compañeros de trabajo, u otras personas vinculadas al contexto laboral, por ejemplo, abogados laborales” (Tomicic, 2014).

La experiencia y experticia del profesional a cargo de la evaluación son en sí mismos instrumentos de diagnóstico pericial; aun entendiendo ese dato, consideramos que el valor del aporte de nuevas herramientas psicométricas es indiscutible, ya que permiten al evaluador la posibilidad de contar con datos objetivos y confiables, que pueden robustecer su diagnóstico y conclusiones. Este aporte se torna aún mayor, cuando

los instrumentos psicométricos son diseñados especialmente para su uso en el campo forense.

La inclusión de ítems que representan muchas de las recurrencias que se observan en sujetos simulan una enfermedad mental con el fin de obtener una licencia laboral, proporciona al instrumento una especial especificidad para detectar cuadros de simulación. Es normal en este tipo de población identificar sentimientos de destrato, frustración, injusticia o falta de reconocimiento por parte de su empleador.

En este sentido, la presentación del PES-L puede ser el punto de partida para nuevas investigaciones en el campo del diagnóstico de simulación de enfermedad mental en el ámbito laboral.

El protocolo de evaluación de simulación de enfermedad mental laboral (PES-L) intenta generar un avance en la detección de la simulación de enfermedades mentales en el ámbito laboral. Para su desarrollo se han adaptado conceptos y herramientas psicométricas ya existentes para abordar un problema específico y relevante para la sociedad.

El objetivo del desarrollo de este protocolo es claro, especialmente al considerar las implicaciones económicas y de salud mental asociadas con el ausentismo laboral y las licencias médicas. La necesidad de distinguir entre licencias justificadas y aquellas que se obtienen de manera deshonesto o inapropiada es evidente, y el PES-L aspira a ser una herramienta prometedora para abordar esta problemática.

El cálculo de las correlaciones bivariadas y el resto de las pruebas estadísticas utilizadas para determinar la sensibilidad, especificidad y el punto de corte del protocolo proporciona una base sólida para la validez y la utilidad del PES-L en la práctica clínica y laboral.

Además de considerar el impacto económico de las licencias laborales no justificadas en las empresas o en los estados, también es importante analizar el impacto en la salud mental y el bienestar de los trabajadores (Greenberg et al., 2015; Dewa et al., 2016). La prolongación injustificada de las licencias puede llevar a una mayor ansiedad, estrés y deterioro de la autoestima

Tabla 8. Índices descriptivos de selección para la definición de punto de corte de la escala de puntaje total del PES-L (rango de 0 a 28)

Puntaje de corte	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	PPV (%)	NPV (%)	AUC
14	72.16	85.19	98.13	22.12	0.81

PPV = Valor Predictivo Positivo (Positive Predictive Value) que representa la proporción de verdaderos positivos respecto a todos los casos clasificados como positivos por el modelo; NPV = Valor Predictivo Negativo (Negative Predictive Value) que representa la proporción de verdaderos negativos respecto a todos los casos clasificados como negativos por el modelo; AUC = Área bajo la curva (Area Under the Curve) que implica una medida de la capacidad discriminativa de un modelo. Cuanto más cercano a 1 sea el valor de AUC, mejor es la capacidad del modelo para distinguir entre las clases.

del individuo, lo que a su vez puede dificultar su retorno al trabajo y aumentar el riesgo de problemas de salud mental a largo plazo (Harvey et al., 2009).

Es fundamental adoptar un enfoque integral en la evaluación de las licencias laborales por causas de salud mental, que no solo considere los aspectos psicométricos y periciales, sino también los contextuales y psicosociales. Esto puede incluir la evaluación de factores como el ambiente laboral, el apoyo social, y las condiciones de trabajo, que pueden influir en la salud mental y en la decisión de solicitar una licencia laboral (Butterworth et al., 2011; Marmot et al., 2017).

Detectar de manera temprana los casos de simulación de enfermedad mental en el ámbito laboral es crucial para prevenir la prolongación injustificada de las licencias y promover un retorno exitoso al trabajo (Rogers et al., 2008). El uso de herramientas psicométricas como el PES-L puede ayudar a identificar de manera más precisa y objetiva estos casos, permitiendo una intervención oportuna y adecuada.

Finalmente, es importante considerar los principios éticos y legales en la evaluación forense de las licencias laborales por causas de salud mental. Esto incluye garantizar la confidencialidad y el consentimiento informado de los participantes, así como el respeto a sus derechos y su bienestar. Además, los profesionales a cargo de la evaluación deben contar con la formación y la experiencia necesarias para llevar a cabo una evaluación rigurosa y objetiva (Melton et al., 2017).

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

Referencias bibliográficas

Ansoleaga, A., Garrido, P., Lucero, C., Martínez, C., Tomicic, A., Domínguez, C., Castillo, C. (s.f.). *Guía de orientación para el reintegro laboral de trabajadores/as con diagnóstico de patología mental calificado de origen laboral*. Organización Internacional del Trabajo. <http://midap.org/wp-content/uploads/2015/06/Guia-Salud-Laboral.pdf>.

Bertone, M. S., Ortiz Lugo, E., Márquez, E., Muniello, J. (2012). Detección de la Simulación de Enfermedad Mental Dentro del Ámbito Penitenciario Mediante el Protocolo de Evaluación de Simulación (PES). *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(2), 109-128. https://www.researchgate.net/publication/235958574_Deteccion_de_la_Simulacion_de_Enfermedad_Mental_Dentro_del_Ambito_Penitenciario_Mediante_el_Protocolo_de_Evaluacion_de_Simulacion_PES_109_ISSN:0124-1265

Boletín de estadísticas laborales. (2023). Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/trabajo/estadisticas/boletin-de-estadisticas-laborales-bel>

Bruno, A., Cabello, J. (2012). *Cuadernos de Medicina Forense*, 1(2), 81-93. <https://www.csjn.gov.ar/pdf/CMF1-2-81-93>

Butterworth, P., Leach, L. S., & Strazdins, L. (2011). The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household panel survey. *Occupational and Environmental Medicine*, 68(11), 806-812. <https://researchers.anu.edu.au/publications/53169>

Centro de Estudios Estratégicos para el Desarrollo (CIEDESS). (s.f.). *Educación Superior en Chile: una mirada crítica*. CIEDESS. <https://www.ciedess.cl/601/w3-article-10930.html>

Crespo, M., Bernaldo de Quirós, M., Roa, A., Gómez, M. M., Roa, R. (2012). *Guía de referencia rápida de tratamientos psicológicos con apoyo empírico*. <http://webs.ucm.es/info/psclinic/guiarefrat/index.php?click=grr>

De la Iglesia, G., Stover, J., Solano, A., Fernández-Liporace, M. (2015). Validez de constructo del LSB-50 en Adultos argentinos: validación cruzada e invarianza factorial. *Acción psicol.* 12(2). <https://dx.doi.org/10.5944/ap.12.2.15327>

Decebal-Cuza, F. & Gramegna, G. (2020). Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental: aumento de trastornos psiquiátricos y demanda de servicios especializados. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 42(2), 153-167. [doi:10.1016/j.rlp.2020.07.009](https://doi.org/10.1016/j.rlp.2020.07.009)

Derogatis, L. (1994). SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual. Minneapolis: National Computer System. <https://www.redalyc.org/pdf/337/3370314.pdf>

Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., & Trojanowski, L. (2016). The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open*, 6(8), e012998. <http://doi:10.1136/bmjopen-2016-015141>

Ferrando, P. J., & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología Factor analysis as a technique in psychological research. *Papeles del Psicólogo*, 31, (1), 18-33. <https://www.papelesdelpsicologo.es/English/1793>

Ferrando, P., Lorenzo, U., Hernández, A. & Muñoz, J. (2022). Decálogo para el Análisis Factorial de los Ítems de un Test. (U. Nebrija, Ed.) *Psicothema*, 34, (1), 7-17. <http://doi:10.7334/psicothema2021.456>

Freiberg Hoffmann, A., Stover, J., De la Iglesia, G., Fernández Liporace, M. (2013). Correlaciones policóricas y tetracóricas en estudios factoriales exploratorios y confirmatorios. *Cienc Psicol.* 7(2), 151-164. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212013000200005&lng=es&nrm=isoISSN1688-4221

García-Domingo, G., Negredo-López, L., Fernández-Guinea, S. (2004). Evaluación de la simulación de problemas de memoria dentro del ámbito legal y forense. *Rev. Neurol*; 38(8): 766-774. <https://doi.org/10.33588/rn.3808.2003555>

García, A. B. Martínez, P. C. (2023). Aumento de las ausencias laborales por trastornos mentales en España: impacto económico y estrategias de intervención. *Gestión y Salud Laboral*, 33, (1), 45-58. <https://www.gestionysaludlaboral.com/articulos/2023/absentismo-laboral-trastornos-mentales>

Gómez-Pérez, L., Verges, A., Vázquez-Taboada, A. R., Durán J., González Tugás, M. (2018). The efficacy of adding group behavioral activation to usual care in patients with fibromyalgia and major depression: design and protocol for a randomized clinical trial. *Trials*. 29; 19(1):660. <http://doi:10.1186/s13063-018-3037-1>

Greenberg, P. E., Fournier, A. A., Sisitsky, T., Pike, C. T., Kessler, R. C. (2015). The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *Journal of Clinical Psychiatry*, 76(2), 155-162. <http://DOI:10.4088/JCP.14m09298>

Harnois, G., Phyllis, G. (2000). *Mental health and work: impact, issues and good practices*. World Health Organization & International Labour Organisation. <https://iris.who.int/handle/10665/42346>

Harvey, S. B., Henderson, M., Lelliott, P., Hotopf M. (2009). Mental health and employment: much work still to be done. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 201-203. <http://doi:10.1192/bjp.bp.108.055111>

Hsu, Y. C., Ye, Z., Dai, L., Jing, Y., Tsui, K. L., Yip, P. S. F., Li, W., Zhang, Q. (2022). Understanding MMPI-2 response structure between schizophrenia and healthy individuals. *Front Psychiatry*. 28;13:918999. <http://doi:10.3389/fpsy.2022.918999>

Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling. (3rd edition)*. New York: Guilford.

Loskin, U., Bertone, M. S., López Reguiera, J. (2017). Utilidad de los inventarios SCL-90-R y SIMS en la detección de simulación de trastornos

- mentales en el entorno laboral. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.*, 29: 85-90. https://www.researchgate.net/publication/323684760_Usefulness_of_SCL-90-R_and_SIMS_inventories_for_the_detection_of_mental_health_malingering_at_workplace
- Marmot, M. (2017). Work and health: what do we know and what do we need to do? *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 43(6), 491-493. <https://doi.org/10.5271/sjweb.3856>
- Martin, P.K., Schroeder, R. W., Olsen, D. H., Maloy, H., Boettcher, A., Ernst, N., Okut, H. (2020). A systematic review and meta-analysis of the Test of Memory Malingering in adults: Two decades of deception detection. *Clin Neuropsychol.* 34(1), 88-119. <http://doi: 10.1080/13854046.2019.1637027>.
- Martínez Arias, R. (1999). *El análisis multivariante en la investigación científica*. La Muralla.
- Melton, G. B., Petrila, J., Poythress, N. G., & Slobogin, C. (2017). Psychological evaluations for the courts: A handbook for mental health professionals and lawyers (4th ed.). Guilford Press.
- Mental health and work: Impact, issues and good practices. World Health Organization. WHO Library Cataloguing in Publication https://www.who.int/mental_health/media/en/712.pdf?ua=1. Página 15.
- Mercado de trabajo. Tasas e indicadores socioeconómicos (EPH) Segundo trimestre de (2023). Indec.gov.ar. https://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/mercado_trabajo_eph_1trim234267B9F5D1.pdf
- Miranda, G., Alvarado, S., Kaufman, J., (2012). Duración de las licencias médicas por trastornos mentales y del comportamiento. *Rev méd Chile* 140, (2) <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000200009>.
- Muñiz, J. (2005). Classical test models. En B. S. Everitt and D. C. Howell (Eds.), *Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science*. Chichester: John Wiley and Sons. s. (Vol. 1, pp. 278-282).
- Palomera-Chávez, A., Herrero, M., Carrasco Tapias, N. E., Juárez-Rodríguez, P., Barrales Díaz, C. R., Hernández-Rivas, M. I., Llantá Abreu, M., Lorenzana Montenegro, L., Meda-Lara, R. M., Moreno-Jiménez, B. (2021). Impacto psicológico de la pandemia COVID-19 en cinco países de Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Psicología.* 53, 83-93. <https://doi.org/10.14349/rlp.2021.v53.10>
- Paulino, M., Edens, J. F., Moniz, M., Moura, O., Rijo, D., Simões, M. R. (2024). Personality assessment inventory (PAI) in forensic and correctional settings: A comprehensive review. *J Forensic Leg Med.* 5;103:102661. <http://doi: 10.1016/j.jflm.2024.102661>.
- Pérez, J. M., Sánchez, L. A. (2018). Licencia médica psiquiátrica: revisión de los efectos positivos y negativos del reposo. *Revista Médica de Chile*, 146(4), 503-515. <http://doi:10.4067/s0034-98872018000400503>
- Rogers, R. (2008). *Clinical assessment of malingering and deception (3rd ed.)*. Guilford Press.
- Smith, G. P., Burger, G. K. (1997). Detection of malingering: validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *J Am Acad Psychiatry Law.* 25(2), 183-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9213290/PMID: 9213290>.
- Superintendencia de seguridad social de Chile. (2020). Dictamen 1482-2020. <https://www.suseso.cl/612/w3-article-589773.html>
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (1989). *Using multivariate statistics (2nd ed.)*. New York, Harper Collins.
- Timmerman, M., Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality Assessment of Ordered Polytomous Items With Parallel Analysis. *Psychological Methods* 16 (2), 209-20. DOI:10.1037/a0023353
- Tomicic, A., Martínez, C., Ansoleaga, E., Garrido, P., Lucero, C., Castillo, S., Domínguez, C. (2014). Reintegro Laboral en Trabajadores con Problemas de Salud Mental: La Perspectiva de los Tratantes. *Ciencia & Trabajo*, 51, 137-145. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492014000300003>
- Tomicic, A. (2014). Reintegro Laboral en Trabajadores con Problemas de Salud Mental: La Perspectiva de los Tratantes. *Cienc Trab.* 16(51). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492014000300003 - ISSN 0718-2449>

Controversias acerca de los estados mixtos en el trastorno bipolar: desde los aportes de Wilhelm Weygandt a las clasificaciones del DSM 5

Controversies of mixed states in bipolar disorder: From Wilhelm Weygandt's contributions to DSM 5 classifications

Daniel Sotelo¹, Verónica Grasso², Micaela Dines³, Bárbara E. Hofmann⁴, Gustavo Vázquez⁵, Marcelo Cetkovich-Bakmas⁶

<https://doi.org/10.53680/vertex.v36i167.801>

Resumen

La idea de trastornos del humor con características mixtas, donde coexisten síntomas tanto maníacos como depresivos, ha sido fundamental para el desarrollo del concepto de trastorno bipolar. Esta noción, que permite comprender la simultaneidad de estados aparentemente opuestos, fue explorada por Wilhelm Weygandt en su obra *Über die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins* (1899). Weygandt, quien trabajó junto a Emil Kraepelin en la Clínica Psiquiátrica de Heidelberg, publicó esta monografía en el mismo año en que Kraepelin consolidaba su teoría de la locura maníaco-depresiva, lo que marcó un avance significativo en la comprensión de los estados mixtos de la enfermedad. Weygandt introdujo la idea de un cambio de polaridad como fundamento de los estados mixtos, describiendo cómo la afectividad, la actividad psicomotora y el pensamiento interactúan de manera compleja, sin una jerarquía clara entre ellas. Este enfoque, que mantiene una gran vigencia, cuestiona las clasificaciones modernas, como las del DSM 5, al proponer una visión integral de los trastornos del humor que considera las interacciones dinámicas de todas las áreas afectadas. La obra de Weygandt, a pesar de ser menos reconocida que la de Kraepelin, desempeñó un papel crucial en la cristalización de la teoría de los estados mixtos, cuyo impacto perdura en la psiquiatría contemporánea.

Palabras claves: trastornos del humor, estados mixtos, trastorno bipolar, Wilhelm Weygandt, Emil Kraepelin, DSM 5

Abstract

*The concept of mood disorders with mixed features, where both manic and depressive symptoms coexist, has been central to the development of the concept of bipolar disorder. This notion, which makes it possible to understand the simultaneity of apparently opposite states, was explored by Wilhelm Weygandt in his seminal work *Über die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins* (1899). Weygandt, who worked alongside Emil Kraepelin at the Heidelberg Psychiatric Clinic, published this monograph in the same year that Kraepelin consolidated his theory of manic-depressive insanity, marking a significant advance in the understanding of mixed disease states. Weygandt introduced the idea*

RECIBIDO 3/12/2024 - ACEPTADO 7/1/2025

¹Médico Psiquiatra, ITERNOVA, Asistencia e investigación en Salud Mental, Córdoba, Argentina.

²Fundación CIPCO (Centro Integral de psicoterapias contextuales), ITERNOVA, Asistencia e investigación en Salud Mental, Córdoba, Argentina.

³Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández", Ciudad de Buenos Aires, Argentina. INCyT Instituto de Neurociencia Cognitiva y Traslacional (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - Fundación INECO - Universidad Favaloro).

⁴Médica Psiquiatra, Especialista en Medicina Legal, Consultorio privado, Palma de Mallorca, España.

⁵International Consortium for Mood & Psychotic Disorders Research, Mailman Research Center, McLean Hospital, Belmont, Massachusetts; USA. Department of Psychiatry, School of Medicine, Queen's University, Kingston, Ontario, Canadá.

⁶Investigador del Instituto de Neurociencias Cognitivas y Traslacionales (INCYT), CONICET-Fundación INECO-Universidad Favaloro. Buenos Aires, Argentina.

Autor correspondiente

Marcelo Cetkovich-Bakmas

mcetkovich@ineco.ar



of a polarity shift as the foundation of mixed states, describing how affectivity, psychomotor activity and thought interact in a complex way, with no clear hierarchy between them. This approach, which remains highly relevant, challenges modern classifications, such as the DSM 5, by proposing a comprehensive view of mood disorders that considers the dynamic interactions of all affected areas. Although less recognized than Kraepelin's, Weygandt's work played a crucial role in crystallizing the theory of mixed states, the impact of which endures in contemporary psychiatry.

Key words: bipolar disorders, DSM 5, Emil Kraepelin, mixed states, mood disorders, Wilhelm Weygandt

Introducción

Los trastornos del humor con características mixtas se distinguen por la existencia simultánea de síntomas de rango maníaco y depresivo (Solé et al., 2017; Vázquez et al., 2018; Cetkovich Bakmas et al., 2023). La noción de que una persona puede estar maníaca y deprimida no solo en diferentes momentos, sino también al mismo tiempo, además de representar un avance en el conocimiento de la clínica, fue un estímulo para la construcción del concepto unificado de enfermedad maníaco depresiva, que sobrevive como trastorno bipolar un siglo después (Salvatore et al., 2002).

Wilhelm Weygandt, quien había arribado a Heidelberg en 1896 para continuar su formación como psiquiatra con Emil Kraepelin, publicó en 1899 *Über die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins* (Sobre los estados mixtos de la locura maníaco depresiva). Este texto es considerado el primer libro sobre estados mixtos en la literatura psiquiátrica (Marneros, 2001). Esta mutua interacción terminó siendo determinante para el progreso del conocimiento de las formas mixtas de la enfermedad maníaco depresiva y para la idea unitaria de la patología que, tradicionalmente, se le atribuye sólo a Kraepelin (Trede et al., 2005).

Fue también en 1899 que Kraepelin publicó la sexta edición de su manual de psiquiatría, una edición particularmente rica e innovadora en conceptos clínicos, que serán consolidados con el paso del tiempo como parte de la base de la psiquiatría contemporánea.

En esa entrega utilizó por primera vez la denominación de locura maníaco depresiva (LMD) para describirla y diferenciarla, a su vez, de la demencia precoz. Además propone una clínica más descriptiva que etiológica y establece las principales dimensiones de los cuadros afectivos: estado de ánimo, actividad psicomotora e ideación o pensamiento (Trede et al., 2005). En dicho texto emerge con claridad el constructo global e integrado de la locura maníaco-depresiva, diferente al sostenido hasta ese momento (Maggini et al., 2000; Marneros, 2001; Cremolacce et

al., 2013). Aunque los casos de estupor maníaco, su paradigma sobre estos estados, ya estaban incluidos en la edición de 1893, una notable modificación del enfoque clínico y nosológico sucede, precisamente, entre las ediciones quinta y sexta, es decir, entre sus ideas de 1896 y las de 1899 (Marneros, 2001; Salvatore et al., 2002; Cremolacce et al., 2013). En ese período particular, Kraepelin y Weygandt trabajaban en la clínica psiquiátrica de Heidelberg, como director y médico asistente, respectivamente. Por eso, el hecho de que ambas publicaciones hayan sido del mismo año no parece ser una mera coincidencia (Trede, 2005). En el lapso 1896/1899 Kraepelin culmina el concepto unitario de la LMD, donde la idea de estados mixtos es central, y Weygandt realiza su estudio sobre el tema, que tiene como corolario su monografía. Este progreso paralelo es el resultado de la incidencia recíproca, de un trabajo conjunto, una suerte de influencia mutua, donde el reconocimiento le vale a Kraepelin, pero el mayor estímulo podría haber correspondido a su alumno (Trede et al., 2005).

Es difícil establecer el orden de aparición de los textos, sin embargo, hay suficiente información para concluir que el intercambio fue en ambos sentidos (Marneros, 2001). Weygandt cita la sexta edición de Kraepelin en su escrito pero, un año antes, en un Congreso realizado en Heidelberg, ya había presentado su tesis sobre los estados mixtos (Marneros, 2001). Si bien las hipótesis kraepelineanas sobre un cuadro único que abarque todas las formas de trastornos del humor estaba en estado de elaboración continua en la década de 1890, la tesis de Weygandt pudo haber sido un potente reactivo, el elemento que cristalizó la doctrina de los estados mixtos, que adquiriría carácter universal a partir de su traducción al inglés en 1921 (Salvatore et al., 2002). Si Weygandt no es quien desarrolló la idea esencial de sincronía fue, al menos, una parte imprescindible en su elaboración. Es probable, además, que la sección sobre estados mixtos de la sexta edición de Kraepelin contenga una destacada labor suya si no es, en realidad, el autor de su totalidad

(Salvatore et al., 2002). La historia ha reconocido en Kraepelin, sin excesos en su atribución, un rol esencial en la descripción, sistematización y expansión del conocimiento de las formas mixtas de los trastornos del humor. Sin embargo, las motivaciones y la influencia de la que Kraepelin fue objeto no han trascendido en la misma medida que su monumental legado. Aunque no se pueda conferir la misma importancia a la figura de Wilhelm Weygandt, tampoco se le ha destacado en justa medida. La contribución de Kraepelin a nuestra disciplina es tan significativa que se lo considera el padre de la psiquiatría moderna (Angst & Marneros, 2001). En lo que respecta a los estados mixtos, sería justo reconocer a Weygandt y establecer una paternidad compartida.

Basado en la atenta observación de los pacientes de la Clínica Psiquiátrica de Heidelberg, el texto de Weygandt, a 125 años de su publicación, mantiene una sorprendente vigencia. Esto nos permite proponerlo como referencia para la revisión y discusión de algunos conceptos actuales sobre los estados mixtos, que se puntualizan a continuación.

Abordaje general y jerarquía sintomática

Desde el inicio de su texto, Weygandt establece las bases evolutivas de la LMD, señalando la ocurrencia de intervalos libres de síntomas y la recurrencia de sus episodios. De hecho, la denomina en varios pasajes como locura circular, término que había sido acuñado varias décadas antes por Jean-Pierre Falret (Pichot, 2004). Un concepto central que propone es el cambio de polaridad, fundamento esencial de los estados mixtos. Weygandt describe detalladamente cómo estas polaridades atraviesan las distintas áreas de la psicopatología del trastorno del humor, centrándose en tres pilares fundamentales: *afecto*, *actividad psicomotora* y *pensamiento*. A través de numerosos casos clínicos, anima al lector a *“buscar en estas tres direcciones las áreas esenciales de cuya perturbación común resulta el cuadro peculiar de la locura maniaco-depresiva”* (Weygandt, 1899). En este sentido, ofrece un vasto abanico de posibilidades que surgen cuando se consideran las interacciones y las variaciones cualitativas entre estas tres áreas.

La observación, como principal instrumento para la evaluación, debe ser atenta pero, sobre todo, sostenida. El tiempo se presenta como una variable crucial para la identificación de los estados mixtos, debido a las numerosas modificaciones e interacciones que pue-

den ir emergiendo. El antagonismo entre los opuestos de cada área (humor, motilidad y pensamiento) es sólo aparente; la contraposición no los convierte en extremos irreconciliables, y sus síntomas cardinales pueden intercambiarse con frecuencia. Esta interacción no solo es posible, sino también frecuente. Weygandt también destaca que no existe jerarquía entre las áreas afectiva, psicomotora y cognitiva; no hay subordinación, aunque se reconozca que la esfera del pensamiento no ha alcanzado en su momento un desarrollo similar al de la afectividad o la psicomotricidad. Sin embargo, esta desigualdad en el conocimiento no implica una menor importancia para el pensamiento.

Como bien señala: *“Tan importante y característico para la manía como el afecto alegre y la excitación psicomotriz, también lo es el cambio patológico en el área del proceso del pensamiento”* (Weygandt, 1899).

Weygandt plantea con claridad que sus propuestas clínicas tienen sustancia en la observación de los “pares opuestos de las tres áreas, afectiva, psicomotora y asociativa. El marco conceptual sobre el cual desarrolla esta taxonomía tiene su origen en la psicología de las facultades, teoría filosófica en boga a fines del siglo XVIII y principios del XIX. Kant sentó las bases de la misma al establecer que las facultades filosóficas de comprender, razonar y juzgar, están vinculadas a los procesos psicológicos de saber, desear y sentir (Leary, 1982). Filósofos escoceses como Reid, desarrollaron la idea que propone que la mente está dividida en poderes o facultades separadas, tales como la memoria, el aprendizaje, la inteligencia, la percepción y la voluntad. Diversos autores consideran que éste pensamiento fue tomado por los alienistas del siglo XIX y fue fundamental para generar un marco conceptual que diera sustento a la incipiente nosografía psiquiátrica (Kendler, 2020; Berrios, 1988; Berrios, 2008). Kendler postula que los trastornos cognitivos por un lado, y los afectivos por el otro son el germen que le permitió Kraepelin ordenar por primera vez la nosografía, dividiendo la demencia precoz de la enfermedad maniaco-depresiva.

Para Kraepelin y Weygandt, los estados mixtos no son simplemente la suma de síntomas de estas áreas, sino la resultante de la interacción dinámica entre ellas, algo que es coherente con la teoría de las facultades (Kendler, 2020).

El planteo de Weygandt estructura los trastornos del humor en torno a las modificaciones del estado de ánimo, la actividad psicomotora y el pensamiento, sin establecer un orden jerárquico entre ellos. Esta con-

cepción de igualdad entre las áreas afectiva, psicomotora y cognitiva se mantuvo durante casi un siglo, hasta la inclusión de los criterios operativos del DSM-III en 1980 (APA, 1980), que comenzaron a sobredimensionar la esfera de la afectividad (Luque & Berrios, 2011; American Psychiatric Association, 2013; Martino et al., 2020). Para el concepto actual de trastorno bipolar, equivalente a la locura maniaco-depresiva (Salvatore et al., 2002), el componente cardinal y definitivo sigue siendo el estado de elevación del ánimo (American Psychiatric Association, 2013).

El DSM 5 intentó enmendar, de algún modo, la sobrevaloración de la afectividad en la manía, elevando a criterio principal (junto al estado de ánimo elevado, expansivo o irritable) al aumento de la actividad (American Psychiatric Association, 2013; Martino et al., 2020); sin embargo, su iniciativa es incompleta, ya que no mantiene la triple paridad propuesta por Weygandt. Los criterios diagnósticos actuales postergan los trastornos del pensamiento y el aumento del habla que, sin embargo, podrían ser más frecuentes y característicos que el estado de ánimo elevado (Taylor y Abrams, 1973; American Psychiatric Association, 2013; Martino et al., 2020). La perspectiva de Weygandt, permitiría realizar el diagnóstico de manía (y de trastorno bipolar), sin subordinación de dominios o incluso, con ausencia de una de sus áreas (Martino et al., 2020), pudiendo observarse, por ejemplo, estados maníacos sin euforia, acorde a los que sucede en la clínica (Young et al., 1983; Martino et al., 2020). Incluso, la falta de predominancia entre las áreas que se modifican en los episodios de manía no la restringe a un trastorno de la afectividad y permite considerarlo un estado de activación general (Scott et al., 2017) con labilidad afectiva y expresión emocional aumentada (Martino et al., 2020). Manía y estados mixtos comparten el incremento de la expresión afectiva (Henry et al., 2003; Henry et al., 2008; M'Bailara et al., 2012; Martino et al., 2020) y sería la intensidad, más que el colorido afectivo, lo que conduce a que se manifieste de uno u otro modo (Henry et al., 2003; Henry et al., 2008). Como expresaba Weygandt, en la LMD el componente central es la labilidad emocional o bien el incremento en la reactividad del estado de ánimo (Akiskal, 2005b; Martino et al., 2020) y puede resultar, además, una clave para la diferenciación de las formas unipolares de depresión más caracterizadas por ansiedad e insomnio (Akiskal, 2005b).

La perspectiva de Weygandt difiere de la definición de los manuales de clasificación que proponen rangos superiores en las esferas que se modifican en los tras-

tornos afectivos. En este caso, su propuesta de equivalencia de las tres áreas principales unifica la dimensión de los trastornos del humor, permite contemplar a sus episodios con mayor riqueza clínica dentro de un curso longitudinal y constituye a los estados mixtos como parte fundamental de la locura maniaca depresiva. Esta idea es recogida por Leonhard, que denomina a la LMD como "polimorfa", justamente por la inserción de síntomas del otro polo en cada fase (Leonhard, 1999).

Inestabilidad y cambio de polaridad como componente central de la LMD y los estados mixtos

En el trabajo de Weygandt, el intercambio entre polaridades opuestas es el eje de la LMD, donde los cambios en la afectividad serían los más ostensibles. El autor describe que la elevación del humor de la manía puede convertirse en un ánimo depresivo de un momento a otro o viceversa. Esta gran labilidad puede convertir a un paciente eufórico y exultante en un sujeto profundamente desanimado, con ideas o tendencias suicidas. Por otro lado, un paciente que se encuentra inhibido al extremo del estupor puede, bruscamente, mostrar un estado de excitación y también realizar el proceso inverso, exhibiendo, en este caso, la alternancia en la esfera de la psicomotricidad. En cuanto al pensamiento, la oscilación sucede entre el extremo de la fuga de ideas y su parálisis o interrupción, derivando a la inhibición del pensamiento. Entre las tres áreas pueden concurrir diversas formas de alteración en las asociaciones y la fluidez. Los cambios en estos procesos asociativos se extienden más allá de las variables cuantitativas de aceleración o enlentecimiento, para extenderse hacia otras cualitativas. El espectro de posibilidades de combinación es amplio, desde estados de manía pura hasta depresión estupefactiva y, también, casos puramente mixtos, que se presentan para dominar todo el cuadro. Las primeras descripciones del texto se refieren a estados más bien breves, pero luego se avanza sobre ciclos que duran meses o años.

Todos los casos se incluyen dentro de la locura maniaco depresiva, porque el fundamento es que su rasgo esencial, más allá de la enorme diversidad clínica, es la inestabilidad del afecto, la psicomotricidad y el pensamiento.

Los estados mixtos se configuran por la asociación simultánea de variables de duración y estabilidad de expresiones sintomáticas de las tres áreas de los trastornos afectivos. La alternancia y los cambios pueden constituir las formas más variadas de evolución.

Si existe un patrón, según expresa Weygandt, es el de un inicio de los episodios con estados clásicos y puros que luego se convierten en estados mixtos porque alguna de las áreas se mueve hacia o hasta su polo opuesto.

Estos estados mixtos intermedios y transitorios en general son breves, pero también pueden durar semanas o meses. Es probable que se construyan luego de episodios puros de manía o depresión, pero también es posible que algunos pacientes sólo experimenten formas mixtas.

Mackinnon et al., presentan un pensamiento contemporáneo similar a Weygandt, en el que expresan que las variaciones entre los polos opuestos dan lugar a diversas formas de expresión clínica. Por ejemplo, la afectividad puede fluctuar hacia un estado eufórico o depresivo, mientras que la psicomotricidad y el pensamiento permanecen relativamente estables, o bien, la psicomotricidad puede verse afectada por movimientos vinculados a la excitación o inhibición psicomotriz, mientras que el afecto y el pensamiento no sufren alteraciones significativas. De manera similar, el pensamiento puede alternar entre la fuga de ideas y la inhibición, sin que las otras áreas cambien. Esta combinación se genera tanto por la mezcla de síntomas en cada dimensión como por la transición, que puede ser breve o extensa, entre un estado y otro. Cuando se modifican varias áreas al mismo tiempo, con cambios que pueden durar desde horas hasta meses, y considerando las manifestaciones intermedias entre los extremos y los cambios cualitativos en cada uno de ellos, el panorama se vuelve mucho más complejo (Mackinnon et al., 2006).

Cada área presenta grados variables de estabilidad, duración e intensidad para sus manifestaciones. Sin embargo, lo que se ha destacado a lo largo del tiempo y que predomina en la actualidad con las propuestas de los manuales de clasificación son los cambios en la afectividad y, últimamente, de la energía y la actividad (American Psychiatric Association, 2013).

La variabilidad inherente al cuadro, claramente detallada por Weygandt, contrasta con la pretensión de categorizar su diagnóstico. Este abordaje impide la evaluación de las formas de inestabilidad temperamentales, subyacentes y predisponentes de los cuadros mayores contenidos en la LMD (Akiskal & Akiskal, 2005; Akiskal & Vázquez, 2006; Vázquez et al., 2010; Rihmer et al., 2010; Kesebir et al.; 2013). En la concepción unitaria de Weygandt, es un cuadro inestable y dinámico que cede ese carácter esencial cuando lo identifican factores categóricos y transversales. Kraepelin ya había descrito la "predisposición" subclínica

que precede a los estados circulares más graves de manía y melancolía y Ernst Kretschmer, posteriormente, sugirió que la ciclotimia constituye la base constitucional para la depresión periódica y la hipomanía, hipótesis que desarrolló extensamente Hagop Akiskal a partir de la década del 70 (Akiskal et al., 2003). Sin embargo, las definiciones contemporáneas, desde el DSM-III, de 1980, presentan un esquema alejado del lenguaje "temperamental" (Akiskal, 1994).

Con los esquemas actuales el diagnóstico de trastorno bipolar reincide, con cada edición, en las mismas dificultades: el encuadre de los episodios breves de síntomas maníacos o depresivos que no cumplen con los criterios para manía o depresión y la mezcla de síntomas maníacos y depresivos (Akiskal et al., 2003). La carencia de definiciones además de consideraciones clínicas, tiene implicaciones etiológicas y terapéuticas.

Para abordar los cuadros bipolares sin una presentación clásica (en referencia a las categorías que se establecen como paradigmas), los sistemas actuales de diagnóstico recurren a definiciones como el concepto de "ciclado rápido", que sirve como "especificador" en el DSM 5. Este diagnóstico se define cuando una persona experimenta cuatro o más episodios breves de manía, hipomanía o depresión en un solo año, con una buena recuperación entre episodios. Sin embargo, la psicopatología rara vez es tan ordenada. El rasgo de inestabilidad colocado en el núcleo de la patología por Weygandt aparece de modo marginal y aparentemente atípico con el recurso de un especificador. En la práctica clínica tiende a identificarse como cicladores rápidos a pacientes que experimentan cambios de humor impredecibles, con alguna mezcla o alternancia de síntomas de cualquiera de los dominios involucrados (afectividad, actividad psicomotora y pensamiento) entre los polos de manía y depresión puros, lo que puede resultar en una rápida sucesión de estados breves, es decir, pacientes con una marcada inestabilidad como la mayoría de los que describe Weygandt en su monografía.

El estado de ciclado rápido de los manuales de clasificación remite a los estados mixtos de Weygandt, por lo que estos estados podrían considerarse una forma especial de ciclado rápido o viceversa, los pacientes definidos como cicladores rápidos deberían plantear el interrogante de si no se trata de estados mixtos breves y transitorios. En cualquier caso, el rasgo esencial es la inestabilidad.

La inestabilidad afectiva genera una marcada reactividad del estado de ánimo, que se expresa normalmente en forma de disforia, irritabilidad o ansiedad episódica intensa, que dura unas pocas horas. Es,

además, un rasgo temperamental, por lo tanto hereditario, que se expresa como una dimensión y que predispone al desarrollo de diversas formas de trastorno bipolar, particularmente, ciclado rápido y estados mixtos. Desafortunadamente, la literatura científica no ha profundizado en gran medida sobre sus características y, a menudo, la carencia de definición genera confusión con otros términos como labilidad anímica, reactividad afectiva o desregulación emocional (Renaud & Zacchia 2012).

La perspectiva de Weygandt sobre el lugar central de la inestabilidad en la configuración de la LMD permite observar las formas temperamentales como expresiones menores pero predisponentes de los trastornos anímicos, describir a los trastornos del estado de ánimo como una dimensión unitaria, plantear la diferenciación ciclado rápido/episodio mixto pero, sobre todo, profundizar sobre las características de los cambios de polaridad como fundamento de la patología, nociones inaccesibles desde los enfoques categoriales.

Estados mixtos: de la riqueza semiológica de Kraepelin y Weygandt al reduccionismo del DSM 5

La existencia de los estados mixtos como la aparición eventual simultánea de síntomas opuestos o como un cuadro preestablecido estable permanece como tema de debate en el ámbito de la clínica psiquiátrica. En su serie de casos, Weygandt describe estados mixtos que, al principio, representan solo interrupciones y etapas transitorias, para luego aparecer como períodos más prolongados, que pueden llegar a predominar sobre el cuadro puro de manía o depresión. Finalmente, también hay crisis en los que la forma mixta domina, del principio al fin, todo el cuadro.

El DSM 5 plantea a los episodios afectivos como una polaridad, tal como la conocemos, ya sea depre-

sión o manía y aparta a los estados mixtos considerándolos como un especificador, y no una parte básica y troncal del espectro de la LMD, tal como lo plantearon Kraepelin y Weygandt. Esto se debe a que el interés por los estados mixtos comenzó a decaer al comienzo del siglo XX. Los clínicos de la época, como, por ejemplo, Karl Jaspers, inclusive criticaron la división de los estados anímicos en las dimensiones del ánimo, volición y pensamiento para su evaluación. Asimismo, Kurt Schneider (1887-1967) fue aún más severo y sentenció “Ya no creemos más en los estados mixtos maniaco depresivos. Lo que esto podría parecer es simplemente un cambio o una transición de una etapa a otra” (M. Cermolacce et al., 2013). Como se mencionó anteriormente, esto se debe a que el foco pasó a estar en los estados anímicos “puros” como entidades opuestas produciendo una noción de que los estados mixtos eran una excepción más que la regla. Desde esta base, el Manual Diagnóstico (DSM) no sólo ha ido cambiando la conceptualización de los estados mixtos llegando al DSM 5, en donde ha quedado suscrito a un especificador, el cual puede ser aplicado tanto a estados de manía, hipomanía como de depresión, sino que también ha dividido la LMD en dos entidades categorialmente distintas: el trastorno bipolar y el trastorno depresivo mayor. De esta manera, el foco está puesto en el episodio y su polaridad y no en la importancia de la recurrencia e inestabilidad a largo plazo del trastorno.

Retomando los estados mixtos descritos por Kraepelin y Weygandt, la combinación de los diferentes estados del pensamientos, actividad psicomotriz y afecto, determina seis patrones básicos que, sumados a las manías y las depresiones puras, recorren todo el espectro de la locura maniaca depresiva (ver Tabla 1). Dentro de estas posibilidades, se encuentran tres patrones que demuestran la clínica descriptiva de estos

Tabla 1. Modelo tridimensional de los estados afectivos de Kraepelin y Weygandt

	Humor/ Ánimo	Intelecto/ Cognición	Volición/ Actividad psicomotora
Depresión pura	-	-	-
Manía ansiosa o depresiva	-	+	+
Depresión agitada o excitada	-	-	+
Depresión con fuga de ideas	-	+	-
Manía improductiva con pobreza de pensamiento	+	-	+
Estupor maniaco	+	-	-
Manía inhibida	+	+	-
Manía pura	+	+	+

Adaptado de Dayer et al., 2000.

autores, expresando la riqueza sintomática de los episodios mixtos. Entre ellos está la depresión agitada, en la cual se combina un afecto depresivo con excitación psicomotriz y fuga de ideas. El estupor maníaco, que se caracteriza, por un lado, por la inhibición psicomotora, y por el otro por un estado de ánimo maníaco, normalmente con el agregado de las alteraciones del pensamiento habitualmente asociadas a los estados depresivos, en lugar de la fuga de ideas. Por último, en la manía improductiva, el humor es elevado, al igual que la psicomotricidad, mientras el área asociativa se caracteriza por la pobreza. Producto de esta combinación la conducta es excesiva, inquieta y desinhibida. La excitabilidad es aún mayor que en la manía clásica.

Estas formas de presentación vuelven a poner en cuestionamiento la dicotomía bipolar/unipolar basada en la ausencia o presencia de síntomas maníacos y retoma la visión kraepeliniana del espectro afectivo de la LMD.

El enfoque del DSM 5 reduce la riqueza clínica del espectro de los trastornos afectivos descrito por Kraepelin y Weygandt en la LMD. A su vez, corre el foco del núcleo de la enfermedad basado en la inestabilidad del ánimo a largo plazo hacia la presencia/ausencia de síntomas maníacos, determinando dos entidades como lo son los trastornos bipolares y el trastorno depresivo mayor de manera tal que parecen pertenecer a mundos distintos.

Síntomas discriminantes y prevalentes para el diagnóstico de los estados mixtos

Aún se debate el modo de categorización de los diagnósticos, desde criterios más específicos a definiciones más generales.

Karl Jaspers (1883-1969) señalaba que la transición de diagnósticos específicos a diagnósticos más generales podría resultar en una pérdida de significado clínico (Trede et al., 2005).

En relación con esto, se ha observado que una proporción significativa de personas con episodio depresivo mayor (EDM) experimentan síntomas hipomaníacos de carácter subsindrómico de manera simultánea. Dado que esta presentación puede tener importantes implicaciones para el pronóstico y tratamiento, el DSM 5 incluyó el especificador de "características mixtas" para identificar una nueva entidad nosológica definida por la presencia de síntomas descritos previamente en episodios depresivos del trastorno depresivo mayor (TDM), así como en el trastorno bipolar I y bipolar II.

Este especificador refleja el consenso creciente de que los trastornos del estado de ánimo deben entenderse como un espectro, que va desde la depresión unipolar pura, pasando por diversas formas y grados que combinan síntomas depresivos y maníacos, hasta la manía pura.

Weygandt describe de forma paciente y minuciosa numerosos casos clínicos para sostener esta propuesta. Los estados mixtos que involucran sólo "breves períodos intermedios" o formas transitorias de una a otra fase de la "locura circular", comienzan a sumar, a partir de su trabajo, cuadros de mayor estabilidad, que pueden durar años.

Cada área presenta grados variables de intensidad para sus manifestaciones. Posiblemente las variaciones del ánimo presenten mayor dificultad que la excitación o inhibición de la esfera psicomotora. La expresión no se agota en un comportamiento alegre o eufórico, sino que puede ser también, intrusivo, erótico, irritable o colérico.

No obstante, en la actualidad, los criterios diagnósticos del DSM 5 para un episodio depresivo mayor con características mixtas incluyen síntomas típicos de la manía, como el estado de ánimo elevado y la grandiosidad, que son poco comunes en los pacientes con depresión mixta mientras que excluye síntomas como irritabilidad, distracción, insomnio y agitación psicomotriz, considerándolos "síntomas superpuestos".

En el año 2015, Perugi G. y colaboradores realizaron un estudio transversal multicéntrico multinacional para mejorar el diagnóstico, la orientación y la educación, denominado BRIDGE-II-MIX, en el cual el objetivo fue estimar la frecuencia de los estados mixtos en el EDM. La frecuencia de características mixtas se determinó mediante la aplicación tanto de criterios DSM 5 como también, los criterios diagnósticos de investigación (RDC). Se obtuvo como conclusión que el estado mixto depresivo estuvo presente en alrededor de un tercio de los pacientes que experimentaron un EDM. Los síntomas válidos, el curso del trastorno y la historia familiar según criterios RDC fueron evaluados e identificados cuatro veces más en pacientes con EDM con características mixtas y arrojaron una asociación estadísticamente más sólida con varias características del trastorno bipolar de lo que lo hicieron los criterios DSM 5. A su vez se evidenció que aquellos síntomas considerados superpuestos por el DSM 5, fueron los más frecuentes, no así la euforia, la grandiosidad y la hipersexualidad, las cuales fueron menos representadas (Perugi et al., 2015).

Si bien esta exclusión aumenta la especificidad diagnóstica, lo hace a costa de la sensibilidad y posiblemente de la validez del diagnóstico, dado que la mayoría de los pacientes con EDM y rasgos mixtos suelen presentar estos "síntomas superpuestos" (Stahl et al., 2017; Solé et al., 2017).

De los seis patrones básicos descritos por Weygandt, tres son los más frecuentes y duraderos y, por lo tanto, de mayor importancia que ya habían sido descritos por Kraepelin. Estos patrones (el estupor maníaco, la depresión agitada y la manía improductiva), se describen en gran parte por los síntomas anteriormente considerados superpuestos y por tal razón son excluidos de los criterios diagnósticos.

