

Experiencias de familiares ante la primera crisis de personas con problemáticas severas de salud mental

Caracterización de los egresos por salud mental en el Hospital General de Agudos "J. M. Ramos Mejía" de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, durante el periodo 2018-2023

Análisis de la información sobre internación en Hospitales Generales en la Argentina

Infusiones de ketamina a dosis subanestésicas para la depresión mayor resistente al tratamiento: protocolo de aplicación en un hospital público de Argentina

Población joven con queja cognitiva: performance neuropsicológica y síntomas neuropsiquiátricos

Uso de psicofármacos para el tratamiento de ansiedad durante el aislamiento por COVID-19 en mujeres detenidas en Santa Fe en 2020

Frecuencia de síntomas obsesivo-compulsivos (SOC) en estudiantes de Medicina y su posible asociación con antecedentes de faringitis a repetición

Factores asociados a la cibercondría en estudiantes de Medicina peruanos: un estudio transversal analítico

Primer Consenso Argentino sobre el manejo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la adultez. Tercera parte: tratamiento integral del TDAH



REDACCIÓN

Director Juan Carlos Stagnaro (Universidad de Buenos Aires).

Sub-directores Santiago Levín (Universidad de Buenos Aires).
Martín Nemirovsky (Proyecto Suma).
Martín Agrest (Proyecto Suma).

Directores asociados **América Latina:** Cora Luguercho (Asociación de Psiquiatras Argentinos, Argentina).
Europa: Dominique Wintrebert (Asociación Mundial de Psicoanálisis, Francia), Martín Reza (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 Barembliet (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(168): 6-105. 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 Díez - mdpdiez@gmail.com - www.mdpdiez.wixsite.com/pdestudio.com

Imágen 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”), **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); 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 fines del mes de abril del corriente año se celebró, en Mar del Plata, el XXXVIII Congreso Argentino de Psiquiatría y Salud Mental, organizado por la Asociación de Psiquiatras de Argentina (APSA). En esa ocasión asumió la presidencia de la entidad el Dr. Esteban Toro Martínez, destacado especialista en psiquiatría, miembro del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional y de nuestro Comité de Redacción. Una inusitada cantidad de socios participaron en la Asamblea anual de APSA para consagrarlo en el cargo, reconociendo en él un merecido liderazgo que lo habilita para dirigir la institución y colocarla en la senda que merece como la más importante del país en la especialidad.

Especialmente en tiempos como los que corren, en los que las falencias existentes en las políticas de salud pública y, en particular, en el campo de la Salud Mental, se incrementan incesantemente ante la insensibilidad de los responsables de resolverlas, al tiempo que las condiciones de trabajo de los y las psiquiatras y demás trabajadores de la salud mental, en las obras sociales y las empresas de medicina prepaga se deterioran de más en más.

Durante el discurso de apertura del Congreso mencionado el Dr. Toro Martínez, entre otras consideraciones atinentes al innovador proyecto que planteó impulsar durante su presidencia, destacó un pasaje de la homilía que pronunció el Papa Francisco el 12 de junio de 2016 con motivo del Jubileo de los Enfermos y Discapacitados.

Además de oficiar como un merecido recordatorio de ese ilustre argentino que acababa de fallecer, el mensaje de Jorge Bergoglio en esa oportunidad, certeramente elegido, interviene la realidad actual desde el discurso de la doctrina social del pensamiento cristiano, pero va más allá, y adquiere un valor universal para todos los que, creyentes o no, o miembros de otros credos, coincidan en su profundo contenido de defensa de la justicia social, la solidaridad, la denuncia de la desigualdad en el acceso a la salud, la discriminación del diferente y del débil, la lucha contra el estigma, contra el hedonismo fácil y el individualismo y la salud entendida como negocio.

Dijo Bergoglio: “En realidad, todos, tarde o temprano, estamos llamados a enfermarnos, y a veces a combatir, contra la fragilidad y la enfermedad nuestra y la de los demás.

Y esta experiencia tan típica y dramáticamente humana asume una gran variedad de rostros. En cualquier caso, ella nos plantea de manera aguda y urgente la pregunta por el sentido de la existencia. En nuestro ánimo se puede dar incluso una actitud cínica, como si todo se pudiera resolver soportando o contando sólo con las propias fuerzas. Otras veces, por el contrario, se pone toda la confianza en los descubrimientos de la ciencia, pensando que ciertamente en alguna parte del mundo existe





EDITORIAL

una medicina capaz de curar la enfermedad. Lamentablemente no es así, e incluso aunque esta medicina se encontrase no sería accesible a todos. La naturaleza humana [...] lleva inscrita en sí la realidad del límite. Conocemos la objeción que, sobre todo en estos tiempos, se plantea ante una existencia marcada por grandes limitaciones físicas. Se considera que una persona enferma o discapacitada no puede ser feliz, porque es incapaz de realizar el estilo de vida impuesto por la cultura del placer y de la diversión. En esta época en la que el cuidado del cuerpo se ha convertido en un mito de masas y por tanto en un negocio, lo que es imperfecto debe ser ocultado, porque va en contra de la felicidad y de la tranquilidad de los privilegiados y pone en crisis el modelo imperante. Es mejor tener a estas personas separadas, en algún ‘recinto’ —tal vez dorado— o en las ‘reservas’ del pietismo y del asistencialismo, para que no obstaculicen el ritmo de un falso bienestar. En algunos casos, incluso, se considera que es mejor deshacerse cuanto antes, porque son una carga económica insostenible en tiempos de crisis. Pero, en realidad, con qué falsedad vive el hombre de hoy al cerrar los ojos ante la enfermedad y la discapacidad [...] El mundo no será mejor cuando este compuesto solamente por personas aparentemente «perfectas», sino cuando crezca la solidaridad entre los seres humanos, la aceptación y el respeto mutuo”.

Juan Carlos Stagnaro



ÍNDICE

3 Editorial

Artículos

6 Experiencias de familiares ante la primera crisis de personas con problemáticas severas de salud mental. *Marina Ayelén Fernández*

15 Caracterización de los egresos por salud mental en el Hospital General de Agudos “J. M. Ramos Mejía” de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, durante el periodo 2018-2023. *María Laura Scévola, Gabriel Hagman, Aldana Lorena Cantero, Nicolás Ariel Stafforini, Ana Laura Azrilevich, Melina Rosales, Sara Ardila-Gómez*

27 Análisis de la información sobre internación en Hospitales Generales en la Argentina. *Daniela Emilce Bonanno, Florencia Maite Badano, Silvina Virginia Bernasconi, Natalia Karina García, Sara Ardila-Gómez*

33 Infusiones de ketamina a dosis subanestésicas para la depresión mayor resistente al tratamiento: protocolo de aplicación en un hospital público de Argentina. *Micaela Dines, Adriana Bulacia, Paloma Bamondez, Irene Luis Vega, Micaela Montenegro, Pablo Germán Díaz, Paula Oyhamburu, Ana Laura Ramos, Florencia Ambrosio, Gustavo Vázquez*

39 Población joven con queja cognitiva: performance neuropsicológica y síntomas neuropsiquiátricos. *Florencia Deschle, Sofía Caporale, María Cecilia Moreno, Cecilia Verónica Cervino, María Laura Saglio, Guillermo Pablo Povedano, Waleska Berrios*

45 Uso de psicofármacos para el tratamiento de ansiedad durante el aislamiento por COVID-19 en mujeres detenidas en Santa Fe en 2020. *M. Virginia Canto*