En un estudio realizado por Benazzi et al. (2006), el objetivo fue identificar los signos y síntomas hipomaníacos más discriminantes en la depresión con síntomas mixtos, los cuales podrían ser útiles para guiar el diagnóstico en la práctica clínica. Los resultados sugirieron que la irritabilidad y la agitación psicomotriz son síntomas clave en la depresión mixta (Benazzi et al., 2006) y coinciden con la descripción de Kraepelin de la depresión leve excitada y con los patrones anteriormente nombrados de Weygandt. Por lo tanto, estos síntomas deberían ser los primeros a evaluar cuando se sospecha de una depresión unipolar mixta, ya que su presencia aumenta la probabilidad de diagnóstico.

Al excluir estos síntomas clave, se incrementa el riesgo de diagnóstico erróneo, ya que la depresión mixta podría ser confundida con una depresión unipolar pura (Stahl et al., 2017). Además, la irritabilidad y la agitación psicomotriz han sido identificadas como posibles factores de riesgo para las conductas suicidas en pacientes tratados con monoterapia antidepressiva, ya que pueden empeorar el estado clínico al generar más agitación, lo que resalta aún más la necesidad de evaluar estos síntomas durante el diagnóstico (Benazzi et al., 2006; Tondo et al., 2020).

Un gran promotor de reevaluar y cuestionar los criterios del DSM fue Athanasios Koukopoulos, quien postuló que la agitación psicomotora, la irritabilidad marcada y la labilidad del estado de ánimo son fundamentales para entender las depresiones mixtas que deben considerarse distintas de otros síndromes depresivos. De acuerdo con su propuesta, la depresión mixta con características de excitación psíquica es una entidad clínica separada, diferente a la depresión tradicional, que debería reconocerse bajo un diagnóstico propio.

Koukopoulos identificó dos formas de depresión mixta: con y sin agitación psicomotora. En la primera,

los pacientes presentan una serie de conductas motrices como caminar sin cesar o gesticular de forma excesiva. La forma sin agitación psicomotora, presenta una agitación psíquica interna reflejada en síntomas como pensamientos acelerados, insomnio precoz y una irritabilidad pronunciada. Para la depresión con agitación introdujo criterios diagnósticos que se basan en la presencia de al menos tres de los siguientes síntomas: aceleración del pensamiento, irritabilidad, labilidad del estado de ánimo, locuacidad, llanto frecuente, entre otros (Koukopoulos et al., 1992; Sani et al., 2014).

El modelo de Koukopoulos es parte de una crítica más amplia a la clasificación del DSM, que en las versiones DSM-III-R, DSM-IV no diferenciaba adecuadamente los subtipos de la depresión agitada, y que en el DSM 5 eliminó la posibilidad de diagnosticar la depresión mixta debido a su insistencia en la falta de "superposición" de síntomas maníacos y depresivos. Esta exclusión representa un error clínico, ya que los síntomas de agitación y angustia interna en la depresión mixta son suficientemente distintivos para justificar una categoría diagnóstica propia, sin necesidad de incluir elementos maníacos (Koukopoulos et al., 2013).

Según numerosos expertos, existen desacuerdos sobre si los criterios del DSM 5 capturan adecuadamente los síntomas de la depresión con características mixtas y sobre la medida en que estos síntomas pueden diferenciarse de otros trastornos comórbidos, como el trastorno límite de la personalidad, el trastorno por estrés postraumático, los trastornos por consumo de sustancias y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Stahl et al., 2017).

Debido a la confusión diagnóstica, los tratamientos actuales ofrecen un apoyo insuficiente para los profesionales que tratan a personas con EDM y rasgos mixtos. Esta falta de especificidad puede comprometer tanto el valor clínico como el de investigación de los síndromes psiquiátricos (Trede et al., 2005).

Se podría considerar la creación de una categoría diagnóstica más precisa, que aumente la sensibilidad diagnóstica, facilite la detección temprana de los síntomas y asegure un tratamiento adecuado, desempeñando también un papel en la prevención del suicidio en esta población.

El pronóstico de la locura maníaco depresiva

Weygandt plantea una serie de casos clínicos donde destaca, independientemente de las formas que describe, el hecho común del buen pronóstico, en el uni-

verso de la locura maníaca depresiva. Lo manifiesta, incluso, en pacientes que luego de haber cursado una manía improductiva, con el componente distintivo de pobreza cognitiva con el matiz de una evolución degenerativa, culminan restituyendo completamente. Es probable que entre los casos que Weygandt asistía como médico interno de la clínica de Heidelberg, aquellos internados por cuadros maníacos depresivos contrastaran en su progresión con otros que padecían demencia precoz, parálisis general progresiva, retrasos mentales o demencias. Los estados mixtos concluían, luego de períodos de hospitalización más o menos prolongados, con la posibilidad que el paciente retorne a su hogar y sus actividades, algo que no ocurría con otras patologías progresivas que se caracterizaban por extenso deterioro y requerían internaciones crónicas. Desde esa referencia, el análisis de Weygandt es acertado. No obstante, el avance del conocimiento del trastorno bipolar indica que la evolución favorable no ocurre en todos los casos (Hirshfield et al., 2005; Smith et al., 2012; Grande et al., 2016; Voelker et al., 2024). En la actualidad el trastorno bipolar se considera una patología crónica y severa (Hirshfield et al., 2005; Smith et al., 2012; Grande et al., 2016; Voelker et al., 2024), siendo una de las principales causas de discapacidad entre los jóvenes. Se vincula a deterioro cognitivo y funcional y a una elevada prevalencia de comorbilidades psiquiátricas y médicas (Grande et al., 2016; Voelker et al., 2024). Además eleva la tasa de mortalidad, principalmente por suicidio (Grande et al., 2016; Rosso et al., 2020; Voelker et al., 2024), teniendo la tasa más elevada de todas las condiciones psiquiátricas (Miller et al., 2020). Las personas que padecen esta patología tienen una disminución de la expectativa de vida de entre 12 y 14 años (Voelker et al., 2024).

Particularmente los estados mixtos parecen tener aún peores indicadores. El inicio de la patología se da de forma más prematura que las formas puras (Perugi & Akiskal, 2005; Benazzi, 2008; Azorín et al., 2012; Vieta & Valenti, 2013), los pacientes tienden a tener episodios más numerosos y prolongados (Martin-Carrasco et al., 2012; Vieta & Valenti, 2013; Vázquez et al., 2018) y presentan mayor deterioro de la funcionalidad (Vieta & Valenti, 2013; Grande et al., 2016). Además, los estados mixtos se vinculan con mayor comorbilidad, abuso de sustancias, tasas de suicidio y una peor respuesta a los tratamientos convencionales (Baldessarini et al., 2010; Gonzalez-Pinto et al., 2010; Vieta & Valenti, 2013; Vázquez et al., 2018).

Cuando Weygandt escribió su texto no se contaba con tratamientos específicos, por lo tanto, la peor

respuesta a los tratamientos (Yildiz et al., 2011) es un hecho que no podría haber constatado. Los estados mixtos de la locura maníaco depresiva, en resumen, no presentan el buen pronóstico que les asigna Weygandt y representan una forma de mayor gravedad y peor curso según los estándares psiquiátricos contemporáneos (Vieta & Valenti, 2013).

Conclusiones

El trabajo de observación y descripción que realizó Weygandt en su monografía permite varias conclusiones que confirman su teoría y muestran una sorprendente actualidad.

La trilogía afecto, psicomotricidad, pensamiento y sus expresiones, contrapuestas e irreconciliables sólo en apariencia, es fundamento para plantear la unidad de la LMD. El intercambio de polaridad, el tránsito entre un estado y otro, las innumerables combinaciones posibles, que se derivan de cambios cuantitativos y cualitativos de las áreas involucradas, generan estados mixtos que preceden, continúan o modifican episodios puros de manía o depresión, cuando no son la manifestación que predomina.

Si bien los estados mixtos se encuentran mayormente asociados a formas clásicas de manía y depresión y son de corta duración, también es posible que se observen como una manifestación en sí misma de la locura maníaco depresiva y que tengan una duración variable que puede llegar a años. El hecho de que normalmente sean estados breves y transitorios no descarta su ocurrencia como única manifestación y su curso prolongado.

En todas las formas de locura maníaco depresiva y, particularmente en los estados mixtos, más que los rasgos característicos que se describen en cada caso, la inestabilidad es la característica esencial en cada uno de ellos.

No hay jerarquía sintomática. El hecho de que el conocimiento de alguna de las áreas supere a otra, no indica niveles de importancia ni subordinación.

En tanto forman parte de la locura maníaco depresiva, los estados mixtos, aún en sus estados más severos, presentan un pronóstico favorable, así como intervalos libres de patología de duración variable. En este punto, es necesario señalar que, en el momento de su desarrollo, las conclusiones sobre su evolución surgían de la comparativa, más o menos explícita, con el curso de patologías como la demencia precoz, la parálisis general progresiva o los retrasos mentales, de indudable naturaleza deteriorante. Frente a tal contra-

posición la conclusión de Weygandt conserva su sentido, aunque el progreso del conocimiento de la patología ya no hace posible atribuir un buen pronóstico en todos los casos.

Finalmente, el curso a lo largo del tiempo es fundamental para la identificación de los estados mixtos. "Para el estado actual de nuestros conocimientos debemos limitarnos, esencialmente, a la versión clínica", decía Weygandt en 1899. Habiendo pasado más de un siglo, el avance de la ciencia en general y de los métodos de evaluación en particular no han podido aún, en el campo de los trastornos del humor, desarrollar una herramienta diagnóstica más efectiva que una atenta y paciente observación.

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

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Ed)*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- Angst, J., & Marneros, A. (2001). Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *Journal of affective disorders*, 67(1-3), 3–19. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(01\)00429-3](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(01)00429-3)
- Azorin, J. M., Aubrun, E., Bertsch, J., Reed, C., Gerard, S., & Lukasiewicz, M. (2009). Mixed states vs. pure mania in the French sample of the EM-BLEM study: results at baseline and 24 months - European mania in bipolar longitudinal evaluation of medication. *BMC psychiatry*, 9, 33. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-33>
- Akiskal, H. S. (1994). The temperamental borders of affective disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 379, 32–37. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05815.x>
- Akiskal, H. S., Hantouche, E. G., & Allilaire, J. F. (2003). Bipolar II with and without cyclothymic temperament: "dark" and "sunny" expressions of soft bipolarity. *Journal of affective disorders*, 73(1-2), 49–57. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00320-8](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00320-8)
- Akiskal, K. K., & Akiskal, H. S. (2005). The theoretical underpinnings of affective temperaments: implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. *Journal of affective disorders*, 85(1-2), 231–239. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.08.002>
- Akiskal, H. S. (2005). The dark side of bipolarity: detecting bipolar depression in its pleomorphic expressions. *Journal of affective disorders*, 84(2-3), 107–115. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.06.003>
- Akiskal, H. S., & Vázquez, G. H. (2006). Una expansión de las fronteras del trastorno bipolar: validación del concepto de espectro [Widening the borders of the bipolar disorder: validation of the concept of bipolar spectrum]. *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*, 17(69), 340–346.
- Baldessarini, R. J., Salvatore, P., Khalsa, H. M., & Tohen, M. (2010). Dissimilar morbidity following initial mania versus mixed-states in type-I bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 126(1-2), 299–302. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.03.014>
- Benazzi, F. (2008). Reviewing the diagnostic validity and utility of mixed depression (depressive mixed states). *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 23(1), 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.07.003>
- Benazzi, F., & Akiskal, H. S. (2006). Psychometric delineation of the most discriminant symptoms of depressive mixed states. *Psychiatry research*, 141(1), 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.07.024>
- Berrios, G. E. (1988). Melancholia and depression during the 19th century: a conceptual history. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 153, 298–304. <https://doi.org/10.1192/bjp.153.3.298>
- Berrios, G. E. (2008). Historia de los Síntomas de los Trastornos Mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. Fondo de Cultura Económica. p 45.
- Cermolacce, M., Belzeaux, R., Corr eard, N., Dassa, D., Dubois, M., Micolaud-Franchi, J. A., Pringuey, D., Fakra, E., Maurel, M., & Azorin, J. M. (2013). Une approche historique des  tats mixtes [Short history of mixed states]. *L'Encephale*, 39 Suppl 3, S129–S133.
- Cetkovich-Bakmas, M., Abadi, A., Camino, S., García Bonetto, G., Herbst, L., Marengo, E., Torrente, F., Maresca, T., Bustin, J., Morra, C., Corral, R., Sotelo, D., Strejilevich, S., Pessio, J., Vilapri o, J. J., Vilapri o, M., V azquez, G., & Corrales, A. (2023). Tercer Consenso Argentino sobre el manejo de los Trastornos Bipolares. Segunda Parte B [Third Argentine Consensus statement on management Bipolar Disorders. Section 2 B]. *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*, 34(160, abr.-jun.), 25–53. <https://doi.org/10.53680/vertex.v34i160.459>
- Dayer, A., Aubry, J. M., Roth, L., Ducrey, S., & Bertschy, G. (2000). A theoretical reappraisal of mixed states: dysphoria as a third dimension. *Bipolar disorders*, 2(4), 316–324. <https://doi.org/10.1034/j.1399-5618.2000.020404.x>
- González-Pinto, A., Alberich, S., Barbeito, S., Alonso, M., Vieta, E., Martínez-Ar n, A., Saenz, M., & López, P. (2010). Different profile of substance abuse in relation to predominant polarity in bipolar disorder: The Vitoria long-term follow-up study. *Journal of affective disorders*, 124(3), 250–255. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.11.005>
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *Lancet (London, England)*, 387(10027), 1561–1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)
- Henry, C., Swendsen, J., Van den Bulke, D., Sorbara, F., Demotes-Mainard, J., & Leboyer, M. (2003). Emotional hyper-reactivity as a fundamental mood characteristic of manic and mixed states. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 18(3), 124–128. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(03\)00041-](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(03)00041-)
- Henry, C., M'Bailara, K., Mathieu, F., Poinot, R., & Falissard, B. (2008). Construction and validation of a dimensional scale exploring mood disorders: MATHyS (Multidimensional Assessment of Thymic States). *BMC psychiatry*, 8, 82. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-82>
- Hirschfeld, R. M., & Vornik, L. A. (2005). Bipolar disorder--costs and comorbidity. *The American journal of managed care*, 11(3 Suppl), S85–S90.
- Kendler, K. S. (2020). The impact of faculty psychology and theories of psychological causation on the origins of modern psychiatric nosology. (in: Kendler, K. S., Parnas, J., & Zachar, P. (Eds.). Levels of analysis in psychopathology: cross-disciplinary perspectives. Cambridge University Press.
- Kesebir, S., G ndo ar, D., K  ksubaşı, Y., & Tatlıdil Yayılcı, E. (2013). The relation between affective temperament and resilience in depression: a controlled study. *Journal of affective disorders*, 148(2-3), 352–356. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.12.023>
- Koukopoulos, A., Sani, G., Koukopoulos, A. E., Manfredi, G., Pacchiarotti, I., & Girardi, P. (2007). Melancholia agitata and mixed depression. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (433), 50–57. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.00963.x>
- Koukopoulos, A., & Sani, G. (2014). DSM-5 criteria for depression with mixed features: a farewell to mixed depression. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 129(1), 4–16. <https://doi.org/10.1111/acps.12140>
- Koukopoulos, A., Sani, G., & Ghaemi, S. N. (2013). Mixed features of depression: why DSM-5 is wrong (and so was DSM-IV). *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 203(1), 3–5. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.124404>
- Leary, D. E. (1982). Immanuel Kant and the Development of Modern Psychology. In *The Problematic Science: Psychology in Nineteenth Century*

- Thought, edited by William Ray Woodward and Mitchell G. Ash. Praeger, pp17-42.
- Leonhard, K. (1999). *Clasificación de las Psicosis Endógenas y su Etiología Diferenciada*. Polemos.
- Luque, R., & Berrios, G. E. (2011). Historia de los trastornos afectivos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(5), 130S-146S.
- M'Bailara, K., Atzeni, T., Colom, F., Swendsen, J., Gard, S., Desage, A., & Henry, C. (2012). Emotional hyperreactivity as a core dimension of manic and mixed states. *Psychiatry research*, 197(3), 227–230. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.003>
- Mackinnon, D. F., & Pies, R. (2006). Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. *Bipolar disorders*, 8(1), 1–14. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00283.x>
- Marneros, A. (2001). Origin and development of concepts of bipolar mixed states. *Journal of affective disorders*, 67(1-3), 229–240. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(01\)00437-2](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(01)00437-2)
- Martin-Carrasco, M., Gonzalez-Pinto, A., Galan, J. L., Ballesteros, J., Maurino, J., & Vieta, E. (2012). Number of prior episodes and the presence of depressive symptoms are associated with longer length of stay for patients with acute manic episodes. *Annals of general psychiatry*, 11(1), 7. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-11-7>
- Martino, D. J., Valerio, M. P., & Parker, G. (2020). The structure of mania: An overview of factorial analysis studies. *European psychiatry*, 63(1), e10. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.18>
- Miller, J. N., & Black, D. W. (2020). Bipolar Disorder and Suicide: a Review. *Current psychiatry reports*, 22(2), 6. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1130-0>
- Müller, J. K., Leweke, F. M. (2016). Bipolar disorder: clinical overview. *Med Monatsschr Pharm*, 39(9), 363-9.
- Perugi, G., Akiskal, H. S. (2005). Emerging concepts of mixed states: a longitudinal perspective. In: Marneros, A., Goodwin, F.K. (Eds.), *Emerging Concepts of Mixed States: A Longitudinal Perspective*. Cambridge University Press, pp. 45–60.
- Perugi, G., Angst, J., Azorin, J. M., Bowden, C. L., Mosolov, S., Reis, J., Vieta, E., Young, A. H., & BRIDGE-II-Mix Study Group (2015). Mixed features in patients with a major depressive episode: the BRIDGE-II-MIX study. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(3), e351–e358. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09092>
- Pichot, P.(2004). 150ème anniversaire de la Folie Circulaire [Circular insanity, 150 years on]. *Bull Acad Natl Med*. 188(2):275-84.
- Renaud, S. M., & Zacchia, C. (2012). Toward a definition of affective instability. *Harvard review of psychiatry*, 20(6), 298–308. <https://doi.org/10.3109/10673229.2012.747798>
- Rihmer, Z., Akiskal, K. K., Rihmer, A., & Akiskal, H. S. (2010). Current research on affective temperaments. *Current opinion in psychiatry*, 23(1), 12–18. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833299d4>
- Rosso, G., Albert, U., Bramante, S., Aragno, E., Quarato, F., Di Salvo, G., & Maina, G. (2020). Correlates of violent suicide attempts in patients with bipolar disorder. *Comprehensive psychiatry*, 96, 152136. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.152136>
- Maggini, C., Salvatore, P., Gerhard, A., & Migone, P. (2000). Psychopathology of stable and unstable mixed states: a historical view. *Comprehensive psychiatry*, 41(2), 77–82. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(00\)90136-6](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(00)90136-6)
- Salvatore, P., Baldessarini, R. J., Centorrino, F., Egli, S., Albert, M., Gerhard, A., & Maggini, C. (2002). Weygandt's On the Mixed States of Manic-Depressive Insanity: a translation and commentary on its significance in the evolution of the concept of bipolar disorder. *Harvard review of psychiatry*, 10(5), 255–275. <https://doi.org/10.1080/10673220216283>
- Sani, G., Vöhringer, P. A., Napoletano, F., Holtzman, N. S., Dalley, S., Girardi, P., Ghaemi, S. N., & Koukopoulos, A. (2014). Koukopoulos' diagnostic criteria for mixed depression: a validation study. *Journal of affective disorders*, 164, 14–18. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.03.054>
- Scott, J., Murray, G., Henry, C., Morken, G., Scott, E., Angst, J., Merikangas, K. R., & Hickie, I. B. (2017). Activation in Bipolar Disorders: A Systematic Review. *JAMA psychiatry*, 74(2), 189–196. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3459>
- Smith, D. J., Whitham, E. A., & Ghaemi, S. N. (2012). Bipolar disorder. *Handbook of clinical neurology*, 106, 251–263. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52002-9.00015-2>
- Solé, E., Garriga, M., Valentí, M., & Vieta, E. (2017). Mixed features in bipolar disorder. *CNS spectrums*, 22(2), 134–140. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000869>
- Stahl, S. M., Morrisette, D. A., Faedda, G., Fava, M., Goldberg, J. F., Keck, P. E., Lee, Y., Malhi, G., Marangoni, C., McElroy, S. L., Ostacher, M., Rosenblat, J. D., Solé, E., Suppes, T., Takeshima, M., Thase, M. E., Vieta, E., Young, A., Zimmerman, M., & McIntyre, R. S. (2017). Guidelines for the recognition and management of mixed depression. *CNS spectrums*, 22(2), 203–219. <https://doi.org/10.1017/S1092852917000165>
- Taylor, M., & Abrams, R. (1973). Manic states. A genetic study of early and late onset affective disorders. *Archives of general psychiatry*, 28(5), 656–658. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1973.01750350036007>
- Trede, K., Salvatore, P., Baethge, C., Gerhard, A., Maggini, C., & Baldessarini, R. J. (2005). Manic-depressive illness: evolution in Kraepelin's Textbook, 1883-1926. *Harvard review of psychiatry*, 13(3), 155–178. <https://doi.org/10.1080/10673220500174833>
- Tondo, L., Vazquez, G. H., & Baldessarini, R. J. (2020). Suicidal Behavior Associated with Mixed Features in Major Mood Disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 43(1), 83–93. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.10.008>
- Vázquez, G. H., Gonda, X., Zaratiegui, R., Lorenzo, L. S., Akiskal, K., & Akiskal, H. S. (2010). Hyperthymic temperament may protect against suicidal ideation. *Journal of affective disorders*, 127(1-3), 38–42. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.015>
- Vázquez, G. H., Lolic, M., Cabrera, C., Jokic, R., Kolar, D., Tondo, L., & Baldessarini, R. J. (2018). Mixed symptoms in major depressive and bipolar disorders: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 225, 756–760. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.006>
- Voelker, R. (2024). What Is Bipolar Disorder?. *JAMA*, 331(10), 894. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.24844>
- Vieta, E., & Valentí, M. (2013). Mixed states in DSM-5: implications for clinical care, education, and research. *Journal of affective disorders*, 148(1), 28–36. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.007>
- Yildiz, A., Vieta, E., Tohen, M., & Baldessarini, R. J. (2011). Factors modifying drug and placebo responses in randomized trials for bipolar mania. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 14(7), 863–875. <https://doi.org/10.1017/S1461145710001641>
- Young, M. A., Abrams, R., Taylor, M. A., Meltzer, H. Y. (1983). Establishing diagnostic criteria for mania. *J Nerv Ment Dis*, 171(11), 676-82.
- Weygandt, W. (1899). *Über die Mischzustände des Manisch- Depressiven Irreseins*. J.F. Lehmann.

Primer Consenso Argentino sobre el manejo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la adultez. Segunda parte: clínica del TDAH en la adultez, evaluación diagnóstica, comorbilidades y diagnósticos diferenciales

First Argentine Consensus on the management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in adulthood. Second part: ADHD clinics in adulthood, diagnostic assessment, comorbidities and differential diagnoses

Andrea Abadi¹, Marcelo Cetkovich-Bakmas², Hernán Klijanjan³, Norma Echavarria⁴, Alicia Lischinsky⁵, Pablo López⁶, Claudio Michanie⁷, Tomás Maresca⁸, Carolina Remedi⁹, Osvaldo Rovere¹⁰, Fernando Torrente¹¹, Marcela Waisman Campos¹², Gerardo Mavral¹³, Teresa Torralva¹⁴, Diego Canseco¹⁵, Amalia Dellamea¹⁶, Andrea López Mato¹⁷, Gustavo Vázquez¹⁸, Alejo Corrales¹⁹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v36i167.802>

RECIBIDO 1/9/2024 - ACEPTADO 15/10/2024

¹Psiquiatra Infanto-Juvenil. Directora del Departamento Infanto-Juvenil y Docente, Universidad Favaloro.

²Vice Presidente AAP. Director Médico de INECO. Profesor del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad Favaloro. <https://orcid.org/0000-0001-6822-1406>

³Presidente de la Asociación de Psiquiatría de Rosario. Cátedra de Psiquiatría de Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

⁴Presidente Capítulo TDAH (AAP). Miembro de la Federación Mundial de TDAH. <https://orcid.org/0009-0006-3655-3434>

⁵Directora del Depto. de Salud Mental y Psiquiatría. FCM. Universidad Favaloro. Directora Diplomatura en TDAH en la adultez, Universidad Favaloro. <https://orcid.org/0000-0002-2610-3492>

⁶Secretario Académico de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Conducta, Universidad Favaloro. Director de la Carrera de Psicología, Universidad Favaloro. Director Académico de INECO. Coordinador de Centro Cochrane Afiliado-Fundación INECO. Docente de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-7368-2220>

⁷Psiquiatra Infanto-Juvenil. Jefe de Sección Infanto-Juvenil del Departamento de Psiquiatría de CEMIC. Buenos Aires, Argentina.

⁸Presidente de AAPB, Argentina.

⁹Universidad Católica de Córdoba, Argentina.

¹⁰Miembro Capítulo TDAH (AAP).

¹¹Director de Psicoterapia del Grupo INECO. Decano, Facultad de Ciencias Humanas y de la Conducta, Universidad Favaloro. Investigador del Instituto de Neurociencias Cognitivas y Traslacionales (CONICET-Fundación INECO-Universidad Favaloro). <https://orcid.org/0000-0001-7470-6979>

¹²Psiquiatra. Neuróloga Cognitiva. Magíster en Neuropsicofarmacología. Directora del Centro Neomed. Docente titular, Maestría de Neuropsicofarmacología, Universidad Favaloro y de Maestría de adicciones, USAL. <https://orcid.org/0000-0003-2728-7876>

¹³Asociación de Psiquiatría de Rosario.

¹⁴Instituto de Neurociencia Cognitiva y Traslacional (INCYT), Instituto de Neurología Cognitiva, Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina.

¹⁵Farmacéutico. Especialista en Biotecnología Bioquímico-Farmacéutica y Divulgador Científico por la Facultad de Farmacia y Bioquímica (FFyB), Universidad de Buenos Aires (UBA).

¹⁶Directora y profesora de los cursos de Redacción de Materiales Científicos y de Divulgación Científica, de la Secretaría de Posgrado de la Facultad de Farmacia y Bioquímica, Universidad de Buenos Aires (UBA). Posgraduada en el Programa de Divulgación Científica (CONICET-UBA). Magíster en Educación Social y Animación sociocultural (Universidad de Sevilla).

¹⁷Instituto de Psiquiatría Biológica Integral IPBI. Buenos Aires, Argentina.

¹⁸Department of Psychiatry, School of Medicine, Queen's University. Kingston, Ontario, Canadá. <https://orcid.org/0000-0002-2918-3336>

¹⁹Magíster en Biología Molecular e Ingeniería Genética, Universidad Favaloro. Docente de la Universidad Nacional de Tucumán (UNT). Presidente del Capítulo de Psiquiatría genética (AAP), Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-5224-5267>

Autor correspondiente

Alejo Corrales

alejocorrales@hotmail.com

Institución donde se realizó el estudio: Asociación Argentina de Psiquiatría Biológica (AAPB).



Resumen

Este documento corresponde a la Segunda Parte del Primer Consenso Argentino sobre el manejo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la adultez, en la que se sintetiza la evidencia actualizada sobre los abordajes terapéuticos integrales de esta patología en pacientes adultos. Siguiendo la metodología descrita en la primera parte del consenso, el panel de expertos realizó una exhaustiva revisión de la bibliografía y, tras un debate sobre la información disponible, se generó esta segunda sección del documento, que abarca los aspectos clínicos y diagnósticos. Durante la elaboración de estas guías, se decidió incorporar algunos puntos que estimamos serán de gran utilidad para los equipos interdisciplinarios encargados de tratar a pacientes adultos con TDAH. En tal sentido, en la segunda parte de este documento se abordarán los aspectos clínicos del TDAH en la adultez, la evaluación diagnóstica, el perfil neuropsicológico, las comorbilidades y los diagnósticos diferenciales.

Palabras clave: detección del TDAH adulto, atención, hiperactividad, comorbilidad psiquiátrica, evaluación diagnóstica, neuropsicología, comorbilidad médica no psiquiátrica, diagnósticos diferenciales

Abstract

This document constitutes the second section of the First Argentine Consensus on the management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adulthood. The focus of this section is the synthesis of updated evidence on comprehensive therapeutic approaches to the condition in adult patients. The methodology described in the first part of the Consensus was followed, with the panel of experts carrying out an exhaustive review of the literature. This was followed by a subsequent debate on the available information, which resulted in the generation of this second section of the document, covering clinical and diagnostic aspects. During the debate and discussion stage of the formulation of these guidelines, it was decided to incorporate some points that are believed to be of great utility for the interdisciplinary team responsible for the management of ADHD patients in adulthood. In this sense, the second part of this document will address the clinical aspects of ADHD in adulthood, diagnostic assessment, neuropsychological profile, comorbidities and differential diagnoses.

Keywords: adult ADHD screening, attention, hyperactivity, psychiatric comorbidity, diagnostic assessment, neuropsychology, non-psychiatric medical comorbidity, differential diagnoses

10. Clínica del TDAH en la adultez¹

Aunque los síntomas centrales del TDAH siguen siendo básicamente los mismos que en la infancia —es decir, falta de atención, hiperactividad e impulsividad—, su expresión puede variar considerablemente. La modificación fenotípica de los síntomas del TDAH en la adultez ha sido ampliamente reconocida como la razón por la cual este trastorno se consideraba superado en esta fase de la vida (Pallanti y Salerno, 2020).

La presentación clínica es muy heterogénea y muestra un espectro sintomático amplio que puede solaparse con otros desórdenes de salud mental, enfermedades somáticas o ciertas situaciones como la privación de sueño o el cansancio extremo (Franke et al., 2018), por lo que es muy importante que se in-

cluya la capacitación entre profesionales de la salud y la educación para su correcta identificación.

Las manifestaciones sintomáticas del TDAH en adultos se expresan de manera dimensional (Heidbreder, 2015). Los síntomas característicos pueden encontrarse en el espectro general de la población; sin embargo, en las personas afectadas por el trastorno, estos síntomas se presentan con una mayor intensidad y frecuencia, y persisten a lo largo de la vida, causando una disfunción significativa en múltiples áreas. Así, los individuos con TDAH han convivido con estos síntomas a lo largo de su vida, frecuentemente identificándolos como parte de su personalidad (Martel et al., 2011). En algunos casos, los afectados pueden no reconocerlos como fuera de lo normal. En contextos

1. La numeración de apartados es correlativa de la Primera Parte de este Consenso, publicada en el número 166 de Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, disponible en el siguiente enlace: [LINK](#)

clínicos, un motivo común para que los adultos busquen una evaluación es el diagnóstico de TDAH en sus propios hijos o en alguien cercano. Actualmente, con la mayor divulgación en redes sociales y medios de comunicación sobre el trastorno, muchos pacientes acuden a sus médicos solicitando una evaluación diagnóstica para el TDAH (CADDRA, 2020).

Un adulto con TDAH normalmente informará que tiene dificultades para comenzar con las tareas, priorizar actividades y hacer las cosas de manera organizada. Los adultos jóvenes que han decidido continuar sus estudios y asistir a la universidad pueden quejarse de una tendencia a posponer las cosas para el último momento (procrastinación) y de experimentar una falta de motivación cuando tienen que terminar tareas largas y monótonas. Así, lo normal es que no logren organizarse consistentemente y que tengan un estilo de vida caótico, en donde la mala gestión del tiempo y el lema “luego lo haré” generalmente se hacen evidentes para aquellas actividades que les resultan aburridas, desagradables o que no pertenecen al “ocio” (Kooij, 2019).

En ocasiones, estos aspectos pueden ser reportados por uno de los padres, por la pareja o por otras personas cercanas al individuo que está siendo evaluado y que niega ser “ese tipo de persona”. De hecho, el paciente puede reiterar que encuentra dificultades solo en aquellas cosas que no le gusta hacer, porque serían inútiles y sin valor para él. Sin embargo, se ha descrito en la literatura científica un exceso de concentración o “hiperfoco” en personas con TDAH cuando realizan actividades que les parecen interesantes (Kooij, 2019).

La dificultad para mantener el interés y el rendimiento en tareas consideradas “poco interesantes” o lentas es una característica clínica significativa en individuos con TDAH, acompañada de una alta variabilidad en su desempeño. Por ejemplo, un paciente con este trastorno puede sobresalir en una o dos actividades que le resulten particularmente atractivas, mientras que puede rendir deficientemente o descuidar otras de igual o mayor importancia. Esto puede llevar a que los observadores interpreten su comportamiento como falta de voluntad o pereza, especialmente en tareas cotidianas como pagar cuentas, responder mensajes, organizar compras o agendar citas médicas (Asherson, 2005).

Además, suelen presentar dificultades para expresar una idea en forma sencilla y clara. En efecto, pueden mostrar esfuerzo para pensar o definir opciones, y en las consultas exhiben una comunicación confusa por las excesivas ramificaciones que tiene el relato de su historia (Kooij, 2022).

En la edad adulta, la hiperactividad puede no ser tan evidente y constituye un síntoma que experimenta una transformación significativa a lo largo de la vida. Puede manifestarse como una sensación de inquietud interna, incapacidad para permanecer quieto durante períodos prolongados y la necesidad constante de mantenerse ocupado. Las personas con TDAH a menudo describen su experiencia como si funcionaran con un mecanismo de “encendido-apagado”: en los días “encendidos”, típicamente laborales, pueden sentirse extremadamente enérgicos, ocupados y en una carrera constante contra el tiempo; por otro lado, en los días “apagados” o de descanso—como fines de semana o vacaciones—, pueden experimentar una sensación extrema de pereza, falta de motivación y aburrimiento profundo. La práctica de un deporte puede ayudar a reducir el nivel de hiperactividad y hacerlo más manejable, aunque existe el riesgo de practicarlo en exceso, lo que puede llevar a lesiones (Kooij, 2019).

En adultos con TDAH, la impulsividad, al igual que en la infancia, sigue manifestándose a través de una serie de comportamientos. Estos incluyen actuar sin pensar primero, mostrar impaciencia y dificultad para esperar el turno, hacer comentarios que pueden ser percibidos como faltos de tacto, gastar dinero en exceso, abandonar empleos, iniciar y terminar relaciones de manera abrupta debido al aburrimiento, buscar novedades y participar en comportamientos riesgosos como conducir imprudentemente, consumir sustancias y participar en actividades transgresoras (Pallanti y Salerno, 2020).

Además de los síntomas centrales del TDAH, la disregulación emocional (DE) está frecuentemente presente en adolescentes y adultos con este trastorno, y ha sido reconocida en el DSM-5 como un elemento que respalda el diagnóstico. De hecho, la DE está presente en el 53-86 % de los adultos con TDAH (Reimherr, 2010a; Robinson, 2010), y parece estar más fuertemente correlacionada con la hiperactividad/impulsividad que con la falta de atención (Barkley, 2018; Skirrow, 2013). Es posible que las personas con TDAH sufran problemas de conducta, tanto por su capacidad alterada para percibir emociones, como por su escaso potencial para controlar y cambiar la valencia emocional (Shaw et al., 2014; Martel, 2011). La DE puede manifestarse como aumento de la irritabilidad, arrebatos de mal genio, pérdida de la templanza, baja tolerancia a eventos o situaciones frustrantes, resentimiento y enojo con facilidad con los demás (Pallanti y Salerno, 2020).

La DE se diferencia de la labilidad emocional que caracteriza los episodios maníacos, hipomaníacos o depresivos, ya que refleja respuestas emocionales excesivas ante eventos o interacciones con otras personas. Estos cambios son de corta duración y pueden regresar a sus valores iniciales en pocas horas (Kooij, 2019; Skirrow, 2013). Hay evidencia que indica que la labilidad emocional responde al tratamiento de manera paralela a los síntomas centrales del TDAH (Reimherr, 2010a; Reimherr, 2010b; Rösler, 2010) (ver Tabla 3).

La divagación mental (*mind wandering*) es una experiencia universal en la que la mente se aleja de la actividad principal y se centra en pensamientos e imágenes internos que no están relacionados con esta tarea (Smallwood, 2006). El TDAH parece caracterizarse por una divagación mental excesiva y espontánea (es decir, involuntaria), que podría deberse a la regulación alterada de la red en modo predeterminado y a la actividad de la red de control ejecutivo. En efecto, según Bozhilova et al. (2018), los déficits de rendimiento cognitivo que caracterizan a las personas con TDAH pueden resultar de la distracción interna debido a una divagación mental excesiva, o de la interferencia con las funciones neuronales dependientes de tareas causadas por una actividad en modo predeterminado alta.

Por otro lado, la divagación mental también es una peculiaridad de otros trastornos de salud mental, como los trastornos depresivos y obsesivos. Sin embargo, en el TDAH, esta se caracteriza por pensamientos dispersos, desenfocados y de corta duración, sin un patrón repetitivo o anomalías en el contenido. La investigación ha encontrado que la divagación excesiva de la mente está fuertemente correlacionada con los síntomas del TDAH y es un sólido predictor del diagnóstico, con una sensibilidad y especificidad de alrededor del 90 % para diferenciar entre casos y controles. Además, esta divagación covariaba con los síntomas del TDAH durante un período de seis meses y era un mejor predictor de alteraciones relacionadas con el TDAH que los síntomas de falta de atención e hiperactividad-impulsividad (Mowlem, 2019).

En la actualidad, existen dos manuales que se utilizan para diagnosticar el TDAH: el DSM-5 (ver Tabla 4) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Dado que el TDAH ha sido reconocido como un trastorno que afecta a personas a lo largo de su vida, los criterios de diagnóstico para adolescentes y adultos se han ajustado en el DSM-5. A continuación,

se destacan algunos de los aspectos más relevantes.

- Al presente, el TDAH se encuentra en el capítulo “Trastornos del Neurodesarrollo”, que incluye afeciones asociadas con factores que comprometen al desarrollo del cerebro.
- Se han adaptado los criterios de diagnóstico y se añadieron ejemplos que describen cómo se expresan los síntomas del TDAH a lo largo de la vida.
- El criterio de edad de inicio se ha modificado, y se requiere que varios síntomas estén presentes antes de los 12 años, en lugar de algunos síntomas y deterioro antes de los 7 años.
- El término “subtipo” ha sido reemplazado por “forma de presentación”, lo que refleja la variación de los síntomas del TDAH dentro del mismo individuo a lo largo de la vida.
- El umbral de síntomas requerido se ha reducido a cinco en lugar de seis para adolescentes mayores y adultos (mayores de 17), ya sea en el dominio de falta de atención o de hiperactividad/impulsividad.
- Los criterios que requieren un deterioro significativo se han modificado a “evidencia clara de que los síntomas interfieren o reducen la calidad del funcionamiento social, académico y ocupacional”, con especificadores relacionados con el nivel de gravedad.
- La presencia de un trastorno del espectro autista (TEA) ya no es un criterio de exclusión, coincidiendo con la evidencia que muestra su frecuente coexistencia.
- El TDAH no especificado de otra manera (NOS, por sus siglas en inglés) se ha cambiado a “otro TDAH especificado” y “TDAH no especificado”.

La CIE-11, publicada en junio de 2018 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualiza la nomenclatura del TDAH y reemplaza la denominación anterior de “trastorno hiperactivo” (HKD, por sus siglas en inglés). Esta nueva clasificación alinea sus criterios diagnósticos más estrechamente con los del DSM-5, especialmente en relación con la edad de inicio y las variantes de presentación del trastorno (Kooij et al., 2019).

El DSM-5 y la escala ADHD Simpson Rating Scale (ASRS) identifican 18 síntomas que no siempre se correlacionan con la presentación clínica en adultos. Por ejemplo, al evaluar síntomas de hiperactividad/impulsividad, un individuo puede no sentirse identificado con descripciones como “estar en constante movimiento” o “sentirse impulsado por un motor”, pero puede manifestar otros comportamientos característicos, como iniciar múltiples proyectos a la vez,

Tabla 3. Manifestaciones relacionadas con el TDAH en el adulto

Hiperactividad	Sensación interna de inquietud
	Dificultad para relajarse
	Avances y retrocesos en actividades
	Hablar en exceso, muy rápido y con un volumen alto
	Dificultad para tolerar trabajos sedentarios (por ejemplo, trabajo de oficina) debido a la necesidad de moverse en exceso
	Incapacidad para permanecer quieto, con tensión muscular incrementada
	Movimientos nerviosos, <i>fidgiting</i> (inquietud), <i>rocking</i> (vaivén), y balancearse en las sillas
	Tropezar o llevarse cosas por delante debido a movimientos excesivos
Desatención	Incremento de movimientos durante el sueño
	Olvidos
	Distractibilidad
	Presentación caótica
	Dificultad para organizarse
	Dificultad para escuchar
	Dificultad para llegar puntualmente (llegadas muy tardías o muy tempranas)
	Perderser en detalles menores
	Foco excesivo (hiperfoco) temporal en tareas de interés, con dificultad para redirigir la atención cuando es requerido o en actividades cotidianas esenciales
	Dudas y dificultades para tomar decisiones o resolver problemas
	Dificultad para iniciar o finalizar tareas
	<i>Mind wandering</i> (divague de la mente)
	Mente inquieta
	Pensamientos espontáneos no relacionados, constantes, saltando de uno a otro
Pensamientos múltiples al mismo tiempo	
Pensamiento asociativo	
Impulsividad	Dificultad para esperar su turno, asociado a irritabilidad
	Actuar sin pensar
	Hacer comentarios inadecuados que causan malestar a otros
	Búsqueda de riesgos y emociones fuertes
	Iniciar vínculos demasiado rápidamente
	Incapacidad para posponer la gratificación
	Gastos excesivos o inadecuados
Abandonar o renunciar a los trabajos frecuentemente	
Desregulación emocional	Comportamientos por atracón
	Labilidad emocional
	Baja tolerancia a la frustración
	Impulsividad emocional
	Irritabilidad
Estallidos de enojo bruscos	
Incremento de síntomas premenstruales	

Nota: Tomado de "Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD", de J. Kooij et al., 2019, *European Psychiatry*, 56(1), p. 18.

hablar excesivamente, optar por deportes de alto riesgo o tener dificultades para gestionar el dinero. Esto es relevante, ya que, aunque algunas evaluaciones neurocognitivas y neuroimágenes pueden emplearse como herramientas diagnósticas, el diagnóstico del TDAH sigue siendo principalmente clínico (Barkley, 2018).

10.1 Presentación de casos

Los médicos deben mantener un alto índice de sospecha de TDAH en pacientes con antecedentes de problemas de atención, distracciones o comportamientos impulsivos a lo largo de su vida (CADDRA, 2020). Estas dificultades pueden hacerse evidentes durante las consultas de rutina, especialmente en pacientes que manifiestan signos típicos de deterioro. Los siguientes factores deben considerarse señales de alerta:

- Problemas con las habilidades organizativas: citas médicas olvidadas, mala gestión del tiempo, escritorio desordenado, desorganización en los horarios de comidas y sueño, proyectos sin terminar, incumplimiento de la medicación o dificultades para seguir instrucciones.
- Historial laboral inestable: cambios frecuentes de empleo, despidos por llegar tarde o faltar a citas, falta de preparación para reuniones, dificultad para delegar tareas, frustración en empleadores, compañeros de trabajo o clientes.
- Problemas de control de la ira: comportamiento argumentativo con figuras de autoridad, tendencia a ser controlador como padre, conflictos frecuentes con los maestros de los hijos, episodios de ira intensa.
- Hablar en exceso e interrumpir: hablar en voz alta por teléfono en lugares inapropiados, salir abruptamente para estacionar el automóvil nuevamente, responder llamadas durante exámenes o en momentos inoportunos.
- Dificultades en las relaciones de pareja: quejas del cónyuge sobre falta de atención, comentarios impulsivos durante discusiones, olvido de eventos importantes como cumpleaños o aniversarios, rupturas frecuentes.
- Problemas en la crianza: olvidar administrar medicamentos a los hijos, dificultad para establecer y mantener rutinas domésticas, dificultades para llevar a los niños a la escuela a tiempo.
- Mala gestión financiera: no pagar impuestos, sobregiros frecuentes, quedarse sin dinero, realizar compras impulsivas.
- Consumo o abuso de sustancias: uso excesivo de alcohol, marihuana, cafeína o bebidas energéticas.

- Adicciones: acumulación compulsiva, compras descontroladas, adicción sexual, comer en exceso, ejercicio compulsivo o ludopatía.
- Accidentes frecuentes y conductas riesgosas: participación en deportes extremos o frecuentes accidentes.
- Problemas al conducir: multas por exceso de velocidad, accidentes graves, pérdida de la licencia de conducir, o conducción excesivamente lenta como mecanismo de compensación por la falta de atención.

La relación entre síntomas y disfunción varía según el aumento de las demandas del entorno a medida que se transita hacia la adultez. La expectativa de resolver problemas y asumir responsabilidades de manera independiente pone de manifiesto las dificultades en el cumplimiento de estas tareas (Zorowski et al., 2015).

Un estudio de seguimiento a largo plazo (Klein, 2012) demostró que las comorbilidades tienden a aparecer temprano en el curso de la vida (es decir, desde la adolescencia hacia la edad adulta temprana). Por lo tanto, el tratamiento del TDAH en adultos representa una importante necesidad de atención médica que requiere educación médica, establecimientos apropiados dentro del sistema de atención médica e investigación adecuada sobre el tratamiento y la prestación de servicios.

Los pacientes pueden acudir a sus médicos con un síntoma principal que no se encuentre entre los criterios del DSM-5 o que es común a muchos otros trastornos. De hecho, los adultos con TDAH pueden presentar síntomas asociados como procrastinación, desorganización, falta de motivación, problemas relacionados con el sueño, ataques de ira, sensación de agobio acompañada de fatiga y/o estado de ánimo lábil. Es crucial que, mientras el médico evalúa el TDAH como trastorno primario, tenga en cuenta que el paciente se enfoca en la queja asociada (CADDRA, 2011).

El TDAH en adultos puede quedar enmascarado mediante diversas estrategias de compensación que ayudan a las personas no diagnosticadas a manejar sus síntomas. Estas estrategias pueden ser adaptativas, reduciendo el estrés a corto y largo plazo, o desadaptativas, proporcionando alivio a corto plazo, pero incrementando el estrés a largo plazo. Entre las estrategias de afrontamiento desadaptativas se incluyen la evitación, el escape, el retraimiento social, la rumiación, la resignación, la autocompasión, la culpabilidad, la agresión y el uso de drogas (Andreassen et al., 2016).