53 Frecuencia de síntomas obsesivo-compulsivos (SOC) en estudiantes de Medicina y su posible asociación con antecedentes de faringitis a repetición. *Juan Manuel Duarte, Osvaldo Juan Ponzo, Marcelo Fabián Garro, Francisco José Appiani*

60 Factores asociados a la cibercondría en estudiantes de Medicina peruanos: un estudio transversal analítico. *Rodrigo Robles-Mariños, Juan Carlos Bazo-Alvarez, Germán F. Alvarado*

73 Primer Consenso Argentino sobre el manejo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la adultez. Tercera parte: tratamiento integral del TDAH. *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*

100 El rescate y la memoria Situación legal de los alienados en Buenos Aires a principios del siglo XX

104 Lecturas La tragedia de las instituciones de Salud Mental. *Juan A. Garralda. Juan Carlos Stagnaro*



Experiencias de familiares ante la primera crisis de personas con problemáticas severas de salud mental

Experiences of family caregivers of people with severe mental health conditions

Marina Ayelén Fernández¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v36i168.829>

Resumen

Introducción: Ante la primera crisis los familiares de personas con problemáticas severas de salud mental enfrentan una serie de situaciones que impactan negativamente sobre ellos. **Objetivo:** Describir y analizar las experiencias de los familiares de personas con problemáticas severas ante la primera crisis. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo con una muestra seleccionada intencionalmente. Se realizaron 15 entrevistas basadas en un guion. El análisis fue cualitativo. **Resultados:** Las experiencias ante la primera crisis generan sufrimiento en todo el grupo familiar, siendo muchas veces la cuidadora primaria la más afectada. Al referirse a los trabajadores de salud mental, los entrevistados/as coincidieron en que cuando éstos las incluyen, en tanto familiares, favorecen cambios no sólo en la vida de las personas con problemáticas severas de salud mental sino en las de ellas mismas y de todo el grupo familiar, destacando sus intervenciones como oportunidades de mejorar la calidad de vida. **Conclusiones:** Desde hace algunos años se plantea que las familias son el punto ciego del campo de la Salud Mental, en la medida en que organizan y proveen cuidados, prestan apoyos durante y a partir de la primera crisis, sufren junto a las personas con problemáticas severas de salud mental, pero muchas veces son invisibles para los servicios y el sistema de salud mental, y se ven empujadas a pedir ayuda ante las situaciones que se les plantean por fuera de este último.

Palabras clave: familia, cuidadores, problemáticas severas de salud mental, primera crisis

Abstract

Introduction: After the first crisis, family caregivers of persons with severe mental health conditions face situations that impact not only them but also affecting the recovery of these persons. **Objective:** To describe and analyze the experiences of family caregivers of people with severe mental health conditions after the first crisis. **Methods:** Qualitative research was conducted. The sample was selected intentionally. Semi-structured interviews (n=15) were carried out. The analysis was qualitative. **Results:** Participants explained that the experiences after the first crisis generated severe suffering in the family as a group, and the primary caregiver being the most affected. When referring to mental health workers, participants agreed that their support favors changes to the lives both of people with severe mental health conditions and the family group (and the primary caregiver included). Mental health worker's interventions are considered an opportunity to improve their quality of life. **Conclusion:** It has been suggested that family caregivers are the blind spot of the mental health field. They organize and provide care, provide support during and after the first crisis, suffer with the person with severe mental health conditions, but they are invisible to mental health services.

Keywords: family, caregiver, severe mental health conditions, mental health crisis

RECIBIDO 14/3/2024 - ACEPTADO 2/5/2024

¹Doctora en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Instituto de investigaciones, becaria postdoctoral CONICET. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-5767-4047>

Correspondencia:

fernandez.marina84@gmail.com



Introducción

En los últimos cincuenta años -en el marco de la transformación de la atención psiquiátrica- se produjo una transición en el cuidado de personas con problemáticas severas de salud mental, que implicó el pasaje de sistemas formales de cuidado a sistemas informales (Gater et al., 2015). Los sistemas informales son aquellos que se caracterizan por ser organizados y provistos por personas de la red social del receptor del cuidado, generalmente los familiares, de forma voluntaria y sin que medie remuneración alguna (Gargoloff et al., 2020; Fernández, 2021; Gulayin, 2022).

En el intento de organizar y proveer los cuidados que las personas con problemáticas severas de salud mental requieren a partir de la primera crisis, los familiares deben enfrentar una serie de situaciones que muchas veces les generan un impacto físico, emocional, económico y social, conocido como carga familiar (Gulayin, 2022). Sobre este tema se han desarrollado numerosas investigaciones que muestran que, aun en contextos muy diferentes, la carga familiar en cuidadores de personas con problemáticas severas de salud mental es muy importante (Ribé Butrón, 2014; Salazar-Torres et al., 2019; Dos Santos et al., 2020; Iyidobi et al., 2022).

La literatura científica sugiere que entre las situaciones que los familiares deben enfrentar a partir de la primera crisis se destacan la desesperación de no entender qué sucede con el familiar y no saber qué hacer, la desorganización de la vida cotidiana de toda la familia, el dolor que produce el diagnóstico, la falta de información para organizar y proveer cuidados, la soledad, la culpa sobre todo de progenitores y hermanos, el estigma y la vergüenza, la preocupación por el futuro del familiar, la falta de apoyo profesional y las dificultades financieras (Biegel & Yamatani, 1987; Wainwright et al., 2014; Chang et al., 2017; Krupchanka et al., 2017).

Algunos autores sostienen que tales situaciones, y muchas veces la carga familiar que ellas conllevan, repercuten negativamente en la recuperación de las personas con problemáticas severas de salud mental (Lowyck et al., 2004). En consonancia con lo anterior, existe evidencia que indica que las intervenciones familiares se asocian a la reducción de los tiempos de internación, así como la cantidad de internaciones y reinternaciones (Bird et al., 2010; Wainwright et al., 2013).

Entonces, dada la centralidad que las intervenciones familiares tienen en la recuperación de las personas con problemáticas severas de salud mental, la importancia de realizarlas tempranamente ha sido

reconocida por académicos y organismos nacionales e internacionales de referencia en la materia (OPS, 1990, 2010; MINSAL, 2018; Vasava, Majhi et al., 2022). Sin embargo, hoy en día tales intervenciones son poco frecuentes en la práctica cotidiana de los trabajadores de salud mental (TSM) (Hem et al., 2022; Gulayin, 2022).

En ese sentido, es de mencionar que las personas con problemáticas severas de salud mental, los TSM y los familiares, explican de modo distinto dicho fenómeno. Las personas con problemáticas severas de salud mental se oponen a las intervenciones familiares porque temen que impacte negativamente sobre su privacidad, autonomía y la toma de decisiones respecto del tratamiento (Murray-Swank et al., 2007).

Los TSM reportan bajas expectativas de que los familiares realmente se involucren, desconocimiento de las situaciones que los familiares enfrentan a la hora de proveer los cuidados y los beneficios que las intervenciones familiares tienen en la recuperación de las personas con problemáticas severas de salud mental, resistencia a esta modalidad de abordaje por el tiempo que implica y preocupaciones ligadas a los conflictos éticos, especialmente a la confidencialidad (Landeweer et al., 2017; Hem et al., 2022; Vasava, Majhi et al., 2022).