Entre las estrategias compensatorias adoptadas por adultos con TDAH no detectado, se ha investigado

ampliamente el uso excesivo del trabajo o la adicción al trabajo. Debido a la falta de atención, estas personas pueden no completar todas las tareas dentro de una jornada laboral típica y, por lo tanto, se ven obligadas a permanecer en el trabajo más tiempo (Andreassen, 2016). Además, pueden tener dificultades para concentrarse durante las horas de trabajo debido al ruido ambiental y otras distracciones, por lo que prefieren esperar a que sus compañeros se hayan marchado para poder trabajar sin molestias. Según Andreassen et al., el estrés laboral puede actuar como un estimulante, llevando a las personas con TDAH a elegir trabajos muy dinámicos y variados, caracterizados por alta presión y actividad, lo que les permite alternar entre tareas. Así, los individuos con TDAH pueden utilizar la presión laboral para mejorar su concentración y obtener estimulación (ver Tabla 4).

11. Instrumentos y escalas de evaluación para el diagnóstico y el seguimiento del TDAH en la adultez

El diagnóstico del TDAH en adultos es un proceso complejo que requiere un enfoque integral que incluya información proveniente de diversas fuentes. Por tal motivo la mayoría de las guías de práctica clínica disponibles coinciden en que los instrumentos psicométricos y las escalas de autoinforme del TDAH brindan información complementaria a la entrevista diagnóstica integral (Schneider et al., 2023).

Algunos estudios previos indican que, en muchos casos, el diagnóstico en el ámbito de la atención primaria se basa exclusivamente en medidas de autoinforme, lo que puede derivar en errores diagnósticos graves (Goodman et al., 2012; Schneider et al., 2023). Además, debido al alto costo económico de las entrevistas estructuradas y a su consiguiente menor disponibilidad, el uso excesivo de instrumentos de autoinforme representa una verdadera problemática en algunos países de ingresos bajos y medianos (Schneider et al., 2023).

Aunque existen numerosas herramientas para la evaluación de los síntomas centrales del TDAH, de los síntomas asociados y el monitoreo del tratamiento, en el ámbito local las opciones son significativamente más limitadas. Esto es especialmente importante si se considera la relevancia de contar con instrumentos que tengan indicadores adecuados de validez y confiabilidad en la población argentina, lo que en efecto permite arribar a un diagnóstico más preciso y facilita la adaptación de las intervenciones para maximizar la obtención de resultados favorables (Ramsay, 2017).

A continuación, se describen las entrevistas estructuradas con versiones en español y las opciones de instrumentos de autoinforme que han sido sometidos a algún tipo de análisis psicométrico en la población local.

11.1 Entrevistas estructuradas

La entrevista diagnóstica para el TDAH en adultos (DIVA-5, por sus siglas en inglés) (DIVA Foundation, 2017) es una de las herramientas estructuradas más utilizadas tanto en el ámbito clínico como en la inves-

Tabla 4. Criterios de síntomas del TDAH según el DSM-5

	Criterio A1 Síntomas de falta de atención	Criterio A2 Síntomas hiperactivos-impulsivos
1	A menudo no presta mucha atención a los detalles o comete errores por descuido en el trabajo escolar	A menudo se mueve inquieto con las manos o los pies o se retuerce en el asiento
2	A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego	A menudo deja su asiento en el aula cuando se espera que permanezca sentado
3	A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente	A menudo corre o trepa excesivamente en situaciones en las que no es apropiado
4	A menudo no sigue las instrucciones y no termina el trabajo escolar	A menudo tiene dificultad para jugar o realizar actividades de ocio tranquilamente
5	A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades	A menudo está "en movimiento" o actúa como si estuviera "impulsado por un motor"
6	A menudo evita, no le gustan o se involucra de mala gana en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido	A menudo habla excesivamente
7	A menudo pierde cosas necesarias para las actividades (por ejemplo, tareas escolares, lápices o libros)	A menudo deja escapar respuestas a las preguntas antes de haberlas completado
8	A menudo se distrae con estímulos extraños	A menudo tiene dificultades para esperar su turno
9	A menudo es olvidadizo en las actividades diarias	A menudo interrumpe o se entromete (por ejemplo, se entromete en conversaciones y/o juegos)

tigación. Esta versión está actualizada según los criterios del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) y está disponible en múltiples idiomas, incluido el español.

La DIVA-5 evalúa los síntomas del TDAH tanto en la infancia como en la adultez, su cronicidad y su impacto en la vida cotidiana en cinco áreas de funcionamiento: a) trabajo/educación; b) relaciones y vida familiar; c) contactos sociales; d) tiempo libre; y e) autoconfianza/autoimagen.

Existen otras entrevistas estructuradas disponibles en español, como la Conners Adult ADHD Diagnostic Interview (Ramos-Quiroga et al., 2012) y la Mini International Neuropsychiatric Interview PLUS (Palma-Álvarez et al., 2023), cuya principal limitación es que ambas están basadas en los criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

11.2 Instrumentos de autoinforme

11.2.1 Escala de calificación de autoinforme del TDAH en adultos

La escala de calificación de autoinforme del TDAH en adultos (ASRS, por sus siglas en inglés) (Kessler et al., 2005) está compuesta por dieciocho ítems, cada uno con cinco opciones de respuesta que se puntúan de 0 a 4 según la frecuencia de aparición de los síntomas (nunca, raramente, a veces, a menudo y muy a menudo). Como resultado, esta escala permite obtener tres puntuaciones: a) completa; b) total de inatención; y c) total de hiperactividad. Scandar (2021) evaluó la validez y la confiabilidad del instrumento en una muestra de Buenos Aires.

Reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ASRS está actualizada según los criterios del DSM-5 (Kooij et al., 2019) y se encuentra disponible en este enlace: [https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftplib/adhd/6Q_Spanish%20\(for%20Spain\)_final.pdf](https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftplib/adhd/6Q_Spanish%20(for%20Spain)_final.pdf)

La ASRS puede emplearse tanto en la evaluación inicial como en el seguimiento del tratamiento, y es aplicable en contextos científicos y clínicos (Knouse y Safren, 2010).

11.2.2 Escala de calificación de Wender Utah

La escala de calificación de Wender Utah (WURS-25, por sus siglas en inglés) (Ward et al., 1993) contiene veinticinco ítems y está diseñada para evaluar retrospectivamente la presencia de síntomas del TDAH en la infancia. La modalidad de respuesta es una escala Likert de cinco puntos (de 0 a 4) en términos de severidad, lo que sitúa el rango de puntuaciones entre 0 y 100.

Este instrumento proporciona una medida retrospectiva de la evolución de los síntomas a lo largo de la vida, y abarca un espectro más amplio de síntomas que a menudo acompañan al TDAH o son comórbidos. Scandar (2021) evaluó la validez y confiabilidad de la WURS-25 en una muestra de Buenos Aires. Aunque en el estudio local no se propusieron puntajes de corte, algunas investigaciones internacionales sugieren un puntaje mayor a 46 si no hay comorbilidad con depresión, y mayor a 36 si la hay (Caroline et al., 2024).

A pesar de su uso extendido en la práctica clínica, algunos autores sostienen que, al basarse en los criterios de Utah y no en los manuales diagnósticos de referencia actuales, su utilidad es limitada como método de evaluación o monitoreo de los tratamientos en adultos con TDAH (Caroline et al., 2024).

Esta escala se puede consultar en el siguiente enlace: <https://fnc.org.ar/assets/files/WURS.pdf>

11.2.3 Escala de impulsividad de Barrat

La escala de impulsividad de Barrat (BIS-11, por sus siglas en inglés) es un instrumento que permite evaluar una variedad de actos que configuran un patrón de comportamiento estable vinculado con la impulsividad. Se compone de treinta ítems dirigidos a medir tres dimensiones de la impulsividad: a) la atencional o cognitiva; b) la motora; y c) la no planeada (Patton et al., 1995). La impulsividad atencional o cognitiva se define como la dificultad para focalizar la atención y para concentrarse. La impulsividad motora se relaciona con la tendencia a comportarse de forma intempestiva, sin mediación cognitiva. Por último, la impulsividad no planeada describe la dificultad para la planificación.

La BIS-11 es un instrumento que se adaptó a numerosas poblaciones y en nuestro país se han evaluado sus propiedades psicométricas en una muestra de Buenos Aires (López et al., 2012). En este estudio, los autores proponen que, si bien es relevante poder evaluar las distintas dimensiones de la impulsividad, el puntaje total de la escala es el que alcanzó los indicadores más robustos de confiabilidad y validez. Además, la dimensión de impulsividad atencional o cognitiva no obtuvo un adecuado índice de consistencia interna.

El instrumento no posee puntaje de corte: a medida que la puntuación aumenta, también lo hace la presencia de impulsividad.

11.2.4 Escala de apatía

Torrente et al. (2011) encontraron que tanto los pacientes con predominio inatento como aquellos con predominio hiperactivo/impulsivo presentan niveles elevados de apatía en comparación con controles sa-

nos. Así, la escala de apatía (Starkstein et al., 1992) es una herramienta útil para medir esta variable. Consta de catorce ítems que pueden ser respondidos por los pacientes o por informantes, y que han sido extraídos de la escala de apatía de Marin (1990, 1991). Las opciones de respuesta van de 0 a 3 en términos de frecuencia (nada, poco, bastante, siempre), y el puntaje total puede variar entre 0 y 42. Al igual que con la BIS-11, no se ha establecido un puntaje de corte específico para esta escala, por lo que puntuaciones más altas deben considerarse indicativas de una apatía más severa.

11.2.5 Escala de autoestima de Rosenberg

Diversos estudios han demostrado una asociación inversa entre los síntomas del TDAH y la autoestima, así como el rol mediador de esta última en la relación entre el TDAH y variables como la ideación suicida, los síntomas de ansiedad y depresión, entre otras (Pedersen et al., 2024). En la Argentina, se cuenta con una validación de la escala de autoestima de Rosenberg (Góngora y Casullo, 2009) realizada en una muestra de la Ciudad de Buenos Aires. Esta escala consta de diez ítems con cuatro opciones de respuesta que van desde “extremadamente de acuerdo” hasta “extremadamente en desacuerdo”.

En cuanto a la interpretación de los resultados, se considera que una calificación inferior al 50 % del puntaje total de la escala indica baja autoestima (Iso-maa et al., 2013).

12. Perfil neuropsicológico del TDAH en la adultez

Aunque gran parte del conocimiento sobre el TDAH emerge de estudios clínicos e investigaciones en niños, el entendimiento de este trastorno en adultos ha avanzado significativamente en los últimos años. Desde una perspectiva neuropsicológica, una de las teorías más aceptadas sugiere que los síntomas del TDAH se derivan de un déficit en las funciones ejecutivas, las cuales son procesos cognitivos esenciales para la planificación y la resolución de problemas orientados hacia metas futuras (Willcutt et al., 2005). La evaluación neuropsicológica constituye una herramienta vital para complementar el diagnóstico clínico integral de esta condición, con el propósito de objetivar las dificultades cognitivas (específicamente las ejecutivas y atencionales) reportadas por los pacientes, y para caracterizar su perfil de fortalezas y debilidades. En efecto, investigaciones recientes han mostrado que los adultos con TDAH suelen exhibir un perfil neuropsicológico marcado por disfunciones ejecutivas y aten-

cionales que impactan otras áreas cognitivas, como la memoria.

A continuación se presenta un resumen de la evidencia más reciente acerca del desempeño de adultos con TDAH en diferentes dominios cognitivos.

12.1 Atención

La atención constituye uno de los dominios neuropsicológicos más estrechamente vinculados al TDAH. Por más de veinte años las conceptualizaciones de este trastorno han destacado los síntomas atencionales. Estudios recientes indican que, aunque los síntomas de hiperactividad e impulsividad tienden a disminuir con la edad, los problemas relacionados con la atención y las funciones ejecutivas suelen persistir a lo largo de la vida, subrayando su relevancia central en el TDAH (Franke et al., 2018).

El Continuous Performance Test (CPT) es una de las pruebas neuropsicológicas más empleadas para evaluar la disfunción atencional y proporciona una medida robusta de la atención sostenida. Pettersson et al. (2018) resaltaron que el CPT, complementado con entrevistas estructuradas, es particularmente efectivo y sensible para identificar déficits cognitivos en el TDAH. Asimismo, el Stroop Test, un conocido método para medir la distractibilidad y la capacidad de inhibición, ha demostrado ser altamente discriminativo en detectar estas dificultades en pacientes con TDAH (King et al., 2007; Vakil et al., 2019).

Finalmente, es importante destacar que las distracciones tienen una relevancia particular para los pacientes con TDAH, no solo porque constituyen un criterio diagnóstico fundamental sino también porque representan una de las quejas más frecuentes entre los adultos que padecen este trastorno.

12.2 Inhibición

En los últimos años, se ha intensificado la investigación para profundizar en el entendimiento de los déficits cognitivos que subyacen al TDAH en adultos. Aunque los manuales de diagnóstico actuales destacan síntomas como la falta de atención y la hiperactividad-impulsividad, algunas investigaciones empíricas han identificado alteraciones consistentes en el control inhibitorio, una capacidad crucial para manejar respuestas impulsivas en el TDAH. Se han empleado diversas pruebas de inhibición motora, como el CPT, el Matching Familiar Figures Test (MFFT) y el Stop Signal Test para identificar estas dificultades en niños y adultos con cierto éxito (Senkowski et al., 2023). Estas evaluaciones reflejan problemas co-

tidianos en la autorregulación, como la incapacidad para esperar turnos, las interrupciones frecuentes en conversaciones y actuar sin considerar consecuencias futuras. Tales desafíos tienen un impacto adverso en ámbitos académicos, laborales, sociales y familiares, y complican notablemente la vida de los afectados.

12.3 Otras funciones ejecutivas involucradas

Además de la atención e inhibición, otras funciones ejecutivas —como la velocidad perceptivo-motora y la flexibilidad cognitiva— están también comprometidas en individuos con TDAH, evidenciado por pruebas como el Trail Making Test A y B (Tatar y Cansız, 2022). Otra función crítica es la fluidez verbal, tanto fonológica como semántica, que evalúa la capacidad de acceder rápidamente al léxico, mantener la persistencia y manejar la velocidad de procesamiento de la información. El Controlled Word Association Test (COWAT) es frecuentemente empleado para evaluar estas capacidades; en efecto, algunos estudios han encontrado que ciertos adultos con TDAH exhiben déficits significativos en estas pruebas (ÇelİK et al., 2021).

En cuanto a la capacidad de planificación y la alternancia entre categorías, los adultos con TDAH generalmente muestran rendimientos inferiores en tareas que requieren manejar secuencias complejas de actividades motoras y no verbales, como las involucradas en las tareas de construcción de torres y la prueba de la figura compleja de Rey. La memoria de trabajo, evaluada a través de subpruebas del test de inteligencia de Weschler (WAIS), como la repetición de dígitos, de letras y números y aritmética, ha demostrado ser particularmente sensible para detectar déficits ejecutivos en esta población (Theiling y Petermann, 2016).

12.4 Cognición social

En adultos con TDAH, se observan con frecuencia dificultades en las interacciones sociales, que afectan tanto el procesamiento emocional como la cognición social, lo que repercute negativamente en la formación y el mantenimiento de relaciones interpersonales (Willis et al., 2019; Morellini et al., 2022). Hay evidencias que muestran que los adultos con TDAH exhiben deficiencias en pruebas de teoría de la mente, evaluadas mediante tareas como la “lectura de la mente a través de los ojos”, la prueba del Faux Pas y el Movie for Assessment of Social Cognition (MASC) (Mehren et al., 2021; Hayashi et al., 2020; Ibáñez et al., 2014). Estos estudios también han destacado cómo las deficiencias atencionales primarias influyen negativamente en la capacidad de atribuir estados mentales a los perso-

najes en narrativas o películas. Es importante señalar que, aunque no todos los estudios arrojan resultados consistentes en cada tarea, el impacto de las deficiencias atencionales es evidente en todas las evaluaciones.

En cuanto al reconocimiento y procesamiento de emociones, Ibáñez et al. (2014) observaron que los pacientes con TDAH enfrentan desafíos al procesar estímulos emocionales bajo condiciones de alta demanda atencional. Estas dificultades fueron evaluadas mediante tareas de clasificación de rostros y palabras, o ambas, según su valencia emocional en la tarea conocida como Valence Dual Task. Por otro lado, Schulz et al. (2014) identificaron anomalías en el funcionamiento del sistema límbico en individuos con TDAH durante tareas que exigían control cognitivo para el procesamiento de emociones faciales.

En lo que respecta a la empatía, varios estudios han identificado deficiencias en la habilidad de atribuir emociones a otros individuos. Estas capacidades se evaluaron utilizando la Cambridge Behavior Scale, un cuestionario de autoevaluación diseñado específicamente para medir la empatía (Kis et al., 2017; Abdel-Hamid et al., 2019).

12.5 Pruebas con mayor validez ecológica

Debido a la baja correlación entre el rendimiento en pruebas formales de funciones ejecutivas y las conductas en la vida cotidiana, se han desarrollado pruebas de mayor validez ecológica. Estas están diseñadas para reflejar más fielmente el desempeño en escenarios reales como la universidad, el trabajo, el hogar o la comunidad, y muestran una alta correlación con las actividades diarias (Barkley, 1991). Algunos ejemplos son el test del hotel, el Multiple Errands Test, el Iowa Gambling Task (IGT) y pruebas de realidad virtual (Negut et al., 2017).

La principal ventaja de estas pruebas es que proporcionan información cualitativa sobre la naturaleza de los déficits observados. El análisis de comportamientos en situaciones reales, mediante el uso de pruebas que demandan habilidades de resolución de problemas, se considera el enfoque más efectivo para evaluar los déficits ejecutivos en pacientes con TDAH. Así, estas pruebas han confirmado ser particularmente sensibles a los déficits en individuos con alto rendimiento cognitivo (Torralva et al., 2013).

12.6 Memoria

Numerosas investigaciones han identificado múltiples factores que contribuyen al déficit de memoria observado en pacientes con TDAH. Entre estos factores se

destacan las dificultades previamente mencionadas en la atención y en la selección de estrategias para organizar la información. Estos individuos a menudo enfrentan déficits en la recuperación y en la codificación de información, así como en la capacidad de reconocer y organizar palabras mediante agrupamientos semánticos (Skodzik et al., 2017). Es relevante destacar que, en algunas ocasiones, las fallas ejecutivas pueden ser evidentes únicamente a través de pruebas de memoria que requieren un alto nivel cognitivo, como las listas de aprendizaje de palabras, la lista de Rey o la lista de California. Estas pruebas han demostrado ser altamente sensibles y efectivas para detectar las dificultades indicadas (Pettersson et al., 2018).

12.7 Velocidad de procesamiento y velocidad motora

La velocidad de procesamiento y la velocidad motora son críticas para el desempeño en diversas funciones cognitivas, especialmente en condiciones que incluyen la sobre-reacción (impulsividad) como criterio diagnóstico. Es relevante investigar cómo los tiempos de reacción y la velocidad motora contribuyen a los déficits observados en pruebas neuropsicológicas en individuos con estos perfiles. Se ha observado que, en situaciones donde se incrementa la demanda cognitiva y se requiere actividad motora, los tiempos de reacción tienden a aumentar, lo que sugiere que estos elementos podrían explicar, al menos en parte, los desafíos neuropsicológicos enfrentados por los adultos con TDAH.

12.8 Inteligencia

Tradicionalmente, se han empleado las subpruebas y los factores de las escalas de inteligencia de Wechsler para complementar el diagnóstico de TDAH en niños y adultos. Generalmente, los adultos con TDAH muestran déficits en la velocidad perceptivo-motora, lo cual se evalúa mediante la subprueba de dígitos-símbolos. Esta última, junto con el test de aritmética (que mide la memoria de trabajo), son considerados los más discriminativos para identificar este trastorno, según Theiling y Petermann (2016).

Por último, es crucial reconocer que ningún test o batería de test neuropsicológicos por sí solos alcanzan la validez, la fiabilidad y la especificidad predictiva suficientes para diagnosticar de manera definitiva el TDAH en la adultez. No obstante, la evaluación neuropsicológica debería emplearse para complementar y reforzar las conclusiones obtenidas a partir de entrevistas clínicas, historiales infantiles, cuestionarios y un análisis detallado del desempeño actual del paciente.

12.9 Impacto de las fallas de atención y ejecutivas en la vida diaria

La disfunción ejecutiva y atencional característica en pacientes con TDAH repercute significativamente en diversos aspectos de su vida diaria, incluyendo el rendimiento académico y laboral (Thorell et al., 2019). Dificultades como la incapacidad de seguir instrucciones, completar tareas a tiempo y organizar eficazmente el trabajo pueden reducir la productividad y el logro de objetivos. Asimismo, las relaciones interpersonales se ven comprometidas por fallos en el control inhibitorio, la toma de decisiones y una planificación inadecuada. Los adultos con TDAH a menudo enfrentan problemas para manejar sus emociones y comportamientos, lo que provoca conflictos y complicaciones en sus relaciones familiares, laborales y sociales. Además, estos desafíos pueden afectar su capacidad para mantener hábitos de sueño saludables, seguir una dieta equilibrada y gestionar su tiempo y finanzas de manera eficiente. La impulsividad y la desatención incrementan el riesgo de accidentes, tanto en el hogar como en entornos laborales o sociales. En consecuencia, la constante lucha con estos problemas cognitivos puede llevar al agotamiento, al estrés crónico y afectar la salud mental.

Las deficiencias atencionales y ejecutivas son aspectos centrales del TDAH y tienen un profundo impacto en la vida cotidiana de los afectados (Sjöwall y Thorell, 2022). Así, entender la naturaleza y la severidad de estas dificultades es crucial para desarrollar estrategias de intervención efectivas que mejoren la calidad de vida de las personas con esta condición.

13. Comorbilidades psiquiátricas y médicas no psiquiátricas del TDAH en la adultez

En términos médicos, la comorbilidad se refiere a la presencia de dos o más afecciones diagnosticables al mismo tiempo. En relación con esto, solo una pequeña proporción de adultos con TDAH no padece ninguna comorbilidad (Pallanti y Salerno, 2020).

Un estudio retrospectivo que comparó adultos con TDAH, adultos con depresión y un grupo control confirmó que los primeros se relacionaron con mayores gastos anuales totales de atención médica respecto del grupo control (US\$ 4.306 frente a US\$ 2.418). Además, se confirmó una alta prevalencia de depresión en el grupo con TDAH (14 % versus 3.2 %) y los pacientes con TDAH y depresión presentaron un mayor número de comorbilidades médicas y psiquiá-

tricas. Aparentemente, estas comorbilidades fueron la razón principal del costo y la utilización de la atención médica (Hodgkins et al., 2011).

13.1 Comorbilidades en psiquiatría

Se cree que una de las principales razones del infra-diagnóstico en adultos puede ser la alta tasa de comorbilidad psiquiátrica asociada al TDAH, que incluso puede llegar a enmascarar los síntomas principales (Kooij et al., 2012).

La tasa de comorbilidad a lo largo de la vida oscila entre el 60 y el 80 %. En un estudio poblacional que involucró a veinte países, tener tres o más trastornos se asoció con un aumento de diez veces la probabilidad de padecer TDAH (Fayyad et al., 2017). Más en detalle, en este estudio se recopilieron datos sobre el TDAH y las comorbilidades en 26.774 personas encuestadas. En los adultos con TDAH se encontró una comorbilidad en el 23 % de los casos, dos comorbilidades en el 14 % y tres comorbilidades en el 14 %. Las tasas fueron altas para cualquier trastorno del estado de ánimo (22 %), para cualquier trastorno de ansiedad (34 %), para los trastornos por uso de sustancias (11 %) y cualquier trastorno de la personalidad (15 %).

En consecuencia, los trastornos de ansiedad, la depresión, los trastornos de la personalidad, el trastorno bipolar y los trastornos por consumo de sustancias son las comorbilidades más frecuentes que se presentan en un adulto con TDAH (Katzman et al., 2017).

Por lo tanto, la comorbilidad psiquiátrica constituye una dimensión clínicamente relevante en la heterogeneidad del TDAH, ya que contribuye a la persistencia de la patología en la adultez y complica el proceso diagnóstico (Kooij et al., 2019).

Con el fin de determinar el mejor orden de tratamiento y una correcta orientación terapéutica en el adulto con TDAH, la identificación de las comorbilidades es fundamental en el proceso diagnóstico (Instanes et al., 2016).

Como plantean Asherson et al. (2016), al evaluar las comorbilidades en un adulto con TDAH se deberían diferenciar tres posibilidades:

- Los trastornos comórbidos se podrían desarrollar junto con el TDAH, como los trastornos del neurodesarrollo (dislexia, autismo y epilepsia).
- Los trastornos comórbidos podrían haberse desarrollado como complicación del TDAH tratado incorrectamente (por ejemplo, abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos anímicos o trastornos de la personalidad), de modo que lograrían durar toda la vida de la persona si los síntomas de

TDAH no se reconocen y no se tratan adecuadamente.

- El TDAH podría imitar los trastornos supuestamente comórbidos, ya sea por superposición de los síntomas centrales de este trastorno (impulsividad, inquietud) o debido a los rasgos característicos asociados (desregulación emocional, baja autoestima, problemas de sueño, etc.).

Por estas razones Feifel (2007) sugirió utilizar el término “parásito-morbilidad” cuando la ansiedad y la depresión ocurren en personas con TDAH, ya que su asociación remeda una relación “parásito-huésped” en la que el organismo necesita al huésped para su existencia y su supervivencia.

Considerando las diferentes edades de inicio y presentaciones a lo largo del curso del TDAH, Taurines et al. (2010) brindan una contribución significativa con la introducción del concepto “comorbilidad del desarrollo”, ya que resalta la importancia de considerar la presentación de la comorbilidad en el TDAH tanto en función de la edad como del desarrollo. Como resultado, las afecciones psiquiátricas se clasifican según el orden temporal de aparición en: a) precomórbidas a aquellas condiciones psiquiátricas que pueden estar presentes antes de la manifestación clínica del TDAH; b) comórbidas, simultáneamente a aquellas condiciones que pueden coocurrir en el momento de manifestación clínica completa del TDAH; y c) poscomórbidas a las que surgen tras la aparición del TDAH.

La gran mayoría de los trastornos comórbidos ocurren después de la aparición del TDAH, lo que contribuye a la morbilidad asociada y a la reducción de la calidad de vida. Esto define una de las particularidades más relevantes del TDAH: actúa como un factor de riesgo evolutivo (Wilens et al., 2009).

13.1.1 Subtipo de presentación y patrón de comorbilidad

Existe cierta evidencia que respalda un patrón comórbido diferente entre la presentación combinada (TDAH-C) y la presentación inatenta (TDAH-I). La gran mayoría de los hallazgos convergen en la presencia de un elevado número de condiciones comórbidas para los sujetos con TDAH-C, como trastornos del neurodesarrollo, trastornos de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos del estado de ánimo y trastornos por uso de sustancias. En cambio, las personas con TDAH-I parecen tener un alto riesgo de sufrir trastornos de ansiedad (Tsai et al., 2019).

13.1.2 Patrón de comorbilidad en mujeres y en varones

Se han informado diferencias de género en las comorbilidades que afectan a los adultos con TDAH. Así, los varones parecen estar afectados con mayor frecuencia por otro trastorno concurrente en comparación con las mujeres.

Estos hallazgos sugieren que el diagnóstico diferencial en mujeres puede ser más difícil, pero de ningún modo que presenten una menor frecuencia de comorbilidades (Pallanti y Salerno, 2020).

Los datos indican claramente una prevalencia diferente para algunos trastornos psiquiátricos entre varones y mujeres con TDAH: por ejemplo, las mujeres parecen sufrir trastornos alimentarios con más frecuencia que los varones a lo largo de su vida (Soendergaard et al., 2016).

La baja autoestima, la ansiedad y los trastornos afectivos son frecuentes en mujeres con TDAH, y los síntomas del TDAH a menudo se atribuyen erróneamente a estas comorbilidades (Kooij et al., 2019).

Las mujeres con TDAH tienen el doble de probabilidades de ser diagnosticadas con un trastorno de ansiedad respecto de los varones, mientras que el trastorno por uso de sustancias actual y durante la vida se informó con mayor frecuencia en varones. Finalmente, los trastornos de la personalidad límite e histriónico se notificaron con más frecuencia entre mujeres con TDAH (Pallanti y Salerno, 2020).

13.1.3 Trastorno depresivo

Los adultos con TDAH están más expuestos a eventos vitales estresantes, relacionados principalmente a fracasos académicos, profesionales, vinculares y acompañados de una baja autoestima (Weibel et al., 2020). En este contexto, los estudios reportan tasas de prevalencia de depresión que oscilan entre el 18.6 % y el 53.3 % (Katzman et al., 2017). La presencia de un trastorno depresivo mayor (TDM) asociado al TDAH tiene un impacto importante en el funcionamiento general y contribuye a un mayor riesgo de suicidio (Biederman et al., 2008). Las conductas suicidas — ya sea ideas suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado— son frecuentes en sujetos con TDAH (Giupponi, 2018). Estos comportamientos se ven favorecidos por la presencia del trastorno anímico asociado a la impulsividad, a alteraciones en el proceso de toma de decisiones y a la desregulación emocional del TDAH (Weibel et al., 2020).

Hay manifestaciones del TDAH que pueden imitar o superponerse con síntomas del trastorno depresivo,

como el ánimo inestable, la irritabilidad, la impaciencia, la baja autoestima, la falta de concentración y los trastornos del sueño (Asherson et al., 2016). Se ha observado que los síntomas depresivos podrían manifestarse como resultado de un bajo tono hedónico en el TDAH, en lugar de representar un trastorno depresivo independiente. De hecho, las personas con bajo tono hedónico podrían tener un punto de ajuste estructural más bajo, lo que las lleva a necesitar mayores estímulos para alcanzar un estado eutímico (Sternat et al., 2014). En consecuencia, las claves para diagnosticar un TDM asociado al TDAH pueden residir en reconocer la presencia de un afecto deprimido sostenido, cambios en el apetito e ideación suicida (Katzman et al., 2017).

13.1.4 Trastornos de ansiedad

Casi la mitad de los adultos con TDAH presentan un trastorno de ansiedad comórbido (Kessler et al., 2006) y los síntomas de ansiedad pueden ser de diferentes tipos: ansiedad social, ansiedad generalizada, trastorno de pánico o síntomas obsesivos. La presencia de estos trastornos en forma comórbida puede llevar a un retraso en el diagnóstico del TDAH ya que la inhibición que se observa en las personas con ansiedad puede enmascarar la impulsividad y la hiperactividad (Schatz y Rostain, 2006). Los individuos con trastornos de ansiedad y TDAH tienden a presentar síntomas de ansiedad más graves, inicio más temprano, mayor número de comorbilidades y de uso de sustancias (Mancini et al., 1999). Por otro lado, no se debe pasar por alto que algunas manifestaciones del TDAH pueden imitar síntomas de ansiedad, lo que complica el diagnóstico diferencial. Estas manifestaciones incluyen preocupación por el rendimiento (ansiedad por rendimiento), divagación mental excesiva, sentirse inquieto, sentirse abrumado, impaciencia y dificultades para conciliar el sueño (Asherson et al., 2016).

Es difícil diferenciar la ansiedad primaria de la secundaria en individuos con TDAH. Teóricamente, la ansiedad y el TDAH se conceptualizan de manera diferente, siendo la primera un trastorno internalizante y el TDAH un trastorno externalizante (Jarret y Ollendick, 2008). Si bien las manifestaciones de ansiedad y TDAH pueden ser similares, se rigen por procesos diferentes. La inatención en la ansiedad se caracteriza por sesgos y dificultad para cambiar la atención de un estímulo amenazante a uno que no lo es, lo que provoca una disminución de la atención a las actividades cotidianas, mientras que a las personas con TDAH les cuesta concentrarse la mayor parte del tiempo en cualquier tipo de situación, excepto en actividades y

tareas que resultan estimulantes o de su interés (Michellini et al., 2015).

El perfeccionismo es una dimensión clave en los trastornos de ansiedad. Curiosamente, un estudio que evaluó la relación entre distorsiones cognitivas auto-reportadas y el TDAH en adultos encontró que el perfeccionismo es una distorsión cognitiva frecuente en los adultos diagnosticados con esta patología. Por lo tanto, la tendencia a procrastinar en estos individuos puede resultar de la percepción de no estar “perfectamente preparados” para emprender o finalizar una tarea (Strohmeier et al., 2016).

13.1.5 Trastornos de la personalidad

La literatura sobre el TDAH y los trastornos de la personalidad (TP) comórbidos es escasa en comparación con otras comorbilidades psiquiátricas. Los informes sugieren que estos trastornos están presentes en más del 50 % de los adultos con TDAH (Robinson et al., 2010).

Los TP notificados con mayor frecuencia en personas con TDAH son los del grupo B (particularmente antisocial y límite), y en menor medida del grupo C (Matthies y Philipsen, 2016). Los adultos con TDAH y desregulación emocional predominante tienen una mayor incidencia de trastornos comórbidos de la personalidad (74 %) (Reimherr et al., 2015). Estos trastornos están particularmente entrelazados con los síntomas del TDAH (impulsividad, inestabilidad emocional, problemas interpersonales) y, en ocasiones, estrechamente relacionados en el ámbito fenomenológico ya que comparten una evolución a largo plazo (Weibel et al., 2020).

Las personas con TDAH y trastornos de la personalidad tienen un deterioro más grave, presentan tasas de respuestas más bajas al tratamiento con estimulantes y tienen peor adherencia a las terapias para el TDAH (Katzman et al., 2017).

Aproximadamente un 24 % de personas con TDAH presenta un trastorno antisocial de la personalidad comórbido (Matthies et al., 2016). Además, pueden compartir manifestaciones como la baja tolerancia a la frustración, dificultades para sostener las relaciones y la historia de hiperactividad en la infancia (Royal College of Psychiatrists, 2017).

La alta coexistencia de estas afecciones es verdaderamente notoria en personas encarceladas. En efecto, un estudio evidenció que un 96 % de los adultos con TDAH encarcelados tenían antecedentes de trastorno antisocial en su vida (Ginsberg et al., 2010).

Los síntomas diferenciales con el trastorno antisocial son la despreocupación insensible por los sentimientos ajenos, la incapacidad para sentir culpa, la actitud persistente de irresponsabilidad y desprecio

por las normas, reglas y obligaciones sociales (Royal College of Psychiatrists, 2017).

13.1.6 Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) suelen manifestarse entre los 10 y 20 años, mientras que el trastorno por atracón (TPA) aparece más tarde en la vida (Preti et al., 2009). Las investigaciones han demostrado que las personas con TDAH tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. La prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en personas con TDAH es de hasta un 12 %, mientras que los síntomas de TDAH se observan entre el 5 % y el 17 % de los pacientes con TCA (Pallanti y Salerno, 2020).

Los atracones son una característica distintiva de dos TCA diferentes: el TPA y la BN. Los patrones alimentarios desregulados del TPA pueden ser la expresión de deficiencias en la resolución de problemas, en la capacidad de toma de decisiones y en el control inhibitorio (Manasse et al., 2015). Las personas con disfunción ejecutiva pueden tener dificultades para gestionar el hambre extrema durante períodos prolongados de ayuno, ya que es menos probable que planifiquen con anticipación la ingesta de refrigerios saludables o comidas ligeras. Así, cuando tienen hambre, no pueden elegir los alimentos en forma adecuada y pierden el control de la calidad y cantidad de su consumo (Pallanti y Salerno, 2020). Los estudios han encontrado asociaciones positivas entre los síntomas de impulsividad e inatención con la BN (Seitz et al., 2013). Además, en la mayoría de las investigaciones, las asociaciones entre el TDAH y los TCA persistieron incluso luego de ajustar por la presencia de trastornos comórbidos (como depresión y ansiedad), lo que indicaría la independencia del TDAH como factor de riesgo para los TCA (Pallanti y Salerno, 2020).

Finalmente, antes de abordar las comorbilidades médicas no psiquiátricas, es importante señalar que las comorbilidades psiquiátricas asociadas al TDAH en la adultez son variadas. Hasta ahora se han descrito algunas de las más comunes, pero más adelante en este consenso se tratarán con mayor detalle comorbilidades más complejas y frecuentes, como el trastorno bipolar (TB), el trastorno límite de la personalidad (TLP) y el trastorno por uso de sustancias (TUS).

13.2 Comorbilidades médicas no psiquiátricas

La asociación del TDAH con condiciones médicas no psiquiátricas ha sido menos estudiada, a pesar de

que los costos de atención médica en el TDAH están impulsados sustancialmente por comorbilidades tanto psiquiátricas como médicas no psiquiátricas (Du Rietz et al., 2020). Las condiciones médicas no psiquiátricas que han mostrado una asociación sólida y replicada con el TDAH incluyen trastornos metabólicos, trastornos neurológicos, trastornos del sueño y asma (Instanes et al., 2018).

Cuando se investigaron retrospectivamente las solicitudes de atención médica en los Estados Unidos para 2006 comparando adultos con TDAH ($n = 31.752$) con personas sin TDAH ($n = 95.256$), los adultos con TDAH tenían más comorbilidades físicas y eran más propensos a utilizar atención médica no psiquiátrica (Hodgkins et al., 2011).

13.2.1 Obesidad

La prevalencia de síntomas de TDAH y TDAH diagnosticado en adultos con obesidad (o en tratamiento para la obesidad) oscila entre el 10 y el 32 % (Instanes et al., 2018). En un estudio holandés que incluyó a 202 adultos con TDAH y 189 controles, se encontró que el 16.8 % de los pacientes con TDAH presentaba un índice de masa corporal (IMC) entre 30 y 39, en comparación con el 3.7 % de los controles (Bijlenga et al., 2013). En el metaanálisis realizado por Cortese et al. (2015) acerca de la asociación entre la obesidad y el TDAH, con un total de 2.046 adultos con TDAH y 63.747 controles, la prevalencia agrupada de obesidad fue del 28.2 % para el TDAH en comparación con el 16.4 % de los controles. Al analizar los grupos de edad, esta variable no influyó en la asociación entre el TDAH y la obesidad, lo que indica que puede estar presente desde la infancia. A su vez, la combinación de obesidad y TDAH muestra comorbilidad con otros trastornos, como depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria. Además, la obesidad también se asocia a somnolencia excesiva que puede empeorar o producir síntomas de TDAH (Instanes et al., 2018).

13.2.2 Epilepsia

La disfunción cognitiva y los trastornos del comportamiento asociados con la epilepsia tienen similitudes tanto en los síntomas centrales como en las características asociadas al TDAH. Los déficits cognitivos podrían ser consecuencia de la actividad convulsiva recurrente, el efecto adverso de los antiepilépticos o representar una parte inherente del síndrome (Instanes et al., 2018). La evidencia sugiere que entre el 30 y el 40 % de las personas con epilepsia también tiene TDAH (Koneski y Casella, 2010). Un estudio de coagregación familiar mostró una relación bidireccional

entre el TDAH y epilepsia: tener epilepsia aumentaba la probabilidad de recibir un diagnóstico de TDAH ($OR = 3.47$). Además, el riesgo de TDAH aumentaba si los miembros principales de la familia o medios hermanos estaban también afectados por epilepsia (Brikell et al., 2018).

La comorbilidad entre epilepsia y TDAH en la población pediátrica está bien documentada; sin embargo, se sabe poco sobre esta relación en la adultez. Solo algunos estudios han investigado la prevalencia y coexistencia del TDAH en adultos con epilepsia, y no existen investigaciones que hayan explorado la prevalencia de epilepsia en adultos con TDAH (Instanes et al., 2018). En un estudio poblacional con más de 172.000 participantes, donde el diagnóstico de epilepsia y TDAH a lo largo de la vida se realizó mediante autorreportes, Ottman et al. (2011) encontraron una prevalencia del TDAH del 2,4 % en adultos con epilepsia, en comparación con un grupo control sin epilepsia.

13.2.3 Migraña

La migraña es un trastorno multifactorial complejo, con una prevalencia a lo largo de la vida del 16 al 18 %, y es dos veces más frecuente en las mujeres (Instanes, 2018). En una revisión sistemática con metaanálisis, Salem et al. (2017) hallaron una asociación positiva entre TDAH y migraña ($OR = 1.3$). Hansen et al. (2018) exploraron la comorbilidad entre migraña y síntomas del TDAH en una población sana de 29.489 adultos. Utilizando cuestionarios de autorreporte, encontraron una fuerte coexistencia estadísticamente significativa entre los dos trastornos, que fue más pronunciada en los migrañosos que experimentaban síntomas visuales. En un estudio transversal previo de Fasmer (Fasmer et al., 2011), se evaluaron pacientes adultos con TDAH ($n = 572$) y controles comunitarios ($n = 675$), observándose que la prevalencia de migraña fue mayor en el grupo de TDAH que en el de los controles (28.3 % versus 19.2 %). Asimismo, la diferencia con los controles fue más marcada para los varones (22.5 % versus 10.7 %; $OR = 2.43$) que para las mujeres (34.4 % versus 24.9 %; $OR = 1.58$). Se ha sugerido que esta coexistencia tan frecuente puede deberse a factores pleiotrópicos, lo que estaría respaldado por evidencia de correlación genética entre la migraña y el TDAH (Instanes et al., 2018).

13.2.4 Síndrome de las piernas inquietas

El síndrome de las piernas inquietas (SPI) es un trastorno neurológico caracterizado por una sensación desagradable en las extremidades inferiores, acompañada de una necesidad imperiosa de moverlas para

aliviar el malestar, especialmente durante la noche o al anochecer. Los síntomas tienden a manifestarse cuando la persona está relajada o intenta conciliar el sueño, y a menudo se asocian con parestesias (Instanes et al., 2018). Aunque existen pocos datos sobre la epidemiología del SPI en personas con TDAH, se ha observado que muchos individuos con SPI tienen antecedentes de TDAH en la infancia (Cortese et al., 2008). Dos estudios de pequeño tamaño sugieren que la prevalencia del SPI es mayor en personas con TDAH en comparación con los controles (Schredl et al., 2007; Zak et al., 2009). De manera similar, otro estudio, también con una muestra limitada, encontró una mayor prevalencia de TDAH entre los pacientes con SPI, en comparación con los controles (Wagner et al., 2004). Finalmente, es importante destacar que, en el contexto del TDAH, el diagnóstico de SPI a menudo pasa desapercibido, ya que sus síntomas pueden confundirse con la hiperactividad motora (Weibel et al., 2020).

13.2.5 Trastornos del sueño

El TDAH y sus manifestaciones están relacionadas con una gran variedad de alteraciones del sueño. Fisher et al. (2014) encontraron que el 80 % de los adultos con TDAH reportaba problemas de sueño, independientemente del sexo y del subtipo de TDAH.

El TDAH y los trastornos del sueño comparten algunas características comunes y muestran una relación bidireccional que requiere atención especial ya que: a) dormir mal tiene un efecto perjudicial sobre la sintomatología del TDAH; y b) la hiperactividad y disejecutividad pueden impedir un buen descanso (Becker, 2020). Las personas con TDAH y un trastorno crónico del sueño corren riesgo de desarrollar trastornos del estado de ánimo, obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes y síndrome metabólico (Lewy et al., 2009). Los trastornos del sueño más notificados en adultos con TDAH son insomnio, somnolencia diurna excesiva (SDE), síndrome de las piernas inquietas (SPI), síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) y alteraciones en los ritmos circadianos (síndrome de retraso de fase) (Pallanti y Salerno, 2020).

El insomnio es una de las quejas más frecuentes reportadas por los adultos con TDAH (Diaz-Roman et al., 2018). El insomnio al inicio del sueño, definido como la dificultad para conciliarlo a la hora deseada, es el problema del sueño más reportado en el TDAH (Fisher et al., 2014). Un estudio noruego publicado por Brevik et al. (2017), comparó los síntomas de insomnio autoinformados en adultos con TDAH ($n = 268$) con un grupo control basado en la población (n

$= 202$). Los síntomas de insomnio se presentaron en el 66.8 % de los adultos con TDAH en comparación con el 28.8 % de los controles. Además, se observó que los pacientes con TDAH que usaban estimulantes ($n = 94$) tenían puntuaciones de insomnio significativamente más bajas que los pacientes sin tratamiento psicoestimulante ($n = 34$). Otro estudio realizado en adultos con TDAH ($n = 252$) para evaluar el impacto del insomnio en términos de gravedad clínica del TDAH, comorbilidades, tratamiento farmacológico y calidad de vida concluyó que el insomnio es muy prevalente en el adulto con TDAH y está relacionado con mayor gravedad del TDAH y más comorbilidades. Los investigadores observaron que los sujetos en tratamiento farmacológico, específicamente aquellos que recibían metilfenidato, presentaban una prevalencia significativamente menor de insomnio. Además, se encontró que períodos más prolongados de tratamiento estable se asociaban con tasas aún más bajas de insomnio (Faduilhe et al., 2021).

La somnolencia diurna excesiva (SDE) se ha observado en el 37 % de los pacientes con TDAH; asimismo, el TDAH se ha detectado en el 18 % de los pacientes con SDE (Oosterloo et al., 2006). Además, Oosterloo plantea que es importante tener siempre presente la posible confusión diagnóstica entre el TDAH en adultos y la hipersomnia o narcolepsia cuando se realizan cuestionarios de autoinforme ya que existe un alto grado de superposición sintomatológica. Lopez et al. (2020) encontraron que un 25 % de los adultos con TDAH presentaba un trastorno de hipersomnolencia central caracterizado por una mayor duración del sueño, inercia del sueño y alteraciones en la calidad de la vigilia diurna.