Por su parte, los familiares sostienen que el argumento de las preocupaciones sobre la confidencialidad es una excusa para excluirlos y señalan que su voz no es escuchada. También reclaman que sólo reciben exigencias respecto del cuidado y cumplimiento del tratamiento por parte de los TSM, lo cual es vivenciado como un traspaso de responsabilidades (Olasoji et al., 2017; Hem et al., 2022; Vasava, Majhi et al., 2022).

Adicionalmente, los familiares demandan que se los tenga en cuenta en las intervenciones de salud mental, que se les brinde mayor información y orientación respecto de los problemas severos de salud mental que padecen sus familiares y del manejo de situaciones de crisis, y que sus problemas de salud derivados de las tareas de cuidado sean reconocidos y atendidos (Tsui & Tsang, 2017; Vinacour et al., 2018; Baessa et al., 2020; Hemet al., 2022; Hem et al., 2022; Vasava et al., 2022).

La mayor parte de las investigaciones centradas en los familiares de personas con problemáticas severas de salud mental se ha desarrollado en países de Europa y Asia, siendo escaso su desarrollo en nuestro contexto. Algunos de los trabajos realizados en nuestro país se centran en la carga familiar que producen los cuidados, el estigma y la psicoeducación (Leiderman,

2013; Vinacour et al., 2018; Gargoloff et al., 2020). En la última década se ha trabajado en una línea de investigación que intenta comprender la perspectiva de los familiares de personas con problemáticas severas de salud mental en relación con distintos temas (Fernández, 2017; Fernández, 2021). En ese marco se ha llevado a cabo una investigación que tuvo por objetivo describir y analizar las trayectorias de participación social de familiares en asociaciones de familiares de Argentina. Entre los resultados se destaca que los familiares inician su participación en tales asociaciones buscando alivio ante el sufrimiento que les generan las situaciones que deben enfrentar en la organización y provisión del cuidado de su familiar (Fernández, 2021).

Dado que existen estudios que indican que los TSM no realizan intervenciones familiares porque desconocen las situaciones que los familiares enfrentan a la hora de organizar y proveer el cuidado, la centralidad que tales intervenciones tienen en la recuperación de las personas con problemáticas severas de salud mental y que no se han encontrado estudios sobre el tema en nuestro país, el objetivo de este trabajo es describir y analizar las situaciones que los familiares de personas con problemáticas severas de salud mental enfrentan ante la primera crisis.

Métodos

Enfoque y tipo de estudio: Se trató de un estudio cualitativo, de tipo descriptivo, con diseño flexible (Hernández Sampieri et al., 2005; Vasilachis de Gialdino, 2006).

Población y muestra: La población estuvo constituida por los familiares de personas con problemáticas severas de salud mental que hacen parte de asociaciones de familiares en Argentina. Las asociaciones tienden a agruparse por diagnóstico, y para este estudio se seleccionaron las relativas a las esquizofrenias y otras psicosis (OMS, 2019). Al inicio del estudio (2018) había 26 asociaciones en todo el país. Para contactar a los familiares, se escribió a las 26 asociaciones solicitando que compartieran entre sus miembros la invitación a participar del estudio, teniendo en cuenta los criterios de inclusión: ser familiar cuidador de personas con problemáticas severas de salud mental, tener participación social por un periodo mínimo de un año en la asociación contactada (Patton, 1990). En 15 de las 26 asociaciones contactadas hubo un familiar interesado en participar del estudio y con el que se logró concretar la entrevista. Se entrevistó, entonces, a 15

familiares de personas con problemáticas severas de salud mental, miembros de asociaciones diferentes. Es de señalar que en las otras nueve asociaciones no fue posible realizar entrevistas porque la asociación ya no se encontraba en funcionamiento, porque no se logró coordinar la entrevista con el familiar o porque los profesionales no permitieron el contacto con los familiares porque consideraban que la entrevista telefónica no era viable. Como puede observarse en la *Tabla 1*, la muestra quedó compuesta en su gran mayoría por mujeres, madres, jubiladas, con terciario completo en adelante, cuidadoras primarias de su familiar.

Herramienta de producción de datos: Se realizaron entrevistas basadas en un guion (Valles, 1999). El guion de entrevista fue elaborado en función de los objetivos del estudio, contó con 20 preguntas que indagaban por diferentes áreas: datos personales, antecedentes de participación social, primera crisis e inicio de participación en asociaciones, roles y actividades realizadas en las asociaciones, beneficios de participación en asociaciones, transformaciones subjetivas a partir de su participación en asociaciones. En este trabajo se presentan los resultados obtenidos a partir del grupo de preguntas que indagaban por la primera crisis y el inicio de la participación social. Las entrevistas fueron realizadas entre noviembre de 2018 y marzo de 2020; la dilación en su realización se debió al tiempo que tomó hacer el contacto con las asociaciones, que en muchos casos demoraron la respuesta y la aceptación por parte del entrevistado. Es de mencionar que 11 de las 15 entrevistas realizadas fueron telefónicas.

Análisis: Los datos se analizaron cualitativamente (Vasilachis de Gialdino, 2006). Los resultados fueron organizados en categorías construidas a partir de la literatura científica disponible sobre el tema, con la finalidad de trabajar las particularidades que adquieren localmente. Dichas categorías son: 1) la desesperación de no saber qué hacer, de no entender qué le pasa al familiar, 2) la desorganización de la vida cotidiana, 3) el dolor por el diagnóstico, 4) la soledad, el estigma, la vergüenza y la culpa, 5) la organización del cuidado, 6) la preocupación por el futuro, 7) el contacto con los servicios de salud mental.

Aspectos éticos: Se utilizó consentimiento informado verbal y escrito. El proyecto fue evaluado por el Comité de Conductas Responsables de la Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Tabla 1. Descripción de la muestra

	Edad	Vínculo	Nivel educativo	Situación laboral
1	63	Madre	Terciario completo	En actividad
2	62	Madre	Universitario completo	Jubilada
3	63	Madre	Secundario completo	Jubilada
4	75	Madre	Terciario completo	Jubilada
5	63	Madre	Secundario incompleto	Jubilada
6	67	Madre	Universitario completo	Jubilada
7	61	Hermano	Universitario completo	En actividad
8	65	Madre	Terciario completo	Jubilada
9	34	Madre	Universitario completo	En actividad
10	76	Madre	Universitario completo	Jubilada
11	57	Madre	Universitario completo	En actividad
12	55	Madre	Terciario completo	En actividad
13	72	Madre	Terciario completo	En actividad
14	68	Madre	Universitario completo	Jubilada
15	56	Madre	Terciario completo	Jubilada

Nota: Elaboración propia.

Resultados

1. La desesperación de no saber qué hacer: su relación con el desconocimiento sobre este problema de salud mental entre los familiares

Las entrevistadas explicaron que ante la primera crisis no supieron qué hacer y que eso les había generado desesperación. Algunas de ellas señalaron que les pasaban cosas que no entendían, que sus familiares con problemáticas severas de salud mental hacían cosas que “no les entraban en la cabeza”, y que esto último las enfrentaba con “otro” familiar del que habían conocido hasta ese momento. Una de ellas lo explicó del siguiente modo: “Cuando todo esto empezó para mí fue durísimo porque me encontré con otro hijo (...) que hacía cosas raras, distintas, cosas que no me entraban en la cabeza, que me causaban dolor”.

Las entrevistadas coincidieron en que no les resultó fácil asociar tales comportamientos a problemáticas severas de salud mental, aun cuando muchas de ellas tenían vinculación con el área de la salud y de la salud mental a través de sus trabajos o el de algún familiar cercano. Desde su perspectiva, la dificultad para hacer dicha asociación tuvo que ver con la imposibilidad de imaginarlo y el desconocimiento de las problemáticas severas de salud mental: “... el tema de salud no me es ajeno por mi trabajo, tampoco salud mental (...) pero no me sirvió de nada para conectar con esto que pasó con mi hijo, jamás me lo hubiera imaginado, jamás.

(...) Sí veía cosas (...) mi hijo tenía cosas raras (...) pero lo que menos pensé es que podía estar relacionado con este diagnóstico” (...) “yo no sabía qué podía ser lo que le pasaba, siendo enfermera y trabajando en salud, no conocía”.

Tanto la imposibilidad de imaginar que se trata de un problema de salud mental como el desconocimiento son frecuentes entre los familiares y, junto con la vergüenza, fueron señalados como motivos de demora de la primera consulta, la cual se realiza cuando la crisis ya es aguda. Sus palabras fueron: “Hay mucha gente que inicialmente no consulta por la negación o porque (...) tiene vergüenza de decirlo”.

2. La desorganización de la vida cotidiana: el caos inicial

Las entrevistadas explicaron que en el grupo familiar la primera crisis ocasiona una desorganización de la vida cotidiana similar a la de una situación traumática y desoladora: “al inicio, cuando se desata esto, la familia es un caos. Un caos tremendo”, “En la familia (...) se produce un terremoto”. Tanto el sufrimiento como la desorganización fueron señalados por las entrevistadas como causa de desunión, enfermedades y problemas económicos entre los miembros del grupo familiar, siendo algunas de sus respuestas: “La familia se disgrega mucho”, “Produce muchas enfermedades”, “Produce mucha debacle económica, muchas situaciones muy complejas”.

3. El dolor por el diagnóstico: el anuncio de un pronóstico “tremendo”

El sufrimiento derivado de las situaciones antes mencionadas se agrava con el impacto que produce el diagnóstico. La mayoría de las entrevistadas se refirió al sufrimiento propio, al impacto que el diagnóstico les produjo, a la idea de derrumbe: “El mundo se te viene abajo” o “Fue como que una losa que me cayó encima”, a la destrucción, la desesperación, la angustia, que calificaron de insoportable, y la imposibilidad de superarlo. Mientras que otras también mencionaron el sufrimiento del grupo familiar en su conjunto, vinculado a la situación traumática y al panorama desolador que las familias enfrentan. Sus frases fueron: “Hay un sufrimiento muy grande dentro de la familia cuando ocurre esto”, “Yo sufrí el diagnóstico, sufrimos la familia, fue traumático, no lo podíamos superar”.

El impacto que el diagnóstico genera en los familiares fue asociado a los pronósticos que recibieron que no les permitían imaginar un futuro posible para su familiar, siendo algunas de sus respuestas: “Viste que los pronósticos a veces son tremendos, no visibilizan un horizonte para nuestros hijos”, “En general, los profesionales de salud mental te hablan de lo más difícil, te transmiten que no hay salida, porque te dicen que no puede trabajar, que no puede, que no tienen una vida como a lo mejor otras personas que tienen períodos buenos y otros que no tanto”.

4. Aislamiento, estigma, vergüenza y culpa: dentro y fuera de la familia

Las relaciones y la dinámica familiar se modifican sustancialmente con la primera crisis y, fundamentalmente, al momento de recibir el diagnóstico. Las entrevistadas explicaron que ante dichas situaciones todo el grupo familiar se aísla por el estigma, la vergüenza y la culpa. Más aún, señalaron que inicialmente intentaron resolver la situación al interior de la familia por lo que los otros pudieran pensar y por la vergüenza que les generan los comportamientos de su familiar. Con respecto a la culpa, varias de las personas entrevistadas señalaron que es algo que no sólo sienten los padres o las madres, en la medida en que se sienten responsables del problema de salud mental de sus hijos, sino que también los hermanos, al pensar en los proyectos y la vida que ellos pueden desarrollar y la sensación de que su familiar no va a poder tener.

A su vez, señalaron que quien más sufre el aislamiento es la cuidadora principal, incluso al interior de la familia, lo cual fue asociado a la carga de los cuidados, el tiempo que estos implican, lo doloroso

que resulta en muchos casos aceptar lo que les está sucediendo. Por ejemplo, una de las personas entrevistadas explicó que dos de sus hijos se alejaron de su hermano porque en ocasiones éste se vinculaba con ellos y con su madre desde la violencia, que eso se les hacía difícil de sobrellevar y el modo de expresarlo fue el enojo. Por ese motivo se alejaron y la madre quedó sola con los cuidados de su hijo. Otra relató que al papá de su hijo le costaba mucho aceptar la situación, motivo por el cual no asistía a las consultas médicas, ni a los grupos, ni se ocupaba de cuestiones relativas a la problemática severa de salud mental de su hijo. Y otra explicó que ella era quien había quedado sola con todo dado que el resto de los miembros de la familia no tenía tiempo. Algunas de sus afirmaciones fueron: “A la larga los cuidadores quedamos muy solos (...) no es casual que la mayoría de las personas que conozco (...) tienen muchos hijos (...) en el exterior (...) En general, son mujeres solas, “Somos mujeres solas”, “Y ahí yo me di cuenta de que estaba sola en esto”.

Varias de las personas entrevistadas han recalcado la importancia de poder pedir ayuda a otros, tanto al interior de las familias como a otros vínculos tales como familia ampliada, amigos, etc.

5. La organización del cuidado: el cuidado vs el control

Varias familiares explicaron que inicialmente confundían el cuidado con el control, lo cual les generaba mayor sufrimiento. Dicha confusión se fundaba, por un lado, en que se sentían responsables del tratamiento y, por otro, en el desconocimiento. Por ejemplo, algunas de las entrevistadas explicaron que la preocupación por la medicación es frecuente entre los familiares y que los ocupa en el sentido de que sienten que tienen la responsabilidad de controlar que su familiar tome la medicación que corresponde diariamente y a horario. Además, en varias oportunidades surgió el hecho de que muchas veces las personas con problemáticas severas de salud mental no quieren tomarla o se resisten frente a los cambios en la misma o al aumento de las dosis. Varias explicaron que, por un lado, lo anterior genera que ellas estén más pendientes del tema y, por otro, que en ocasiones les den medicación o refuerzos sin que sus familiares sepan; una madre relató que alguna vez le había dado a su hijo medicación escondida en la comida. Y otra explicó que, en algún momento, como su hijo había aceptado tomar una sola pastilla, ella compraba las cápsulas, picaba la medicación y la introducía dentro de ella. De ese modo, su hijo tomaba todo el esquema que el psiquiatra le indicaba, de una vez.

Sin embargo, este no es el único tema en el que los familiares dijeron que inicialmente sus acciones se vinculaban más al control que al cuidado. Con insistencia se encontró que los familiares temen que, en los momentos más críticos, las personas con problemáticas severas de salud mental se quiten la vida. Por ese motivo, no los dejan solos en ningún momento, duermen con ellos, van al baño con ellos, es decir que los vigilan constantemente, y se convierten en carceleros y prisioneros al mismo tiempo. Algunas de sus respuestas fueron: “Uno por miedo a veces no puede o no deja que sus capacidades afloran (...) porque el cuidado era el control de que no le vaya a pasar nada (...) yo no dormía (...), dormía con ella, iba al baño con ella, comía con ella”.