Respecto de las alteraciones del ritmo circadiano, las personas con TDAH son frecuentemente descritas como noctámbulas ya que la mayoría prefiere quedarse despierta hasta altas horas de la noche, e incluso trabajar en turnos vespertinos y nocturnos (Kooij, 2013). Sin embargo, existe un trastorno del sueño denominado síndrome de retraso de fase del sueño (SRFS) caracterizado por dormir y despertarse dos horas más del horario convencional (APA, 2013). Aunque tienen una arquitectura del sueño normal, las personas con SRFS poseen dificultades para irse a dormir y tienden a quedarse dormidos en las primeras horas de la mañana. En consecuencia, poseen una mala calidad del sueño y problemas para levantarse, generando un impacto negativo en el funcionamiento laboral, académico o familiar (Shirayama et al., 2003).

En un estudio holandés realizado por Bijlenga et al. (2013) que incluyó a 202 adultos con TDAH clínicamente diagnosticados (18-65 años) y 189 controles, el SFRS fue más prevalente entre los pacientes adultos con TDAH (26 %) que entre los controles (2 %).

Los síntomas cognitivos y conductuales del SAOS (tales como el déficit de atención, la mala capacidad de planificación, la inquietud e irritabilidad) se encuentran bien documentados (Krysta et al., 2017); sin embargo, al ser similares a los del TDAH, los pacientes pueden ser erróneamente diagnosticados con TDAH. Se sabe que, en presencia de ambos trastornos, el tratamiento solo del SAOS es poco eficaz, hay mayores niveles de ansiedad y un deterioro más marcado del funcionamiento diurno (Oğuztürk et al., 2013).

13.2.6 Asma

Del mismo modo que el TDAH, el asma suele comenzar en la infancia y tiene un curso crónico con una reducción de síntomas luego de la adolescencia (Fasmer y Halmøy, 2011). Existen varios estudios sobre TDAH en adultos y asma comórbido. En una búsqueda de base de datos de los Estados Unidos, los adultos con TDAH tenían significativamente más probabilidades de tener un diagnóstico comórbido de asma en comparación con los controles (4.7 % versus 2.8 %) (Secnik et al., 2005). Por otro lado, al analizar la base de datos de recetas médicas dispensadas en Noruega, Karlstad et al. (2012) encontraron una prevalencia del TDAH superior a la esperada en personas de 20 a 29 años con asma, en comparación con la población general. En otro estudio que se llevó a cabo utilizando la base de datos de recetas médicas dispensadas de Noruega, se demostró que a aquellos pacientes a quienes se le recetaba estimulantes también se les prescribía medicamentos contra el asma con más frecuencia que a los controles. Además, se ha encontrado una relación más débil entre el TDAH y el asma en los grupos más jóvenes (menores a 20 años) que en los grupos de mayor edad (mayores a 20 años), aunque las asociaciones fueron significativas en todas las edades (Fasmer et al., 2011).

En el estudio transversal basado en cuestionarios de Fasmer y Halmøy, con 549 adultos con TDAH y 719 controles, la prevalencia de asma autoinformada fue significativamente mayor en el grupo de TDAH que en el de control (24.4 % versus 11.3 %). Estas investigaciones señalan una comorbilidad pronunciada entre TDAH y asma en adultos. Sin embargo, ninguno de los estudios contempló al tabaquismo como factor de confusión, sobre todo teniendo en cuenta que los adultos con TDAH poseen mayor prevalencia de tabaquismo que la población general (Instanes et al., 2018).

13.2.7 Enfermedad celíaca

La enfermedad celíaca (EC) es una patología autoinmune en la que la ingestión de gluten provoca daño en las vellosidades intestinales, seguido de su atrofia, lo que afecta la absorción de nutrientes. Niederhofer y Pittschierler (2006) encontraron una prevalencia elevada de síntomas de TDAH en pacientes con EC y analizaron los posibles efectos de una dieta libre de gluten sobre estos síntomas en una muestra compuesta por niños y adultos con EC (n = 78; edades entre 3 y 57 años). Si bien los resultados deben tomarse con cautela debido al pequeño tamaño de la muestra y al diseño abierto del estudio, se halló una reducción significativa de los síntomas del TDAH después de al menos seis meses de una dieta libre de gluten. Más tarde, Niederhofer (2011) investigó la presencia de EC en 67 sujetos con TDAH de entre 7 y 42 años, y encontró que 10 de los 67 pacientes fueron positivos para EC (7 hombres, 13.5 %; 3 mujeres, 20 %), definida por la presencia de anticuerpos específicos en sangre. Además, una dieta sin gluten durante al menos seis meses también se asoció a una mejoría de los síntomas del TDAH en esta muestra. Por último, con el objetivo de aportar más claridad en la relación entre EC y manifestaciones psiquiátricas, en una revisión sistemática con metaanálisis, Clappison et al. (2020) hallaron un aumento significativo en el riesgo de TDAH (OR = 1.39) en la población con EC, en comparación con los controles sanos.

13.2.8 Síndrome de fatiga crónica

El síndrome de fatiga crónica (SFC) se caracteriza por una fatiga prolongada y grave, acompañada de manifestaciones somáticas y cognitivas inespecíficas, que incluyen dificultades de concentración, problemas de memoria a corto plazo y una velocidad de procesamiento disminuida. Estos síntomas cognitivos pueden imitar los del TDAH y posiblemente compartir algunos mecanismos fisiopatológicos subyacentes (Bellanti et al., 2005). Los síntomas de fatiga también se han reportado comúnmente en adultos con TDAH y pueden afectar el funcionamiento neuropsicológico (Fisher et al., 2014). En una muestra clínica de 158 adultos con SFC, Sáez-Francás et al. (2012) encontraron que el 29.7 % de los pacientes (n = 47) cumplía con los criterios diagnósticos de TDAH infantil, evaluado retrospectivamente, y que el 20.9 % (n = 33) aún cumplía con los criterios de TDAH en la adultez. Con el objetivo de evaluar la relación entre el SFC y el TDAH, Rogers et al. (2017) evaluaron una muestra de adultos con TDAH (n = 243), con SFC (n = 86) y controles sanos. El grupo con TDAH presentaba una fati-

ga significativamente mayor que el grupo control, y el 62 % cumplía con los criterios de SFC. Los síntomas de TDAH fueron significativamente más prevalentes en el grupo con SFC que en el grupo control. No hubo diferencias significativas entre los grupos con TDAH y SFC en las medidas de deterioro funcional, estado de ánimo y autoeficacia. A pesar de la limitada literatura disponible, la asociación entre el TDAH y el SFC es clínicamente relevante, dado que los estimulantes centrales han mostrado efectos positivos tanto en la fatiga crónica como en los síntomas cognitivos asociados, como la disfunción ejecutiva (Instanes et al., 2018).

14. Diagnóstico diferencial del TDAH en la adultez

El TDAH en adultos se manifiesta en una variedad de problemas que afectan múltiples áreas de la vida diaria. Entre ellos destacan las dificultades en la organización y el manejo del tiempo, lo que incluye olvidos frecuentes, impuntualidad recurrente y proyectos inconclusos. En el ámbito académico y laboral, es común un desarrollo errático. Además, los problemas de control de la ira y las dificultades en las relaciones interpersonales, ya sean de pareja o familiares, son habituales. Estos individuos suelen tener problemas para mantener rutinas hogareñas y patrones de sueño, así como dificultades en la autorregulación. La gestión financiera también representa un desafío importante, lo que a menudo resulta en dificultades económicas. La baja autoestima y logros consistentemente por debajo de lo esperado son otras características frecuentes. Además, es común que las personas con TDAH desarrollen adicciones, que van desde el uso de sustancias hasta compras compulsivas, pornografía, ejercicio excesivo, videojuegos o apuestas. Los accidentes por imprudencia o inatención, así como los problemas en la conducción, también son más frecuentes en este grupo. Es usual que se observe un familiar directo con diagnóstico de TDAH, y muchos de los afectados requieren adecuaciones académicas o presentan dificultades para completar tareas escolares.

El TDAH rara vez se presenta de manera aislada (CADDRA, 2020). Por lo tanto, una evaluación adecuada del paciente con TDAH debe incluir la búsqueda de trastornos comórbidos. Aproximadamente el 80 % de las personas con TDAH cumple con los criterios de, al menos, otra condición psiquiátrica comórbida (Choi et al., 2022). En el diagnóstico y tratamiento del TDAH, es fundamental identificar estas comorbilidades (Kooij et al., 2012). Las más frecuentes son el uso

de sustancias, los trastornos del ánimo, los trastornos de ansiedad y los trastornos de la personalidad.

En algunos casos, las comorbilidades pueden tratarse de manera simultánea; en otros, es necesario priorizar el tratamiento de la condición más urgente. Es importante realizar una evaluación exhaustiva para detectar otros trastornos cuyos síntomas puedan superponerse con los del TDAH. Dado que el TDAH no tiene un síntoma patognomónico, existen superposiciones significativas con otros trastornos. Algunas condiciones médicas, como problemas visuales o auditivos, hipoglucemia, anemia severa, trastornos del sueño y neurofibromatosis, pueden simular en parte los síntomas del TDAH. También es esencial considerar el uso de medicamentos con efectos psicomotores, como los estabilizadores del ánimo o los agonistas beta.

Entre el 50 % y el 90 % de los niños con TDAH presentan, al menos, una condición comórbida; de hecho, el 50 % cumple con los criterios de, como mínimo, dos comorbilidades. En los adultos, el 85 % presenta alguna condición psiquiátrica adicional. Mientras que en los jóvenes las comorbilidades más frecuentes son los trastornos del ánimo y los trastornos por uso de sustancias (TUS), en los adultos predominan los trastornos de ansiedad, del ánimo y los TUS.

14.1 TDAH y trastornos de ansiedad

La prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población general oscila entre el 0.5 % y el 9.5 %, mientras que en la población con TDAH esta cifra aumenta significativamente, situándose entre el 4.3 % y el 47.1 %. Aproximadamente la mitad de los pacientes con TDAH presentan ansiedad comórbida (Koyuncu et al., 2022). Los síntomas de ansiedad a menudo se desarrollan como consecuencia de las dificultades crónicas asociadas al TDAH, y algunas técnicas compensatorias utilizadas por estos pacientes pueden ser confundidas con un trastorno de ansiedad primario (Katzman et al., 2017). La comorbilidad entre TDAH y ansiedad altera la presentación clínica, el pronóstico y el tratamiento a lo largo de la vida del paciente (D'Agati et al., 2019).

Los individuos con TDAH y ansiedad comórbida suelen presentar síntomas más graves, un mayor número de comorbilidades psiquiátricas y un inicio más temprano de los síntomas. En adolescentes, esta comorbilidad agrava los déficits en la memoria de trabajo y aumenta las dificultades sociales y académicas. En adultos, la coexistencia de ansiedad incrementa la prevalencia de insomnio y reduce la duración total del sueño. Es esencial evaluar la posible presencia de ansiedad en jóvenes con síntomas de TDAH, y vicever-

sa. Además, algunos estudios sugieren que la ansiedad social podría estar inversamente relacionada con la hiperactividad e impulsividad características del TDAH, disminuyendo estos síntomas (Koyuncu et al., 2022).

A continuación, se presenta una tabla que resume las características distintivas del TDAH y los trastornos de ansiedad (ver Tabla 5).

14.2 TDAH y trastorno depresivo mayor (TDM)

Existe una significativa superposición clínica entre el TDAH y el trastorno depresivo mayor (TDM). Cuando ambos trastornos coexisten, se ha reportado una prevalencia del 55 % (van Hal et al., 2023). Los pacientes con TDM pueden experimentar episodios con síntomas que coinciden con los del TDAH, como la inatención, fallas en la memoria a corto plazo, disfunciones ejecutivas, irritabilidad, impulsividad, trastornos del sueño e inquietud. No obstante, los sentimientos de desesperanza, el enlentecimiento psicomotor y las alteraciones neurovegetativas son característicos del TDM. La diferencia principal entre estos trastornos radica en la temporalidad de los síntomas: mientras que en el TDM los síntomas son episódicos, en el TDAH son crónicos. Finalmente, la comorbilidad entre TDAH y TDM se estima en un 19 % (Cumyn et al., 2009) (ver Tabla 6).

14.3 TDAH y trastorno bipolar (TB)

El TB y el TDAH presentan una alta comorbilidad. El TB es una condición crónica, definida principalmente por la alternancia de episodios anímicos, lo que constituye una de sus características distintivas (Comparelli et al., 2022). De manera similar, el TDAH también se manifiesta de forma crónica, acompañado a lo largo de la vida de diversas comorbilidades y variaciones en el funcionamiento social. Existe una importante superposición sintomática entre el TB y el TDAH, particularmente en los episodios maníacos o hipomaniacos, que incluyen síntomas como hiperactividad, distractibilidad, desinhibición, inquietud, irritabilidad, locuacidad y aceleración del discurso. Ambos trastornos también comparten características como impulsividad, irritabilidad y disminución de la concentración. Se estima que la prevalencia del TDAH en pacientes con TB es de aproximadamente un 17 %. La comorbilidad entre ambos trastornos se asocia con presentaciones clínicas más graves y una respuesta menos favorable al tratamiento (ver Tabla 7).

14.4 TDAH y uso de sustancias

La necesidad de recompensa inmediata y la búsqueda de sensaciones de riesgo, características comunes en pacientes con TDAH, incrementan la probabilidad de uso de sustancias. La prevalencia de consumo en adul-

Tabla 5. Diferencias entre el TDAH y los trastornos de ansiedad

Características distintivas TDAH	Características distintivas de los trastornos de ansiedad
La inatención es independiente del estado emocional	La inatención es dependiente del estado emocional
La inquietud es independiente del estado emocional	La inquietud es dependiente del estado emocional
Hay desinhibición social	Hay inhibición social
Hay insomnio de conciliación por no poder parar de pensar	Hay insomnio de conciliación por rumiación
Hay preocupaciones realistas y transitorias sobre dificultades actuales y pasadas	Hay miedo o preocupación intensos y persistentes vinculados con pensamientos no realistas
	Hay síntomas físicos tales como palpitations, náuseas y disnea

Tabla 6. Similitudes y diferencias entre el TDAH y el TDM

Superposición entre TDAH y TDM	Características distintivas del TDM
Carencia de motivación	Tristeza
Inquietud e irritabilidad	Desesperanza
Problemas de concentración	Cansancio
	Enlentecimiento
	Cambios en la alimentación y el sueño
	Síntomas neurovegetativos
	Pensamientos de muerte o suicidio
	Curso episódico

Tabla 7. Características distintivas entre el TDAH y el TB

TDAH	TB
Insomnio de conciliación y trastornos del sueño	Menor necesidad de sueño
Inquietud crónica	Incremento de la velocidad del discurso
Encuentros sexuales impulsivos	Hipersexualidad
Curso crónico	Curso episódico
Inatención e impulsividad crónicas	Inatención e impulsividad relacionadas con el episodio
	Ánimo exageradamente alto
	Grandiosidad

tos con TDAH varía ampliamente, entre el 2.3 % y el 41.2 %. Además del uso de sustancias, las adicciones pueden ser comportamentales y abarcan conductas como compras compulsivas, consumo de pornografía, uso excesivo de redes sociales y videojuegos.

Los pacientes con TDAH presentan el doble de riesgo de desarrollar trastorno por uso de sustancias (TUS) en comparación con individuos neurotípicos, y este riesgo es aún mayor en aquellos con comorbilidades. Estos pacientes también suelen comenzar a consumir sustancias a edades más tempranas.

Entre las sustancias utilizadas más frecuentemente se encuentran la marihuana y el alcohol, seguidas por estimulantes como la cocaína. La baja autoestima y la impulsividad propias del TDAH también son factores que contribuyen al consumo. El uso de sustancias no solo agrava los síntomas del TDAH, sino que, en algunos casos, sus efectos pueden imitar los síntomas del trastorno, dificultando la distinción entre el TDAH y el TUS (ver sección 16 TDAH y adicciones).

14.5 TDAH y trastorno límite de la personalidad (TLP)

En adultos, la comorbilidad entre el TDAH y los trastornos de personalidad es considerablemente alta, con una prevalencia que oscila entre el 0.31 % y el 33.8 %. En particular, la comorbilidad entre el TDAH y el TLP varía entre el 30 % y el 60 % (Ditrich et al., 2021). Entre los síntomas más frecuentemente compartidos por ambos trastornos se encuentran la impulsividad, la desregulación emocional y los problemas interpersonales (Weiner et al., 2019). Tradicionalmente, el TDAH se ha conceptualizado como un trastorno del neurodesarrollo con un inicio temprano, mientras que el TLP ha sido descrito como un trastorno neuropsicológico de aparición más tardía (ver Tabla 8).

14.6 TDAH y trastorno antisocial de la personalidad

La prevalencia del trastorno antisocial de la personalidad en pacientes con TDAH es del 7.3 % (Pehlivanidis et al., 2020). Es relevante destacar que muchos individuos con trastorno antisocial de la personalidad presentan un historial infantil de TDAH; sin embargo, no todos los pacientes con TDAH desarrollan un trastorno antisocial. La impulsividad, un síntoma común a ambos trastornos, puede contribuir a esta asociación. Además, algunas investigaciones indican que la prevalencia del TDAH en adultos con antecedentes de conductas delictivas es hasta diez veces mayor que en la población general (Anns et al., 2023) (ver Tabla 9).

14.7 TDAH y trastornos del espectro autista (TEA)

El TEA es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por déficits en la comunicación, interacción social y lenguaje, junto con intereses restringidos y comportamientos estereotipados, que suelen manifestarse en edades tempranas. La prevalencia del diagnóstico comórbido TEA-TDAH varía ampliamente, entre el 4.6 % y el 78 % (Rico-Moreno et al., 2016). Ambos trastornos comparten déficits en varios dominios, como la atención, el comportamiento y las habilidades sociales (Craig et al., 2016). La presencia de síntomas de TDAH en pacientes con TEA incrementa significativamente la severidad de los síntomas autistas, ejerciendo un efecto aditivo. De manera similar, se observan tasas elevadas de síntomas autistas en pacientes con TDAH, con entre el 30 % y el 70 % de los pacientes con TEA que cumplen los criterios diagnósticos de TDAH. No obstante, a diferencia del TDAH, el lenguaje y la capacidad para comprender los estados mentales de los demás están considerablemente más comprometidos en los pacientes con TEA (ver Tabla 10).

Tabla 8. Características compartidas entre el TDAH y el TLP y características propias del TLP

Características compartidas entre el TDAH y el TLP	Características propias del TLP
Patrón de relaciones interpersonales dificultosas	Relaciones intensas, con frecuentes reacciones del tipo “todo o nada”
Impulsividad y conductas de riesgo (por ejemplo, ludopatía, manejo riesgoso, borracheras, juergas y uso de sustancias)	Intenso sentimiento de temor al abandono
Enojos intensos e inapropiados	Severo sentimiento de vacío
Cambios de humor	Rápidos cambios en la autoimagen y en la identidad
	Períodos de síntomas paranoides relacionados con episodios de estrés, que incluyen pérdida del contacto con la realidad
	Conductas autolesivas

Tabla 9. Características compartidas entre el TDAH y el trastorno antisocial y características propias del trastorno antisocial

Características compartidas entre el TDAH y el trastorno antisocial	Características propias del trastorno antisocial
Conflictos con la ley debido a conductas impulsivas	Falta de ajuste a las normas sociales y a los comportamientos legales, con la realización de actos que conllevan al arresto
Mentiras impulsivas para evitar consecuencias	Conductas engañosas, mentiras, uso de alias y estafas
Irritabilidad	Ausencia de conducta laboral consistente y fallas en el cumplimiento de las obligaciones financieras
Conflictos interpersonales por pérdida de control	Conductas temerarias y descuido de la seguridad
Conductas impulsivas y de descuido que ponen en peligro al paciente y su entorno	Irritabilidad y agresividad con peleas físicas habituales
	Carencia de remordimiento, indiferencia o racionalización de conductas de daño, maltrato o robo a otros

Tabla 10. Diferencias entre el TEA y el TDAH

TEA	TDAH
Diagnóstico más precoz (entre los 2 y 3 años de edad)	Diagnóstico más tardío (entre los 6 y 7 años de edad)
Lenguaje demorado y con ecolalia	Lenguaje no demorado sin ecolalia
Evitación del contacto visual	Menor contacto visual, pero por cambio de foco
Hay menos juegos sociales	Hay más juegos sociales
El paciente no está interesado en compañeros y juega paralelamente	El paciente es dejado de lado por la impulsividad
Dificultad en entender estados mentales de otros	Inatento a los estados mentales de otros
Movimientos estereotipados y rítmicos	Hiperactivo

14.8 TDAH y el trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

En pacientes con TDAH, el TOC tiene una prevalencia estimada entre el 7 % y el 13 %. Cuando ambos trastornos coexisten, existe una alta probabilidad de que también se manifieste el Trastorno de Gilles de la Tourette (Miyauchi et al., 2023). Las disfunciones ejecutivas características del TDAH pueden predisponer al desarrollo de síntomas de acumulación, que a menudo pueden confundirse con los del TOC. Ade-

más, la taquipsiquia asociada al TDAH puede simular la experiencia de pensamientos intrusivos típicos del TOC. Por último, los pacientes con TDAH suelen desarrollar estrategias compensatorias, como el chequeo constante de listas, lo que puede parecer un comportamiento obsesivo.

14.9 TDAH y trastornos de la alimentación

Existe una asociación significativa entre el TDAH y los trastornos de la alimentación. Se estima que la prevalencia de trastornos alimentarios, particularmente la

bulimia nerviosa, en pacientes con TDAH oscila entre el 11 % y el 16 % (Pallanti et al., 2016). Asimismo, entre el 10 % y el 17 % de los pacientes con trastornos alimentarios, especialmente con anorexia nerviosa, también presentan TDAH. El riesgo de desarrollar trastornos alimentarios en personas con TDAH es tres veces mayor que en la población general, y los pacientes con trastornos alimentarios tienen el doble de probabilidad de padecer TDAH (Nazar et al., 2016). Además, el TDAH es un factor de riesgo importante para la obesidad, con una prevalencia del 25 % en personas obesas. Las mujeres con TDAH tienen cuatro veces más probabilidades de sufrir trastornos alimentarios que aquellas sin TDAH. Ambos trastornos comparten características como impulsividad, baja autoestima y dificultades en la atención y en las funciones ejecutivas. Las alteraciones ejecutivas, como el pobre control inhibitorio, la escasa planificación y el déficit de auto-monitoreo, desempeñan un papel crucial en los trastornos alimentarios, y favorecen la baja adherencia a los regímenes dietéticos.

15. Comorbilidad y diagnóstico diferencial del TDAH y el TB en la adultez

En adultos que presentan una sintomatología polimorfa (excluyendo manifestaciones psicóticas) y tienen un historial de abandonos académicos, desorientación vocacional, tendencia a la desorganización, abuso de sustancias, impulsividad, locuacidad y dificultades para mantener el trabajo y las relaciones interpersonales —lo que Akiskal (1994) denominó “biografía tormentosa”— debe considerarse la sospecha diagnóstica de TDAH, así como también TB y trastornos de la personalidad.

Los vínculos entre el TDAH y el TB son estrechos y, a menudo, difíciles de desentrañar. Las múltiples dimensiones psicopatológicas, cognitivas y conductuales que comparten complican la diferenciación entre una verdadera comorbilidad y la posibilidad de que uno represente manifestaciones pleomórficas del otro. Ambas condiciones tienen una prevalencia significativa, calculada en un 3.5 % para el TB y un 1.2 % para el TDAH según datos locales (Cía et al., 2018), que coinciden con los datos internacionales para el TB pero son notablemente menores que los estimados para el TDAH, del 2.5 %. Además, se sabe que entre un 15 % y un 60 % de los casos de TDAH diagnosticados en la infancia persistirán en la vida adulta (Salvi et al., 2021). Burkhart et al. (2021) sugieren que el diagnóstico o la sospecha diagnóstica de TDAH, actuales o

pasados, forman parte de la constelación de factores de riesgo para el desarrollo de TB en la vida adulta.

La evidencia epidemiológica sobre la comorbilidad entre el TDAH y el TB es robusta. En el estudio de replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidades de los Estados Unidos, Kessler et al. (2006) encontraron que un 19.4 % de los pacientes con TDAH también tenían diagnóstico de TB; por su parte, el 21.2 % de los pacientes con TB presentaban también diagnóstico de TDAH. Wingo y Ghaemi (2007), en su revisión sistemática, estimaron que la comorbilidad de TDAH en muestras de personas con TB oscila entre 9.5 % y 21.2 %, mientras que la comorbilidad de TB en muestras de TDAH varía entre un 5.1 % y 47.1 %. Birmaher et al. (2010) estudiaron una cohorte de hijos de padres con TB, de entre 3 y 5 años de edad, en los cuales el riesgo de padecer TDAH se multiplicaba por ocho.

Youngstrom et al. (2012) se cuestionaron si la comorbilidad entre el TDAH y el TB es un artefacto y plantearon varios puntos importantes. Primero, sugirieron que ambos trastornos podrían estar en un continuo de psicopatología, donde los rasgos clínicos superpuestos inducen a errores diagnósticos. Además, plantearon que la separación artificial de estos trastornos genera una falsa impresión de comorbilidad y que uno podría ser el precursor neuroevolutivo del otro. También mencionaron que los sesgos de referencia podrían exagerar la comorbilidad, ya que las personas con cuadros comórbidos presentan casos más complejos y tienen más probabilidades de ser referidas a estadios de mayor complejidad.

Faraone y Biederman, a través de varios metaanálisis y estudios longitudinales, apoyan la idea de que el TDAH comórbido con TB tipo I representa un fenotipo diferente de inicio precoz (Faraone et al., 2012; Biederman et al., 2013). Esto es respaldado por el estudio de Sachs et al., (2000) que muestra que los cuadros comórbidos tuvieron un inicio más temprano. La hipótesis neuroevolutiva se respalda en un estudio longitudinal basado en un registro sueco, que muestra un mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia y TB en pacientes con TDAH, un riesgo que también se observa elevado entre sus familiares, lo que sugiere la existencia de una predisposición genética compartida (Larsson et al., 2013).

Hosang et al. (2019) investigaron una base de datos de gemelos de Suecia para determinar el peso de los factores genéticos y ambientales en la comorbilidad TDAH/TB y concluyeron que los síntomas hipomaniacos están genéticamente vinculados con el TDAH.

Una revisión sistemática y un metaanálisis recientes confirman que el 10 % de los niños con TDAH desarrollan TB en etapas posteriores, porcentaje que aumenta al 12 % cuando se aplican criterios de inclusión más flexibles, lo que apoya la hipótesis del fenotipo neuroevolutivo de TB de inicio precoz (Brancati et al., 2021).

Un enfoque interesante sobre la comorbilidad entre el TDAH y el TB se centra en el estudio de los temperamentos afectivos, ampliamente desarrollados por Akiskal en el contexto del TB (Akiskal y Akiskal, 2005). Landaas et al. (2012) evaluaron los temperamentos afectivos en adultos con TDAH y encontraron una significativa incidencia de temperamento ciclotímico, correlacionándolo con una mayor severidad del cuadro clínico. De manera similar, Torrente et al. (2017) estudiaron los temperamentos afectivos en una muestra de personas con TDAH, y hallaron que el 25 % presentaban temperamento ciclotímico, el cual se asoció con niveles elevados de depresión e impulsividad. Estas investigaciones sugieren la utilidad del marco conceptual de los temperamentos afectivos en la comprensión y el manejo de una amplia gama de trastornos psicopatológicos.

Desde el punto de vista clínico, es evidente que el TDAH y el TB comparten varias dimensiones sindrómicas, como la inestabilidad del humor, la impulsividad, la actividad incrementada, la inquietud, la impaciencia, la distractibilidad y la disfunción ejecutiva. Este solapamiento sintomático se extiende más allá de la fase eufórica del TB, lo que plantea un desafío tanto diagnóstico como terapéutico.

Wingo y Ghaemi (2007) destacan que, aunque el DSM-IV (APA, 1994) identifica síntomas superpuestos entre el TDAH y el TB —como la locuacidad, la distractibilidad, los cambios constantes en las actividades, la inquietud y la hiperactividad—, existen síntomas distintivos para cada condición. En el contexto de la manía bipolar, los síntomas clave para el diagnóstico diferencial incluyen la autoestima exagerada y grandiosidad, la fuga de ideas, la disminución de la necesidad de dormir, el exceso de actividades placenteras sin considerar las posibles consecuencias negativas y una marcada energía sexual acompañada de indiscreciones.

Pallanti y Salerno (2020) confirman que la comorbilidad entre el TDAH y el TB genera cuadros de mayor complejidad, caracterizados por un inicio más precoz, una peor evolución y un mayor número de episodios maníacos. Estos pacientes suelen tener un historial de abandonos escolares y un rendimiento académico y laboral pobre desde antes del inicio del TB, así como una historia vincular más complicada

y tendencia al consumo problemático de sustancias. Este patrón sugiere la existencia de un subgrupo específico de inicio precoz.

En el diagnóstico diferencial, Pallanti y Salerno señalan que el carácter cíclico de las oscilaciones anímicas del TB es una clave importante, aunque no siempre es evidente en los cuadros juveniles. Recomiendan sospechar TB en personas con un historial crónico de deterioro funcional, incluyendo dificultades en el aprendizaje, historia familiar de trastornos de aprendizaje o TDAH, deterioro ejecutivo con pobres habilidades en la planificación y manejo del tiempo y tendencia a la procrastinación que han estado presentes desde antes del inicio del TB. Además, sugieren considerar esta comorbilidad en casos de respuesta pobre al tratamiento del TB, especialmente cuando hay persistencia de conductas inatentas, hiperactivas o impulsivas que interfieren globalmente con la funcionalidad y la presencia de trastornos del sueño, como la resistencia a ir a la cama (*bedtime resistance*).

Carlat (2007) sugiere algunas estrategias clave para aclarar dudas diagnósticas. Primero, recomienda investigar a fondo los episodios maníacos y recordar que la distractibilidad no es exclusiva del TB. Además, destaca la importancia de buscar antecedentes de TDAH en la infancia y de revisar los registros diagnósticos y terapéuticos previos.

Brus et al. (2014) proponen un marco diagnóstico conceptual que permite identificar la constelación de síntomas característicos de cada trastorno, así como aquellos compartidos. Esta información se resume en la tabla a continuación (*ver Tabla 11*).

Salvi et al. (2021) identifican varios rasgos distintivos entre el TDAH y el TB. La edad de inicio es una diferencia clave: el TDAH generalmente comienza en la infancia, mientras que el TB suele aparecer en la adultez temprana. Además, el curso del TDAH es estable y crónico, a diferencia del TB, que es episódico, aunque las formas juveniles del TB no siempre siguen este patrón. Respecto del estado de ánimo, el TDAH se asocia con un humor lábil y disfórico, mientras que el TB se caracteriza por un estado de ánimo persistentemente eufórico, elevado o irritable. La autoestima también difiere significativamente entre ambos trastornos: es reducida en el TDAH y exagerada o grandiosa en el TB. La distractibilidad en el TB resulta de la aceleración del pensamiento, mientras que en el TDAH se percibe como un divague mental sin aceleración objetiva. El fenómeno de “pensamientos agolpados” es típico del TB, especialmente en estados mixtos (Koukopoulos et al., 2005). La actividad dirigida

Tabla 11. Síntomas característicos del TB, compartidos con el TDAH y característicos del TDAH

TB	TB comórbido con TDAH	TDAH
Episodios definidos y discretos	Inatención	Síntomas crónicos
Depresión prominente	Disfunción ejecutiva	Sin pausas
Raramente inicio infantil	Impulsividad	Inicio siempre infantil
Psicosis durante la manía (TB-I)	Búsqueda de sensaciones	Depresión no prominente
Suicidabilidad	Inquietud	No psicosis
Grandiosidad	Abuso de sustancias	No suicidabilidad
Hipersexualidad	Locuacidad	No grandiosidad
Reducción de la necesidad de dormir	Impaciencia	No hipersexualidad
Evolución periódica	Suicidabilidad	Si sueño reducido = fatiga

Nota. Adaptado de “Adult ADHD vs. bipolar disorder in the DSM-5 era: a challenging differentiation for clinicians”, de M. Brus, M. Solanto y J. Goldberg, 2014. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(6), p. 432.

a objetivos está incrementada en el TB, en contraste con la inquietud constante del TDAH. Las funciones neurovegetativas—como el sueño y la sexualidad—también difieren: en el TB hay una disminución de la necesidad de dormir y una hipersexualidad en la fase hipomaniaca, mientras que estas funciones no suelen estar afectadas en el TDAH. Por último, los síntomas psicóticos pueden presentarse en el curso del TB, pero no se manifiestan en el TDAH.

El tratamiento del TDAH comórbido con TB presenta un desafío considerable debido a la preocupación constante sobre el posible efecto desestabilizante de los estimulantes en la evolución del TB. Viktorin et al. (2017) llevaron a cabo un estudio basado en un registro sueco, analizando datos de 2.307 pacientes con TB que comenzaron tratamiento con el metilfenidato entre 2006 y 2014. Los resultados mostraron que los pacientes que recibieron metilfenidato y también estaban en tratamiento con estabilizantes del ánimo experimentaron una disminución en los episodios maníacos. Por el contrario, aquellos que no recibían estabilizantes del ánimo mostraron un aumento en tales episodios. Esto sugiere que el tratamiento con el metilfenidato, bajo un seguimiento estrecho, es factible y seguro en pacientes con esta comorbilidad. Un estudio de registro danés (Jefsen et al., 2023) examinó a personas a las que se les prescribió metilfenidato entre enero de 2000 y enero de 2018, utilizando un diseño de estudio espejo “antes-después” (o pre-post). Los episodios maníacos disminuyeron un 48 % ($p < 0.01$) tanto en aquellos que recibían estabilizantes del ánimo (con una reducción del 50 %) como en los que no los recibían (con una reducción del 45 %). El estudio encontró que el metilfenidato no incrementó el número de episodios maníacos; el pico de manías se produjo seis meses antes de la introducción del metilfenidato, lo que se interpretó como un fenómeno de regresión

a la media, no como un efecto del metilfenidato. Estos hallazgos demuestran que la comorbilidad entre TB y TDAH representa un grupo de pacientes de alta complejidad y con una gran carga sintomática. Además, la atomoxetina debe ser utilizada con gran precaución debido a los informes de inducción de episodios maníacos o hipomaniacos (Bahali, 2013).

Tsapakis et al. (2020) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis sobre el uso de los psicoestimulantes como la lisdexanfetamina, el modafinilo y el armodafinilo en la depresión bipolar y confirmaron que no aumentan el riesgo de viraje o conducta suicida.

El grupo de trabajo sobre trastornos cognitivos del TB de la ISBD llevó a cabo una revisión sistemática sobre el uso de tratamientos establecidos y *off-label* para el TDAH, enfocados en el deterioro cognitivo o los síntomas de TDAH en pacientes con TB (Miskowiak et al., 2024). En su revisión, diferenciaron claramente que los fármacos estudiados, en particular el metilfenidato y las sales de anfetamina, resultaron ser eficaces y seguros para tratar el TDAH comórbido con TB, sin un aumento significativo en el riesgo de episodios maníacos en pacientes que también recibían tratamiento estabilizante. Sin embargo, señalaron que hasta la fecha, ningún estudio ha demostrado la eficacia de los estimulantes u otros fármacos en el tratamiento de los déficits cognitivos propios del TB. Esto subraya la necesidad de desarrollar estudios adicionales para abordar esta cuestión específica.

16. TDAH y adicciones

La detección precoz de la patología dual y/o comórbida en pacientes en tratamiento por trastornos adictivos—con y sin sustancias—es de vital importancia para su tratamiento integral (Ustun et al., 2017). La evaluación neuropsiquiátrica debe incluir un cribado

sistemático del TDAH en contextos de tratamiento de adicciones, así como el cribado de trastornos por uso de sustancias en entornos psiquiátricos. Dada la frecuente coexistencia de estas condiciones, es crucial realizar derivaciones oportunas para evaluaciones especializadas.

El TDAH contribuye al desarrollo de comportamientos riesgosos y experiencias adversas a lo largo de la vida, y puede elevar el riesgo de padecer trastornos por uso de alcohol (TUA), entre otros. La propensión a tomar decisiones impulsivas y la presencia de un sistema de recompensa desregulado incrementan la vulnerabilidad de los individuos con TDAH a los trastornos adictivos, independientemente de su gravedad. Algunos estudios indican que hasta un 43 % de las personas con TDAH desarrollan TUA, y que en la población adulta con TUA, aproximadamente el 20 % padece también TDAH, aunque frecuentemente esta comorbilidad no se reconoce ni se trata adecuadamente. Por ello, es esencial implementar procedimientos sistemáticos de detección y tratamiento (Luderer et al., 2021).

El TDAH en la infancia es un factor de riesgo importante para el desarrollo de trastornos por uso de sustancias (TUS) durante la adolescencia y la adultez temprana. Más precisamente, durante la adolescencia se observa un desarrollo asincrónico de los circuitos frontoestriales, donde el sistema impulsivo y afectivo de la amígdala y el estriado madura antes y es más activo en comparación con los sistemas de control cognitivo de la corteza prefrontal, que maduran más tarde. Esta asincronía en la maduración aumenta la susceptibilidad a las influencias de los sistemas emocionales y de recompensa, fomentando comportamientos impulsivos y desinhibidos, incluido el uso de sustancias. Numerosos estudios sobre adolescentes han establecido una conexión entre la deficiencia en funciones ejecutivas, como la inhibición y la memoria de trabajo, y el inicio precoz del consumo de alcohol y otras sustancias. Este hallazgo respalda teorías como la de la patología del reforzador, propuesta por Bickel y Athamneh en 2019.

Por otra parte, los rápidos cambios sociales y tecnológicos entrañan desafíos particulares para individuos con tendencia a la distracción y dificultades para mantener la concentración. Según Thorell et al. (2024), estos cambios pueden exacerbar los síntomas en aquellos en los umbrales subclínicos del TDAH. Además, la adicción a internet (AI) es cada vez más reconocida como una adicción conductual de importancia. La

transición del uso adaptativo al patológico de internet es compleja ya que se proporciona estimulación constante a través de múltiples tareas simultáneas y gratificación instantánea, lo que mitiga el aburrimiento y refuerza rápidamente ciertos comportamientos. Los individuos con TDAH, que frecuentemente exhiben baja autorregulación, son susceptibles tanto a la adicción a sustancias como a la AI. Algunas investigaciones sugieren que la liberación de dopamina en el estriado durante el juego en línea podría mejorar la concentración y el rendimiento, lo que permite a las personas con TDAH compensar deficiencias en sus vidas reales y preferir entornos virtuales. Wang et al. (2017) destacan que, en comparación con interacciones en la vida real, las que ocurren en línea ofrecen respuestas y recompensas más inmediatas y facilitan las relaciones interpersonales. Masi et al. (2021) informan que la intensidad de los síntomas del TDAH se correlaciona con una mayor severidad en la adicción a videojuegos y sus consecuencias adversas.

16.1 Epidemiología

La metodología de los estudios epidemiológicos en las adicciones varía significativamente dependiendo de factores tales como el tipo de evaluación utilizada, la consideración del policonsumo de sustancias y la edad de los individuos estudiados. En algunos países, se recurre incluso a la medición de residuos de drogas en sistemas de alcantarillado para obtener estimaciones más precisas del consumo real. Esto último se debe a la tendencia a la subreportación en registros médicos y a la omisión frecuente por parte de los usuarios, que afectan la precisión de las estadísticas actuales.

Respecto al trastorno por consumo de cocaína, una revisión sistemática reciente estimó la prevalencia del TDAH en aproximadamente el 10 % de los casos, con un rango que oscilaba entre el 5 % y el 20 % (Oliva et al., 2020). Además, el TDAH coexiste en hasta el 20 % de las personas con el TUA (Luderer et al., 2021), asociándose esta comorbilidad con una serie de complicaciones adicionales y con resultados menos favorables en el tratamiento.

En lo que concierne al impacto cognitivo en los TUS, este es un factor confundidor común que no solo complica el diagnóstico, sino que también agrava la severidad clínica de los afectados. Por ejemplo, entre el 30 % y el 80 % de los individuos con TUA presentan deterioro cognitivo, y entre el 30 % y el 50 % de aquellos con trastorno por consumo de estimulantes también lo manifiestan en algún grado (Bruijnen et al., 2019).

16.2 Evaluación

La evaluación inicial de adultos con TDAH y adicciones debe comprender una anamnesis exhaustiva, entrevistas con el paciente y familiares, además de la aplicación de escalas validadas como las que aparecen en la prueba ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). De este modo, es crucial documentar la historia del TDAH, los cambios en los patrones de consumo de sustancias, los comportamientos adictivos, los desencadenantes y las consecuencias adversas asociadas.

El acceso a tratamientos para el TUS es limitado y menos del 20 % de los afectados reciben la atención necesaria. Además, esta limitación aumenta conforme avanza la severidad de los síntomas. Las evaluaciones tempranas en adolescentes que puedan identificar el consumo inicial episódico y la transición hacia patrones crónicos son cruciales. Al igual que en el manejo de la diabetes, donde se introduce el término “prediabetes” para mejorar la intervención temprana, el concepto de “preadicción” facilitaría la detección y el tratamiento tempranos del TUS leve a moderado, lo que podría prevenir la progresión hacia estados más severos.

Más específicamente, la preadicción se vincula directamente con el descarrilamiento hedónico, caracterizado por la hipodopaminergia en el circuito de recompensa mesolímbico del cerebro; asimismo, este fenómeno incluye varias anomalías y manifestaciones clínicas asociadas a sistemas de neurotransmisores específicos (como los opioidérgicos, los serotoninérgicos, los cannabinérgicos, los gabaérgicos, los glutaminérgicos y los colinérgicos), configurando lo que se denomina “síndrome de deficiencia de recompensa”. Finalmente, este enfoque considera a la neurobiología de las adicciones como un factor fundamental para desarrollar intervenciones efectivas.

Antes de prescribir estimulantes a adultos, es esencial revisar su historial cardiovascular —incluyendo antecedentes de dolor torácico, palpitations, síncope, infarto de miocardio, arritmias y enfermedades valvulares— así como otros antecedentes familiares relevantes. La medición de la presión arterial y el pulso es obligatoria, y se debe realizar un electrocardiograma (ECG) en aquellos con síntomas cardíacos. Si se encuentran anomalías, se recomienda una evaluación cardiológica para determinar la viabilidad del tratamiento farmacológico. Dada la evidencia mixta sobre la relación entre el uso de estimulantes y complicaciones cardíacas, la evaluación debe ser particularmente rigurosa en individuos con TUS.

16.3 Clínica

El cuadro clínico del TDAH es heterogéneo y con frecuencia se ve afectado por la comorbilidad psiquiátrica, incluidos los TUS.

La clínica específica de las adicciones, ya sean de consumo leve, moderado o severo, puede manifestarse junto con los síntomas característicos del TDAH como cambios anímicos, alteraciones en el patrón de sueño y apetito, errores en la predicción de recompensa e impulsividad. Mientras que el TDAH se asocia con un aumento de la mortalidad, principalmente debido a accidentes, el TUS comórbido aumenta aún más el riesgo de muerte prematura entre las personas con TDAH (Sun et al., 2019). Según una investigación de Kittel-Schneider et al. (2019), los pacientes que recibieron atención por trauma agudo tras un accidente presentaron una prevalencia más alta de TDAH; además, aquellos con TDAH tendían a estar más frecuentemente bajo la influencia del alcohol u otras sustancias.

16.4 Tratamiento

16.4.1 Tratamiento no farmacológico

En el tratamiento de las adicciones, es crucial integrar enfoques no farmacológicos que abarquen terapia individual y de grupo, programas de desintoxicación y rehabilitación, así como soporte continuado a largo plazo. Es esencial abordar los factores conductuales y emocionales subyacentes —como la impulsividad y la baja autoestima— que contribuyen a la adicción. La terapia cognitivo-conductual (TCC) se destaca por su eficacia en la modificación de patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales ya que ofrece herramientas para la gestión del estrés y la organización cotidiana. Estas intervenciones no solo son efectivas para trastornos por consumo de sustancias, sino también para el manejo del TDAH comórbido, y brindan una estrategia integral y adaptada a las necesidades de cada paciente (Van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2019).

16.4.2 Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico en adultos con adicciones que además presentan TDAH requiere un enfoque cuidadoso y personalizado. Se recomienda primero abordar las adicciones, ya que algunas investigaciones indican que el abuso de sustancias puede modificar no solo la respuesta a los medicamentos, sino también su administración y su eficacia (Riggs, 2011; Barrett y Phil, 2002).

En la fase de tratamiento específico del TDAH, es posible observar una reducción o cese en el consumo de sustancias en algunos pacientes. Sin embargo, otros

requieren un enfoque integrado para manejar simultáneamente el TDAH y las adicciones. Para estos casos, se recomiendan terapias de reemplazo de nicotina y medicamentos como el bupropión para la adicción al tabaco, así como del disulfiram, la naltrexona y el acamprosato para el tratamiento del alcoholismo. Esta aproximación dual es crucial para abordar eficazmente ambas patologías y mejorar los resultados.

Diversos estudios sobre el uso temprano de estimulantes en niños con TDAH muestran resultados variados en cuanto a su efecto protector contra el desarrollo de TUS durante la adolescencia y la edad adulta temprana. Groenman et al. (2019) sugieren que los estimulantes pueden tener un efecto protector, mientras que otros estudios, como los de Humphreys et al. (2013), Molina et al. (2013) y Harstad et al. (2014), no lo han identificado. Estas discrepancias subrayan la necesidad de un análisis más profundo y contextualizado para entender la variabilidad en los resultados del tratamiento.

Para personas con un trastorno activo por consumo de drogas psicotrópicas, se aconseja estabilizar primero este trastorno antes de iniciar un tratamiento farmacológico para el TDAH, si las circunstancias lo permiten y no hay disponibilidad de un tratamiento integral (Barrett y Pihl, 2002). En casos de pacientes con grandes dificultades cognitivas y problemas de adherencia al tratamiento, modalidades como la atención ambulatoria intensiva, hospitales de día o comunidades terapéuticas pueden ofrecer mayor eficacia (Waisman Campos et al., 2017).

Los ensayos clínicos que investigan la eficacia de los tratamientos con estimulantes en pacientes con TDAH que simultáneamente padecen un trastorno activo por consumo de sustancias (como la nicotina, la cocaína y los opioides) han arrojado resultados variados. Estos estudios enfrentan dificultades metodológicas, ya que típicamente se centran en el tratamiento con un solo fármaco, aunque los pacientes presenten múltiples patologías, algunas de las cuales pueden complicar la enfermedad principal.