6. El temor por el futuro: “¿Qué será de él sin mí?”

Con insistencia se encontró que los familiares, fundamentalmente las madres y los padres, en algún momento, se preguntan con preocupación por el futuro de las personas con problemáticas severas de salud mental. El temor es que éstas últimas no tengan la posibilidad de construir una vida autónoma, es decir, que no puedan tener un proyecto de vida propio, un trabajo, formar una pareja, tener hijos, sostener las tareas de la casa, etc. Las personas entrevistadas explicaron que dicho temor estaba fundado en el modo en que habían visto a su familiar en los momentos de crisis, y que era muy difícil entender que esos momentos no son permanentes. A su vez, se asociaba a la soledad con la que enfrentaban los cuidados. Es decir, como eran generalmente las únicas personas que se ocupaban de su familiar, les generaba temor pensar en qué podía pasar si ellos les faltaban.

Asimismo, explicaron que muchas veces dichos temores estaban asociados a las expectativas que los padres y las madres tienen respecto de sus hijos. Entonces, al ver que hay cuestiones que esperaban de ellos, de sus vidas, que tal vez no pueden sostener o no les interesa, se genera la idea de que sus hijos no van a poder hacer nada. Una de las entrevistadas explicó que algo de esto le había sucedido y que era necesario cambiar esa mirada: “A lo mejor, claro, los padres esperamos de un hijo que estudie, que se reciba, que tenga una profesión a parte, en mi familia son todos profesionales y uno tiene esa expectativa con un hijo (...) Y, bueno, en los casos en los que los hijos tienen estos problemas, todo eso se ve como truncado, pero bueno hay que buscar el espacio, el espacio en el que esta persona se pueda desplegar. No será aquello, no

será esto que uno imaginó, pero hay un espacio donde cada ser humano, cada persona humana se puede desplegar y eso es lo que hay que encontrar”.

7. El contacto con los servicios de salud mental: la oportunidad de torcer el destino familiar

Al referirse a los servicios de salud mental en general y a los TSM en particular, las entrevistadas coincidieron en que cuando éstos los alojan en tanto familiares favorecen cambios no sólo en la vida de las personas con problemáticas severas de salud mental sino en las de ellas mismas y de todo el grupo familiar. Una de las entrevistadas lo explicó del siguiente modo: “Llego a ese centro de salud, la atienden a ella, sale ella y (...) sale el médico psiquiatra, me acerco a él cuando mi hija sale del consultorio y me dice: ‘y a usted señora ¿qué le sucede?’”. Y me hizo pasar, yo creo que ese fue el puntapié inicial para generar un cambio en la vida, en la salud, no sólo de mi hija, sino mía y del entorno familiar”.

Sin embargo, con insistencias las entrevistadas explicaron que muchas familias tienen una percepción negativa de los TSM y servicios de salud mental por los largos recorridos que deben realizar hasta encontrar un servicio que los aloje e incluso, en ocasiones, se sienten culpadas como el agente causal de la problemática severa de su familiar. Los otros reclamos que se encontraron con mayor insistencia son la falta de información, el poco lugar que les otorgan en el tratamiento de su familiar, la poca disponibilidad de servicios y las escasas herramientas para el manejo de situaciones de crisis que les brindan.

Algunas de las entrevistadas relataron largos recorridos hasta que pudieron encontrar un servicio de salud mental que los alojara y los ayudara a mejorar su calidad de vida y la de su familiar. En muchos casos recurrieron a servicios de salud mental y, al no encontrarla, pidieron ayuda en espacios religiosos. Algunas de sus frases fueron: “Venía ya (...) con tratamientos, en distintos lugares: hospitales, centros de salud, (...) un médico privado (...) públicos, iglesias, umbandas, evangélicos, todo, (...) recorrimos todo, pero el sistema de salud primero. Nunca encontramos alguien que nos acoja, nunca. Nunca”, “Fueron muchos años de un peregrinar terrible”.

A su vez, se encontraron con insistencia relatos de situaciones en los que las familiares se sintieron señaladas como el agente causal de la problemática severa de salud mental. Paradójicamente, eso sucede en momentos en los que piden ayuda, siendo algunas de sus frases: “Yo pedía ayuda. ¿Qué hago yo? Preguntaba. Me acuerdo que un día (...) me dijeron ‘bueno, está más histéri-

ca usted que su hija, vaya y sáquese un turno y vaya a tratarse usted' (...) yo quería, pero no lo conseguía, lo conseguía en el horario de trabajo. No podía no trabajar porque yo faltaba a alguna casa y no cobraba", "En general piensan que las madres somos las que provocamos, armamos a nuestros hijos de este modo (...) son madres esquizoides, eso es lo que me han dicho".

Por otra parte, las entrevistadas señalaron que necesitan más información sobre las problemáticas severas de salud mental que padecen sus familiares y que las tengan en cuenta en las intervenciones. Algunas de las entrevistadas dijeron que desde su perspectiva es necesario encontrar un equilibrio para que puedan ser consideradas sin que se corra el foco de lo importante, que es la recuperación de las personas con problemáticas severas de salud mental, encontrándose respuestas como: "En general están (...) el que te escucha a vos como mamá y no lo escucha al paciente, cosa que está mal; el que lo escucha al paciente y a vos te niega".

Discusión

Los resultados de este trabajo sugieren que las experiencias ante la primera crisis tienen un impacto en la vida cotidiana de todo el grupo familiar, que no siempre es considerado por los TSM durante las consultas.

Tal como se señala en la literatura científica sobre el tema, las familias demoran la primera consulta porque inicialmente no asocian los comportamientos de su familiar con problemáticas de salud mental, no entienden qué le sucede y eso hace que lo desconozcan, enfrentándose con "otro" familiar del que habían conocido hasta ese momento (Rascón et al., 2014). Lo anterior ocasiona una desorganización en la rutina similar a la de una situación traumática y desoladora (Wan & Wong, 2019).

El sufrimiento que las situaciones antes mencionadas producen se agrava con el impacto del diagnóstico, asociado en el relato al derrumbe, que requiere tiempo y apoyo profesional para poder ser aceptado (Rascón et al., 2014). Los resultados indican que, a partir de allí, los familiares se aíslan por el estigma, la vergüenza y la culpa. Más aún, intentan resolver la situación al interior de la familia por lo que los otros pudieran pensar y por la vergüenza que les generan los comportamientos de su familiar, perdiendo relaciones sociales de confianza en las cuales sostenerse, posiblemente en el momento en el que más lo necesitan (Gracia Fuster, 1997; Hasson, 2022).

La soledad con la que los familiares enfrentan los cuidados de las personas con problemáticas severas de

salud mental tiene una serie de consecuencias. Por un lado, intensifican las preocupaciones de los familiares por el futuro de las personas con problemáticas severas de salud mental. Al no contar con apoyo para las tareas que desempeñan, se preguntan qué será de su familiar cuándo ellos ya no estén. Por otro, tienden a equiparar el cuidado con el control, convirtiéndose en carcelarios y carceleros al mismo tiempo. En ambos aspectos el apoyo profesional es fundamental (Gracia Fuster, 1997; Ribé, 2014; Hasson, 2022).

Como se ha señalado, las categorías de análisis fueron construidas con base en la literatura científica sobre el tema con la intención de describir las particularidades que adquieren en nuestro contexto. Las experiencias relatadas por las personas que participaron de este estudio sólo parecerían diferir de las de las reportadas por investigaciones realizadas en otras partes del mundo en una situación: una vez que la familia decide pedir ayuda recurre directamente a un servicio de salud mental o a un TSM. En ningún caso la primera opción para consultar fueron terapias alternativas o espacios religiosos como en otros contextos (Rascón et al., 2014; Magalhães et al., 2018).

Las familias sólo recurrieron a ese tipo de estrategias de afrontamiento cuando no fueron escuchadas o alojadas por los TSM, convirtiéndose en una oportunidad perdida de dar respuesta desde el sistema de salud mental. En ese sentido, desde hace algunos años se plantea que las familias son el punto ciego de nuestro campo, en la medida en que organizan y proveen cuidados, prestan apoyos durante y a partir de la primera crisis, sufren junto a las personas con problemáticas severas de salud mental, pero muchas veces son invisibles para el sistema y se ven empujadas a pedir ayuda ante las situaciones que se les plantean por fuera de este último (De Vicente, Bagán y Verdullas, 2010).

La atención en salud mental ha tendido a centrarse en la persona con la problemática de salud mental y no en el grupo familiar que la contiene. Una de las propuestas que ha cobrado fuerza desde hace algunas décadas, es el traslado de la unidad de atención del individuo a la familia. Lo anterior se plantea bajo el supuesto de que las problemáticas severas de salud mental no pueden ser abordadas sin evaluar la situación en su complejidad y sin considerar el grupo social mínimo de pertenencia (De Vicente et al., 2010; Rodolico et al., 2022; Hem et al., 2023).

Sin embargo, ese tipo de abordaje todavía es poco frecuente. Las familias no suelen ser consideradas en las intervenciones de salud mental. Tal situación debe

repensarse porque su exclusión no sólo explica buena parte de las internaciones, re internaciones y, muchas veces también, del abandono de las personas con problemáticas severas de salud mental, sino porque la organización y provisión del cuidado genera un impacto en la salud de los familiares que debe ser atendido (Ardila-Gómez, 2009; Ribé, 2014; Hansson, 2022).

Ahora bien, la consideración de la familia en las intervenciones de salud mental no implica que todas ellas se dirijan todo el tiempo a todo el grupo familiar. Se trata de hospedar, alojar, ofreciendo una escucha que permita identificar los apoyos que la familia en su conjunto requiere desde la primera crisis y orientarla en ese sentido (Stolkiner, 2013). Escuchar e intentar identificar las necesidades de los distintos miembros del grupo familiar muchas veces es la clave del éxito de las intervenciones en salud mental. No sólo en aquellas situaciones en las que es necesario que la familia se involucre sino también en las que se requiere que se abstenga.

En cada caso será necesario diferenciar, considerando la situación que se plantee. Habrá que evaluar qué intervención se requiere en ese momento, hacia quién y/o quienes deberá dirigirse, cuáles son las necesidades y cuáles, también, los recursos que se pueden ofrecer. Es necesario tener en cuenta que muchas veces las familias requieren más información, otras necesitan que se modere el tono con el que se transmiten los pronósticos y posiblemente otras veces sólo se trate de redirigir la demanda hacia intervenciones psicosociales tales como grupos de apoyo mutuo o de psicoeducación, pero para eso es necesario tener la disposición de escuchar cuáles son sus necesidades en tanto cuidadores.

Si bien es cierto que la oferta de ese tipo de intervenciones psicosociales es escasa en nuestro contexto, la evidencia existente sobre su eficacia muestra que mejoran la calidad de vida de los familiares, promueven cambios al interior de las familias que resultan beneficiosos para las personas con problemáticas severas de salud mental y transforman la perspectiva de los TSM respecto de las familias (Hansson, 2022). En esa línea, se ha probado que, incluso en diferentes contextos y culturas, las intervenciones psicosociales como grupos de apoyo mutuo o de psicoeducación dirigidas a familiares, reducen significativamente las recaídas y las hospitalizaciones, mejoran la adherencia al tratamiento y favorecen la recuperación (Randolph et al., 1994; Xiang et al., 1994). Entre los TSM generan mayor conciencia de la importancia de la consideración de las familias en las intervenciones de salud mental

y refuerzan las actitudes positivas hacia ellas, en la medida en que les permiten conocer sus experiencias ante la primera crisis y el sufrimiento que les genera (Hansson, 2022).

Algunas de las limitaciones de este trabajo derivan del hecho de haber sido elaborado en el marco de una investigación más amplia, cuyo objetivo fue describir y analizar las trayectorias de participación social de familiares que hacen parte de asociaciones de familiares de Argentina. Por un lado, si bien la herramienta de producción de datos indagaba por las experiencias de las familiares ante la primera crisis, lo hacía con el fin de describir el inicio de la participación social y no las experiencias en sí mismas. Por otro, las decisiones muestrales fueron tomadas en base al objetivo antes mencionado, siendo los criterios de inclusión de los participantes ajenos al tema de este artículo. Sin embargo, debe destacarse la importancia de la consideración de las voces de los familiares de personas usuarias para comprender y analizar su perspectiva del fenómeno y así poder atender a sus necesidades.

Conflicto de intereses: la autora declara no presentar conflicto de intereses.

Agradecimientos: a la Universidad de Buenos Aires por financiar esta investigación. A los familiares por permitirme entrar en su mundo. A la Dra. Sara Ardila-Gómez por todo.

Referencias bibliográficas

- Baessa, M. A. S., Santos da Silva, M. R., Silva, F. D. C., Souza, F. J., Barradas da Silva, A. S. (2020). Necesidades das famílias caboverdianas que convivem com o transtorno mental. *Esc. Anna Nery*; 24(2): e20190196. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0196>
- Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J., & Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 197(5), 350–356. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074526>
- Chang, C.C., Yen, C.F., Jang, F.L., Su, J.A. y Lin, C.Y. (2017). Comparing Affiliate Stigma Between Family Caregivers of People With Different Severe Mental Illness in Taiwan. *The Journal of nervous and mental disease*. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000671>
- De Vicente, A., Magán, I., Berdullas, S. (2010). *Abordaje psicosocial y familiar del trastorno mental grave*. Disponible en: <https://www.cop.es/infocop/pdf/1805.pdf>
- Dos Santos Treichel, C. A., Jardim, V. M. D. R., Kantorski, L. P. y Alves, P. F. (2020). Gender differences in the manifestation of burden among family caregivers of people with mental disorders. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(6), 1120–1130. <https://doi.org/10.1111/inm.12752>
- Fernández, M. A. (2021). *Trayectorias de participación de familiares de personas con discapacidad psicosocial* [Tesis de Doctorado]. Universidad de Buenos Aires.