Si bien los estimulantes son efectivos en el tratamiento del TDAH, existe una creciente preocupación por su mal uso, especialmente en pacientes comórbidos con TUS (Bjerkeli et al., 2018; Faraone et al., 2021). Además, es necesario destacar que la Declaración de Consenso Internacional de la Federación Mundial de TDAH enfatiza que el uso de estimulantes para el TDAH no incrementa el riesgo de desarrollar TUS o TUA en el futuro (Luderer et al., 2021; Riggs, 2011).

Un metaanálisis realizado por Cunill et al. (2015), que incluyó trece ensayos clínicos aleatorizados, arrojó resultados mixtos sobre la farmacoterapia en pacientes con TDAH y trastorno por consumo de drogas concurrente: se observó un efecto beneficioso, aunque pequeño, sobre los síntomas del TDAH. Sin embargo, contrariamente a lo que informaron Carpentier y Levin en 2017, no hubo impacto significativo sobre el consumo de sustancias o la abstinencia. Esto subraya la necesidad de un enfoque de tratamiento integral, similar al empleado en medicina general, para optimizar los resultados. Además, se han realizado solo cuatro estudios controlados con placebo en adolescentes con estas condiciones, que abarcaron menos de 500 pacientes en total y utilizaron principios activos como el metilfenidato de acción prolongada, la pemolina y la atomoxetina. Ninguno de estos estudios demostró un efecto concluyente sobre el TDAH o el TUS, lo que destaca que la efectividad se maximiza mediante un tratamiento integrado de ambos trastornos.

No se recomienda el uso del bupropión como alternativa a los psicoestimulantes en pacientes que no están abstinentes, principalmente debido a la evidencia insuficiente sobre su eficacia y al incrementado riesgo de convulsiones asociadas con este principio activo, especialmente en casos de trastorno por uso de alcohol.

En el último Consenso Internacional sobre el Tratamiento del TDAH con estimulantes, emergió una notable controversia respecto del momento adecuado para iniciar la prescripción: un sector de expertos sostuvo que es esencial exigir una abstinencia completa antes de comenzar la farmacoterapia para minimizar riesgos potenciales, mientras que otro grupo argumentó que imponer una política de abstinencia estricta podría excluir a muchos pacientes de recibir un tratamiento efectivo (Ozgen et al., 2020).

En un estudio clínico controlado, Levin et al. (2015) evaluaron la eficacia de la dextroanfetamina-anfetamina de liberación prolongada en adultos con TDAH y trastorno por consumo de cocaína. Un total de 126 participantes fueron asignados aleatoriamente a recibir dosis diarias de 60 mg, 80 mg o placebo. Los resultados mostraron que los participantes en los grupos de 60 mg y 80 mg experimentaron una mejora notable en la reducción de los síntomas del TDAH: el 75.0 % de los participantes en el grupo de 60 mg y el 58.1 % en el grupo de 80 mg lograron una disminución significativa de al menos el 30 % en la gravedad de los síntomas, en comparación con solo el 39.5 % en el grupo placebo. Además, los participantes en los grupos tratados mostraron una mayor probabi-

lidad de obtener resultados semanales negativos para cocaína, con una *odds ratio* de 5.46 para el grupo de 80 mg/día y de 2.92 para el grupo de 60 mg/día, en comparación con el grupo placebo.

La atomoxetina, un inhibidor de la recaptación presináptica de noradrenalina, ha demostrado ser efectiva para el tratamiento del TDAH en adultos ya que ha superado al placebo en ensayos clínicos (Cunill et al., 2013). Además, su uso en pacientes con TDAH y trastornos concurrentes por consumo de sustancias ha sido seguro y bien tolerado (Wilens et al., 2008), destacándose por su bajo potencial de abuso (Upadhyaya et al., 2013). Aunque la viloxazina —otro medicamento no estimulante con propiedades similares— es una alternativa viable, actualmente no está disponible en la Argentina.

17. Comorbilidad TDAH y trastorno límite de la personalidad (TLP) en la adultez

Como se mencionó previamente, el TDAH en la adultez se asocia a un gran número de comorbilidades. En efecto, una de las más frecuentes es el trastorno límite de la personalidad (TLP). Se estima que al menos 14 % de los diagnosticados con TDAH en la infancia reciben posteriormente un diagnóstico de TLP (Jacob et al., 2007), mientras que entre el 18 al 34 % de los adultos con TDAH padece TLP comórbido (Matthies et al., 2011). Utilizando datos de una encuesta epidemiológica en la que participaron 34.000 adultos de edad media (18.4 años), Bernardi et al. (2012) calcularon que la comorbilidad de por vida con el TLP de los sujetos con TDAH fue del 33.1 %, en comparación con el 5.1 % de la población general (OR = 2.84).

El TLP ocurre con más frecuencia dentro de la población con TDAH de lo que sucedería a la inversa (Weiner et al., 2019). De hecho, cuando ocurren juntos, es posible que se pase por alto uno de los diagnósticos. En relación con esto último, los síntomas “ruidosos” del TLP generalmente pueden enmascarar los rasgos “más silenciosos” del TDAH.

Se han propuesto varias hipótesis que explicarían las razones por la que estos dos cuadros coexisten con frecuencia: a) el TDAH puede ser un precursor del desarrollo del TLP; b) el TDAH y el TLP pueden corresponder a diferentes expresiones de un mismo trastorno en vez de dos entidades diferentes; y c) el TDAH y el TLP pueden ser trastornos distintos que comparten factores de riesgo comunes (Storebø y Simonsen, 2014).

17.1 Expresión clínica

Ambos cuadros tienen una expresión fenotípica heterogénea, con superposición de diferentes dimensiones sintomáticas (fundamentalmente la impulsividad y la desregulación emocional) (Philipsen, 2006). Como resultado, diferenciar ambos cuadros es una tarea sumamente desafiante, inclusive para el clínico especializado.

Más allá de la superposición de la sintomatología nuclear —como la impulsividad y la desregulación emocional—, ambas condiciones también están vinculadas con problemas interpersonales, antecedentes de traumas, problemas de autoestima y rasgos temperamentales (Weiner, 2019).

La edad de inicio solía ser un criterio de diagnóstico discriminativo entre ambos cuadros: mientras que el TDAH era típicamente concebido como un trastorno del desarrollo neurológico de aparición temprana, el TLP se consideraba como un trastorno psicológico o de la personalidad de aparición tardía vinculado a

Figura 1. Características clínicas compartidas entre el TDAH y el TLP



Nota. TEPT: trastorno de estrés postraumático. Adaptado de “Common ground in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Borderline Personality Disorder (BPD)-review of recent findings”, de S. Matthies y A. Philipsen, 2014, *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(3), p. 3.

un trauma infantil. Sin embargo, esta distinción ha sido cuestionada recientemente (Weiner et al., 2019).

17.1.1 Impulsividad

La impulsividad se entiende actualmente como un rasgo multifacético que puede llevar a comportamientos disfuncionales (Griffin et al., 2018) y es un síntoma central en ambos trastornos. Sin embargo, según el DSM-5, la descripción psicopatológica para cada cuadro difiere. Mientras que en el TLP se describe la impulsividad en términos de gastos excesivos, sexo compulsivo, consumo de drogas, conducción temeraria y atracones alimentarios, en el TDAH se detalla como impaciencia al esperar, interrupciones a los demás o respuestas precipitadas (APA, 2013). Considerando esta descripción psicopatológica, la impulsividad en el TDAH parecería tener un menor impacto funcional o gravedad. No obstante, como se ha demostrado, los atracones alimentarios, el sexo compulsivo, los gastos excesivos, la conducción temeraria y el consumo de drogas también pueden ser expresiones fenotípicas de la impulsividad en adultos con TDAH (Chamberlain et al., 2017).

Según la revisión realizada por Ditrich et al. (2021), los estudios que analizaron la impulsividad mediante evaluaciones neuropsicológicas encontraron algunas diferencias interesantes: a) las personas con TLP tenían más dificultades para utilizar señales contextuales para la inhibición de la respuesta y su impulsividad dependía fundamentalmente del estrés (es decir, empeoraba bajo condiciones de estrés), mientras que las personas con TDAH presentaban más impulsividad motora (esto es, dificultad para detener una acción que ya estaba en movimiento); b) las personas con TDAH + TLP tenían las tasas más altas de impulsividad; y c) la impulsividad era mayor entre los grupos TDAH y TDAH + TLP que el grupo TLP.

17.1.2 Desregulación emocional

La desregulación emocional en el TLP es un síntoma nuclear y se aborda en, al menos, dos criterios del DSM-5 (APA, 2013). Aunque no está incluida oficialmente en los criterios diagnósticos básicos, se ha demostrado que aproximadamente el 70 % de los adultos con TDAH reportan desregulación emocional (Beheshti et al., 2020), hecho que ha motivado a algunos autores a plantearla como síntoma primario en esta patología (Hirsch et al., 2018).

Utilizando escalas de autoinforme, Rüfenacht et al. (2019) evaluaron las estrategias de regulación emocional en 406 pacientes con TDAH y TLP (279 con TDAH, 70 con TLP y 60 con TDAH + TLP). La comparación se realizó utilizando muestras de controles

extraídas de datos previamente publicados, revelando que todos los grupos clínicos presentaban una alta reactividad emocional, caracterizada por sensibilidad emocional, así como por la intensidad y persistencia de las emociones. Esta reactividad fue más pronunciada en los pacientes con comorbilidad, seguida por aquellos con TLP y, finalmente, por los sujetos diagnosticados solo con TDAH. Además, las personas con TDAH mostraron un mejor control sobre sus emociones, menor reactividad emocional y un mayor uso de estrategias cognitivas funcionales en comparación con las personas con TLP.

Para investigar aspectos de ira y agresividad en adultos con TDAH y TLP, Cackoski et al. (2017) evaluaron a 87 mujeres (29 con TLP no medicadas, 28 con TDAH y 30 controles). Determinaron rasgos y estado de ira, tendencia a la agresividad y capacidad de regulación emocional en reposo y tras una inducción al estrés. Tanto las mujeres con TDAH como las que padecían TLP mostraron puntuaciones más altas en todas las medidas comparadas con el grupo control. Las mujeres con TLP reportaron mayores rasgos de agresividad y hostilidad, una mayor tendencia a expresar la ira, ya sea externamente al ser provocadas o internamente, lo cual podría estar asociado a comportamientos autodestructivos. Tras la inducción al estrés, las mujeres con TLP exhibieron un mayor estado de ira que las mujeres con TDAH y las del grupo control. Además, las mujeres con TLP informaron rasgos de desregulación emocional más graves en comparación con las del grupo TDAH y el grupo control, lo que se asoció significativamente a la ira y la agresividad.

A pesar de estas diferencias, se han observado respuestas fisiológicas similares a las emociones en ambos grupos: los sujetos experimentan emociones negativas durante un período más prolongado y responden más lentamente a su línea de base después de una experiencia emocionalmente excitante (Weiner et al., 2019).

Si bien los datos comparativos son escasos y fueron llevados a cabo en pocos sujetos experimentales, Weiner et al. (2019) plantean que los cuadros tendrían diferentes vías hacia la inhibición: mientras que el TDAH se asociaría con dificultades en los procesos de funcionamiento ejecutivo desde arriba hacia abajo, el TLP guardaría más relación con la desregulación emocional. La impulsividad en el TLP estaría intrínsecamente relacionada con la desregulación emocional (por ejemplo, en situaciones de alto estrés, las personas con TLP tienen conductas impulsivas más pronunciadas), mientras que en los individuos con TDAH las conductas

impulsivas son más independientes del estrés. Estos hechos sugerirían que la impulsividad y la desregulación emocional podrían funcionar como un mediador entre los síntomas del TDAH y las características del TLP. De este modo, los clínicos deberían estar atentos a observar si la impulsividad ocurre solo en el contexto de estrés emocional o si es de naturaleza más global.

17.2 Etiopatogenia

Actualmente, la evidencia respalda la interacción y correlación entre genes y ambiente en el desarrollo tanto del TLP como del TDAH. En este último, está bien establecido que los factores genéticos desempeñan un papel central en la etiología, con estimaciones de heredabilidad que oscilan entre el 70 y 80 % (Brikell et al., 2015). Sin embargo, respecto del TLP, la literatura sigue estando poco desarrollada, con estimaciones de heredabilidad que oscilan entre el 35 y 46 % (Amad et al., 2014).

Dos estudios han investigado las contribuciones genéticas y ambientales compartidas entre el TDAH y el TLP. A través del acceso a registros en los Países Bajos (Distel et al., 2011) investigaron las contribuciones genéticas y ambientales a la asociación entre rasgos de personalidad límite y síntomas de TDAH en una muestra de 7.233 gemelos de entre 18 y 90 años. Así, se ha encontrado que: a) la heredabilidad de los rasgos del TLP y del TDAH se estimó en 45 % y 36 %, respectivamente; b) la correlación fenotípica entre los rasgos del TLP y los síntomas del TDAH fue alta ($r = 0.59$), similar en ambos sexos, y podría explicarse en un 49 % por factores genéticos y en un 51 % por factores ambientales; y c) las correlaciones genéticas y ambientales entre los síntomas del TLP y del TDAH fueron de 0.72 y 0.51, respectivamente. Finalmente, los autores concluyen que la etiología compartida entre manifestaciones del TLP y del TDAH podría ser una causa de la frecuente comorbilidad de los trastornos o de la superposición de dominios psicopatológicos.

En otro estudio, Kuja-Halkola et al. (2021) investigaron la coexistencia y la coagregación familiar entre el TDAH y el TLP clínicamente diagnosticados en una cohorte de más de dos millones de personas nacidas en Suecia entre 1971 y 2001, y diagnosticadas entre 1997 y 2013 en atención ambulatoria o durante hospitalizaciones. De este modo, encontraron que los individuos con TDAH tuvieron un aOR (es decir, una odds ratio ajustada por año de nacimiento, sexo y orden de nacimiento) de 19.4 de tener también un diagnóstico de TLP en comparación con personas no diagnosticadas con TDAH. A su vez, tener un hermano con TDAH también aumentó el riesgo de padecer TLP

(aOR = 11.2 para gemelos monocigóticos; aOR = 2.8 para hermanos completos; aOR = 1.4 para medios hermanos maternos; y aOR = 1.5 para medios hermanos paternos). Asimismo, se estimó que los primos también poseían un mayor riesgo. Por último, los autores llegaron a la conclusión de que el patrón de coagregación familiar de TDAH y TLP en diferentes tipos de familiares indica que los factores genéticos desempeñan un papel en la coexistencia de estos dos trastornos.

17.3 TDAH y eventos adversos en la infancia

Aunque la adversidad infantil se asocia con una amplia gama de resultados clínicos negativos en la edad adulta (incluidos varios trastornos psicopatológicos como trastornos del estado de ánimo, psicosis y trastornos de la personalidad) (Porter et al., 2020), la mayoría de las teorías sobre el desarrollo del TLP enfatizan la importancia de las experiencias tempranas (Linehan, 1993), sobre todo aquellas en donde la invalidación emocional temprana por parte de los cuidadores limita las oportunidades para que el niño aprenda a experimentar y controlar diferentes estados emocionales. Esto ha generado que la presencia de síntomas de impulsividad y desregulación emocional, junto a los antecedentes de eventos adversos en la infancia, se vinculen inequívocamente a la sospecha de TLP.

Sin embargo, la evidencia marca que las personas con TDAH también suelen tener antecedentes de eventos adversos infantiles. En tal sentido, el primer estudio que investigó esta asociación fue desarrollado por Rucklidge et al. (2006), donde se aplicaron a 114 adultos (57 TDAH y 57 controles) cuestionarios para evaluar retrospectivamente experiencias traumáticas en la infancia. Se observaron puntuaciones significativamente más altas en el cuestionario de trauma infantil en el grupo TDAH que en el grupo control, en particular en abuso emocional y negligencia. A su vez, el abuso sexual y la negligencia física fueron más reportadas por las mujeres.

Un estudio sueco realizado por Björkenstam et al. (2018), con una cohorte de 543.650 personas nacidas entre 1987 y 1991, evaluó la adversidad infantil basada en registros de muerte familiar, abuso parental de sustancias, trastornos psiquiátricos parentales, criminalidad parental, separación de los padres, inestabilidad residencial y necesidad de asistencia pública del hogar. Se siguió a los individuos durante 2006, cuando tenían entre 15 y 19 años, para detectar diagnóstico de TDAH, definido como un diagnóstico por la clasificación internacional de enfermedades (CIE) de la OMS y/o por el registro de prescripción de medicamentos

para el TDAH. Se ha encontrado que todos los eventos adversos aumentaron la probabilidad de padecer TDAH al final de la adolescencia o al principio de la adultez, siendo el OR desde 1.6 para muerte familiar y de 2.7 para asistencia pública del hogar. También se ha detectado una relación dosis-respuesta entre la acumulación de eventos adversos y el TDAH: por un lado, aquellos individuos con más de cuatro eventos poseían un riesgo notablemente mayor (OR = 5.5; IC = 95 %); por el otro, las adversidades infantiles son un fuerte factor de riesgo para el TDAH en la adultez, fundamentalmente cuando se acumulan.

Por último, Ferrer et al. (2017) evaluaron a 204 sujetos (56 con TDAH + TLP, 82 con TLP, 22 con TDAH y 44 controles) con el objetivo de comparar la asociación entre antecedentes de maltrato infantil y los diagnósticos en la adultez de TDAH, TLP, o TDAH en comorbilidad con TLP, utilizando entrevistas estructuradas. Los investigadores encontraron que, mientras que el trauma físico se asociaba con el TDAH, el abuso sexual o emocional estaba relacionado con el TLP o TLP + TDAH. La comorbilidad mostró mayor gravedad clínica y puntuaciones más altas para negligencia total, con una diferencia marginal para el abuso sexual. Estos hallazgos sugieren que los antecedentes de abuso físico podrían estar asociados con la persistencia del TDAH en la adultez, mientras que el abuso sexual o emocional podría vincularse con el desarrollo de TLP o TDAH + TLP. Esto respalda la hipótesis de que un tipo específico de evento traumático aumentaría el riesgo de consolidación de un trastorno concreto en la trayectoria de la niñez hacia la adultez en sujetos vulnerables.

Por último, es importante tener en cuenta que las relaciones conflictivas entre padres e hijos, causadas por los síntomas de TDAH presentes en los niños (y posiblemente también en los padres), pueden predisponer a interacciones traumáticas (Ditrich et al., 2021). Dado que la corteza prefrontal tiene un desarrollo prolongado, lo que facilita la adquisición de capacidades cognitivas complejas a través de la experiencia, también es vulnerable a factores que pueden alterar su funcionamiento. Esto explicaría por qué los niños maltratados tienen una mayor probabilidad de desarrollar disfunción ejecutiva (Kolb et al., 2012). Además, los distintos tipos de adversidad y el momento de la exposición a lo largo de los diferentes períodos de desarrollo pueden ser factores clave en el riesgo diferencial de presentar un trastorno. Es probable que este riesgo esté mediado por la vulnerabilidad específica de distintos sistemas durante los períodos críticos del desarrollo (Binder, 2017).

17.4 Modelo epigenético de patogénesis TDAH + TLP

Fundado en las investigaciones de Amad (2014), Ditrich et al. (2021) plantean un modelo hipotético de patogénesis para el TDAH en comorbilidad con el TLP. La interacción entre la constitución genética y los factores ambientales puede conducir a la expresión de ciertas características (tales como hiperactividad, impulsividad y disregulación emocional), las que originarían reacciones de apoyo o de invalidación. En caso de ocurrir eventos adversos (como la agresión), se genera un refuerzo mutuo entre el estrés y la impulsividad, de modo que se intensifican los síntomas a través de efectos epigenéticos. Estos comportamientos desadaptativos se desarrollan para reducir el estrés y tienden a repetirse y consolidarse en un entorno negativo. Es posible que los rasgos del TDAH sean un factor de riesgo para entornos estresantes, iniciando así un círculo vicioso. La vulnerabilidad podría no depender exclusivamente de genes de susceptibilidad específicos sino también de cambios epigenéticos causados por el estrés interpersonal.

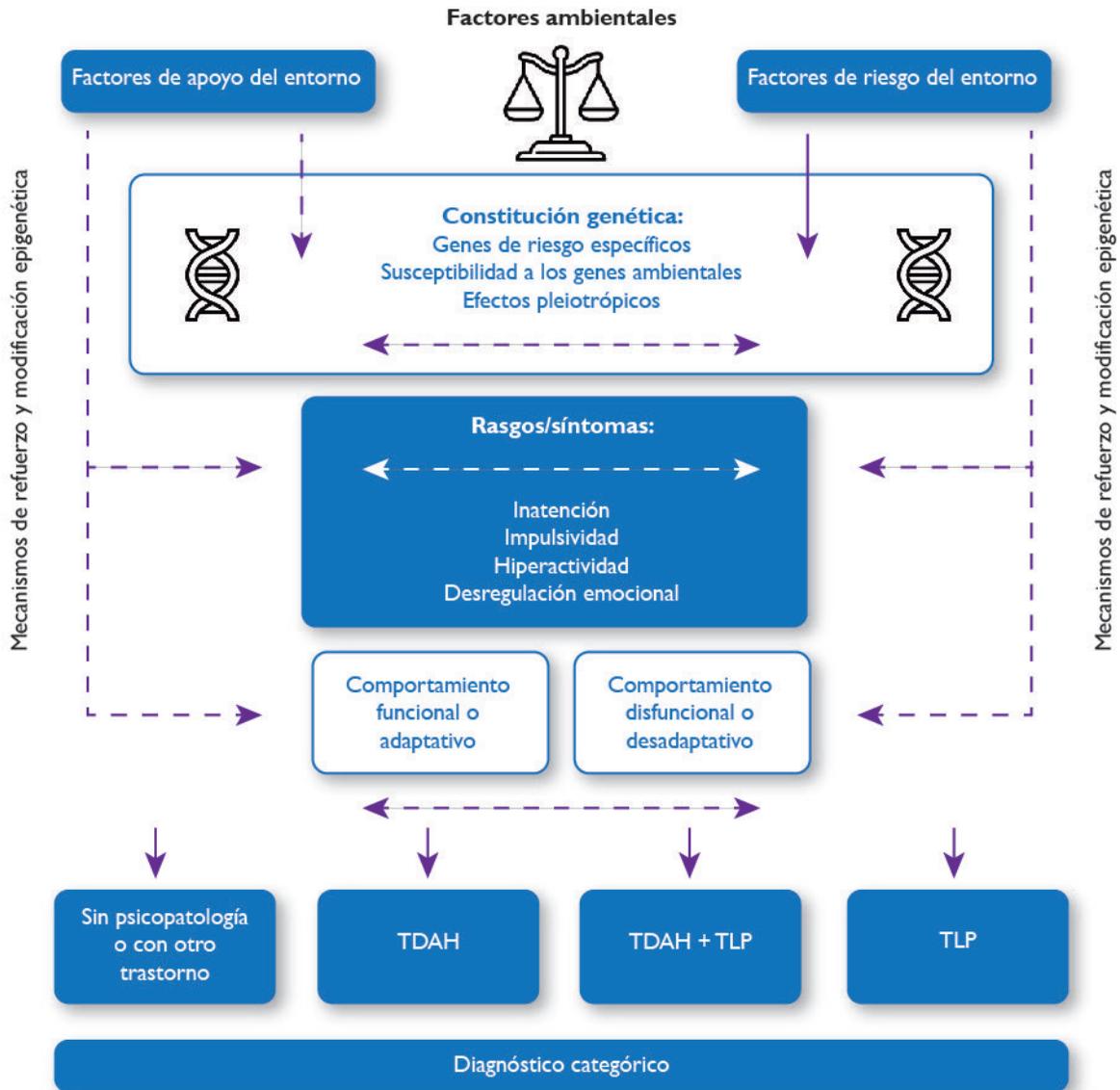
Conclusiones

El TDAH en adultos se caracteriza por la persistencia de síntomas como inatención, hiperactividad e impulsividad, aunque su expresión varía a lo largo de la vida. Esta heterogeneidad clínica, sumada a la alta frecuencia de comorbilidades, complica el diagnóstico, ya que los pacientes suelen consultar por síntomas derivados de estas condiciones asociadas. Además, la percepción errónea de que los síntomas son rasgos de personalidad, o el hecho de que algunos pacientes hayan aprendido a enmascararlos mediante estrategias compensatorias, contribuye a un diagnóstico tardío.

Un diagnóstico preciso en la adultez requiere una evaluación integral que contemple tanto los síntomas nucleares como su impacto funcional, así como la identificación de comorbilidades que puedan modificar la presentación clínica. Existen diversos instrumentos psicométricos adaptados al contexto local con buenos indicadores de validez y confiabilidad, que permiten obtener información sólida y complementaria a la evaluación clínica integral.

El perfil neuropsicológico es una herramienta crucial en la evaluación y comprensión del TDAH (Planton et al., 2021). No solo facilita el diagnóstico diferencial con otros trastornos, sino que también identifica áreas específicas de fortalezas y debilidades cognitivas en los individuos afectados. Además, el perfil neuropsicológico

Figura 2. Modelo epigenético de patogénesis compartida TDAH + TLP



Nota. Tomado de Ditrich, I., Philipsen A. y Matthies, S. (2021). *Borderline personality disorder (BP) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) revisited - a review-update on common grounds and subtle distinctions. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 8(22), p. 9.*

psicológico es invaluable para monitorear el progreso a lo largo del tiempo y proveer educación y orientación tanto a pacientes como a sus familias, clarificando los desafíos asociados con el TDAH y las estrategias disponibles para afrontarlos.

Los adultos con TDAH suelen presentar numerosas comorbilidades psiquiátricas y médicas no psiquiátricas, las cuales pueden complicar el diagnóstico, afectar la evolución de la enfermedad, incrementar la carga del TDAH y dificultar su tratamiento. Por lo tanto, un seguimiento y manejo adecuado de estas comorbilidades por parte del clínico podría modificar significativamente la trayectoria de la morbilidad a lo largo de la

vida del paciente, mejorando su funcionamiento y, en consecuencia, su calidad de vida. El TDAH comparte varios clústeres diagnósticos con otras afecciones, algunas de ellas más familiares para los clínicos. Un conocimiento detallado de los síntomas tanto propios como compartidos del TDAH es fundamental para lograr una caracterización diagnóstica más precisa. En suma, comprender la presentación clínica particular de cada paciente es esencial para implementar las intervenciones terapéuticas más adecuadas.

Conflictos de interés: los autores declaran haber recibido honorarios como consultores, investigadores o

conferencistas con el siguiente detalle: Andrea Abadi de Adium, Raffo, Teva, Tecnofarma, Asofarma y Gador; Marcelo Cetkovich-Bakmas de Bagó, Janssen, Lundbeck, Teva, Raffo, GSK, Baliarda, Pfizer, Astra Zéneca, Sanofi, Tecnofarma y Boehringer Ingelheim; Hernán Klijnan de Raffo, Lundbeck, Baliarda, TEVA y Bagó; Norma Echarri de Bagó, Raffo y Teva; Alicia Lischinsky y Pablo López no refieren; Claudio Michanie de Bagó, Raffo, Teva, Lilly, Janssen y Novartis; Tomás Maresca de Abbott, Asofarma, Aspen, Bagó, Baliarda, Eurofarma, Gador, Lilly, Pfizer, Raffo, Sigfried y Teva; Carolina Remedi, Osvaldo Rovere y Fernando Torrente no refieren; Marcela Waisman Campos de Abbott, Ariston, Bagó, Baliarda, Raffo, Roemmers, Temis y Teva; Gerardo Maraval de Raffo, Teva y Bagó; Teresa Torralva, Diego Cansenso y Amalia Dellamea no refieren; Andrea López Mato de Eli Lilly, Gador, Bagó, Lundbeck, Raffo, Janssen, Abbott y Elea; Gustavo Vázquez de AbbVie, Allergan, Janssen, Otsuka/Lundbeck, NeonMind Biosciences Inc., Asofarma, Elea-Phoenix, Eurofarma, Gador, Psicofarma, Raffo, Siegfried, Sunovion, Tecnofarma y Tecnoquímica; Alejo Corrales de Gador, Janssen, Lundbeck, Teva, Bagó, Raffo, Glaxo Smith Kline, Baliarda, Casasco y honorarios académicos y de investigación de la Universidad de Aarhus, Dinamarca.

Referencias bibliográficas

- Abdel-Hamid, M., Niklewski, F., Hefmann, P., Guberina, N., Kownatka, M., Kraemer, M., Scherbaum, N., Dziobek, I., Bartels, C., Wiltfang, J., y Kis, B. (2019). Impaired empathy but no theory of mind deficits in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Brain and Behavior*, 9(10), e01401. doi: 10.1002/brb3.1401
- Akiskal, H. (1994). The temperamental borders of affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 32-37. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05815.x>
- Akiskal, K. y Akiskal, H. (2005). The theoretical underpinnings of affective temperaments: Implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. *Journal of Affective Disorders*, 85(1-2), 231-239. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.08.002>
- Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R. y Gorwood, P. (2014). Genetics of borderline personality disorder: Systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 40, 6-19. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.01.003>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª ed.)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ª ed.)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Sinha, R., Hetland, J., & Pallesen, S. (2016). The Relationships between Workaholism and Symptoms of Psychiatric Disorders: A Large-Scale Cross-Sectional Study. *PLoS one*, 11(5), e0152978. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152978>
- Anns, F., D'Souza, S., MacCormick, C., Mirfin-Veitch, B., Clasby, B., Hughes, N., Forster, W., Tuisaula, E., & Bowden, N. (2023). Risk of Criminal Justice System Interactions in Young Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Findings From a National Birth Cohort. *Journal of Attention Disorders*, 27(12), 1332-1342. <https://doi.org/10.1177/10870547231177469>
- Asherson, P., Buitelaar, J., Faraone, S. y Rohde, L. (2016). Adult attention-deficit hyperactivity disorder: Key conceptual issues. *The Lancet Psychiatry*, 3(6), 568-578. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30032-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30032-3)
- Asherson, P. (2005). Clinical assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 5(4), 525-539. <https://doi.org/10.1586/14737175.5.4.525>
- Bahali, K., Uneri, O. S., Ipek, H. (2013). Atomoxetine-induced mania-like symptoms in an adolescent patient. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(2):137-8. PMID: 23592075.
- Barkley, R. (2018). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4ª ed.)*. Guilford Press.
- Barkley, R. (2018). Emotional dysregulation is a core component of ADHD. In *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4ª ed.)*. 85-101. Guilford Press.
- Barrett, S. P. & Pihl, R. O. (2002). Oral methylphenidate-alcohol co-abuse. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22(6), 633-634. <https://doi.org/10.1097/00004714-200212000-00020>
- Beheshti, A., Chavanon, M. y Christiansen, H. (2020). Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 20(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2442-7>
- Becker, S. (2020). ADHD and sleep: Recent advances and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 34, 50-56. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.09.006>
- Bjerkeli, P. J., Vicente, R. P., Mulinari, S., Johnell, K., Merlo, J. (2018). Overuse of methylphenidate: an analysis of Swedish pharmacy dispensing data. *Clinical Epidemiology*, 10:1657-1665. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S178638>
- Bellanti, J., Sabra, A., Castro, H., Chavez, J., Malka-Rais, J. y de Inocencio, J. (2005). Are attention deficit hyperactivity disorder and chronic fatigue syndrome allergy related? What is fibromyalgia? *Allergy and Asthma Proceedings*, 26(1), 19-28.
- Bernardi, S., Faraone, S., Cortese, S., Kerridge, B., Pallanti, S., Wang, S. y Blanco, C. (2012). The lifetime impact of attention deficit hyperactivity disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Psychological Medicine*, 42(4), 875-887. <https://doi.org/10.1017/S003329171100153X>
- Bickel, W., Athamneh, L., Basso, J., Mellis, A., DeHart, W., Craft, W. y Pope, D. (2019). Excessive discounting of delayed reinforcers as a trans-disease process: Update on the state of the science. *Current Opinion in Psychology*, 30, 59-64. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.01.005>
- Biederman, J., Faraone, S., Petty, C., Martelon, M., Woodworth, K. y Wozniak, J. (2013). Further evidence that pediatric-onset bipolar disorder comorbid with ADHD represents a distinct subtype: Results from a large controlled family study. *Journal of Psychiatric Research*, 47(1), 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychi.2012.08.002>
- Biederman, J., Ball, S., Monuteaux, M., et al. (2008). New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(4), 426-434. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31816429d3>
- Bijlenga, D., van derHeijden, K., Breuk, M., van Someren, E., Lie, M., Boonstra, A., ... Kooij, J. (2013). Associations between sleep characteristics, seasonal depressive symptoms, lifestyle, and ADHD symptoms in adults. *Journal of Attention Disorders*, 17(3), 261-275. <https://doi.org/10.1177/1087054711428965>
- Binder, E. (2017). Understanding gene x early adversity interactions: Possibilities for insight in the biology of psychiatric disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 267(2), 183-185. <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0775-0>
- Bing-qian, W., Nan-qj, Y., Xiang, Z., Jian, L. y Zheng-tao, X. (2017). The association between attention deficit/hyperactivity disorder and internet addiction: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17, 260. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1408-x>

- Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B., Monk, K., Kalas, C., Obreja, M. y Kupfer, D. (2010). Psychiatric disorders in preschool offspring of parents with bipolar disorder: The Pittsburgh Bipolar Offspring Study (BIOS). *American Journal of Psychiatry*, 167(3), 321-330. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09070977>
- Björkenstam, E., Björkenstam, C., Jablonska, B. y Kosidou, K. (2018). Cumulative exposure to childhood adversity and treat attention deficit/hyperactivity disorder: A cohort study of 543,650 adolescents and young adults in Sweden. *Psychological Medicine*, 48(3), 498-507. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001933>
- Bozhilova, N., Michelini, G., Kuntsi, J., Asherson, Philip. (2018). Mind wandering perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 92, 464-476. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.07.010>
- Brancati, G., Perugi, G., Milone, A., Masi, G. y Sesso, G. (2021). Development of bipolar disorder in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of Affective Disorders*, 293, 186-196. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.033>
- Brevik, E., Lundervold, A., Halmøy, A., Posserud, M., Instanes, J., Bjorvatn, B. y Haavik, J. (2017). Prevalence and clinical correlates of insomnia in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(2), 220-227. <https://doi.org/10.1111/acps.12756>
- Brikell, I., Ghirardi, L., D'Onofrio, B., Dunn, D., Almqvist, C., Dalsgaard, S., Kuja-Halkola, R. y Larsson, H. (2018). Familial liability to epilepsy and attention-deficit/hyperactivity disorder: A nationwide cohort study. *Biological Psychiatry*, 83(2), 173-180. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.08.006>
- Brikell, I., Kuja-Halkola, R. y Larsson, H. (2015). Heritability of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 168(6), 406-413. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32335>
- Brujnen, C., Dijkstra, B., Walvoort, S., Markus, W., VanDerNagel, J., Kessels, R., De Jong, C. (2019). Prevalence of cognitive impairment in patients with substance use disorder. *Drug and Alcohol Review*, 38(4):435-442. <https://doi.org/10.1111/dar.12922>
- Brus, M., Solanto, M. y Goldberg, J. (2014). Adult ADHD vs. bipolar disorder in the DSM-5 era: A challenging differentiation for clinicians. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(6), 428-437. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000456591.2062>
- Burkhardt, E., Pfennig, A. y Leopold, K. (2021). Clinical risk constellations for the development of bipolar disorders. *Medicina (Kaunas)*, 57(8), 792. <https://doi.org/10.3390/medicina57080792>
- Cackowski, S., Krause-Utz, A., Van Eijk, J., Klohr, K., Daffner, S., Sobanski, E., Ende, G. (2017). Anger and aggression in borderline personality disorder and attention deficit hyperactivity disorder – does stress matter? *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 6. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0057-5>
- CADDRA (2020). *Canadian ADHD Resource Alliance: Canadian ADHD Practice Guidelines*, 4.1 Edition, Toronto ON. CADDRA.
- Carlat, D. (2007). My favorite tips for sorting out diagnostic quandaries with bipolar disorder and adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(2), 233-238. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2007.02.008>
- Caroline S., Sudhir, P., Mehta, U., Kandasamy, A., Thennarasu, K. y Benegal, V. (2024). Assessing Adult ADHD: An Updated Review of Rating Scales for Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Attention Disorders*, 28(7), 1045-1062. <https://doi.org/10.1177/10870547241226654>
- Carpentier, P.-J., Levin, F. R. (2017). Pharmacological Treatment of ADHD in Addicted Patients: What Does the Literature Tell Us? *Harvard Review of Psychiatry*, 25(2):50-64. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000122>
- ÇelİK, H., Ceylan, D., Ongun, C., Erdoğan, A., Tan, D., Gümüşkesen, P., Bağcı, B. y Özerdem, A. (2021). Neurocognitive functions in bipolar disorder in relation to comorbid ADHD. *Archives of Neuropsychiatry*, 58(2), 87-93. <https://doi.org/10.29399/npa.27290>
- Chamberlain, S., Ioannidis, K., Leppink, E., Niaz, F., Redden, S. y Grant, J. (2017). ADHD symptoms in non-treatment seeking young adults: relationship with other forms of impulsivity. *CNS spectrums*, 22(1), 22-30. <https://doi.org/10.1017/S1092852915000875>
- Choi, W. S., Woo, Y. S., Wang, S. M., Lim, H. K., Bahk, W. M. (2022). The prevalence of psychiatric comorbidities in adult ADHD compared with non-ADHD populations: A systematic literature review. *PLoS One*, 17(11): e0277175. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277175>
- Cía, A., Stagnaro, J., Aguilar G., Vommaro, H., Loera, G., Medina-Mora, M., ... Kessler, R. (2018). Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, 341-350. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1492->
- Clappison, E., Hadjivassiliou, M. y Zis, P. (2020). Psychiatric Manifestations of Coeliac Disease, a Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 12(1), 142. <https://doi.org/10.3390/nu12010142>
- Comparelli, A., Polidori, L., Sarli, G., Pistollato, A., & Pompili, M. (2022). Differentiation and comorbidity of bipolar disorder and attention deficit and hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: A clinical and nosological perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 949375. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.949375>
- Cortese, S., Konofal, E., Lecendreux, M. (2008). The relationship between attention-deficit-hyperactivity disorder and restless legs syndrome. *European Neurological Review*, 3, 111-4. <https://doi.org/10.17925/ENR.2008.03.01.111>
- Cumyn, L., French, L. y Hechtman, L. (2009). Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(10), 673-683. <https://doi.org/10.1177/070674370905401004>
- Cunill, R., Castells, X., Tobias, A., Capellà, D. (2015). Pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder with co-morbid drug dependence. *Journal of Psychopharmacology*, 29(1), 15-23. <https://doi.org/10.1177/0269881114544777>
- Cunill, R., Castells, X., Tobias, A., Capellà, D. (2013). Atomoxetine for attention deficit hyperactivity disorder in the adulthood: a meta-analysis and meta-regression. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 22(9):961-9. <https://doi.org/10.1002/pds.3473>
- D'Agati, E., Curatolo, P., & Mazzone, L. (2019). Comorbidity between ADHD and anxiety disorders across the lifespan. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 23(4), 238-244. <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1628277>
- Diaz-Roman, A., Mitchell, R., Cortese, S. (2018). Sleep in adults with ADHD: Systematic review and meta-analysis of subjective and objective studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 89, 61-71. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.02.014>
- Ditrich, I., Philipsen, A., y Matthies, S. (2021). Borderline personality disorder (BPD) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) revisited - a review-update on common grounds and subtle distinctions. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00162-w>
- Du Rietz, E., Jangmo, A., Kuja-Halkola, R. (2020). Trajectories of health care utilization and costs of psychiatric and somatic multimorbidity in adults with childhood ADHD: A prospective register-based study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61, 959-968. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13206>
- Fadeuilhe, C., Daigre, C., Richarte, V., Grau-López, L., Palma-Álvarez, R., Corrales, M. y Ramos-Quiroga, J. (2021). Insomnia disorder in adult attention-deficit/hyperactivity disorder patients: Clinical, comorbidity, and treatment correlates. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 663889. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.663889>
- Faraone, S., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M., Newcorn, J., Gignac, M., AlSaud, N., Manor, I., Rohde, L., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M., Albatti, T., Aljoudi, H., Alqahtani, M., Asherson, P., ... Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 789-818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
- Faraone, S., Biederman, J. y Wozniak, J. (2012). Examining the comorbidity between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar I disorder: A meta-analysis of family genetic studies. *American Journal of Psychiatry*, 169(12), 1256-1266. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12010087>

- Fasmer, O., Riise, T., Eagan, T., Lund, A., Dilsaver, S., Hundal, O. y Oedegaard, K. (2011). Comorbidity of asthma with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 15(7), 564-571. <https://doi.org/10.1177/1087054710372493>
- Fayyad, J., Sampson, N., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., et al. (2017). The descriptive epidemiology of DSM-IV adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Attention Deficit Hyperactivity Disorders*, 9(1), 47-65. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0208-3>
- Feifel, D. (2007). ADHD in adults: The invisible rhinoceros. *Psychiatry*, 4(12), 60-62.
- Ferrer, M., Andión, Ó., Calvo, N., Ramos-Quiroga, J., Prat, M., Corrales, M. y Casas, M. (2017). Differences in the association between childhood trauma history and borderline personality disorder or attention deficit/hyperactivity disorder diagnoses in adulthood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 267(6), 541-549. <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0733-2>
- Fisher, B., Garges, D., Yoon, S., Maguire, K., Zipay, D., Gambino, M. y Shapiro, C. (2014). Sex differences and the interaction of age and sleep issues in neuropsychological testing performance across the lifespan in an ADD/ADHD sample from the years 1989 to 2009. *Psychological Reports*, 114, 404-438. <https://doi.org/10.2466/15.10.PR0.114k23w0>
- Franke, B., Michelini, G., Asherson, P., Banaschewski, T., Billow, A., Buitelaar, J., Cormand, B., Faraone, S., Ginsberg, Y., Haavik, J., Kuntsi, J., Larsson, H., Lesch, K., Ramos-Quiroga, J., Réthelyi, J., Ribases, M. y Reif, A. (2018). Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 28(10), 1059-1088. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.08.001>
- Ginsberg, Y., Hirvikoski, T., Lindfors, N. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among longer-term prison inmates: a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC Psychiatry*, 10:112. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-112>
- Giupponi, G., Giordano, G., Maniscalco, I., Erbutto, D., Berardelli, I., Conca, A., Lester, D., Girardi, P., Pompili, M. (2018). Suicide risk in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatria Danubina*, 30(1), 2-10. <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.2>. PMID: 29546852
- Gongora, V., Casullo, M. (2009). Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires; Associação Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación e Avaliação Psicológica*, 27; 1; 6; 179-194
- Griffin, S., Lynam, D. y Samuel, D. (2018). Dimensional conceptualizations of impulsivity. *Personality Disorders*, 9(4), 333-345. <https://doi.org/10.1037/per0000253>
- Hansen, T., Hoeffding, L., Kogelman, L., et al. (2018). Comorbidity of migraine with ADHD in adults. *BMC Neurology*, 18(1):147. <https://doi.org/10.1186/s12883-018-1149-6>
- Harstad, E., Levy, S., Committee on Substance Abuse, Ammerman, S., Gonzalez, P., Ryan, S., Siqueira, L., Smith, V. (2014). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Abuse. *Pediatrics*, 134(1): e293-e301. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0992>
- Hayashi, W., Arai, G., Uno, H., Saga, N., Ikuse, D., Takashio, O. y Iwanami, A. (2020). Spontaneous theory of mind in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*, 288, 113025. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113025>
- Hirsch, O., Chavanon, M., Riechmann, E. y Christiansen, H. (2018). Emotional dysregulation is a primary symptom in adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Affective Disorders*, 232, 41-47. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.007>
- Hodgkins, P., Montejano, L., Sasané, R. y Huse, D. (2011). Cost of illness and comorbidities in adults diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder: a retrospective analysis. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 13(2), PCC. 10m01030. <https://doi.org/10.4088/PCC.10m0103>
- Hosang, G., Lichtenstein, P., Ronald, A., Lundström, S. y Taylor, M. (2019). Association of genetic and environmental risks for attention-deficit/hyperactivity disorder with hypomanic symptoms in youths. *JAMA Psychiatry*, 76(11), 1150-1158. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1949>
- Humphreys, K., Eng, T., Lee, S. (2013). Stimulant medication and substance use outcomes: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 70(7), 740-749. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1273>
- Ibáñez, A., Aguado, J., Báez, S., Huepe, D., López, V., Ortega, R., et al. (2014). From neural signatures of emotional modulation to social cognition: individual differences in healthy volunteers and psychiatric participants. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(7), 939-950. <https://doi.org/10.1093/scan/nst06>
- Instanes, J., Haavik, J., Halmoy, A. (2016). Personality traits and comorbidity in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(10), 845-854. <https://doi.org/10.1177/1087054713511986>
- Instanes, J., Klungsoyr, K., Halmøy, A., Fasmer, O. Haavik, J. (2018). Adult ADHD and comorbid somatic diseases: a systematic literature review. *Journal of Attention Disorders*, 22, 203-228. <https://doi.org/10.1177/1087054716669589>
- Isomaa, R., Väänänen, J., Fröjd, S., Kaltiala-Heino, R. y Marttunen, M. (2013). How low is low? Low self-esteem as an indicator of internalizing psychopathology in adolescence. *Health Education & Behavior*, 40(4), 392-399. <https://doi.org/10.1177/1090198112445481>
- Jacob, C., Romanos, J., Dempfle, A., Heine, M., Windemuth-Kieselbach, C., Kruse, A., Reif, A., Walitza, S., Romanos, M., Strobel, A., Brocke, B., Schäfer, H., Schmidtke, A., Böning, J. y Lesch, K. (2007). Co-morbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(6), 309-317. <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0722-6>
- Jarret, M., Ollendick, T. (2008). A conceptual review of the comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety: implications for future research and practice. *Clinical Psychology Review*, 28, 1266-1280. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.05.004>
- Jefsen, O., Østergaard, S. y Rohde, C. (2023). Risk of mania after methylphenidate in patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 43(1), 28-34. doi: 10.1097/JCP.0000000000001631
- Karlstad, Ø., Nafstad, P., Tverdal, A., Skurtveit, S. y Furu, K. (2012). Comorbidities in an asthma population 8-29 years old: a study from the Norwegian Prescription Database. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 21(10), 1045-1052. <https://doi.org/10.1002/pds.2233>
- Katzman, M., Bilkey, T., Chokka, P., et al. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, 17(1), 302. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3>
- Kessler, R., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. y Walters, E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245-256. <https://doi.org/10.1017/s0033291704002892>
- Kessler, R., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C., Demler, O., ... y Zaslavsky, A. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716-723. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716>
- King, J., Colla, M., Brass, M., Heuser, I. y von Cramon, D. (2007). Inefficient cognitive control in adult ADHD: Evidence from trial-by-trial Stroop test and cued task switching performance. *Behavioral and Brain Functions*, 3, 1-19. <https://doi.org/10.1186/1744-9081-3-42>
- Kis, B., Guberina, N., Kraemer, M., Niklewski, F., Dziobek, I., Wiltfang, J. y Abdel-Hamid, M. (2017). Perception of emotional prosody in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(6), 506-514. <https://doi.org/10.1111/acps.12719>
- Kittel-Schneider, S., Wolff, S., Queiser, K., Wessendorf, L., Meier, A., Verdenhalven, M., Brunkhorst-Kanaan, N., Grimm, O., McNeill, R., Grabow, S., Reimertz, C., Nau, C., Klos, M., Reif, A. (2019). Prevalence of ADHD in Accident Victims: Results of the PRADA Study. *Journal of Clinical Medicine*, 8(10), 1643. <https://doi.org/10.3390/jcm8101643>
- Klein, R., Mannuzza, S., Olazagasti, M., et al. (2012). Clinical and Functional Outcome of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder 33 Years Later. *Archives of General Psychiatry*, 69(12), 1295-1303. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2012.271>

- Kolb, B., Mychasiuk, R., Muhammad, A., Li, Y., Frost, D. y Gibb, R. (2012). Experience and the developing prefrontal cortex. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109 (Suppl 2), 17186–17193. <https://doi.org/10.1073/pnas.1121251109>
- Koneski, J., Casella, E. (2010). Attention deficit and hyperactivity disorder in people with epilepsy: diagnosis and implications to the treatment. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 68(1), 107–114. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2010000100023>
- Kooij, J. (2022). *Adult ADHD: Diagnostic Assessment and Treatment* (4th ed.) Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-82812-7>
- Kooij, J., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes Filipe, C., Stes, S., Mohr, P., Leppämäki, S., Casas, M., Bobes, J., McCarthy, J., Richarte, V., Kjems Philipsen, A., Pehlivanidis, A., Niemela, A., ... Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 56, 14–34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>
- Kooij, J. (2013). *Adult ADHD: Diagnostic assessment and treatment* (3rd ed.) Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-1-4471-4138-9>
- Kooij, J., Huss, M., Asherson, P., Akehurst, R., Beusterien, K., French, A., Sasané, R. y Hodgkins, P. (2012). Distinguishing comorbidity and successful management of adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 16(5 Suppl), 3S–19S. <https://doi.org/10.1177/1087054711435361>
- Koukopoulos, A., Albert, M., Sani, G., Koukopoulos, A. y Girardi, P. (2005). Mixed depressive states: nosologic and the rapetic issues. *International Review of Psychiatry*, 17(1), 21–37. <https://doi.org/10.1080/09540260500064744>
- Koyuncu, A., Ayan, T., Ince Guliyev, E., Erbilgin, S., Deveci, E. (2022). ADHD and Anxiety Disorder Comorbidity in Children and Adults: Diagnostic and Therapeutic Challenges. *Current Psychiatry Reports*, 24(2):129–140. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01324-5>
- Krysta, K., Bratek, A., Zawada, K. y Stepańczyk, R. (2017). Cognitive deficits in adults with obstructive sleep apnea compared to children and adolescents. *Journal of Neural Transmission*, 124 (Suppl 1), 187–201. <https://doi.org/10.1007/s00702-015-1501-6>
- Kuja-Halkola, R., Lind Juto, K., Skoglund, C., Rück, C., Mataix-Cols, D., Pérez-Vigil, A., Larsson, J., Hellner, C., Långström, N., Petrovic, P., Lichtenstein, P. y Larsson, H. (2021). Do borderline personality disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder co-aggregate in families? A population-based study of 2 million Swedes. *Molecular Psychiatry*, 26(1), 341–349. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0248-5>
- Landaas, E., Halmøy, A., Oedegaard, K., Fasmer, O. y Haavik, J. (2012). The impact of cyclothymic temperament in adult ADHD. *Journal of Affective Disorders*, 142(1-3), 241–247. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.034>
- Larsson, H., Ryden, E., Boman, M., Långström, N., Lichtenstein, P. y Landén, M. (2013). Risk of bipolar disorder and schizophrenia in relatives of people with attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 203(2), 103–106. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.120808>
- Levin, F. R., Mariani, J. J., Specker, S., Mooney, M., Mahony, A., Brooks, D. J., Babb, D., Bai, Y., Eberly, L. E., Nunes, E. V., Grabowski, J. (2015). Extended-Release Mixed Amphetamine Salts vs Placebo for Comorbid Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Cocaine Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 72(6):593–602. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.41>
- Lewy, A., Emens, J., Songer, J., et al. (2009). Winter depression: integrating mood, circadian rhythms, and the sleep/wake and light/dark cycles into a bio-psycho-social environmental model. *Sleep Medicine Clinics*, 4, 285–299. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2009.02.003>
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- López, P., Cetkovich-Bakmas, M., Lischinsky, A., Álvarez Prado, D. y Torrente, F. (2012). Propiedades psicométricas de la Escala de Impulsividad de Barratt en una muestra de Buenos Aires. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatria*, XXIII, 85–91.
- López, R., Micoulaud-Franchi, J., Camodeca, L., Gachet, M., Jaussent, I. y Dauvilliers, Y. (2020). Association of Inattention, Hyperactivity, and Hypersomnolence in Two Clinic-Based Adult Cohorts. *Journal of Attention Disorders*, 24(4), 555–564. <https://doi.org/10.1177/1087054718775826>
- Luderer, M., Ramos Quiroga, J., Faraone, S., Zhang James, Y., Reif, A. (2021). Alcohol use disorders and ADHD. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 648–660. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.07.010>
- Manasse, S., Forman, E., Ruocco, A., Butryn, M., Juarascio, A., Fitzpatrick, K. (2015). Do executive functioning deficits underpin binge eating disorder? A comparison of overweight women with and without binge eating pathology. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6):677–83. <https://doi.org/10.1002/eat.22383>
- Mancini, C., Van Ameringen, M., Oakman, J., Figueiredo, D. (2013). Childhood attention deficit/hyperactivity disorder in adults with anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 29(03), 515–25. <https://doi.org/10.1017/s00332917980076977>
- Marin, R. (1990). Differential diagnosis and classification of apathy. *American Journal of Psychiatry*, 147, 22–30. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.1.22>
- Marin, R. (1991). Apathy: A neuropsychiatric syndrome. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 3, 243–254. <https://doi.org/10.1176/jnp.3.3.243>
- Martel, M., Roberts, B. y Gremillion, M. (2011). External validation of bifactor model of ADHD: explaining heterogeneity in psychiatric comorbidity, cognitive control, and personality trait profiles within DSM-IV ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(8), 1111–1123. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9538-y>
- Masi, L., Abadie, P., Herba, C., Emond, M., Gingras, M., Amor, L. (2021). Video Games in ADHD and Non-ADHD Children: Modalities of Use and Association with ADHD Symptoms. *Frontiers in Pediatrics* 12:9, 632272. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.632272>
- Mathews, C., Morrell, H., Molle, J. (2018). Adicción a los videojuegos, sintomatología del TDAH y refuerzo de videojuegos. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 45(1), 67–76. <https://doi.org/10.1080/00952990.2018.1472269>
- Matthies, S., Philipsen, A. (2016). Comorbidity of personality disorders and adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) - review of recent findings. *Current Psychiatry Reports*, 18(4), 33. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0675-4>
- Matthies, S. y Philipsen, A. (2014). Common ground in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD)-review of recent findings. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 10:1:3. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-3>
- Matthies, S., van Elst, L., Feige, B., Fischer, D., Scheel, C., Krogmann, E., Perlov, E., Ebert, D. y Philipsen, A. (2011). Severity of childhood attention-deficit hyperactivity disorder - a risk factor for personality disorders in adult life? *Journal of Personality Disorders*, 25(1), 101–114. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.1.101>
- Mehren, A., Thiel, C. M., Bruns, S., Philipsen, A., and Özyurt, J. (2021). Unimpaired social cognition in adult patients with ADHD: brain volumetric and behavioral results. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 16(11), 1160–1169. <https://doi.org/10.1093/scan/nsab060>
- Michellini, G., Eley, T., Gregory, A., McAdams, T. (2015). A etiological overlap between anxiety and attention deficit hyperactivity symptom dimensions in adolescence. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56:423–431. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12318>
- Miskowiak, K., Obel, Z., Guglielmo, R., Bonnin, C., Bowie, C., Balanzá-Martínez, V., ... Hasler, G. (2024). Efficacy and safety of established and off-label ADHD drug therapies for cognitive impairment or attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in bipolar disorder: A systematic review by the ISBD Targeting Cognition Task Force. *Bipolar Disorders*, 26(3), 216–239.
- Miyauchi, M., Matsuura, N., Mukai, K. (2023). A prospective investigation of impacts of comorbid attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) on clinical features and long-term treatment response in adult patients with obsessive-compulsive disorder (OCD). *Comprehensive Psychiatry*, 125(1):152401 <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2023.152401>

- Molina, B., Hinshaw, S., Eugene Arnold, L., Swanson, J., Pelham, W., et al. (2013). Adolescent substance uses in the multimodal treatment study of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) (MTA) as a function of childhood ADHD, random assignment to childhood treatments, and subsequent medication. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52, 250–263. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.12.014>
- Morellini, L., Ceroni, M., Rossi, S., Zerboni, G., Rege-Colet, L., Biglia, E., Mores, R. y Sacco, L. (2022). Social cognition in adult ADHD: a systematic review. *Frontiers in Psychology*, 13, 940445. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.940445>
- Mowlem F., Skirrow, C., Reid, P., Maltezos, S., Nijjar, S., Merwood, A., Barker, E., Cooper, R., Kuntsi, J., Asherson, P. (2019). Validation of the Mind Excessively Wandering Scale and the Relationship of Mind Wandering to Impairment in Adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 23(6), 624–634. <https://doi.org/10.1177/1087054716651927>
- Nazar, B. P., Bernardes, C., Peachey, G., Sergeant, J., Mattos, P., Treasure, J. (2016). The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 49(12):1045–1057. <https://doi.org/10.1002/eat.22643>
- Neguț, A., Jurma, A. M. y David, D. (2017). Virtual-reality-based attention assessment of ADHD: Clínica VR: Classroom-CPT versus a traditional continuous performance test. *Child Neuropsychology*, 23(6), 692–712. <https://doi.org/10.1080/09297049.2016.1186617>
- Niederhofer, H. y Pittschieler, K. (2006). A preliminary investigation of ADHD symptoms in persons with celiac disease. *Journal of Attention Disorders*, 10(2), 200–204. <https://doi.org/10.1177/1087054706292109>
- Niederhofer, H. (2011). Association of attention-deficit/hyperactivity disorder and celiac disease: a brief report. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 13(3), PCC. 10br01104. <https://doi.org/10.4088/PCC.10br01104>
- Oğuztürk, Ö., Ekici, M., Çimen, D., Ekici, A., & Senturk, E. (2013). Attention deficit/ hyperactivity disorder in adults with sleep apnea. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(2), 234–239. <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9331-2>
- Oliva, F., Mangiapane, C., Nibbio, G., Berchiolla, P., Colombi, N., Vigna-Taglianti, F. D. (2021). Prevalence of cocaine use and cocaine use disorder among adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 143:587–598. <https://doi.org/10.1016/j.jpsyres.2020.11.021>
- Oosterloo, M., Lammers, G., Overeem, S., de Noord, I., Kooij, J. (2006). Possible confusion between primary hypersomnia and adult attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*, 143(2-3), 293–297. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.02.009>
- Ottman, R., Lipton, R., Ettinger, A., Cramer, J., Reed, M., Morrison, A. y Wan, G. (2011). Comorbidities of epilepsy: Results from the Epilepsy Comorbidities and Health (EPIC) survey. *Epilepsia*, 52(2), 308–315. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2010.02927.x>
- Ozgen, H., Soljkerman, R., Noack, M., Hoytman, M., et al. (2020). International Consensus Statement for the screening, diagnosis, and treatment of adolescents with concurrent attention deficit-hyperactivity and substance use disorder. *European Addiction Research*, 26(4-5), 223–232. <https://doi.org/10.1159/000508385>
- Pallanti, S. y Salerno, L. (2020). *The burden of adult ADHD in comorbid psychiatric and neurological disorders* (No. 180345). Springer Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-39051-8>
- Pallanti, S. y Salerno, L. (2016). ADHD: the dark side of Eating Disorders. Evidence-based *Psychiatric Care*, 2, 24–31. https://www.evidence-based-psychiatric-care.org/wp-content/uploads/2016/07/05_pallanti.pdf
- Patton, J., Stanford, M., Barrat, E. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768–774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::aid-jclp2270510607>3.0.co;2-](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::aid-jclp2270510607>3.0.co;2-)
- Pedersen, A., Edvardsen, B., Messina, S., Volden, M., Weyandt, L. y Lundervold, A. (2024). Self-Esteem in Adults with ADHD Using the Rosenberg Self-Esteem Scale: A Systematic Review. *Journal of Attention Disorders*, 28(7), 1124–1138. <https://doi.org/10.1177/10870547241232745>
- Pehlivanidis, A., Papanikolaou, K., Mantas, V. et al. (2020). Lifetime co-occurring psychiatric disorders in newly diagnosed adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) or/and autism spectrum disorder (ASD). *BMC Psychiatry*, 20, 423. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02828-1>
- Pettersson, R., Söderström, S. y Nilsson, K. (2018). Diagnosing ADHD in adults: An examination of the discriminative validity of neuropsychological tests and diagnostic assessment instruments. *Journal of Attention Disorders*, 22(11), 1019–1031. <https://doi.org/10.1177/108705471561878>
- Philipsen, A. (2006). Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256 (Suppl 1), i42–i46. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-1006-2>
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H. y Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: ameta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 6–20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>
- Preti, A., Girolamo, G., Vilagut, G., et al. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43(14), 1125–1132. <https://doi.org/10.1016/j.jpsyres.2009.04.003>
- Ramos-Quiroga, J., Bosch, R., Richarte, V., Valero, S., Gómez-Barros, N., Nogueira, M., Palomar, G., Corrales, M., Sáez-Francàs, N., Corominas, M., Real, A., Vidal, R., Chalita, P., y Casas, M. (2012). Validez de criterio y concurrente de la versión española de la Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(4), 229–235. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.05.004>
- Reimherr, F., Marchant, B., Gift, T., Steans, T., Wender, P. (2015). Types of adult attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): baseline characteristics, initial response, and long-term response to treatment with methylphenidate. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(2), 115–128. <https://doi.org/10.1007/s12402-015-0176-z>
- Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Williams, E. D., Strong, R. E., Halls, C., Soni, P. (2010a). Personality disorders in ADHD Part 3: Personality disorder, social adjustment, and their relation to dimensions of adult ADHD. *Annals of Clinical Psychiatry*, 22(2):103–12. PMID: 20445837.
- Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Olson, J. L., Halls, C., Kondo, D. G., Williams, E. D., Robison, R. J. (2010b). Emotional dysregulation as a core feature of adult ADHD: its relationship with clinical variables and treatment response in two methylphenidate trials. *Journal of ADHD and Related Disorders*, 4:53–64. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Rico-Moreno, J. y Tarraga-Minguez, R. (2016). Comorbilidad de TEA y TDAH: revisión sistemática de los avances en investigación. *Anales de Psicología [online]*, vol.32, n.3, pp.810–819. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.3.217031>
- Riggs, P., Winhusen, T., Davies, R., Leimberger, J., Mikulich-Gilbertson, S., Klein, C. (2011). Randomized controlled trial of osmotic-release methylphenidate with cognitive behavioral therapy in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(9), 903–914. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.06.010>
- Robison, R., Reimherr, F., Gale, P., Marchant, B., Williams, E., Soni, P., et al. (2010). Personality disorders in ADHD part 2: the effect of symptoms of personality disorder on response to treatment with OROS methylphenidate in adults with ADHD. *Annals of Clinical Psychiatry*, 22(2), 94–102.
- Rogers, D. C., Dittner, A. J., Rimes, K. A., & Chalder, T. (2017). Fatigue in an adult attention deficit hyperactivity disorder population: A trans-diagnostic approach. *The British Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 33–52. <https://doi.org/10.1111/bjc.12119>
- Rösler M, Casas M, Konofal E, Buitelaar J. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11(5):684–98. <https://doi.org/10.3109/15622975.2010.483249>
- Royal College of Psychiatrists in Scotland special interest group in ADHD c-cbMBaPs. *ADHD in adults: Good practice guidelines*. 2017.
- Rucklidge, J., Brown, D., Crawford, S. y Kaplan, B. (2006). Retrospective reports of childhood trauma in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 9(4), 631–641. <https://doi.org/10.1177/1087054705283892>

- Rüfenacht, E., Euler, S., Prada, P., Nicastro, R., Dieben, K., Hasler, R., Pham, E., Perroud, N. y Weibel, S. (2019). Emotion dysregulation in adults suffering from attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), a comparison with borderline personality disorder (BPD). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6, 11. <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0108-1>
- Sachs, G., Baldassano, C., Truman, C. y Guille, C. (2000). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with early-and late-onset bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 466-468. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.3.466>
- Sáez-Francàs, N., Alegre, J., Calvo, N., Ramos-Quiroga, J., Ruiz, E., Hernández Vara, J. y Casas, M. (2012). Attention-deficit hyperactivity disorder in chronic fatigue syndrome patients. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 748-753. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.041>
- Salem, H., Vivas, D., Cao, F., Kazimi, I., Teixeira, A., Zeni, C. (2017). ADHD is associated with migraine: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(3):267-277. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1045-4>
- Salvi, V., Ribuoli, E., Servasi, M., Orsolini, L. y Volpe, U. (2021). ADHD and bipolar disorder in adulthood: clinical and treatment implications. *Medicina*, 57(5), 466. <https://doi.org/10.3390/medicina57050466>
- Scandar, M. (2021). Validity and reliability of the ASRS and WURS-25 scales for the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder in an Argentinian population. *Revista de Neurología*, 72(3), 77-84. <https://doi.org/10.33588/RN.7203.2019381>
- Schoretsanitis, G., de Leon, J., Eap, C., Kane, J., Paulzen, M. (2019). Clinically significant drug- drug interactions with agents for attention-deficit/hyperactivity disorder. *CNS Drugs* 33(12), 1201-1222. <https://doi.org/10.1007/s40263-019-00683-7>
- Schredl, M., Alm, B. y Sobanski, E. (2007). Sleep quality in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(3):164-168. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-0703-1>
- Schulz, K., Bédard, A., Fan, J., Clerkin, S., Dima, D., Newcorn, J., et al. (2014). Emotional bias of cognitive control in adults with childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuro Image: Clinical*, 5, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2014.05.016>
- Secnik, K., Swensen, A. y Lage, M. (2005). Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics*, 23(1), 93-102. <https://doi.org/10.2165/00019053-200523010-00008>
- Seitz, J., Kahraman-Lanzerath, B., Legenbauer, T., Sarrar, L., Herpertz, S., Salbach-Andrae, H., Konrad, K., Herpertz-Dahlmann, B. (2013). The role of impulsivity, inattention and comorbid ADHD in patients with bulimia nervosa. *PLoS One*, 8(5): e63891. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063891>
- Senkowski, D., Ziegler, T., Singh, M., Heinz, A., He, J., Silk, T. y Lorenz, R. (2023). Assessing inhibitory control deficits in adult ADHD: A systematic review and meta-analysis of the stop-signal task. *Neuropsychology Review*, 1-20. <https://doi.org/10.1007/s11065-023-09592-5>
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J. y Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276-293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Shirayama, M., Shirayama, Y., Iida, H., et al. (2003). The psychological aspects of patients with delayed sleep phase syndrome (DSPS). *Sleep Medicine*, 4(5):427-433. [https://doi.org/10.1016/s1389-9457\(03\)00101-1](https://doi.org/10.1016/s1389-9457(03)00101-1)
- Sjöwall, D. y Thorell, L. (2022). Neuropsychological deficits in relation to ADHD symptoms, quality of life, and daily life functioning in young adulthood. *Applied Neuropsychology: Adult*, 29(1), 32-40. <https://doi.org/10.1080/23279095.2019.1704287>
- Skirrow, C., Asherson, P. (2013). Emotional lability, comorbidity and impairment in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 80-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.011>
- Skodzik, T., Holling, H. y Pedersen, A. (2017). Long-term memory performance in adult ADHD: A meta-analysis. *Journal of Attention Disorders*, 21(4), 267-283. <https://doi.org/10.1177/1087054713510561>
- Soendergaard, H., Thomsen, P., Pedersen, E., Pedersen, P., Poulsen, A., Winther, L., Nielsen, J., et al. (2016). Associations of age, gender, and subtypes with ADHD symptoms and related comorbidity in a danish sample of clinically referred adults. *Journal of Attention Disorders*, 20(11), 925-33. <https://doi.org/10.1177/1087054713517544>
- Smallwood, J., Schooler, J. W. (2006). The restless mind. *Psychological Bulletin*, 132(6):946-958. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.946> PMID: 17073528
- Starkstein, S., Mayberg, H., Preziosi, T., Andrezejewski, P., Leiguarda, R. y Robinson, R. (1992). Reliability, validity, and clinical correlates of apathy in Parkinson's disease. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 4(2),134-139. <https://doi.org/10.1176/jnp.4.2.134>
- Sternat, T., Lodzinski, A., Katzman, M. (2014). Hedonictone: a bridge between the psychobiology of depression and its comorbidities. *Journal of Depression and Anxiety*, 3:147.
- Storebø, O. y Simonsen, E. (2014). Is ADHD an early stage in the development of borderline personality disorder? *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(5), 289-295. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.841992>
- Storebø, O., Simonsen, E. (2016). The association between ADHD and antisocial personality disorder (ASPD): a review. *Journal of Attention Disorders*, 20(10), 815-24. <https://doi.org/10.1177/1087054713512150>
- Strohmeier, C., Rosenfield, B., DiTomasso, R., Ramsay, J. (2016). Assessment of the relationship between self-reported cognitive distortions and adult ADHD, anxiety, depression, and hopelessness. *Psychiatry Research*, 238, 153-158. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.034>
- Sun, S., Kuja-Halkola, R., Faraone, S. V., D'Onofrio, B. M., Dalsgaard, S., Chang, Z., ... Larsson, H. (2019). Association of psychiatric comorbidity with the risk of premature death among children and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA Psychiatry*, 76(11), 1141-1149. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1944>
- Tatar, Z. y Cansız, A. (2022). Executive function deficits contribute to poor theory of mind abilities in adults with ADHD. *Applied Neuropsychology: Adult*, 29(2), 244-251. <https://doi.org/10.1080/23279095.2020.1736074>
- Taurines, R., Schmitt, J., Renner, T., Conner, A. C., Warnke, A. y Romanos, M. (2010). Developmental comorbidity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(4), 267-289. <https://doi.org/10.1007/s12402-010-0040-0>
- Theiling, J. y Petermann, F. (2016). Neuropsychological Profiles on the WAIS-IV of Adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(11), 913-924. <https://doi.org/10.1177/1087054713518241>
- Thorell, L., Buren, J., Ström Wiman, J., Sandberg, D. y Nutley, S. (2024). Longitudinal associations between digital media use and ADHD symptoms in children and adolescents: a systematic literature review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(8):2503-2526. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02130-3>
- Thorell, L., Holst, Y. y Sjöwall, D. (2019). Quality of life in older adults with ADHD: links to ADHD symptom levels and executive functioning deficits. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(7), 409-416. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1646804>
- Torralva, T., Gleichgerrcht, E., Lischinsky, A., Roca, M. y Manes, F. (2013). "Ecological" and highly demanding executive tasks detect real-life deficits in high-functioning adult ADHD patients. *Journal of Attention Disorders*, 17(1), 11-19. <https://doi.org/10.1177/1087054710389988>
- Torrente, F., Lischinsky, A., Torralva, T., López, P., Roca, M. y Manes, F. (2011). Not always hyperactive? Elevated apathy scores in adolescents and adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 15(7), 545-556. <https://doi.org/10.1177/1087054709359887>
- Torrente, F., López, P., Lischinsky, A., Cetkovich-Bakmas, M. y Manes, F. (2017). Depressive symptoms and the role of affective temperament in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A comparison with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 221, 304-311. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.040>
- Tsai, F., Tseng, W., Yang, L., (2019). IdSSG. Psychiatric comorbid patterns in adults with attention - deficit hyperactivity disorder: treatment effect and subtypes. *PLoS One*, 14(2), e0211873. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211873>

- Upadhyaya, H.P., Desai, D., Schuh, K.J. et al. (2013). A review of the abuse potential assessment of atomoxetine: a nonstimulant medication for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychopharmacology*, 226, 189–200. <https://doi.org/10.1007/s00213-013-2986-z>
- Ustun, B., Adler, L., Rudin, C., Faraone, S., Spencer, T., Berglund, P. (2017). The world health organization adult attention-deficit/hyperactivity disorder self-report screening scale for DSM-5. *JAMA Psychiatry*, 74(5):520–527. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0298>
- Vakil, E., Mass, M. y Schiff, R. (2019). Eye movement performance on the stroop test in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 23(10), 1160–1169. <https://doi.org/10.1177/1087054716642904>
- van Emmerik-van Oortmerssen, K., Vedel, E., Kramer, F., Blankers, M., Dekker, J., van den Brink, W. y Schoevers, R. (2019). Integrated cognitive behavioral therapy for ADHD in adult substance use disorder patients: results of a randomized clinical trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 197, 28–36. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.023>
- van Hal, R., Geurts, D., van Eijndhoven, P., Kist, J., Collard, R. M., Tendolkar, I., & Vrijsen, J. N. (2023). A transdiagnostic view on MDD and ADHD: shared cognitive characteristics?. *Journal of Psychiatric Research*, 165, 315–324. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.07.028>
- Viktorin, A., Rydén, E., Thase, M., Chang, Z., Lundholm, C., D'Onofrio, B., ... Landén, M. (2017). The risk of treatment-emergent mania with methylphenidate in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 174(4), 341–348. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.023>
- Wagner, M., Walters, A. y Fisher, B. (2004). Symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults with restless legs syndrome. *Sleep*, 27(8), 1499–1504. <https://doi.org/10.1093/sleep/27.8.1499>
- Waisman Campos, M., Benabarre, A. (2017). *Adicciones*. Editorial Panamericana.
- Wang, Bq., Yao, Nq., Zhou, X. et al. (2017). The association between attention deficit/hyperactivity disorder and internet addiction: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17, 260 <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1408-x>
- Ward, M., Wender, P. y Reimherr, F. (1993). The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150(6), 885–890. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.6.885>
- Weibel, S., Menard, O., Ionita, A., Boumendjel, M., Cabelguen, C., Kraemer, C., Micoulaud-Franchi, J., Bioulac, S., Perroud, N., Sauvaget, A., Carton, L., Gachet, M., Lopez, R. (2020). Practical considerations for the evaluation and management of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Encephale*, 46(1):30–40. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.06.005>
- Weiner, L., Perroud, N., Weibel, S. (2019). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Borderline Personality Disorder in Adults: a Review of Their Links And Risks. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15:3115–3129. <https://doi.org/10.2147/NDT.S192871>
- Wilens, T., Biederman, J., Faraone, S., Martelon, M., Westerberg, D. y Spencer, T. (2009). Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(11), 1557–1562. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04785pur>
- Wilens, T., McBurnett, K., Bukstein, O., McGough, J., Greenhill, L., Lerner, M., (2006). Multisite controlled study of OROS methylphenidate in the treatment of adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(1), 82–90. <https://doi.org/10.1001/archpedi.160.1.82>
- Willis, D., Sicheloff, E., Morse, M., Neger, E. y Flory, K. (2019). Stand-alone social skills training for youth with ADHD: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22, 348–366. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00291-3>
- Willcutt, E., Doyle, A., Nigg, J., Faraone, S. y Pennington, B. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1336–1346. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.02.006>
- Wingo, A. y Ghaemi, S. (2007). A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(11), 1776–1784. <https://doi.org/10.4088/jcp.v68n1118>
- Youngstrom, E., Arnold, L. y Frazier, T. (2012). Bipolar and ADHD comorbidity: both artifact and outgrowth of shared mechanisms. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 350–359. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01226.x>
- Zak, R., Fisher, B., Couvadelli, B., Moss, N. y Walters, A. (2009). Preliminary study of the prevalence of restless legs syndrome in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Perceptual & Motor Skills*, 108(3), 759–763. <https://doi.org/10.2466/PMS.108.3.759-763>
- Zoromski, A., Owens, J., Evans, S. y Brady, C. (2015). Identifying ADHD Symptoms Most Associated with Impairment in Early Childhood, Middle Childhood, and Adolescence Using Teacher Report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(7), 1243–1255. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0017-8>

El sentido de las prácticas*

The meaning of practices

Thierry Tremine¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v36i167.803>

Resumen

En este artículo se relatan, críticamente, los principales acontecimientos y avatares de la psiquiatría en Francia, a partir de la noción y aplicación de los principios de la higiene mental y los cambios producidos luego de la Segunda Guerra Mundial, que condujeron, bajo la inspiración de las experiencias de la psicoterapia institucional, a la instauración de la denominada política sanitaria del Sector y al principio de continuidad terapéutica y, se analizan las consecuencias que ha tenido la aplicación de los principios políticos y económicos neoliberales sobre el campo de la psiquiatría y la salud mental.

Palabras clave: higiene mental, psicoterapia institucional, sector, continuidad terapéutica, neoliberalismo y psiquiatría

Abstract

This article critically describes the main events and vicissitudes of psychiatry in France, starting from the notion and application of the principles of Mental Hygiene and the changes that took place after the Second World War, which led, under the inspiration of the experiences of institutional psychotherapy, to the establishment of the so-called health policy of the Sector and the principle of therapeutic continuity, and analyses the consequences that the application of neoliberal political and economic principles has had on the field of psychiatry and mental health.

Keywords: mental hygiene, institutional psychotherapy, sector, therapeutic continuity, neoliberalism and psychiatry

*N. del E.: Este texto estuvo ampliamente inspirado en una conferencia dictada por el autor en una Jornada de la Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental (AFAPSAM), en el mes de agosto de 2024.

RECIBIDO 1/11/2024 - ACEPTADO 6/2/2025

¹Médico Psiquiatra. Jefe de Redacción de la revista L'Information Psychiatrique. Ex Jefe de Servicio de Psiquiatría del Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger (CHIRB), Aulnay- Sous-Bois, Francia.

Correspondencia:

tremine Thierry9@gmail.com



Introducción

Siguiendo la petición que me hicieron mis amigos Martín Reca y Juan Carlos Stagnaro de resumir, en pocas páginas, acontecimientos que ocurrieron en la psiquiatría francesa durante mis 50 años de vida profesional, lo que sigue debe entenderse como un desgranamiento testimonial de libres pensamientos. Acontecimientos históricos y legislativos que acaecieron en torno a la concepción, puesta en ejecución y avatares históricos de lo que se conoce como la política del Sector de la psiquiatría pública en Francia. Y, en particular uno de sus pilares, sino el más importante, por conceptual, que fue la noción de “continuidad terapéutica”. “Al mismo tiempo”, como suele decir nuestro pequeño cabo neoliberal que tenemos de Presidente en mi país, un tal relato suscita una reflexión un tanto triste: la de constatar que es difícil y largo construir prácticas humanas, y que es fácil destruirlas. Para ello, mezclaré recuerdos personales con un recorrido histórico de la noción de “continuidad”. Y abundaré mucho en lo que podría denominar las apuestas de una época. El método proviene de la antropología: analizar cómo se construyen contratos socioculturales en el sentido de Roger Bastide, Georges Devereux, y otros.

Tiempo y duración

“Durante mucho tiempo, me acosté temprano”. Esta célebre frase que inaugura *La búsqueda del tiempo perdido* de Marcel Proust permanece en la memoria de los estudiantes de secundaria franceses. En la Francia “bergsoniana” se sigue aprendiendo, esperemos, la diferencia que Bergson hace entre la duración y el tiempo mecánico; lo que inspiró en nuestra disciplina el célebre texto *Le temps vécu (El tiempo vivido)* de Eugene Minkowski, sumamente “bergsoniano”. Con este sentimiento particular de la duración de las instituciones, del cuidado y de la continuidad... ¡La continuidad en cuestión aquí es una categoría altamente bergsoniana! Se trata de una cuestión de duración y no de tiempo mecánico (Minkowski, 1933).

Porque, en efecto, es el tiempo del que vamos a hablar, y de esta revolución que fue al final de la Segunda Guerra Mundial la idea de una Seguridad Social uni-

versal, de la permanencia de una solidaridad mutua entre los seres humanos desde el nacimiento hasta la muerte, hoy socavada, por una época en la que retrocedemos de la duración al tiempo mecánico, inevitablemente económico.

Volvamos a los orígenes de los problemas actuales. El mundo de la salud mental, de la profilaxis, adquirió bases bien sólidas en los Estados Unidos, en lo que se ha llamado el movimiento de la higiene mental: “el arte de preservar la mente contra influencias e incidentes dañinos” (sic). Fue un paciente estadounidense, Clifford Beers, quien fundó el “Comité Nacional para la higiene mental” en los Estados Unidos, en 1908. Clifford Beers era un hombre maniaco-depresivo que presentaba episodios graves o violentos que requirieron su internación. Él tuvo la idea de utilizar esa internación, o incluso de simular su propia patología, para promover una psiquiatría abierta denunciando las condiciones de internación que había vivido, y consiguió convencer a la Fundación Rockefeller y a William James, a la sazón verdadero pontífice de la psicología norteamericana, para abrir clínicas sin internación en los EE. UU., por fuera de las políticas públicas (Beers, 1908).

El mundo de la higiene mental era concebido, entonces, como esencialmente profiláctico y privado.

Dicho movimiento fue introducido en Francia por Paul Maurice Legrain, quien hizo un viaje a los Estados Unidos en representación de la Sociedad Médico-Psicológica e informó sobre él en 1920. Poco después, en 1922, Edouard Toulouse inauguró una clínica abierta según el modelo estadounidense, el servicio libre “Henri Rousselle”. Pero, hay que subrayarlo: en esta época, ¡todos los alienistas eran eugenistas! (Société Médico-psychologique, 1921).

Como lo dijo Lucien Bonnafé en 2002, en verdad el “inventor “de la psiquiatría de sector¹ fue Robert-Henri Hazemann, higienista y futuro consejero del gobierno del Frente Popular. En 1928, este activista comunista hizo un viaje a Baltimore para ver lo que se estaba construyendo con la fundación Rockefeller. Allí definieron la higiene como una “ciencia administrativa aplicada a la salud” (*Histoire de la psychiatrie de secteur*, 1975).

1. N. del E.: El término *Psiquiatría de Sector* designa los principios de organización de la psiquiatría pública francesa y la disposición territorial de las estructuras de tratamiento del campo de la salud mental. La reforma que implicó la *Psiquiatría de Sector* comenzó en 1960 y tomó estado de ley en 1980. En cada Sector hay un equipo médico-social, bajo la responsabilidad de un médico jefe, que atiende a los pacientes tanto durante su hospitalización como en el seguimiento ambulatorio. Esa red ha permitido ofrecer al conjunto de la población en todo el territorio nacional un dispositivo completo de atención psiquiátrica. Cada Sector contiene una población de alrededor de 70.000 habitantes y una superficie geográfica cuyo tamaño varía según la región considerada (zonas rurales, montañosas, ciudades pequeñas, medianas y grandes conglomerados urbanos).

Sin embargo, en Francia, desde 1906, ya existían las OPHS (Oficinas Públicas de Higiene Social) de lucha contra la tuberculosis, que surgieron como una política pública y nacional de lucha contra las plagas sociales, de la que Legrain fue un importante representante en el campo del alcoholismo. Fue él quien fundó su profilaxis.

Poco antes, entre 1914 y 1918 había tenido lugar la Primera Guerra Mundial. La palabra "Sector" fue acuñada durante esa conflagración para designar un método de detección y profilaxis de la tuberculosis, la cual causó estragos entre las tropas estadounidenses. Se trataba de una división de los campos de acción de la medicina militar. Retengamos este "aroma militar" de la palabra Sector. Como la tuberculosis era una razón para conseguir ser dado de baja, los soldados a veces compartían voluntariamente su saliva para evitar la carnicería de las batallas del Somme.

Este mundo de la higiene mental profiláctica, se unió naturalmente al de la higiene social; así nació lo que llamamos "Salud Mental". Comencé mis primeras consultas en un "dispensario de Higiene Mental" en Blanc Mesnil en 1977, que luego se convirtió en un centro médico-psicológico.

De todo esto hay que recordar que el mundo profiláctico de la "salud mental" no influyó en los hospicios psiquiátricos durante el período de entreguerras. Esas instituciones continuaron su curso independientemente, "inflándose" en el período de entreguerras, luego "desinflándose", tras las hambrunas que los asolaron durante la Segunda Guerra Mundial, lo que produjo 40.000 muertes de pacientes, para volver a "inflarse" rápidamente después.

En 1937, el Frente Popular había planificado todas las medidas para crear una psiquiatría abierta, pero llegó la guerra.

¿Qué podemos aprender de todo eso?

En primer lugar, que los mundos de la higiene mental y de la psiquiatría evolucionaron en paralelo antes de la Segunda Guerra Mundial.

En segundo lugar que los acontecimientos históricos desempeñan un papel primordial, al alterar las fronteras geográficas y doctrinarias, los hábitos, las mentalidades y la organización de la atención sanitaria, pero, sobre todo, las relaciones entre las personas.

En tercer lugar, que la voluntad política es esencial, especialmente en un país jacobino, pero que lamentablemente, cayendo en formas capitalistas, la política recobra rápidamente, sus principios económicos y de seguridad en la gestión de "los inútiles", con la lógica bonapartista que se revela particularmente en la 5ta república (que es la actual constitución francesa).

Y, en cuarto lugar, que, frente a esto, nuestra disciplina no tiene más coherencia que la del afán de cuidar enfermos y la clínica de las enfermedades mentales, las cuales, como sabemos, insisten.

Cuando la "mayonesa" emulsionó, entre la salud mental y la psiquiatría

Probablemente muchos lectores conozcan la historia de Saint-Alban, un hospital psiquiátrico perdido en el departamento de Lozère durante la Segunda Guerra Mundial, primero en la zona franca y luego en la Francia totalmente ocupada por los alemanes, donde nació el movimiento de psicoterapia institucional en una situación de emergencia vital: tener que sobrevivir, mientras que en la zona ocupada los pacientes morían de hambre en los hospicios. Allí ocurrió el encuentro entre un psiquiatra catalán republicano, François Tosquelles, que traía bajo el brazo la tesis de Lacan y la "terapia ocupacional" de Hermann Simon.

Las estructuras de hospitalización de cada Sector incluyen: 1) los hospitales psiquiátricos monovalentes o especializados, 2) los servicios de psiquiatría de los hospitales generales y 3) las hospitalizaciones a domicilio según las características del cuadro clínico. En algunos casos los pacientes pasan a una Casa de convalecencia (Centres de post-cure) para recibir una continuidad de su tratamiento al cabo de la fase aguda de su enfermedad. Las estructuras ambulatorias de cada Sector psiquiátrico incluyen: 1) los Centros Médico-Psicológicos (CMP) que tiene un rol de prevención, diagnóstico y tratamiento ambulatorio y están ligados a 2) las visitas a domicilio (VAD) realizadas por equipos conformados por enfermeros, asistentes sociales y, a veces, educadores. Algunos cuidados se realizan en el CMP (administración de medicamentos inyectables, por ejemplo, o grupos terapéuticos) y otros a domicilio, según el grado de autonomía o aislamiento del paciente y sus necesidades. Los Sectores incluyen también entre sus recursos de tratamiento ambulatorio los Centros Terapéuticos de Tiempo Parcial (CATTP) que cuentan con talleres y ofrecen diversas acciones de apoyo, y a los cuales los pacientes pueden asistir solo algunos días por semana, según necesidad; los Hospitales de Día para pacientes con más necesidad de tratamiento que los que brindan los CATTP y la psiquiatría de interconsulta, que interviene en casos de pacientes hospitalizados en los hospitales generales por otras causas médicas. Los Sectores cuentan también con Casas de medio camino (Appartements thérapeutiques) y Casas de convivencia (Appartements associatifs y Maisons communautaires) supervisadas por enfermeros en el CMP más cercano, ambos son dispositivos destinados a asegurar la reinserción social de aquellos pacientes que no pueden recuperar una autonomía total por causa de su enfermedad. Existe también el dispositivo de familias sustitutas que son seguidas por el equipo de salud mental. Cada Sector tiene la obligación de atender a toda persona domiciliada en su territorio, pero los pacientes tienen libertad de elegir, salvo en caso de internaciones judiciales.

De hecho, el libro de Hermann Simon, un alienista alemán, había aparecido en 1933 en la revista francesa "Higiene Mental" y proponía mucho más allá del lugar del trabajo en los tratamientos hospitalarios. El lema de Simon era: "Todas las cosas han sido hechas con la palabra y nada de lo que ha sido hecho lo ha sido sin ella", frase del evangelio de San Juan! Además, había una red secreta de resistencia contra la fuerzas de ocupación en la región. Porque de eso se trata, de hablar entre nosotros y trabajar colectivamente por la supervivencia (Simon, 1933).

Los comunistas y los "creativos" importantes estaban presentes en Saint-Alban: el poeta Paul Eluard, el filósofo Georges Canguilhem, autor de *Lo normal y lo patológico*, el psiquiatra teórico Lucien Bonnafé y Paul Balvet (el director del hospital, de derecha y ¡petanista!). La separación entre los dementes y los cuidadores se desvaneció y el encierro del manicomio se hizo insoportable, como el eugenismo, incluso antes de que se conociera el horror de los campos de concentración cuando advino la liberación. El psicoanálisis se convirtió en la principal referencia de este nuevo campo de comprensión de los dementes después de algunas experiencias limitadas.

En 1925, Georges Heuyer había fundado la psiquiatría pediátrica como profilaxis y higiene. Durante la segunda guerra mundial, Georges Heuyer solía decir a los psiquiatras en formación: "¡Vayan y aprendan su oficio con las trabajadoras sociales", las famosas "visitadoras". Efectivamente ellas fueron las que me dieron las dolorosas inyecciones de penicilina cuando yo era pequeño. Fue en ese barullo, en las experiencias de la guerra, en el encuentro entre la higiene mental y la psiquiatría, adonde nació la famosa indivisibilidad de la profilaxis de la cura y de los cuidados posteriores, y luego la idea de un Sector geo-demográfico a cargo de un mismo equipo de profesionales, lo que sería la política del Sector.

Con la introducción de la cobertura universal de salud (en 1945), nació la idea de una cierta permanencia de los tratamientos y su necesaria continuidad, de la cual el Sector es una copia en psiquiatría.

De hecho, la universalidad es, ante todo, el rechazo de la discriminación en todas sus formas: entre curables e incurables, médicos y alienistas, etcétera. Lo que significó una franca diferencia con el modelo imperante de la neuropsiquiatría médica. El Dr. Jean Ayme, trotskista, que fue durante mucho tiempo presidente de la "Unión de Psiquiatras de Hospital", decía: "Los psiquiatras son los judíos de la medicina". Cuando fue

a ver a Pierre Lambert, el líder trotskista, éste le dijo: "¿Cuánta plata le pagaste a Lacan en su diván? ¡Danos entonces lo mismo!".

Para que la mayonesa emulsione, se necesitan los ingredientes, el recipiente y la voluntad, pero sobre todo se necesitó un período revolucionario: la Liberación. Las jornadas de la psiquiatría francesa de 1945 y 1947 reunieron a toda la intelectualidad francesa: André Breton, Paul Valery, André Gide, Paul Eluard (al que ya nombramos), Louis Aragon y los psiquiatras de Saint-Alban, en torno a los psiquiatras progresistas.

Fue entonces, al final de la Segunda Guerra Mundial que se produjo esta gran asamblea del movimiento vinculado a la higiene mental, esencialmente profiláctico al principio, con la psiquiatría que quería alejarse de los aspectos coercitivos y estigmatizantes del viejo hospicio psiquiátrico. Es obvio que los ideales de la resistencia y el descubrimiento de los campos de concentración fueron muy importantes en estas definiciones, pero también el espíritu de resistencia del CNR, (Consejo Nacional de la Resistencia) fundado clandestinamente por Jean Moulins a petición de Charles De Gaulle durante la guerra.

La seguridad social universal será la gran idea progresista que inspire a todas las demás. Sin embargo, la seguridad social fue, al principio, un fondo mutuo solidario financiado por las cuotas de los empleados y los empleadores; la prevención seguía siendo responsabilidad del Estado. ¡Pero todo esto se olvidó rápidamente!

O, más precisamente, persistió un movimiento entre los practicantes y algunos administradores brillantes, convencidos por los principios del Frente Popular y del Consejo Nacional de la Resistencia, que culminó en 1960 en ese famoso y muy modesto decreto que no iba a tener ningún efecto inmediato: porque a los gobiernos, en general, les importa un bledo la psiquiatría, a punto tal, que en aquel entonces la psiquiatría dependía del Ministerio del Interior y es fácil imaginar lo que ésta podía interesar a su ministro.