- Gargoloff, P. R., Dionisio, L. D., Michat, M. D., Corral, R. M., Torres-González, F., Muscellini, R. y Silva, C. D. (2020). Psicoeducación familiar en esquizofrenia. En Dionisio, L.D. (comp.) *Psiquiatría para médicos*. UNLP. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/150081>
- Gater, A., Rofail, D., Marshall, C. et al. (2015). Assessing the Impact of Caring for a Person with Schizophrenia: Development of the Schizophrenia Caregiver Questionnaire. *Patient* 8, 507–520. <https://doi.org/10.1007/s40271-015-0114-3>
- Gulayín, M. E. (2022). Carga en cuidadores familiares de personas con esquizofrenia: una revisión bibliográfica. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 33(155), 50–65. <https://doi.org/10.53680/vertex.v33i155.135>
- Hansson, K. M., Romøren, M., Pedersen, R., et al. (2022). Barriers and facilitators when implementing family involvement for persons with psychotic disorders in community mental health centres—a nested qualitative study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08489-y>
- Hem, M. H., Molewijk, B., Weimand, B., & Pedersen, R. (2023). Patients with severe mental illness and the ethical challenges related to confidentiality during family involvement: A scoping review. *Frontiers in Public Health*, 10, 960815. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.960815>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Iyidobi, T. O., Onu, J. U., Itake, O., Unaogu, N. N., Uwakwe, R. (2022). The effect of structured psychoeducation on caregiver burden in carers of patients with schizophrenia in Nigeria: A 12-week follow-up investigation. *South African Journal of Psychiatry*, 28, 1703. <https://doi.org/10.4102%2Fsaajpsychiatry.v28i0.1703>
- Krupchanka, D., Kruk, N., Sartorius, N., Davey, S., Winkler, P. y Murray, J. (2017). Experience of stigma in the public life of relatives of people diagnosed with schizophrenia in the Republic of Belarus. *Social psychiatry and psychiatry epidemiology*, 52(4): 493–501. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1365-1>
- Landeweer, E., Molewijk, B., Hem, M. H., Pedersen, R. (2017). Worlds apart? A scoping review addressing different stakeholder perspectives on barriers to family involvement in the care for persons with severe mental illness. *BMC Health Serv Res*;17:349. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2213-4>
- Leiderman, E. A. (2013). *Sobrecarga del cuidador, calidad de vida y sintomatología depresiva en familiares cuidadores convivientes de pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar*. [Tesis de Doctorado]. Universidad de Palermo.
- Lobban, F., Glentworth, D., Chapman, et al. (2013). Feasibility of a supported self-management intervention for relatives of people with recent onset psychosis: REACT study. *British Journal of Psychiatry*, 203, 366– 372. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.113613>
- Lowyck, B., De Hert, M., Peeters, E., Wampers, A., Gilis, P., & Peuskens, J. (2004). A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *European Psychiatry*, 19, 395– 401.
- Magalhães, J. F., Lopes, R. E., Nóbrega-Therrien, S. M. y Vasconcelos, S. B. (2018). Estratégias de Enfrentamento de Mulheres Cuidadoras de Pessoas com Esquizofrenia, *Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 10(3):793-800.
- Murray-Swank, A., Glynn, S., Cohen, A. N., Sherman, M., Medoff, D. P., Fang, L. J., ... & Dixon, L. B. (2007). Family contact, experience of family relationships, and views about family involvement in treatment among VA consumers with serious mental illness. *Journal of rehabilitation research and development*, 44(6), 801. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.04.006>
- OMS (2019). *Trastornos mentales. Datos y cifras*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- OPS (1990). *Declaración de Caracas*. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
- OPS (2010). *Conferencia 20 años después de la Declaración de Caracas o “Consenso de Panamá”*. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdo-cuments/2011/Salud-mental-conferencia-regional-2011-resmen-relatoria-rg.pdf>
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Thousand Oaks: SAGE.
- Rascón, M. L., Valencia, M., Domínguez, T., Alcántara, H., Casanova, L. (2014). Necesidades de los pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. *Salud Mental*, 3(37).
- Randolph, E. T., Eth, S., Glynn, S. M., Paz, G. G., et al. (1994). Behavioural family management in schizophrenia: outcome of a clinic-based intervention. *The British Journal of Psychiatry*, 164(4), 501–506. <https://doi.org/10.1192/bjp.164.4.501>
- Ribé Buitrón, J. M. (2014). *El cuidador principal del paciente con esquizofrenia: calidad de vida, carga del cuidador, apoyo social y profesional* [Tesis de Doctorado]. Universitat Ramon Llull.
- Rodolico, A., Bighelli, I., Avanzato, C., et al. (2022). Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 9(3): 211 – 221. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00437-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00437-5)
- Salazar-Torres, L. J., Castro-Alzate, E. S., Dávila-Vásquez, P. X. (2019). Carga del cuidador en familias de personas con enfermedad mental vinculadas al programa de hospital de día de una institución de tercer nivel en Cali (Colombia). *Rev colomb psiquiatr* 48(2): 88-95. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-lo-carga-del-cuidador-familias-personas-S0034745017301129>
- Secretaría de Gobierno de Salud (2019). *Recomendaciones para el abordaje de la salud mental en el primer nivel de atención*. Disponible en: aborda-je-salud-mental-primer-nivel-atencion.pdf
- Stolkiner, A. (2013). ¿Qué es escuchar a un niño? Escucha y hospitalidad en el cuidado de la salud. En Kahansky, E., Dueñas, G. y Silver, R. (comp.), *La patologización de la infancia III*. Noveduc.
- Tsui, M. C. M., Tsang, H. W. H (2017). Views of people with schizophrenia and their caregivers towards the needs for psychiatric rehabilitation in urban and rural areas of mainland China. *Psychiatry Res*; 258:72-77. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.052>
- Valles, M. S. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Síntesis.
- Vasava, T., Majhi, G., Muralidhar, D., Kumar, D. (2023). Factors Associated with Family Retention or Involvement in Treatment of Persons with Severe Mental Illness: A Scoping Review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, : 45(4):33 <https://doi.org/10.1177/02537176231164647>
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.
- Vinacour, C. A., Méndez, G. R., García, R., Young, B. (2018). Evolución de los niveles de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes bipolares que participaron de un taller de psicoeducación. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 29, 288–298. Disponible en: <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/306>
- Wainwright, L. D., Glentworth, D., Haddock, D., Bentley, R. y Lobban, F. (2014). What do relatives experience when supporting someone in early psychosis? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 88(1):105–119. <https://doi.org/10.1111/papt.12024>
- Wan, K. F., & Wong, M. M. (2019). Stress and burden faced by family caregivers of people with schizophrenia and early psychosis in Hong Kong. *Internal Medicine Journal*, 49, 9–15. <https://doi.org/10.1111/imj.14166>
- Xiang, M., Ran, M., & Li, S. (1994). A controlled evaluation of psychoeducational family intervention in a rural Chinese community. *The British Journal of Psychiatry*, 165(4), 544–548. <https://doi.org/10.1192/bjp.165.4.544>

Caracterización de los egresos por salud mental en el Hospital General de Agudos “J. M. Ramos Mejía” de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, durante el periodo 2018-2023

Characterization of mental health discharges at J. M. Ramos Mejía General Hospital in the Autonomous City of Buenos Aires during the period 2018-2023

María Laura Scévola¹, Gabriel Hagman², Aldana Lorena Cantero³, Nicolás Ariel Stafforini⁴, Ana Laura Azrilevich⁵, Melina Rosales⁶, Sara Ardila-Gómez⁷

<https://doi.org/10.53680/vertex.v36i168.830>

Resumen

Introducción: las internaciones por salud mental en hospitales generales vienen incrementándose en Argentina, en el marco de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. Resulta necesario ir ampliando la evidencia acerca de las internaciones por salud mental como parte del monitoreo de esta transformación. El objetivo de este estudio fue caracterizar las internaciones por salud mental en un hospital general público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el cual las internaciones se realizan en salas de otras especialidades. **Metodología:** se analizaron los egresos del periodo 2018-2023, considerando variables sociodemográficas, clínicas y del proceso de atención. El análisis fue cuantitativo, utilizándose estadísticos descriptivos y chi cuadrado para asociación entre variables. Se analizaron 412 casos. **Resultados:** la mayor tasa de egresos se presentó en el año 2023. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron las descompensaciones psicóticas seguidos de los intentos de suicidio, siendo inverso el orden en personas de nacionalidad diferente a la Argentina. El 74 % del total de las internaciones tuvo una duración menor a 30 días y el 9 % una duración de 90 días o más. Las variables que se asociaron con que las internaciones duren 90 días o más fueron tener 60 años o más de edad, que el motivo de internación hubiese sido una descompensación psicótica, que el diagnóstico de egreso correspondiera al grupo F20-29 del CIE-10 y el tipo de cobertura en salud.