Hemos llegado a un punto central: no existe principio nuevo, ni indignación moral, ni organización humana que pueda triunfar y convencer sin que haya una experiencia práctica que los ponga en marcha y que muestre a los demás la posibilidad de lo posible, y esto ocurrió a partir de la década de 1950: en el distrito XIII de París, con Philippe Paumelle especialmente; pero también en Chambéry (Savoia), con Pierre Lambert, pionero de la psicofarmacología clínica psicodinámica. También en el departamento del Sena-Marítimo, después de lo ya narrado en Saint-Alban y lo

obrado, a nivel de la psiquiatría infanto-juvenil, por Georges Heuyer. Algunas de estas experiencias dentro del viejo asilo psiquiátrico y otras fuera de él.

Así, la elección de los referentes teóricos se hace siempre de acuerdo con la experiencia que se está desarrollando, tal y como lo entiende y lo definió Georges Bourdieu en su libro *El sentido práctico* (2008).

La apuesta al lenguaje

En 1925 se fundó el grupo de *l'Évolution Psychiatrique* (*La Evolución Psiquiátrica*) en el que participaban Jacques Lacan y Henri Ey, pero sobre todo Minkowski. El papel de Minkowski fue muy importante. Por supuesto, la tesis de Lacan había introducido la posibilidad de una comprensión de las manifestaciones de la psicosis, pero Minkowski introdujo, como fundador esencial del grupo de *l'Évolution Psychiatrique*, lo que había aprendido en la clínica de Burghölzli con Bleuler, quien lo había inspirado enormemente. Minkowski señalaba que, según Bleuler, la problemática de la esquizofrenia y de la locura maníaco-depresiva debía sustituirse en todos los casos por la siguiente pregunta: “¿Hasta qué punto la esquizofrenia y la locura maníaco-depresiva se refieren a diferencias esenciales?”, e introdujo, a partir de Bleuler, las nociones de “esquizoide” y de “sintonía” como dimensiones clínicas antropológicas de lo humano, universalmente compartidas.

Al mismo tiempo, la tesis de Lacan, que fue retomada por François Tosquelles en Saint-Alban, posicionó a la paranoia como paradigma de “la psicosis” -todo junto y en una sola palabra, como yo la llamo en su borrosa facilidad- y al delirio como accesible a la comprensión, en su estudio del caso Aimée. Cabe señalar que Lacan aún no era un estructuralista, aunque el estructuralismo se convirtió rápidamente con Claude Lévi-Strauss en la propuesta dominante; un estructuralismo lingüístico que se debe en gran parte a su posible universalidad, tal como se desarrolla en el texto seminal de Lévi-Strauss sobre la “eficacia simbólica” (Lévi Strauss, 1958); y los trastornos específicos de ese vínculo distorsionado que establece el psicoanálisis en la esquizofrenia, como se pudo leer en el *Diario de una esquizofrénica* de la psicóloga suiza Marguerite Séchéhaye (1950).

Señalemos, sin embargo, que en ese texto de Lévi-Strauss no hay ninguna referencia a la angustia en una mujer cuyo parto es difícil y peligroso. El apaciguamiento de esa guna parturienta (guna es la designación actual de esa etnia, antiguamente denominada kuna o cuna) de Panamá, merecería hoy una expli-

cación diferente. El tiempo de la angustia crítica se diluye por la palabra habiendo cobrado la extensión del universo en un registro cosmogónico que puede ser compartido en un tiempo presente. ¿Desaparece el cuerpo angustiado en la “efectividad simbólica” descrita por un no médico? Este iba a ser uno de los grandes problemas del estructuralismo y Pierre Bourdieu, a través de su noción sociológica de “habitus”, criticará el cuerpo como un dato exclusivo de la psicología social, un cuerpo exclusivamente simbólico.

Entramos así en los años en los que se apuesta al lenguaje, por la eficacia de la interpretación y, a menudo, de la sujeción al significante, a la lingüística estructural y a la confusión del lenguaje y de la palabra. En este ambiente, el psicoanálisis se oponía ante todo a una neuropsiquiatría académica dogmática. Los psiquiatras acababan de dejar de ser neuropsiquiatras desde 1968 y la psiquiatría pública francesa ya no era administrada por el Ministerio del Interior, sino por la Secretaría de Salud. Agreguemos que actualmente sentimos un cierto paso atrás en ese sentido.

Por supuesto, en aquel entonces hubo también una vulgarización más bien parisina del significante y la extensión muy amplia del dominio del juego de palabras: “se non è vero è ben trovato”, mientras que, en cambio, un Pierre Fedida o un Paul Racamier aportaban una consistencia de orden muy diferente. Esto ha conformado una pérdida adicional de coherencia que hemos pagado muy cara, al distanciar el discurso de la clínica de las enfermedades mentales. Tenemos que acostumbrarnos a la idea, que a menudo se nos critica, de que nuestra disciplina carece de coherencia; pero hay que añadir que demasiada coherencia extensiva también debe ser sospechosa.

El “french flu” (Lacan, Derrida, Foucault, Deleuze, etcétera) dominaba las universidades, pero, en ese contexto, dos personajes tuvieron una influencia importante, Henri Ey y Georges Devereux.

Henri Ey era “biopsicosocial” antes que nadie. El manual que llamamos “el Ey”, y que deberíamos llamar “el Ey, Bernard (Paul Bernard fue el primer editor en jefe de nuestra revista *L'Information Psychiatrique*) y Bisset” (Charles Bisset era psiquiatra de ejercicio liberal), teníamos que aprenderlo para aprobar el Internado en los hospitales psiquiátricos... ¡para luego olvidarlo! Y así también se iba abandonando la clínica psiquiátrica.

Georges Devereux introdujo la relatividad cultural y el método complementarista; ¡no sólo para los gunas de Panamá! ¡Sobre todo, era alguien que no tenía miedo a equivocarse! No hay que olvidar nunca esta

brillante frase de Jean-Jacques Rousseau en *L'Emile*: “Prefiero ser un hombre de paradojas y no de prejuicios” que le venía, a Devereux, como anillo al dedo.

La excesiva facilidad para recurrir a la estructura iba a conducir a un nuevo naturalismo divisorio, en torno a la dupla “nombre del padre / histeria”, debido a una confusión entre las leyes del lenguaje y la libertad de expresión. No voy a profundizar esto aún más aquí, pero creo, según la famosa frase de Marx, que “Las cosas de la lógica han sido tomadas como si fueran la lógica de las cosas”. La reificación es una ley atroz que se apodera de las ciencias humanas cuando inevitablemente imitan a las ciencias exactas, pero también cuando aspiran a la totalidad del Ser propias de las teologías reveladas. A veces somos indios guna de Panamá y otras “bricoleurs”.

La continuidad: una elección originalmente dictada por las patologías

Cuando comencé mi Internado en 1973 y se abrió el primer Sector psiquiátrico en un hospital general, la mayoría de los pacientes de Clermont de l'Oise, el hospital psiquiátrico más grande de Europa, acababan de ser trasladados. Algunos de los cuales estaban hospitalizados desde hacía 10 o 20 años. De hecho, la mayoría de las veces no había familia existente, o dispuesta a renovar el contacto con un loco al que habían perdido de vista desde hacía mucho tiempo. Esos pacientes eran tranquilos, no tan desorganizados, con fulgores poéticos delirantes que resultaban fascinantes para los jóvenes Internos, pero incapaces de desenvolverse en la vida cotidiana, de la que se habían desprendido por completo.

Dependían del equipo de atención. Requerían un seguimiento constante y que sus necesidades vitales fueran tomadas a cargo, al menos al inicio. Pero también dejaron su huella en la elección de los referentes teóricos.

Impusieron así la idea misma de la necesaria continuidad de los tratamientos, del *cure* y del *care*, diríamos ahora. Esa continuidad correspondió a un período político y social bastante calmo: la menor movilidad de la población, de los equipos de salud y de las instituciones políticas, así como la proximidad de los “entes pagadores”: municipios y luego Direcciones departamentales de salud y acción social, y por lo tanto, locales: en ese contexto, las teorías del “largo plazo” eran adecuadas a tal ambiente, y el psicoanálisis aparecía como una herramienta preponderante.

¿Acaso ha cambiado todo esto? En muchos aspectos sí ¡afortunadamente!

El Sector fue criticado rápidamente por medicalizar toda la vida de los pacientes, o por servir como una “comisaría de policía mental”. En 1982, escribí el primer artículo sobre “cronicidades en casa”, encierros acompañados de un síndrome de puerta giratoria en las salas de emergencias.

La llegada de una nueva clase de pacientes ha llevado la *continuidad* hacia la *disponibilidad*, ambas socavadas en el mundo actual con su futuro tenso, por una resiliencia obligatoria y una ausencia de solidaridad. Han aparecido otras soluciones, por el lado de la psiquiatría privada o de la atención comunitaria o asociativa. Pero en todas subyacen la disponibilidad y la proximidad de los propios Sectores psiquiátricos. Por otro lado, el reparto es muy desigual y también hemos asistido a la aparición de una locura evaluativa discriminatoria, que conduce al “síndrome de la papa caliente”: pasándose de unos a otros al paciente poco gratificante que ya nadie quiere, en este mundo de éxito del *Self*. Y ¿después qué?: ¿la calle o la cárcel?

En el período “heroico” de la fundación de los Sectores, la vida comunitaria era más fácil en los “suburbios rojos”, los de las municipalidades de izquierda, especialmente por la disponibilidad de la comunidad. Recuerdo muy bien aquí a uno de mis primeros pacientes, en el dispensario de higiene mental de Blanc Mesnil. Era un polaco que no hablaba francés. Estaba constantemente acompañado por un traductor preocupado por su estado depresivo. Tenía una vida social algo inestable en la comunidad polaca de Blanc Mesnil, que era la extensión, en la horticultura circundante, de los grupos de mineros polacos del norte de Francia. También había una misa semanal en polaco en Blanc Mesnil. Por lo tanto, pudimos apoyarnos en el municipio y en la comunidad polaca, lo que naturalmente facilitó el trabajo del Sector. Además, era un período de pleno empleo.

Todo esto también se vio facilitado por el hecho de que había dinero disponible para construir los Sectores, con relativo poco control: se pagaban las visitas a domicilio, no mucho, pero nos permitía hacer visitas en el pueblo con Marinette, la enfermera del Sector psiquiátrico.

Los tiempos eran, pues, alegres, en cierto desorden económico, porque los ayuntamientos gestionaban lo extrahospitalario de cualquier manera; estuvieron muy contentos de “pasar el fardo” a las Direcciones departamentales de acción social. Luego todo se confió a los hospitales, con el sólo objetivo de controlar el gasto.

¡En esa época, preponderaba esa preocupación por la “totalidad universal”, especialmente del lado del in-

consciente, pero también del consciente, con aroma de revelación y, por supuesto, con la construcción paralela de “capillas teóricas” ¡que resultaron feroces entre ellas! Cualquier cosa que pareciera ser un enfoque intelectual o institucional discriminatorio fuera del lenguaje se percibía como intolerable. Pero existió, como sabemos, una crítica a la “revelación” del significante y de la alegoría: Georges Deleuze, Michel Foucault, Pierre Bourdieu u otros, así lo hicieron, pero esto influyó poco en un enfoque que perduraba como muy “rousseauiano”, especialmente entre los médicos jóvenes Internos de los hospitales psiquiátricos, temidos por las administraciones. Me refiero al Rousseau de *Ensueños del caminante solitario*, que murió en Ermenonville, lugar donde, habiendo llegado a ser Jefe de servicio, tuve a bien organizar cada año un simposio de tipo lúdico en el que participaba todo el equipo del Sector, sobre temas poco serios, pero todos inspirados en el Siglo de las Luces y, especialmente, en sus autores libertinos... “La tierra de las quimeras es la única donde se puede vivir”, dijo Jean-Jacques Rousseau en sus últimas *ensoñaciones*.

Fueron ante todo los nuevos pacientes, pero también los progresos terapéuticos los que hicieron avanzar el proceso hacia una disponibilidad modificada en gran medida por el éxito de los CMP, Centros Médico-Psicológicos de los Sectores, donde atendían la consulta ambulatoria los mismos profesionales que trabajaban en las estructuras hospitalarias. ¡Pero con los “nuevos pacientes” habíamos pasado del seguimiento a largo plazo de las psicosis deficitarias a tener que ocuparnos de dos millones de pacientes! La continuidad debería seguir siendo posible, pero la mayor parte de la atención ya dependía, de ahora en adelante, de la disponibilidad (en el sentido concreto del término).

Creímos ingenuamente en aquel momento que habíamos logrado desestigmatizar la locura; ¡pero sólo habíamos banalizado la psiquiatría!

Desentrañando

No voy a volver sobre lo que a finales del siglo XX se llamaba el “desencanto del mundo”, el fin de las ideologías, el posmodernismo, etcétera. Después de todo, sabemos muy bien lo que sucede cuando un “Chicago boy” toma el mando de las cosas. El Hombre Económico se convierte en el paso obligado, instaurando una nueva relación del sujeto con el tiempo vivido. El desmoronamiento de la psiquiatría pública y el auge de la salud mental están ligados, lamentablemente, al auge de esta humanidad mecánica (*Human Engineering*), que está llamada a mostrarse “resiliente” ante Dios, según

un modelo perfectamente descrito por Alexis de Tocqueville. Los tiempos son mucho menos alegres.

Las referencias son el hombre que se hace a sí mismo (*Self made man*), la auto-referencia del individuo, y la instalación en un *happinessismo* “sin gravedad”, según la acertada fórmula de Charles Melman (Melman, 2005). En fin... sólo para aquéllos que pueden navegar en la « happycracia », porque ¡ay de los vencidos!

Se lo puede llamar hipernarcisismo o psicosis ordinaria, como la define Dominique Barbier o de otra manera: el culto al tecnócrata “glotón” y al futuro tenso. Hay un vínculo cada vez mejor establecido entre el Hombre Económico y los conocimientos a los que se lo remite con las opciones antropológicas de la relación al tiempo, el cual debe ser tenso, tirante, aborreciendo lo que se relacionaría con el largo plazo, con el peso de la historia o con el sentido oculto que obstaculiza la acción (Barbier, 2022).

En definitiva, cuando el Estado retoma el control de las prácticas de salud mental y psiquiátricas, es de acuerdo con sus dos principios soberanos de larga data a los que ya hemos aludido: la seguridad y la economía, en el capitalismo de accionistas y en un entorno globalizado bajo la primacía del rendimiento de “la gaita por la gaita”.

Antes, había una cierta indiferencia por parte de los poderes públicos. La “oficialización” de la psiquiatría Sectorial en 1986, como política pública de la psiquiatría en Francia, se produjo en un momento en que ya estábamos en medio de la política económica de la presidencia de François Mitterrand, modestamente intitulada: “el giro a la austeridad”, que trajo aparejada la parálisis de los equipos de los Sectores y que los Sectores que funcionaban en los hospitales generales permanecieran en su miseria. En mi Servicio en Aulnay-sous-Bois, que fue el primer experimento en Francia de psiquiatría Sectorial en un hospital general, fundado por mi maestro Jean-Pierre Lauzel, se vio claramente interrumpido su impulso, porque no se benefició con la re atribución del personal, como en los asilos que se transformaban y porque no se solidarizó con los Sectores nacidos *ex-nihilo* en los hospitales generales vecinos. Ya estábamos en la competencia comercial que luego se volvería omnipresente, como modo de división entre los hospitales y los Sectores.

Paralelamente al “giro a la austeridad” hubo también un punto de inflexión en las políticas comunitarias y sociales. En 1981, el primer ministro de Salud de Mitterrand, el comunista Jack Ralite, encargó un informe a Jean Demay, un psiquiatra implicado en el

movimiento de la psiquiatría comunitaria. Este informe propuso la gestión regional y comunitaria de los Sectores psiquiátricos, con delegaciones de gestión en los hospitales, los cuales ya no se situaban en el centro del sistema de atención. Este informe se titulaba: “Una voz francesa para una psiquiatría diferente” y abogaba por la creación de un “Establecimiento Público de Salud Mental” regional, que gestionara todas las instituciones públicas. Su informe fue enterrado (¡e incluso literalmente escondido!) por el sub-secretario de Salud, el socialista Edmond Hervé. La gestión de la psiquiatría Sectorial quedó enteramente confiada a los hospitales empeñados en el “giro hacia la austeridad”. El “rousseauismo” había pasado de moda.

La insidiosa aparición de la “nueva gestión pública”, importada de los EE.UU., alcanzaría su apoteosis 40 años después con la ley HPST (en francés, *Hôpital, Patient, Santé et Territoires*) del presidente Nicolás Sarkozy y de Roselyne Bachelot-Narquin, su ministra de salud, en 2009.

El hospital debía ser gestionado como una empresa competitiva, cuyo director era el “único jefe”, afirmaba Sarkozy. Este era, evidentemente, el aspecto económico.

El segundo componente se precisó el mismo año 2009 con el discurso de Sarkozy durante su visita al hospital de Antony, en el cual amalgamaba la enfermedad mental con la peligrosidad y con las noticias sensacionalistas de los medios de comunicación (Sarkozy, 2008). Este era, no podía faltar, el aspecto de la seguridad.

Estas dos lógicas -economía y seguridad- siguen funcionando. Recientemente, una circular confidencial ordenaba a los Prefectos no firmar autorizaciones de alta (ni de permisos provisorios) de los pacientes hospitalizados bajo coerción durante el paso de la Llama olímpica por las calles. Visiblemente, el ideal olímpico no es para todos, ¡y especialmente no lo es para los locos! El Ministerio del Interior asumió la tarea. Olivier Labergère ha escrito un artículo notable en “Médiapart” (un periódico digital de investigación y denuncias de “corrupción”) sobre estos caporalismos escandalosos que gestionan la vida despojada de los precarios, los inmigrantes y los dementes en nuevos “lugares de depósito” (Labergère, 2024), según la lógica de los campos de concentración, como ya lo denunciaba el filósofo político Giorgio Agamben.

La gestión de la psiquiatría en Francia, como la de toda la medicina pública e incluso la de todo el Estado, es vertical. Hay una gran cantidad de “falsas” asambleas ciudadanas, pero la tecnoestructura termina decidiendo sola y desprecia a todas las instituciones intermediarias,

desde los sindicatos hasta la representación nacional. El discurso gerencial invade incluso los imperativos que se le dan al “sistema del *Self*” para administrarse a sí mismo, para ser resiliente, para empoderarse, para «cruzar la calle» si no se encuentra lo que uno busca en la vereda donde se está (frase célebre de nuestro presidente actual), para ser competitivo, etcétera: un individuo sin sujeto, nietschzeano. Es un discurso thatcherista: “No hay sociedad”, como dijo ella, únicamente individuos. En un libro que se publicará próximamente, nuestra colega belga Feys señala cómo la lógica binaria y la locura evaluativa son fundamentalmente ajenas a nuestras prácticas. La gran moda de los llamados centros expertos es evaluar sin tratar: significando una vuelta a las fuentes de la psiquiatría universitaria -objetivante- contra la que en 1968 se levantaron en masa los médicos Internos de psiquiatría de Francia.

De esta relación con el individuo, la continuidad del pensamiento del otro y la elaboración colectiva están excluidas por sí mismas. Hay otro aspecto, que he mencionado a menudo en editoriales de *L'Information psychiatrique*, la revista de los psiquiatras de hospital de Francia: el lenguaje utilitario. Como si la embriaguez de la época del significante hubiera dado paso al “neolenguaje” tan brillantemente descrito por Georges Orwell, y también por Victor Klemperer bajo el III Reich.

Este desmoronamiento de las políticas públicas está a la espera de la vía libre del mercado para pensarlo. Este es el famoso aforismo de Adam Smith que muchos ensayistas han descrito como el *Homo Economicus*, entre ellos el filósofo reformador inglés Jeremy Bentham (a fines del siglo XVIII, comienzos del XIX). Es un discurso utilitarista en el que el hombre económico debe encontrar, al igual que la economía, sus reglas dentro de sí mismo. Cualquier discurso intermedio que enlentezca el tiempo se vuelve insoportable (Laval, 2007).

Una buena manera típicamente francesa de calmar el ardor del personal es pedir a los altos funcionarios o parlamentarios que hagan un “informe” u organicen una “comisión”. ¡En los últimos veinte años más o menos, ha habido 12 de ellos! Sin ninguna consecuencia, cabe señalar. La obra maestra de este asunto fue sin duda el informe Borloo sobre los suburbios, redactado a petición del Presidente de la República e inmediatamente arrojado al cesto por él mismo. El bonapartismo tiene sus encantos...

Es lo que yo llamo la “ley de los 40 años”: los principios iniciales, siendo ellos revolucionarios, son retomados 40 años después en una política pública

nacional, pero inscriptos en un ambiente económico completamente diferente. Un ejemplo fácil de ello lo dan las leyes de 1985-1986 que "legalizaron" el Sector inventado en 1945, con una etapa en 1960, en las cuales se reconoció la importancia de la atención extra hospitalaria, pero la legalización general se estableció en un período de austeridad presupuestaria que no las puso en práctica, sino todo lo contrario: se suprimieron las camas hospitalarias, pero teniendo cuidado de no crear ni ampliar estructuras extra hospitalarias abiertas. Lo mismo ocurrió cuando en 1838 fue necesario crear un asilo por Departamento. Esto era demasiado caro y sólo se hizo cuando los manicomios proporcionaron una gran parte de su financiación a través del trabajo de los pacientes. Antes, según una vieja expresión francesa, "esperábamos bajo el olmo" a que los políticos se convencieran de la humanidad de las nuevas propuestas. Pero se convencen de ello sólo cuando perciben los beneficios financieros y de seguridad que podrían derivar de ellas. Después, eligen las doctrinas que convienen a la gestión: la autogestión y el odio a la diferencia. Hoy hay prácticas de moda en los servicios universitarios: evaluar sin curar, y sobre todo sin preocuparse por la continuidad de la cura.

La apuesta por la neurona

Un punto particular se refiere a la evolución de las ideologías y a lo que el filósofo François Lyotard llamó posmodernismo: el fin de las grandes ideologías y de la "french flu", totalmente volcada hacia el lenguaje, con el auge de la "neuromanía", de la apuesta a la neurona, con el corolario de una nueva disociación de la cura y del *care*, de la psiquiatría y de la salud mental. Me gustaría enfatizar en este lenguaje utilitarista un aspecto desarrollado por Christian Laval en su libro sobre el hombre económico: el odio al pensamiento metafórico y, en general, la indiferencia -¡cuando no la ineficiencia promovida!- de todo lo que recae dentro de las prácticas del campo de la comprensión e interpretación, desde el momento que no persiguen el objetivo de empoderamiento y resiliencia (Laval, 2007).

Se puede medir incluso lo que es profundamente presbiteriano y norteamericano en el *care*, cuyos valores están cerca de la caridad: pero Dios elige a sus pobres. El "happinessismo" considera que el individuo está mal dispuesto o definitivamente defectuoso si no es feliz, con imperativos orwellianos del lenguaje. Rhonda Byrne, una exitosa sacerdotisa de la psicología positiva y de la televisión en Australia, encontró muchos pensamientos positivos en los barrios pobres:

¡estamos en la luna!

Hay que releer a Alexis de Tocqueville, en su ensayo sobre la democracia en los EE.UU. de principio del siglo XIX, para entender algo de las bellezas del sistema.

Hay un proyecto constante de reducir el ser a su base económica circulante. El tiempo dominante es el del futuro tenso. El mundo de la evaluación no se preocupa por el seguimiento, la continuidad o la disponibilidad de los tratamientos, del mismo modo que el ser humano cansado de ser "Self" no tiene que preocuparse por su historia.

Esto tiene aspectos prácticos que se notan de inmediato. El largo plazo se limita hoy a las estructuras médico-sociales; pero además del hecho de que eligen a sus pacientes, necesitan apoyar su funcionamiento sobre los Sectores psiquiátricos y cuentan con la plena disponibilidad de dichos Sectores, además de la facilidad de recurrir a las emergencias psiquiátricas, en caso de compensación de uno de sus residentes o usuarios. Este es el caso de los Servicios de acompañamiento médico-social para adultos discapacitados (en francés: *Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés*, SAMSAH), y las SPAC, que sólo tienen un papel en la periferia de los Sectores. Además, ahora hay "desiertos" médicos, amplias zonas geográficas sin especialistas, y sería inútil esperar que una medicina de primer nivel de atención se ocupe de los pacientes evaluados por la psiquiatría de nivel terciario. En todos los países donde ha existido esta división teórica de la OMS, no ha funcionado. Pasamos de la atención primaria, profiláctica y de detección de trastornos de salud mental, al último rango evaluativo; pero cuando es necesario atender al paciente, ¡nadie lo quiere! El doctor Frédéric Advenier, en un editorial particularmente esclarecedor de nuestra revista *L'Information Psychiatrique*, dijo que la diferencia que notaba entre su práctica pública y su nueva práctica privada era que ¡estaba lidiando con las mismas patologías psiquiátricas graves, pero en pacientes con buena salud mental! (Advenier, 2022).

Lo dije en un editorial de la misma revista: las palabras que terminan en "dad": igualdad, solidaridad, etcétera, ya no están en circulación, porque tienen un sabor de "cosa colectiva" descalificado por los Chicago boys. La psiquiatría infantil, dependiente del tiempo humano disponible, está en peligro de extinción.

Mis opciones nunca han cambiado: o seguimos con este sistema, bonapartista en todos sus niveles; o nos reorientamos hacia un modelo comunitario y regional, incluyendo las políticas y la vida social en los proyectos y prácticas de la psiquiatría y la salud mental de las poblaciones.

Patologías resistentes bajo vigilancia

En este mundo donde se desacredita la asistencia (*ad-sistere*), donde se desacredita el “estar a su lado”, queda, sin embargo, que hay que hacer algo con lo que se deshecha. Como dice nuestro colega Dominique Wintrebert, la psiquiatría de Sector se ocupa de las “patologías resistentes”. Pero ¿resistente a qué? ¿A los psicofármacos disponibles en el mercado o al modelo social ambiental, centrado en el individuo empoderado? ¿Al mercado laboral neoliberal? ¿A la patética definición de salud y bienestar de la OMS? ¿Al sistema sanitario privado?

La psiquiatría de Sector está sometida a una estrecha vigilancia económica y de seguridad. En la actualidad, a menudo el Sector está formado por equipos sin estabilidad, con profesionales extra europeos con una situación precaria y sometidos a una estrecha vigilancia económica. Por lo tanto, la continuidad misma de los equipos es, incluso, muy problemática. La prensa señala su impotencia ante casos dramáticos en los que los pacientes ya no están en la continuidad de su seguimiento; pero el único reclamo de la opinión pública es la necesidad de un manejo marcial de los pacientes.

¿Qué pasa entretanto con los profesionales? En su texto sobre Aventura, aburrimiento, seriedad, Vladimir Jankélévitch (1998) distingue entre el “aventurero” y el “aventuroso”. El “aventuroso” es un eterno principiante, odia la hipocresía de los sistemas cerrados, sabe bien que una puerta debe abrirse o cerrarse, pero puede permanecer en el umbral y estar atento a las experiencias positivas y a las referencias teóricas adecuadas. Esta es un poco la posición de las generaciones más jóvenes: ellos son “aventurosos”, mientras que nosotros éramos aventureros. En casi todas partes se observa un retorno a una fenomenología flexible, husserliana, como una actitud “en el umbral” de la puerta, con una cierta desconfianza hacia “el hombre aumentado” por la Inteligencia Artificial (Gaillard, 2024). Los médicos de los hospitales, están unidos por la resistencia difícil a una política que quiere verlos desaparecer u obedecer a clones administrativos.

Porque lo que ha demostrado la historia, repito, es que no hay nada que esperar espontáneamente del Estado, excepto en los períodos revolucionarios y todas las experiencias que imponen su posibilidad por sí mismas; a veces en la confusión, la curiosidad, la incompreensión y el eclecticismo de las referencias.

Parafraseando a ese gran poeta, Edouard Glissant (2013); en nuestra disciplina nada es verdad, todo es viviente.

Referencias bibliográficas

- AA. VV. (1975). Histoire de la psychiatrie de secteur. *Recherches*, 17.
- Advenier, F. (2022). Mais où sont passés les praticiens hospitaliers? *L'Information Psychiatrique*, 98(4), 251-252. <https://doi.org/10.1684/ipe.2022.2405>
- Barbier, D. (2022). *Hypernarcissisme ou psychose ordinaire*. Odile Jacob
- Beers, C. (1951). *Raison perdue, raison retrouvée*. Paris, Payot. (Beers, C. A mind that found itself, 1908; Versión castellana: *Un alma que se encontró a sí misma*, Liga Argentina de Higiene Mental, Buenos Aires, 1969).
- Bourdieu, P. (2008). *El sentido práctico. Siglo XXI de España*.
- Gaillard, R. (2024). *L'homme augmenté*. Grasset.
- Glissant, É. (2013). Rien n'est Vrai, tout est vivant. *Mondes francophones* 25/11/13. Disponible en: <https://mondesfrancophones.com/mondes-caribeens/conference-dedouard-glissant-rien-nest-vrai-tout-est-vivant/>
- Jankelevitch, V. (1998). *Philosophie morale*. Flammarion.
- Labergère, O. (2024). La Flichiatry, nouvelle discipline Olympique ? Disponible en: <https://blogs.mediapart.fr/dr-olivier-labergere/blog/240724/la-flichiatry-nouvelle-discipline-olympique>
- Laval, C. (2007). *L'homme économique*. Paris, Gallimard.
- Levi Strauss, C. ([1958] 2009). *Anthropologie structurale* (Versión castellana: Levi Strauss, C. “La eficacia simbólica”, en *Antropología estructural*, Trama y fondo, Cap. 6, 7-30).
- Melman, C. (2005). *El hombre sin gravedad*. Universidad de Rosario.
- Minkowski, E. (1933). *Le Temps vécu, études phénoménologiques et psychopathologiques*. Payot. (Versión castellana: El tiempo vivido, FCE, 1982).
- Sarkozy, N. (2008). Allocution de Nicolas Sarkozy à Antony. Le texte officiel du discours présidentiel. *Journal français de psychiatrie*, 38, 25-27.
- Sechehaye, M. A. (1950). *Journal d'une schizophrène. Auto-observation d'une schizophrène pendant le traitement psychothérapique*. Presses Universitaires de France, 1950 (Versión castellana: Sechehaye, M. A. La realización simbólica y Diario de una esquizofrénica: Exposición de un nuevo método psicoterapéutico, FCE, 2025).
- Société Médico-psychologique. Année 1921.
- Simon, H. (1933). La psychothérapie à l'asile. *L'hygiène mentale*, janvier 1933, pp16-28.

Conflictos del psiquiatra en el rol de psicoterapeuta: reflexiones a partir del embarazo por violación en una niña de 11 años

Conflict of the psychiatrist in the role of psychotherapist: reflections on the pregnancy due to rape in an 11-year-old girl

Ana María Alle¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v36i167.804>

Resumen

Introducción: El trabajo psicoterapéutico del psiquiatra en la población infantojuvenil obliga a la intervención con adultos responsables y muchas veces, profesionales del área judicial. Se plantea la importancia del rol psicoterapéutico y las características del mismo en algunas situaciones de extrema gravedad. Se describen diferentes aportes y la importancia del enfoque holístico integral, así como el largo período de neotenia, características del período evolutivo y particular vulnerabilidad ante experiencias traumáticas como el embarazo por violación en una niña de 11 años. Se analiza el concepto de Doble Vínculo descrito en la interacción familiar y la posibilidad de aplicarlo en la relación del terapeuta, sujeto a exigencias del ámbito judicial que complejizan y agravan conflictos, versus la realidad psíquica del paciente. *Conclusión:* Se concluye en el riesgo de implementar protocolos que no contemplan, quizás por no ser tangible, la delicadísima fragilidad de la estructura psicológica y lo irreparable de su daño.

Palabras clave: psicoterapeuta, judicial, niña, violación, embarazo

Abstract

Introduction: The psychotherapeutic work of the psychiatrist in the child and adolescent population requires intervention with responsible adults and often, professionals from the judicial area. The importance of the psychotherapeutic role and its characteristics in some extremely serious situations are discussed. Different contributions are described and the importance of the holistic comprehensive approach, as well as the long period of neoteny, characteristics of the evolutionary period and particular vulnerability to traumatic experiences such as pregnancy due to violation in an 11-year-old girl. The concept of Double Bind described in family interaction is analyzed, and the possibility of applying it in the therapist's relationship, subject to demands of the judicial field that complicate and aggravate conflicts, versus the psychic reality of the patient. *Conclusion:* It concludes that there is a risk of implementing protocols that do not contemplate, perhaps because it is not tangible, the extremely delicate fragility of the psychological structure and the irreparability of its damage.

Keywords: psychotherapist, judicial, girl, violation, pregnancy

RECIBIDO 15/12/2024 - ACEPTADO 9/1/2025

¹Doctora en Medicina y Cirugía. Médica Psiquiatra y Psiquiatra Infantojuvenil. Calificación de Experto en Violencia y Abuso Sexual Infantojuvenil -CMPC- Córdoba, Argentina.

Correspondencia:

anamariaalle@hotmail.com



Introducción

El trabajo psicoterapéutico en la población infantojuvenil obliga a la intervención con adultos responsables del mismo, y muchas veces profesionales del área judicial. No siempre el médico psiquiatra puede sostener lo que considera mejor para el niño, circunstancia que, dentro de ciertos límites, tiene que ver con el respeto por criterios educativos diferentes.

Sin embargo, existen situaciones de extrema gravedad, en las que el conflicto de valores en distintos niveles, coloca al profesional, en posición de testigo de experiencias destructivas gravísimas en el plano psíquico del paciente, de las que no hay recuperación sin daño, particularmente cuando son vividas en algún período crucial del desarrollo, por ejemplo, el pasaje de la pubertad a la adolescencia, como en el caso M. que ilustra este trabajo.

Cuando una niña de 11 años (*vide infra*), es violada y de ello resulta un embarazo, puede ocurrir que intervenciones aparentemente positivas, para la vida de quien padeció tan grave experiencia, resulten traumáticas porque reiteran una violencia física y psíquica. Estas actuaciones pueden revestir apariencia terapéutica a partir de considerar a la persona implicada, como un ser puramente biológico, negando la existencia del sufrimiento y daño psíquico, la expresión psicopatológica del mismo y por ende, la posibilidad terapéutica realmente restauradora y preventiva. Similar efecto conlleva el mantener a la víctima como rehén de criterios sociales y culturales preponderantes, que no contemplan su derecho a la protección de necesidades básicas de todo orden y en particular a su salud integral. Esto último, indefectiblemente, debe pasar por asegurar que no se reiteren experiencias traumáticas similares.

En la práctica médica, en casos en que los tiempos para actuar son determinantes, los criterios que se priorizan, atienden los aspectos biológicos a fin de evitar la muerte y/o lesiones irreversibles, existiendo protocolos de intervención claros. Sin embargo, cuando el riesgo inminente es de daño psíquico, lo intangible del mismo hace que en un primer tiempo, pueda no priorizarse la intervención adecuada, dado que no es factible proyectar en forma cierta sus consecuencias a futuro.

Para una mejor comprensión de las raíces de esta dificultad, es necesario repasar nociones fundamentales.

El ser humano es un ser bio-psico-socio-cultural, lo cual implica que dichos procesos se hallan integrados en la vida en forma indivisible y que lo que se produce en una de estas áreas, no puede dejar de

repercutir en la otra. La asistencia en salud se debe realizar con la/s terapéutica/s que corresponda priorizar en tiempo y forma, sea lo biológico (orgánico), lo psíquico, lo social/cultural, según corresponda. Pero estos abordajes parciales no deben abandonar en ningún caso un criterio holístico de integración del ser humano, a fin de no caer en reduccionismos. El proceso de desarrollo (crecimiento y maduración) hasta la adultez de la persona, implica una temporalidad que pone en juego tiempos particulares y no siempre coincidentes, de lo biológico, lo psíquico y lo social enmarcados en la cultura correspondiente, verbigracia: el desarrollo óseo, endócrino, de órganos reproductivos, concomitantemente con el logro de la constancia objetiva, la reversibilidad del pensamiento, la aceptación de reglas sociales, el pensamiento abstracto, la aceptación de creencias y valores y sus cuestionamientos, para nombrar solo algunos de los diversos aspectos que conjugan esta complejidad.

La especie humana presenta un largo período de *neotenia*, entendiéndose como tal, la prematuridad fisiológica del recién nacido, en relación a otras especies animales. El neonato humano, llega al mundo con una dotación insuficiente para adaptarse activamente a su entorno. Dicho papel queda confiado al ambiente durante los primeros años, dependiendo del cuidado y sustento de otro de su especie; esto explica en parte la importancia de la socialización en el ser humano. Su desvalimiento conlleva enorme vulnerabilidad y dependencia de muy larga duración, en relación a otras especies (Marcelli & De Ajuriaguerra, 1996).

En consonancia con esto, el período evolutivo a fin de completar la maduración de su estructura psíquica es prolongado, siendo unánimemente reconocida la importancia primordial de las experiencias tempranas, así como el especial transcurso de la infancia a la adolescencia. Este proceso de cambios biológicos intrínsecamente ligados a la reestructuración endopsíquica de la etapa, el paso a la adolescencia y ella en sí misma, conlleva un cambio brusco y múltiple, como variadas exigencias de adaptación, en un mundo que también atraviesa un acelerado proceso de cambio. La sobrecarga de exigencias internas y externas, presenta como características esperables de este período, fluidez de las defensas y variabilidad emocional, determinando un yo sobrecargado, fatigado, que torna vulnerable su estructura facilitando desarrollos psicopatológicos ante estímulos inadecuados.

La construcción a partir de las primeras etapas del desarrollo dará paso a la definición más estable de la

personalidad, como la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente) (Allport, 1965). La identidad es parte inherente a la personalidad, "quién es la persona", podría relacionarse con estos patrones diferenciales que conforman la personalidad. Identidad y Personalidad son dos conceptos que van unidos: uno es y se diferencia de los demás por esa conciencia de ser único y diferente al resto. La identidad se correspondería a quién es, cómo se ve esa persona como diferente al resto; la personalidad se correspondería a cómo se comporta (Fernández, 2011). Como parte de este complejo proceso tendrá lugar la definición de la identidad sexual y el desarrollo de roles pertinentes que puedan ser ejercidos con responsabilidad.

Método

Los médicos psiquiatras realizamos entre otros, el tratamiento psicológico que se denomina Psicoterapia; podría decirse la forma más antigua de tratamiento médico y se basa en el encuentro interpersonal. Fue desarrollándose dentro de la medicina con la especialización a nivel mundial, la posibilidad de provocar metódicamente efectos psíquicos con objetivos específicos. (Stern, 1965; Fromm Reichmann, 1977). La psicoterapia psicodinámica, cuyos basamentos parten de la herencia imperecedera y valiosa del psicoanálisis de Freud, con su señalamiento decisivo de la existencia de motivaciones inconscientes, se fue desarrollando con aportes de profesionales desde diferentes enfoques teóricos, así como de la filosofía y la psicología. Esto permitió un gran enriquecimiento en métodos de exploración y técnicas, en un camino de esclarecimiento, rectificación y ampliación, que permitió la construcción de sistemas abiertos donde puedan tener cabida las nuevas comprobaciones (Reca, 1976; Reca, 1976).

El proceso psicoterapéutico se diferencia claramente en las distintas edades. La relación terapéutica es una experiencia única y singular, que requiere comprensión e interpretación de sentimientos subyacentes a la acción y actitudes del niño, así como del contenido simbólico de los fenómenos expresivos de su vida anímica, que surgen durante la relación terapéutica (juego, expresiones plásticas, fantasías, sueños, actos, etc.).

En la relación terapéutica adecuada existe siempre la vivencia de un vínculo personal, que, en sí mismo, es una experiencia emocional elaborativa y constructiva, de valor fundamental en la terapia en todas las edades y que favorece la expresión y la solución de los conflictos profundos.

Existe discusión sobre el lugar de las intervenciones de tipo pedagógico en las sesiones, esta temática fue abordada desde el Enfoque Genético Dinámico Profundo por la Dra. Telma Reca (Reca, 1976). Sin duda se dan necesariamente intervenciones pedagógicas, en mayor o menor grado según los casos, con los niños abusados sexualmente.

Como todo tratamiento, la psicoterapia exige una planificación básica que surge de la primera impresión diagnóstica, atendiendo la aceptación en mayor o menor grado de la nosología-nosografía (Stagnaro, 2017). Esta primera impresión, está sujeta a modificaciones determinadas por la comprensión que se logra durante el proceso psicoterapéutico mismo, que es sustento de las intervenciones terapéuticas. Hay casos en los que el tiempo es vital, son situaciones de urgencia, con viso de emergencia de orden psicosocial. En cuestiones psicológicas hay situaciones de riesgo, en las que los tiempos, aunque más prolongados generalmente, tienen límites que si se traspasan implican consecuencias graves.

En el abordaje psicoterapéutico, por priorizar lo intrapsíquico muchas veces pueden pasar desapercibidas las circunstancias externas concomitantes, las que pueden facilitar los objetivos terapéuticos positivos, o neutralizarlos, paralizar sus efectos o agravar la problemática. Lo último puede ocurrir en casos en que un tercero impone determinadas interpretaciones de reglas, por ejemplo, en el contexto de decisiones judiciales, cuando se ignoran las necesidades del paciente, especialmente aquellas orientadas a preservar y restaurar su salud psíquica luego de graves hechos traumáticos. Me referiré en forma muy limitada a los aportes sobre la comunicación paradójica, partiendo de su definición, como contradicción que resulta de una deducción correcta a partir de premisas congruentes; la descripción de tipos de paradojas; en este caso en particular, la paradoja en contextos interaccionales, refiriéndose a la Teoría del doble vínculo, que fuera descripta previamente (Watzlawicz, et al., 1985). Los efectos de la paradoja en la interacción humana fueron descriptos por Bateson y otros autores en relación a la esquizofrenia, quienes describieron un tipo de comunicación en la interacción familiar, con instrucciones contradictorias y otros ingredientes que la complejizan, denominada Doble Vínculo, en la que una persona, hiciera lo que hiciese, no puede ganar (Bateson, 1980). Puede aplicarse en el tema que nos ocupa, una situación en este caso referida a la relación terapéutica, en la que el psicoterapeuta puede

no hallar el modo de modificar aquello negativo que ha detectado como interferencia en el trabajo psicoterapéutico, entonces puede resultar obstaculizada la relación establecida y dificultada su propia actuación profesional, en el espacio y tiempo terapéutico. La relación terapéutica, tomaría el viso de *doble vínculo*, los imperativos están en conflicto, no pueden ser ignorados, si se atiende al paciente se queda en falta con las decisiones judiciales y viceversa, sin posibilidad de apartarse de la situación, pues aún si el terapeuta interrumpe el tratamiento efectuando una derivación correcta legalmente, esto podría ser vivenciado por el paciente como abandono.

Se puede plantear como mínimo un conflicto ético para el profesional, cuando los factores agravantes del conflicto, son externos al paciente implicado y de la categoría que involucra órdenes judiciales.

Resultados

El caso M. Los padres de la niña consultan pues M. de 11 años había sufrido meses antes, una violación por parte de un adulto conocido no familiar, hallándose por esta causa, en el sexto mes de un embarazo que llegaría a término con sus 12 años recién cumplidos. Concurren cuando ya han pasado meses del hecho, y la asistencia primera había sido realizada por otros profesionales. El grupo familiar era de clase social popular, con escasos recursos económicos. Los padres intentaron por la correspondiente vía legal, practicar un legado a la niña, al comprobarse el embarazo, lo cual fue negado por el/la Juez que les asignaron. Los adultos a cargo de la niña decidieron hacerla parir y dar el hijo a un familiar o conocido lejano. Durante el período del parto y postparto la llevarían a vivir a una casa en el campo suspendiendo sus actividades escolares.

Como psicoterapeuta con larga experiencia en la problemática de Abuso Sexual (AS), en la primera entrevista, esperaba encontrar una víctima de AS, sin embargo, este tema estaba obturado por la situación actual: ella se sentía violentada, por tener "Eso" en su vientre (así se refería al embarazo) y desesperadamente buscaba un responsable de su tragedia. Con tono de voz duro y muy hostil, así como su mirada expresó: *"Vos tenés la culpa de que no me dejen sacar `esto`"*. Era secundario el hecho de por qué "esto" estaba en su vientre. Establecer una relación terapéutica es esencial, cualquiera sea el enfoque teórico con el que se trabaje, implica que la persona debe confiar, que se siente comprendida, apoyada, aceptada, lo que nada tiene que ver con ser aprobado o desaprobado; es muy

difícil lograrla en una instancia con múltiples estímulos generadores de hostilidad. Las explicaciones racionales tanto de orden judicial como sobre la existencia de otra vida, resonaron como discurso hueco, vacío y obligado, pues no estaba atendiendo a su propia vida. No había técnica ni palabra, estaba todo claro, ella no quería tener "esto" no existía la palabra "hijo" y mucho menos la palabra "madre".

En la tercera sesión, tranquila y con expresión de tristeza expresó, *"regalé todos mis juguetes a mis amigas"*. No respondí, lo leí como una adaptación pasiva y sumisa a través de un ritual en el que enterraba su infancia, en forma brusca, violenta, obligada. Tuve como psicoterapeuta la certeza, de que esa actuación de la niña nada tenía que ver con la elaboración de un conflicto interno, sino que era la expresión de un conflicto agregado desde el exterior. A la hostilidad, le seguían la impotencia y la sumisión.

El siguiente paso en su vida sería suspender sus actividades escolares para instalarla en una casa de campo y desde allí implementar la asistencia del parto y postparto.

Se la escondió, se usó la idea de privacidad como pretensa justificación de ese ocultamiento y lo que de por sí ya era un drama debido al trauma de la violación, fue convertido en una tragedia (que se diferencia del drama en el desenlace terrible e irreversible) como consecuencia de la imposición del embarazo y del parto, a lo que se sumaba dar a un tercero el producto de la gestación. Todo lo actuado contribuyó a intensificar la violación a su cuerpo y persona; mucho más grave aún puesto que provenía de quienes debían ayudarla a restaurar los efectos de la violación sexual sufrida.

¿Por qué y para qué asistía a esta niña como psicoterapeuta? ¿Qué experiencia fue más traumática y destructiva para su persona? ¿Cómo puede incidir el obligar a una menor de esta edad, a experimentar todo el cambio psicofísico de un embarazo en el pleno momento de necesitar vivenciar su cambio evolutivo normal, que de por sí es altamente conflictivo e implica un estado de especial vulnerabilidad? ¿Cómo incidiría el apartarla de su mundo significando el parir como acto vergonzoso? ¿Cómo incidiría sumar a la violación sufrida, todo este obligado pasaje de embarazo, parto y desprendimiento posterior de su producto, en la valoración de sí misma, en su sexualidad, en su imagen como persona, como mujer, como madre? ¿Estaba como psicoterapeuta acompañando una elaboración interna, necesaria para que este ser humano pudiera disminuir su sufrimiento y tener mejores logros en

su vida?: no, estaba acompañando y callando, porque como ella, no tenía salida. Se continuó manipulando como objeto a esta niña: se la obligó a tener una relación sexual, se la obligó a mantener un embarazo, se la obligaba a parir, se la obligaba a desprenderse de *eso-hijo*. ¿Estaba actuando como psicoterapeuta para sostener efectivamente una situación que estaba destruyendo la estructura psicológica de mi paciente? ¿Estaba sosteniendo un valor tan elevado para la humanidad que ni siquiera contempla derechos básicos de este ser humano único en el mundo? No se observa el derecho a la protección del desarrollo de un niño que ya ha sido dañado cuando se lo sigue dañando, desconfirmando su existencia como tal: por ende, cosificándolo, utilizándolo como envase de una vida humana embrionaria que deberá transitar 12 años para poder pensar y sentir como la niña en cuestión.

“¿Existe un problema moral característico de nuestro tiempo?”, se pregunta Eric Fromm en su libro *Ética y Psicoanálisis*. Si bien el problema moral es el mismo en las distintas épocas, señala, cada cultura tiene sin embargo sus problemas morales específicos. Nuestro problema moral, dice Fromm es la indiferencia del Hombre consigo mismo: “*Radica en el hecho que hemos perdido el sentido del significado y de la individualidad del hombre, que hemos hecho de nosotros mismos los instrumentos de propósitos ajenos a nosotros, que nos experimentamos y nos tratamos como mercancías y que nuestros propios poderes se han evadido de nosotros. Nos hemos transformado en objetos y nuestros prójimos también se han transformado en objetos*” (Fatone, 1969).

Conclusión

A modo de conclusión, planteo esta reflexión: si hubiera estado en riesgo algún aspecto biológico de esta niña, no se hubiera dudado en la opción de la interrupción del embarazo con fines terapéuticos. El ser humano, se halla totalmente disociado en esta concepción que indudablemente no contempla, quizás

por no ser tangible, la delicadísima fragilidad de la estructura psicológica y de lo irreparable de los daños. No se expresa al modo de los daños físicos y sus manifestaciones patológicas, que podrían concluir en la muerte física. Sin embargo, la generación de daños psíquicos, al margen de poder formar parte de la génesis de manifestaciones somáticas de diversa índole y gravedad, se manifiesta en gran medida silenciosamente para los otros, en la subjetividad de quien lo padece, no sin configurar cuadros psicopatológicos de envergadura que también pueden concluir en la muerte física.

Tal como se planteó al inicio, complejizar los conflictos, promoviendo experiencias traumáticas graves y confusas, que inciden negativamente en la identidad, es participar de un proceso que cuanto menos, genera seres sufrientes, sea con claras o mudas expresiones psicopatológicas, obstaculizando aún más la posibilidad de despliegue de una vida saludable, perpetuando el daño y sufrimiento aún en generaciones posteriores.

Referencias bibliográficas

- Allport, G. W. (1965). *Psicología de la Personalidad*. Paidós, pp. 65-67.
- Bateson, G. y otros. (1980). *Interacción Familiar*. Ediciones de la Bahía, pp. 19-56.
- Fatone, V. (1969). *Lógica e Introducción a la Filosofía*. Ed. Kapeluz, pp. 322-323.
- Fernández, E. (2011). Identidad y Personalidad: o cómo sabemos que somos diferentes a los demás. *Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Identidad_y_personalidad.pdf
- Fromm Reichmann, F. (1977). *Psicoanálisis y Psicoterapia*. Ed. Hormé, pp. 52-90.
- Marcelli, D., De Ajuriaguerra, J. (1996). *Psicopatología del Niño*. Masson, p 5.
- Reca, T. (1976). *Psicología, Psicopatología y Psicoterapia*. Siglo XXI, pp. 1-6.
- Reca, T. (1976). *Psicología Psicopatología y Psicoterapia*. Siglo XXI, pp. 254-258.
- Stagnaro, J.C. (2017). Nosologías y Nosografías Psiquiátricas Argentinas. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 28(133), 191-235.
- Stern, E. (1965). *La Psicoterapia en la actualidad*. Editorial Universitaria de Buenos Aires, pp. 9-23.
- Watzlawicz P., Beavin, J., Jackson D. (1985). *Teoría de la Comunicación Humana*. Ed. Herder, pp. 173-212.

EL RESCATE Y LA MEMORIA

Fernando Gorriti, psiquiatra, psicoanalista, impulsor de la Higiene Mental en la Argentina

<https://doi.org/10.53680/vertex.v36i167.805>



Fernando Gorriti (1876-1970) nació en Asunción del Paraguay. Se trasladó a la provincia de Corrientes, tuvo a su cargo la dirección del Sanatorio Santa María de Córdoba y secundó a Domingo Cabred como subdirector de la Colonia Nacional de Alienados de Open Door, a partir de 1920. Miembro de la Sociedad Psicoanalítica de Francia, mantuvo correspondencia personal con Sigmund Freud y es considerado un pionero de la introducción del psicoanálisis en Argentina, años antes de la creación de la Asociación Psicoanalítica Argentina, que tuvo lugar en 1942. En 1920, publicó un trabajo titulado "Anamnesis general de 5.000 enfermos mentales clasificados", que se editó en los Talleres Gráficos de la Penitenciaría Nacional.

En esos años, Gorriti atendió en Open Door a un paciente esquizofrénico, cuyo caso publicó en 1931, en *La Semana Médica*, con el título: "Psicoanálisis de los sueños en un síndrome en desposesión. Estudio psicosexual freudiano de setenta y cuatro sueños de un alienado que terminó por curarse de este modo". Como afirma Hugo Vezzetti (1996) ese texto constituyó el primer psicoanálisis clínico del que se tenga noticias en Buenos Aires.

Gorriti, que ya era miembro de la Liga de Higiene Mental de París, impulsó la creación de la Liga Argentina de Higiene Mental, iniciativa que se concretó en 1929, dos años después de que Gonzalo Bosch y Arturo Mó presentaran la propuesta realizada por Gorriti en 1927, extractos de cuyo texto se reproducen a continuación.

Higiene Mental en la Argentina (1928)¹

Fernando Gorriti

En la quinta sesión científica ordinaria de la Sociedad de Neurología y Psiquiatría, realizada el 16 de septiembre del año próximo pasado, el Subdirector del Hospital Nacional de Alienadas Dr. Luis Esteves y el Dr. Julio V. D'Oliveira Esteves, cirujano de primera de la Armada, Encargado del Gabinete Psicofisiológico y Médico del Hospital Nacional de Alienadas, presentaron conjuntamente una comunicación sobre el "Sistema para combatir el hacinamiento en los establecimientos de alienados", con una justeza y amplitud de criterio que despertó el interés de los señores miembros presentes en aquella reunión; se me presentaba una admirable oportunidad para desentrañar de una labor netamente argentina, el motivo originario de un nuevo propósito, y formulé la moción de que la Sociedad de Neurología y Psiquiatría prohijase la formación de una "Liga Social Argentina de Higiene Mental", voto que fue aprobado recién en la séptima sesión científica ordinaria del 21 de octubre del año 1927 de dicha Sociedad, quedando constituida la Comisión organizadora en la siguiente forma: Presidente, Dr. Arturo Ameghino; vicepresidente, Dr. Raúl Sánchez Elía; secretario, Dr. Marcelino Sepich; Vocales Dres. Javier Brandam, Fernando Gorriti, Luis Esteves y Julio V. D'Oliveira Esteves. Como en la octava sesión ordinaria del mismo año 1927, habida el 18 de noviembre, el Dr. José Belbey, adscripto a la Cátedra de Medicina Legal, médico legista, presentase una interesante comunicación sobre "El Servicio de Profilaxis Mental del Sena", sugerida con motivo de su reciente viaje a Europa, y en la cual demostraba conocer perfectamente esta nueva forma de asistencia mental, propuse que se le incluyese en la Comisión organizadora anteriormente mencionada, lo que fue aprobado por unanimidad. Este movimiento iniciado por nuestra sociedad con tan felices auspicios, viene a constituir, sin embargo, la resultante de un medio ambiente propicio, formado desde largo tiempo atrás, y que nos viene también de varias partes del país, pues estamos viendo que se inician y efectúan trabajos que tienden a la misma finalidad, es decir, modernizar la asistencia de los alienados en la forma más amplia posible. Apar-

te de un buen número de trabajos de investigación y estadística tendientes a ese fin, que se vienen realizando por diversos autores desde tiempo atrás en el país, merecen especial mención, desde el punto de vista relativo a este artículo, las iniciativas que se enumeran a continuación. Hace varios años, por iniciativa del Dr. Juan M. Obarrio, se han creado consultorios externos en el Hospital Nacional de Alienadas; jefe del Servicio de Neurología del Hospital Rivadavia, médico del Servicio de Neurología del Hospital de Niños, Director de la "Clínica Obarrio" (mentales), atiende igualmente el Dr. Obarrio consultorios externos de neuropsiquiatría infantil organizados por él, en los anteriores hospitales. El Dr. Antonio A. Martínez, adscripto a la Cátedra de Psiquiatría y Subdirector del Instituto Frenopático", ha creado en la Asociación Española de Socorros Mutuos de esta capital, en enero de 1920, un consultorio externo de Psiquiatría, habiendo desarrollado una labor bien ponderable entre los enfermos de la especialidad, aparecidos entre sus 30.000 asociados². Siguiendo por orden cronológico, debo decir, que animado de idénticos propósitos de reforma y, con el íntimo deseo que fuese nuestra vieja e histórica casa de estudios psiquiátricos, el Hospital de las Mercedes, uno de sus poderosos centros de acción, formulé un proyecto a su actual Director, creando allí un consultorio externo, un servicio libre de asistencia psiquiátrica, y separadamente, un Dispensario de Higiene Mental el cual fue elevado, *ad pedem litteram* al Excmo. Señor Ministro de Relaciones Exteriores y Culto, el 25 de julio de 1923, hasta ahora, infelizmente sin resultado alguno. El 1 de octubre de 1927 se inauguró en la Ciudad de Rosario, un moderno Hospital Psiquiátrico con sus consultorios externos, etc., anexo a la joven Facultad de Medicina en dicha ciudad, destacándose entre sus propulsores el Profesor Dr. Rafael Araya, actual Rector de la Universidad del Litoral, primeramente, Decano de su Facultad de Medicina. Secundan eficazmente la tarea en dicho Hospital Psiquiátrico, el Profesor de Psiquiatría Infantil Dr. Lanfranco Ciampi, y el Profesor de Psiquiatría, Dr. Gonzalo Bosch, harto conocidos, en nuestros centros científicos. Ya el Prof.

1. *La Semana Médica*, No 35, págs. 1375 a 1382.

2. "Notas sobre la organización psiquiátrica de Francia" por el Dr. Antonio Martínez. (*La Semana Médica*", junio 9 de 1927, pág. 1391).

Dr. Gonzalo Bosch, con motivo y de vuelta de uno de sus viajes a Europa, había traído el encargo de sociedades similares a la recientemente iniciada entre nosotros, para que nos pusiéramos en contacto con las mismas, formulando programas concretos a este respecto en la Sociedad de Neurología y Psiquiatría, por el año 1926. No obstante la aparente desidia manifestada entre nosotros en lo que respecta a la moderna asistencia de alienados en general, fuera de su tratamiento en libertad, sistema Open Door, por la labor-terapia, tan feliz y hermosamente fundado y organizado por el Profesor Cabred en la Colonia Nacional de Alienados que hoy lleva su nombre, en homenaje a su obra; el Asilo de Retardados de Torres, igualmente muy bien dirigido por el doctor Eduardo Reinecke, en el cual se ponen en práctica muchos de los principios estudiados en Higiene Mental, etc., creo que tenemos el derecho de reivindicar para nosotros el alto honor de haber sido uno de los primeros iniciadores del actual movimiento psiquiátrico que se observa en casi todas las partes del mundo, con la fundación del Hospital Melchor Romero, sito en la Provincia de Buenos Aires, en pleno campo, a varios kilómetros de la ciudad de La Plata, hace más de 44 años, por el ilustre estadista argentino doctor Dardo Rocha; hospital mixto, dicho en el sentido de encontrarse asistidos allí en gran proporción alienados y enfermos comunes, y que sus diferentes directores han ido perfeccionando los sistemas de tratamiento, como nos ha ilustrado su actual director el Dr. Eusebio Albina, en un artículo publicado en *La Semana Médica* del 22 de septiembre de 1927, pág. 750 y siguiente, titulado "Acerca del trabajo en los alienados". Recuerdo que cierto día me refirió el doctor Joaquín J. Durquet, ex director de dicho Establecimiento y actual director de la Dirección General de Higiene de la Provincia de Buenos Aires, que los primeros alienados asistidos en Melchor Romero, fueron remitidos del Hospicio de las Mercedes desde Buenos Aires. Posteriormente, cada vez más, ha ido creciendo su población nosocomial, sin que se notase ningún inconveniente en la convivencia de los alienados con los enfermos comunes, mientras que recién en París, como decía en una comunicación que presenté a la Asociación Médica Argentina en la sesión de junio de 1914, titulada "Algunas consideraciones sobre el concepto moral del alienado", se estaba implantando por aquel entonces (1914) como una novedad en los hospitales comunes, secciones especiales para cierta clase de psicosis, voto que fue formulado posteriormente por el Prof. Dr. Gonzalo Bosch en el Tercer

Congreso Nacional de Medicina, reunido en esta ciudad del 8 al 18 de julio de 1926, en la subsección de Neurología y Psiquiatría, para los hospitales de Buenos Aires, y que fue aprobada por dicha subsección. En el Hospital Melchor Romero, de referencia, actualmente el Dr. Albina ha establecido recientemente consultorios externos, aparte de otras instalaciones modernas que ya posee, como laboratorio, rayos X, biblioteca etc., habiéndose constituido en entusiasta propulsor de la higiene mental en la provincia de Buenos Aires, con medidas bien atinadas tomadas en tal sentido, debidamente secundado, se sobrentiende, por la Dirección de Higiene de dicha provincia. El Hospital Melchor Romero constituye pues, en resumen, la realización de una de las más bellas y trascendentales idealidades psiquiátricas de nuestros tiempos, presentando un nombre exento de toda sugestión deprimente, ya en aquellas épocas en que todavía la rudeza de las costumbres pampeanas imperaba en los hábitos de sus hombres de hierro, en lucha valiente con las políticas de campaña, y elevando a la vez al alienado a la dignidad del enfermo común, en su convivencia con éstos, en un mismo establecimiento de salud. En la Colonia Hogar "Ricardo Gutiérrez", situada en Marcos Paz, provincia de Buenos Aires, me consta que su abnegado director doctor José Amatuzzo ha instituido entre otras medidas de su admirable organización, la "ficha psiquiátrica" y el "perfil psicológico", para el estudio completo de sus muchachos, como él llama tan humanamente a estos desviados de la moral y a veces con antecedentes familiares de los más sombríos; todas éstas son cuestiones que preocupan también a la Higiene Mental, habiendo para su estudio verdaderos institutos experimentales. Las instalaciones y gabinetes psicofisiológicos en el Ejército y Armada, en el primero fundado y organizado por el Dr. Agesilao Milano, y en la segunda por el Dr. Julio V. D'Oliveira Esteves, ¿están destinadas principalmente para el estudio de los candidatos a aviadores; también esto forma parte del programa de estudios de la Higiene Mental. Pero uno de los centros de gran importancia en este sentido entre nosotros constituye indudablemente el Instituto de Psicotécnica y de Orientación Profesional fundado en el año 1925, cuyo organizador y director es el Prof. Carlos Jesinghaus, doctor en Filosofía y Letras de la Universidad de Leipzig, discípulo del sabio filósofo alemán Wundt, y que tiene más de veinte trabajos publicados sobre el particular; está secundado en sus tareas del Instituto el Dr. Jesinghaus por el Dr. Párides Pietranera, médico, y por los profe-

sores señor Gregorio Fingermann y señorita María Delia Silva, del Instituto del Profesorado de Buenos Aires. En aquel instituto se estudia principalmente la parte relativa a la orientación profesional de los que egresan de las escuelas primarias para las escuelas industriales y bachillerato; en este sentido, se trabaja bastante provechosamente en el Instituto, y con un material de experimentación que su director pone todo el empeño se amplíe y perfeccione día a día. En París, el Instituto de Psicotécnica y de Orientación Profesional forma parte de una de las secciones de la Ligue d'Higiène Mentale; recuerdo en este momento que el doctor Lahy, presidente de la Cuarta Comisión del Trabajo Profesional, ha publicado en el "Bulletin mensuel" de la citada Ligue, correspondiente a los meses de enero y febrero de 1923, pág. 5 y siguientes, un tipo de ficha médica de contraindicaciones en la orientación profesional muy interesante, que transcribimos a continuación, por lo útil que podría ser entre nosotros, como guía para estos estudios, aunque el mismo autor lo dice, no hay que tomarlo tan al pie de la letra, sino como una simple guía, pasible de modificaciones o variantes. No hay necesidad que el médico se convierta en un psicotécnico manual, que para estos trabajos hoy existen en algunos países verdaderos institutos con un material de instrumentación numeroso y adecuado para cada caso particular, como ya lo hemos dicho; pero sí es necesario el concurso de muchas especialidades médicas, y de aquí que figuren en los consultorios externos de las Ligas, como después daremos una idea sucinta. Entre nosotros, creemos, anticipando conceptos, que siendo la Liga Social Argentina de Higiene Mental una institución de utilidad pública, podría solicitar el concurso en este sentido, de los ya existentes en los diferentes centros científicos o de educación, sin necesidad de crear otros nuevos, lo que, por otra parte, costaría mucho dinero y se realizaría a muy largo plazo. [...] La tarea que tiene que realizar la Higiene Mental es inmensa; abarca todas las actividades humanas, a todas las edades y sexos, por cuanto en todos ellos toman parte, en mayor o menor escala, las funciones psíquicas del individuo, y la forma más adecuada de ejercitarlas, en relación con las demás funciones orgánicas, resulta indiscutiblemente en beneficio de la persona, de la familia, colectividades, pueblos, y de cada nación en particular; los principios de la Higiene Mental no solamente se aplican a los normales, sino también a los predispuestos, desviados de la normal en la criminalidad, vagabundaje, toxicomanías y hasta a los afectados de diferentes clases de psicosis, etc. Es por eso, que para hacer más efectiva su acción, las Ligas que funcionan en los dife-

rentes países han creado comisiones o secciones encargadas de su estudio y aplicación, y como esto es tan amplio y múltiple, de ahí que se necesite el concurso de las diferentes instituciones científicas y culturales, estadistas, magistrados, legistas, médicos, abogados, militares, industriales, etc., en una palabra, de toda la parte activa y especializada de una sociedad. Como se sabe, este gran movimiento a favor de la higiene mental en su más amplio sentido fue iniciado en Estados Unidos de Norteamérica por un ex alienado, Clifford W. Beers, internado de 1900 a 1903 por trastornos mentales postgripales, el cual se hizo posteriormente un gran filántropo, escribiendo a la vez su libro "A mind that found it self", publicado en 1908, donde expone sus ideas sobre el particular. En el acto fue secundado por ilustres psiquiatras norteamericanos, y en ese mismo año 1908, se creó en Nueva York el primer Comité de Higiene Mental; hoy su desarrollo en dicho país es, podemos decirlo, enorme y bastante completo. Al mismo tiempo recordaremos que la base de su organización se funda en los principios establecidos en las Ligas contra la tuberculosis, concebidos en su parte fundamental por el doctor Calmette, de Lila, Francia, con sus dispensarios antituberculosos, visitadoras a domicilio, etc. La Ligue de Prophylaxie et d'Higiène Mentales, de París, se fundó el 8 de diciembre de 1920, con gran solemnidad, en uno de los salones del Ministerio de Higiene y Previsión Social, no obstante ser aquella una institución particular, dando así con este acto la cultura francesa una prueba más de su fina penetración, que tanto le caracteriza en todas las manifestaciones de su vida civilizada. La Liga Nacional Belga de Higiene Mental se creó el 12 de febrero de 1922. En el Brasil se fundó en el año 1923 la Liga Brasileña de Higiene Mental. Uno de los actos que de inmediato podría realizar nuestra Liga es la instalación de Dispensarios Psíquicos en locales que se podrían conseguir gratuitamente de las grandes instituciones industriales, como de la casa Piccardo y Cía., por ejemplo, y aun del diario "La Prensa", agregando así un nuevo servicio médico a los consultorios externos que ya tiene instalados este diario. Estos dispensarios, cuyos servicios al público son gratuitos, inclusive medicamentos, etc., desarrollan una acción de suma importancia, y se irían ampliando a medida de las necesidades y recursos disponibles; no únicamente se atienden allí en consulta externa a los pequeños psicópatas, como dicen los psiquiatras franceses, toxicómanos, etc., sino que el Dr. J. Capgras nos ha demostrado últimamente en un artículo publicado en "L'Higiène Mentale" de julioagosto de 1927, págs. 95 y siguientes, que merced a la creación de un consultorio para esta-

dos delirantes sistematizados, en el Dispensario de Profilaxis Mental de París ha sido posible asistir esta clase de enfermos mentales, en libertad vigilada por médicos del Servicio Social y sus ayudantes, sobre todo al comienzo de la enfermedad, con resultados satisfactorios tan importantes, que se está transformando a una gran ciudad como París en una especie de vasta colonia familiar. Los consultorios externos del Dispensario de Profilaxis Mental de París están constituidos, como sabemos, de la siguiente manera y atendidos cada uno por médicos de la especialidad; estos son: de Psiquiatría general, Estados delirantes, Epilépticos, Psiquiatría infantil, Neurología, Psicotécnica, Oftalmología, Otorrinolaringología, Medicina general, Cirugía, Estomatología, Fisioterapia y Radiología, con sus laboratorios anexos, que últimamente han pasado a la Escuela de Altos Estudios, para constituir el nuevo Instituto de Psiquiatría y de Profilaxis Mental. Los diferentes servicios del Dispensario están secundados muy eficazmente por la sección del Servicio Social, dirigida por un médico jefe y varios "asistentes sociales", hombres y mujeres, según el caso lo requiera; Servicio Social o *social worker*, "trabajadores sociales" de los norteamericanos, que también funcionan anexos a los Hospitales Psiquiátricos, de servicio abierto, llamado así porque para su ingreso no se necesita ningún requisito previo médico administrativo, lo mismo que para ser atendidos en los Dispensarios, siguiendo así la práctica establecida en los hospitales comunes. Entre nosotros, estos visitadores del Servicio Social, dada la idiosincrasia del público, deben reunir cualidades especiales, sobre todo de seriedad, aparte de su competencia, claro está, debiendo ser por lo tanto personas casadas, a fin de que puedan abordar cierta clase de consejos, que el pudor de una niña no lo permitiría formular. A fin de dar una idea más o menos exacta de lo que son estos "asistentes sociales", transcribimos a continuación lo que dice Potet sobre el particular³: "Tienen por objeto, dice, los asistentes sociales: 1. Visitar a los psicópatas y sus familias, dándose cuenta del medio social y moral en que viven y su actividad profesional. 2. Llevar a los psicópatas o sus familias al Dispensario. 3. Informarse con respecto al medio donde va a entrar un enfermo hospitalizado. 4. Asegurarse que son aplicados los tratamientos a domicilio. 5. Obtener de las familias que se interesen por sus enfermos (preseniles, adolescentes retardados o anormales). 6. Encontrar un trabajo adecuado a las capacidades de los convalecientes. 7. Colocación eventual de

los convalecientes en una obra. 8. Información con respecto a lo susceptibles de internación. 9. Vigilancia de los sospechosos, señalarlos oportunamente. Despistage". Esta sección del Servicio Social, también se formaría entre nosotros, como un complemento necesario de la forma de tratamiento que se instituiría en los Dispensarios. En cuanto a los Hospitales Psiquiátricos, tienen generalmente unas 110 camas cuanto más, y cuya organización no sería ésta la oportunidad de señalar, también se impone con urgencia su construcción en esta Ciudad, como una de las formas modernas de asistencia para cierta clase de psicosis. Se podría hacer lo que para la Asociación Médica Argentina se ha conseguido: solicitar gratuita y condicionalmente uno de los terrenos baldíos que posee la Intendencia Municipal, y, con una cotización de \$ 200 por lo menos, que podríamos iniciar los mismos médicos para su edificación, poner bien pronto manos a la obra de un bonito Hospital Psiquiátrico modelo; los planos respectivos los podría hacer una institución oficial del ramo así como encargarse de la dirección técnica de la obra. El dinero recolectado para su construcción, nos daría el derecho de solicitar y obtener la debida personería jurídica. Tanto los Dispensarios Psíquicos como los Hospitales Psiquiátricos, podrían establecerse también dentro de otros hospitales u hospicios, extendiendo sus servicios como se ha hecho en el Asilo Clínico de Sainte Anne de París, cuya ampliación hoy ha tomado el nombre de Hospital Departamental Henri-Roussell, llamado así en memoria del gran filántropo que tanto hizo por su organización. Los servicios abiertos para la asistencia de cierta clase de psicópatas, también pueden instalarse, como hemos dicho anteriormente, en salas de hospitales comunes como en los asilos cerrados, lo mismo que los consultorios externos, como ya se ha hecho en el Hospital Nacional de Alienadas. Cuánto desahogo se conseguiría rápidamente en nuestra actual y precaria asistencia de enfermos mentales de ambos sexos, dándoles mayor amplitud en la forma descripta, estableciéndose una verdadera circulación de enfermos por los diferentes establecimientos, según las diferentes modalidades de su dolencia, y evitando también en lo posible con los Dispensarios, su ingreso en los hospitales u hospicios, o no permitiendo que vayan a ellos prematuramente sin necesidad alguna. La experiencia nos enseña, que aun cuando se habiliten 2000 camas más en uno de nuestros establecimientos actuales, a los pocos meses se llenan de enfermos, y el encumbramiento continúa como antes, precisamente por esta falta de circulación de que hemos

3. "Hygiene Mentale", Dr. M. Potet, París, 1926, pág. 415

hablado anteriormente. No hay que temer de la asistencia en consultorios externos o a domicilio para cierta clase de psicópatas debidamente vigilados en libertad, por medio de los "asistentes sociales"; lo que sí, para estos casos, es necesario contar con el concurso de las familias o amigos con quienes viva el psicópata dado; solo, nunca es posible dejarlo. Aún hoy mismo, que no estamos debidamente organizados con servicios como los que acabamos de señalar, los accidentes producidos en esta Ciudad en la vía pública o a domicilio por los insanos sin asistencia médica, son más o menos casi en número igual a los que se observan dentro de los Establecimientos destinados a su asistencia.

Las estadísticas publicadas en los diferentes países donde se pone en práctica la moderna asistencia de alienados de que nos estamos ocupando, demuestran elocuentemente que su hospitalización disminuye o permanece cuando menos estacionaria, en tanto que el número de asistidos en los consultorios externos aumentan día en día. Como hemos dicho en otro lugar, a fin de cumplir debidamente las ligas de higiene mental con su amplísimo programa, han creado diferentes secciones atendidas por especialistas; nosotros proponemos agregar una nueva, que no hemos visto figurar en otras Ligas, y sería la Comisión de Economía Social, a cargo exclusivo de damas, y con el único objeto de recolectar fondos para la Caja Social, en la forma y medios que estimasen más conveniente, puesto que estas Comisiones gozan de una independencia relativa en su funcionamiento. Emitidas estas ideas generales, pasaremos a formular nuestro proyecto de Reglamento para la Liga Social Argentina de Higiene Mental, calcándola casi por completo en el de su similar en París, y teniendo muy en cuenta lo establecido en los Estatutos de la Liga Argentina contra la Tuberculosis, cuyo abnegado propulsor es hoy el Dr. Aráoz Alfaro, en vista de que, como sabemos, la lucha contra las enfermedades mentales en la actualidad está fundada en gran parte en la forma de lucha contra la tuberculosis en sus procedimientos generales; debemos comenzar, pues, prudentemente, por colocarnos al nivel del medioambiente, aprovechando la experiencia adquirida en la actuación desarrollada por nuestra Liga Argentina contra la Tuberculosis, para de allí seguir las orientaciones superiores que la ciencia de la especialidad imponga. También cumplo con el de-

ber de hacer presente en esta oportunidad, que si me he permitido formular el proyecto de reglamento de referencia, ha sido debido a un pedido formulado en este sentido por el Dr. Helvio Fernández, muy interesado desde hace muchos años en estas cuestiones de asistencia social de los psicópatas. Y a mis distinguidos colegas y compañeros de Comisión Organizadora debo rogarles tomen dicho proyecto como un simple ensayo, o si quieren más, ayuda de tareas, para la futura obra a realizar. He aquí el proyecto⁴ de Estatutos de la Liga Social Argentina de Higiene Mental. Capítulo I: Fines y objetivos de la Asociación, Artículo 1º) La Asociación denominada Liga Social Argentina de Higiene Mental, con domicilio legal en la ciudad de Buenos Aires, iniciada por la Sociedad Argentina de Neurología y Psiquiatría, en la sesión científica ordinaria del 21 de octubre del año 1927, se ha constituido el día ... de ... de 1928, entre las personas que han adherido y adherirán a los presentes estatutos. Art. 2º) La duración de la Asociación es ilimitada. Art. 3º) La Liga tiene por objeto el estudio y la realización de las medidas propias a favorecer la profilaxis de los trastornos mentales, a mejorar las condiciones de tratamiento de los psicópatas, a desarrollar la higiene mental en el dominio de la actividad individual, escolar, profesional y social. Capítulo II: Miembros de la Asociación; Capítulo III: Comisión Directiva, Art. 16) La Comisión Directiva tendrá la facultad de nombrar comisiones permanentes especiales, que tendrán por delegación los poderes de aquélla y se irán formando a los efectos del cumplimiento del artículo 1 del presente estatuto, las cuales cesarán de hecho si al cabo de dos años de nombradas no han funcionado; éstas serán, entre otras, comisiones de: 1º Enfermedades generales e intoxicaciones. 2º Alcoholismo. 3º Infancia anormal. 4º Legislación social y educación. 5º Trabajo y orientación profesional. 6º Antisociales. 7º Dispensarios y servicios abiertos. 8º Instrucción psiquiátrica. 9º Pedagogía. 10. Delincuencia. 11. Vagabundaje. 12. Toxicomanías. 13. Ejército y Marina. 14. Higiene del Niño. 15. Medicina Legal. 16. Servicios Sociales. 17. Investigaciones científicas. 18. Producción literaria y artística. 19. Economía social. 20. Organización y propaganda. Capítulo IV: Asambleas generales; Capítulo V: Recursos y contabilidad; Capítulo VI: Dimisiones Exclusiones; Capítulo VII: Disolución.

4. "Se transcriben los capítulos y/o artículos que presentan un interés conceptual en relación al Proyecto del autor. Los demás capítulos son de forma y no agregan mayor información, omitiéndolos aquí por razones de espacio.

Uso de infusiones de ketamina intravenosa en el tratamiento de la depresión mayor

Prof. Dr. Juan Carlos Stagnaro, director *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*.

10 de enero de 2025

Estimado colega,

Me dirijo a usted para compartir un hito significativo en el tratamiento de la depresión mayor en Argentina: el inicio de infusiones intravenosas de dosis subanestésicas de ketamina en el Hospital “Dr. J. A. Fernández” de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), el primer hospital público en el país en ofrecer este innovador tratamiento de manera gratuita.

La depresión mayor, una de las principales causas de discapacidad global, afecta a millones de personas y representa un desafío clínico considerable (WHO, 2020). Para los pacientes que no responden a los tratamientos tradicionales (McIntyre et al., 2023), las infusiones intravenosas de ketamina han demostrado ser una opción terapéutica eficaz, gracias a su rápido efecto antidepresivo y a su capacidad para reducir la ideación suicida en un corto período de tiempo.

En mi entender, los hospitales públicos de Argentina no ofrecen la posibilidad de realizar tratamiento electroconvulsivo (TEC), una herramienta terapéutica de eficacia comprobada para los casos más graves de depresión resistente. En este contexto, las infusiones intravenosas de dosis subanestésicas de ketamina representan una alternativa muy valiosa.

Desde el 7 de enero del corriente año, el Hospital “Dr. J. A. Fernández” ha implementado esta modalidad de tratamiento bajo estrictos protocolos y siguiendo las recomendaciones y consensos internacionales de expertos (Swainson et al., 2021; Lam et al., 2024). Este enfoque asegura la máxima seguridad y eficacia para los pacientes, quienes reciben esta terapéutica innovadora de manera gratuita en un entorno controlado y supervisado por un equipo altamente capacitado.

Cabe destacar el liderazgo de la Dra. Micaela Dines y de la jefa del servicio, Dra. Adriana Bulacia, así como el resto de su equipo, quienes han trabajado incansablemente para hacer posible esta iniciativa. Su compromiso no solo permite que más pacientes con depresión mayor resistente al tratamiento convencional accedan a una opción terapéutica avanzada, sino que también establece un modelo a seguir para otros hospitales públicos en el país y la región.

La implementación de este tratamiento en un hospital público marca un avance trascendental en la equidad en salud, al garantizar que los pacientes que más lo necesitan puedan acceder a terapéuticas de última generación sin barreras económicas (Gutiérrez et al., 2024). Además, posiciona al Hospital “Dr. J. A. Fernández” como un referente en la región en el manejo innovador de trastornos del ánimo.

Si bien este logro es alentador, es importante continuar explorando estrategias de sostenibilidad para garantizar el acceso continuo a esta terapia, evaluar sus efectos a largo plazo y ampliar la investigación en este campo. La adopción de este enfoque en otras instituciones públicas podría transformar significativamente la atención en salud mental en América Latina.

Agradezco la oportunidad de destacar esta importante iniciativa y felicito al equipo del Hospital por su contribución pionera en el manejo de la depresión mayor. Espero que estas observaciones sean de interés para los lectores de *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría* y quedo a su disposición para cualquier consulta o comentario adicional.

Gustavo H. Vázquez

MD, PhD, FRCPC. Profesor, Departamento de Psiquiatría,
Escuela de Medicina, Queen's University, Kingston, Ontario,
Canadá. <https://orcid.org/0000-0002-2918-3336>

Correspondencia: g.vazquez@queensu.ca

Referencias bibliográficas

- Gutierrez, G., Kang, M. J. Y., Vazquez, G. (2024). IV low dose ketamine infusions for treatment-resistant depression: Results from a five-year study at a free public clinic in an academic hospital. *Psychiatry Res.* 335:115865. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115865>
- Lam, R. W., Kennedy, S. H., Adams, C., Bahji, A., Beaulieu, S., Bhat, V., Blier, P., Blumberger, D. M., Brietzke, E., Chakrabarty, T., Do, A., Frey, B. N., Giacobbe, P., Gratzer, D., Grigoriadis, S., Habert, J., Ishrat Husain, M., Ismail, Z., McGirr, A., (...) Milev, R. V. (2024) Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults: Réseau canadien pour les traitements de l'humeur et de l'anxiété (CANMAT) 2023: Mise à jour des lignes directrices cliniques pour la prise en charge du trouble dépressif majeur chez les adultes. *Can J Psychiatry*;69(9):641-687. <https://doi.org/10.1177/07067437241245384>
- McIntyre, R. S., Alsuwaidan, M., Baune, B. T., Berk, M., Demyttenaere, K., Goldberg, J. F., Gorwood, P., Ho, R., Kasper, S., Kennedy, S. H., Ly-Uson, J., Mansur, R. B., McAllister- Williams, R. H., Murrough, J. W., Nemeroff, C. B., Nierenberg, A. A., Rosenblat, J. D., Sanacora, G., (...) Maj, M. (2023). Treatment-resistant depression: definition, prevalence, detection, management, and investigational interventions. *World Psychiatry* 22 (3), 394–412. <https://doi.org/10.1002/wps.21120>
- Swainson, J., McGirr, A., Blier, P., Brietzke, E., Richard-Devantoy, S., Ravindran, N., Blier, J., Beaulieu, S., Frey, B. N., Kennedy, S. H., McIntyre, R. S., Milev, R. V., Parikh, S. V., Schaffer, A., Taylor, V. H., Tourjman, V., van Ameringen, M., Yatham, L. N., Ravindran, A. V., Lam, R. W. (2021). The Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) task force recommendations for the use of racemic ketamine in adults with major depressive disorder. *Can. J. Psychiatry* 66 (2), 113–125. <https://doi.org/10.1177/0706743720970860>
- World Health Organization. (2020). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

volver al índice



LECTURAS

Juan Carlos Stagnaro

Apuestas online. La tormenta perfecta. Crianza digital y adicciones emergentes. Implicancias clínicas y lineamientos prácticos

Federico Pavlovsky (Coordinador)

Noveduc, 2024.

Este libro, coordinado por Federico Pavlovsky, explorador de nuevos horizontes, clínico, docente y creador del innovador Dispositivo que lleva su nombre para el tratamiento de las adicciones, informa y forma acerca de una de las consecuencias perniciosas que entraña la invasión del mundo digital en nuestra cultura: el de las conductas de juego por apuestas *online*. Y no es casual que este fenómeno se exprese más en una población vulnerable como la de los niños y adolescentes.

Pavlovsky comienza el primer capítulo –imposible de resumir por la riqueza de conceptos que extrae de aquí y allá, tejiendo un razonamiento de notable inspiración y que proporciona un marco a todo el libro, hay que degustarlo– citando las anticipaciones que formuló Irving Toffler hace medio siglo, en las que advertía lo que se venía con el desarrollo de los algoritmos; previsiones que parecen haber quedado cortas ante la aceleración sorprendente que han adquirido en la última década. No solo en su calidad, que desafía hasta volver obsoleto el género de la ciencia ficción que conocimos desde Julio Verne hasta *Matrix* o *Black Mirror*, sino por la penetración social que han logrado, modificando la vida de los humanos en el día a día.

Siguiendo a Toffler, Pavlovsky cita tres desafíos principales que plantea la revolución tecnológica: la transitoriedad, la novedad y la ética. De ellos quizás el más candente a la hora actual es el tercero, es decir, el replanteo, que se inició con el antipositivismo del siglo XX a partir del uso militar de la fusión atómica, respecto de la concepción positivista de la neutralidad valorativa de la ciencia; lo que nuestro filósofo Enrique Marí definía como la cuestión de la “ciencia martillo”, esa concepción que sostiene que el conocimiento científico no es ni bueno ni perjudicial, sino que depende de cómo y para qué se lo utilice. Marí se elevaba contra esa tesis rechazando la separación entre ciencia pura y aplicación tecnológica y prefería

unirlas consustancialmente en la noción de *complejo tecnocientífico*; destacando que la investigación responde, y hoy más que nunca en la etapa del capitalismo postindustrial, a ciertos intereses y valores que la orientan desde el primer momento en que se plantea un programa de investigación.

El viejo apotegma de Francis Bacon “saber es poder” está ilustrado hoy por el ejemplo *top* del desarrollo tecnológico de la Inteligencia Artificial en manos de personajes como Elon Musk, quien oficia al mismo tiempo como uno de los empresarios más poderosos del mundo y alto funcionario del gobierno de los EE. UU. La trabazón entre intereses económicos, ética de la ciencia y política se muestra así a cielo abierto.

Hay que saltar al capítulo 8 para encontrar en la posición que, como investigador y productor de recursos basados en Inteligencia Artificial, defiende Fred Vivas, a fin de ilustrar las preguntas éticas que despierta la ilusoria neutralidad de los especialistas al crear herramientas digitales.

Otra perla: el análisis de la potencia y función de los algoritmos (dicho sea de paso “... creación de ingenieros y directivos de Silicon Valley”), ese panóptico moderno que escudriña cada movimiento de nuestras vidas. El asunto, con una claridad luminosa, es presentado por el médico Diego Pereyra en el noveno capítulo del libro. Denunciando el lado oscuro de los algoritmos, Pereyra propone su utilización en beneficio de la prevención de la salud y de una mejor relación médico-paciente, liberando al profesional de tareas repetitivas y automatizadas para restituirle el tiempo y la energía disponibles para un acto médico que retome su dimensión antropológica.

Aunque el fenómeno del juego compulsivo es viejo como la humanidad, tal cual lo recuerdan Luciana García y Rafael Groisman en el segundo capítulo del libro y en el anexo del final de la obra en el que pre-

sentan la línea de tiempo que recorre desde el 4000 a. C., hasta hoy, mostrando la “oscilación de políticas”, ora punitivas, ora liberales, respecto del juego y sus innovaciones tecnológicas, el problema ha adquirido una dimensión inesperada encajado en la globalización y rapidez de Internet, los teléfonos inteligentes, las redes sociales y la poca regulación (que siempre corre muy por detrás de las tecnologías).

Evocando la conocida crítica de David Buckingham a Mark Prensky sobre la clasificación de este último entre “nativos digitales” e “inmigrantes digitales”, Lucía Fainboim, en el capítulo 3, adhiere certeramente al primero cuando éste hace la diferencia entre habilidades instrumentales, que, sin duda, tienen más desarrolladas las jóvenes generaciones respecto de sus mayores, y las habilidades reflexivas, es decir, críticas, que no poseen en la misma medida, lo cual los hace más vulnerables a influencias basadas en intereses espurios. Vale, pero es necesario completar, para no desvalorizar la capacidad crítica de los adolescentes, que la tienen, la presencia comprensiva y protectora de padres y maestros a fin de cultivarla y ampliarla. Por supuesto que para cerrar ese círculo educativo virtuoso los adultos no tienen que estar capturados por la misma fascinación consumista que deben criticar. Al final del capítulo Fainboim propone estrategias positivas de “crianza digital”.

El cuarto capítulo, de la pluma de Gustavo Irazoqui y Rafael Groisman, está dedicado a las consecuencias clínicas de las apuestas *online*. Los autores ponen en la pandemia y el mundial de Qatar el momento de diseminación poblacional mundial del fenómeno. Luego de responder a la pregunta de cuándo se convierte el juego en problemático o adictivo y a qué indicios debe prestarse atención, analizan la dimensión patológica denominada en el DSM 5 juego patológico en tanto trastorno no relacionado con sustancias. Este umbral debe ser cuidadosamente respetado para evitar estigmatizaciones apresuradas, favorables a la mercantilización de “terapéuticas” resultantes de la patologización de la vida cotidiana, ya que “el uso no problemático del juego se produce cuando una persona de manera aislada, juega con fines recreativos y esta actividad (esporádica y no repetitiva) no afecta ningún área de su vida”. Así delimitado el problema clínico el texto informa, a continuación, sobre experiencias y recursos de tratamiento del juego patológico.

En el siguiente e infaltable capítulo de un libro destinado, entre otros lectores, a especialistas en psiquiatría, Martín Mazzoglio y Nibar resume los datos neurobiológicos, surgidos del estudio de neuroimágenes, de la

transmisión sináptica y la psicología cognitiva, de manera sucinta, pero clara y detallada, aunque concluyendo con un dato positivo: “... la investigación sobre las bases neurocientíficas del juego (tanto en estado fisiológico como patológico) no están finalizadas, dados los cambios y avances en la metodología y estructura de estos”. ¿La ciencia corriendo detrás de la tecnología?

Un aporte singular, producto del diseño osado y democrático de Pavlovsky, es el capítulo de Ramiro Atucha, un empresario de la industria del juego. En su densa y argumentada exposición el autor plantea que, en suma, el problema no deriva de la oferta sino de la falta de regulación adecuada del juego y de la existencia de personalidades adictivas que hacen un mal uso del mismo, al tiempo que defiende su actividad como productora de puestos de trabajo, investigación y pagos de impuestos aplicables a necesidades sociales como la salud o la educación. No alcanza esta breve reseña para abrir un debate por demás interesante que tiene ciertos contactos con lo que señalamos arriba como “ciencia martillo”; queda al lector formular su opinión. Con franqueza y honestidad el autor despliega una defensa de una producción de juego -adecuadamente regulada- que vale la pena leer con atención para derribar mitos y, al mismo tiempo, entender la lógica que conlleva aceptar las consecuencias que tiene el naturalizar como algo dado y normal una de las consecuencias de la “mercantilización integral de la existencia humana”, al decir de Flavia Acosta.

Por otro lado, esa tan deseada y aconsejable regulación de los juegos de azar *online* choca en su efectivización con múltiples factores -la mundialización anónima de proveedores de juego de las redes, es una de ellas- que la vuelven una utopía, según explican detalladamente Liliana Clement y Raúl Martínez Fazzalari, dos eminentes abogados especialistas en el tema, en el capítulo de su autoría.

El formidable capítulo 7, escrito por el conductor de radio Vorterix, es un plato fuerte del menú seleccionado por Pavlovsky. En pocas páginas, directas, muy documentadas y didácticas Tomás Pergolini disecciona descarnadamente las estrategias-trampa, los recursos ocultos, las estafas y negociaciones millonarias de la colusión entre diversos protagonistas del mundo gamer. Imperdible.

En los capítulos finales la polifacética y prolífica autora de decenas de libros, Flavia Tomaello, pedagoga, periodista, contadora, especialista en comunicación social, pinta desde conceptos de esta última disciplina la semántica de las apuestas *online* en el marco de las nuevas tecnologías de la comunicación y Santiago Tis-

senbaum desnuda el funcionamiento de las casas de apuestas deportivas basado en las nuevas tecnologías, generando un mercado global que, sumado al de los casinos *online*, produjeron ingresos que alcanzaron en 2022, 228.000 millones de dólares, y que muy probablemente se duplique en la próximos años.

En suma, un libro ineludible para internarse caleidoscópicamente en una de las facetas más singulares de un mundo en transformación epocal.

[volver al índice](#)