Palabras clave: salud mental, internación hospitalaria, hospitales generales, Argentina

RECIBIDO 27/6/2024 - ACEPTADO 13/9/2024

¹Doctora en Medicina. Psiquiatra de planta. Hospital General de Agudos “Dr. José María Ramos Mejía”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-1763-3926>

²Médico especialista en Psiquiatría. Psiquiatra de planta. Hospital General de Agudos “Dr. José María Ramos Mejía”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0001-6047-2021>

³Licenciada en Psicología. Psicóloga de planta. Hospital General de Agudos “Dr. José María Ramos Mejía”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0009-5694-1102>

⁴Médico. Concurrente de Psiquiatría, Hospital General de Agudos “Dr. José María Ramos Mejía”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0009-5004-0215>

⁵Licenciada en Psicología. Psicóloga de planta. Hospital “Ramón Carrillo”, San Martín de los Andes, Neuquén, Argentina. <https://orcid.org/0009-0004-2385-4292>

⁶Magíster en Salud. Pública. Becaria doctoral. CONICET. Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

⁷Doctora en Salud Mental Comunitaria. Investigadora Adjunta, CONICET. Instituto de Investigaciones en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-0022-7438>

Autora correspondiente:

Melina Rosales

melinarosales@psi.uba.ar

Institución en que se realizó la investigación: Hospital General de Agudos “J. M. Ramos Mejía”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



Abstract

Introduction: The number of mental health hospitalizations in general hospitals has been rising in Argentina, in the context of the implementation of the National Mental Health Law. Expanding the body of evidence on these hospitalizations is essential for monitoring this ongoing transformation. This study aimed to characterize mental health hospitalizations in a public general hospital in the Autonomous City of Buenos Aires, where psychiatric admissions occur in wards designated for other medical specialties. To this end, hospital discharge data from 2018 to 2023 were analyzed, focusing on sociodemographic, clinical, and care process variables. **Methods:** A quantitative approach was employed, using descriptive statistics and chi-square tests to explore associations between variables. A total of 412 cases were included in the analysis. **Results:** The findings show that the highest number of discharges occurred in 2023. The most frequent reasons for admission were psychotic decompensations, followed by suicide attempts. Among patients of non-Argentinian nationality, this order was reversed. Seventy-four percent of hospitalizations lasted fewer than 30 days, while 9% extended to 90 days or more. Longer hospital stays (≥ 90 days) were associated with being 60 years of age or older, being admitted due to a psychotic episode, having a discharge diagnosis within the F20–F29 category of the ICD-10, and the type of health coverage.

Keywords: mental health, hospitalization, general hospitals, Argentina

Introducción

La normativa y los lineamientos vigentes tanto nacionales como internacionales que proponen la organización de una red de servicios de atención en salud mental con base en la comunidad, indican que las internaciones por motivos de salud mental deben realizarse preferentemente en hospitales generales. La internación por salud mental en hospitales generales tiene más de un siglo de historia, pero su desarrollo a mayor escala ha sido impulsado por procesos de reforma de la atención en salud mental en las últimas décadas (Botega & Delgarradondo, 1993; OPS, 1990; República Argentina, 2010).

En América Latina y El Caribe se observa un progreso en la capacidad para proveer servicios de salud mental, con expansión de servicios ambulatorios y comunitarios. Sin embargo, respecto a la internación, la reducción en las camas en hospitales psiquiátricos no se ha visto compensada por un incremento correspondiente de camas en hospitales generales (Mundt et al., 2024). Se ha indicado a su vez que un número insuficiente de camas psiquiátricas se asocia con tasas altas de ocupación, incremento de las tasas de reinternación, estadía más prolongada en servicios de guardia o emergencias, e incremento en tasas de suicidio, vida en calle, detenciones y otros resultados sociales y de salud adversos (Mundt et al., 2024).

En Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (LNSM) (República Argentina, 2010) señala que los hospitales generales son los efectores adecuados para realizar internaciones por salud mental,

cuando éstas son el recurso terapéutico indicado. En los hospitales generales se disminuye el riesgo de segregación, cronificación, abandono y abusos a la integridad psicofísica de los pacientes, se propicia la descentralización de la atención, se posibilita un mejor abordaje de la urgencia y se disminuyen los tiempos de internación (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018; Larrobla, 2007; OPS, 1990).

Previamente, la Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires promulgada una década antes de la LNSM (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2000), distinguía en su texto original entre internaciones a corto y largo plazo, debiendo las primeras realizarse en hospitales generales y las restantes (en el caso de adultos), en hospitales especializados en psiquiatría. A diferencia de ello, la LNSM restringe las internaciones a los hospitales generales, planteando la adecuación progresiva hasta la sustitución de los hospitales especializados en psiquiatría.

Este proceso de sustitución, estipulado por la LNSM para completarse al año 2020, se encuentra aún en ejecución, siendo posible señalar que, desde la sanción y reglamentación de la LNSM a la fecha, diversos hospitales generales han incluido la oferta de internación en salud mental. Por mencionar un ejemplo, para el año 2014 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de los 14 hospitales generales de agudos de la red pública, dos tenían internación en sala específica de salud mental, mientras que cinco internaban en servicios de otras especialidades y seis en guardias (Ministerio Público Tutelar, 2014). Para el primer semes-

tre del 2024, de los 14 hospitales públicos generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cinco contaban con internación por salud mental en sala específica (Piñero, Álvarez, Pirovano, Rivadavia, Durand) y nueve con internación en salas de otras especialidades (Ramos Mejía, Fernández, Argerich, Grierson, Penna, Santojanni, Vélez Sarsfield, Tornú, Zubizarreta). A nivel nacional, y de acuerdo a los datos de un relevamiento realizado en 2020 en hospitales públicos de 23 jurisdicciones del país, se identificó que el 35% (n=388) de los hospitales contactados realizaba internaciones por motivos de salud mental (Ministerio de Salud de la Nación, 2020).

Ahora bien, el desarrollo de equipos y servicios de internación por salud mental en hospitales generales presenta dificultades. Para empezar, implica generar espacios físicos de internación que cumplan con los estándares de atención en salud mental, tales como la seguridad y privacidad para las personas internadas, o el que sean espacios que fomenten el contacto de la persona internada con su red de apoyo. Además, se debe considerar que las internaciones por salud mental, salvo en momentos y situaciones muy puntuales, no siguen la lógica de internación en cama o de paciente acostado, que suele ser común a las internaciones de otras especialidades. Por otro lado, implica la formación de los trabajadores de los hospitales generales en el manejo de problemáticas de salud mental. También conlleva el trabajo con la comunidad para ampliar la aceptación de la convivencia con personas con problemáticas de salud mental en espacios de atención en salud general.

Algunas de tales dificultades y retos fueron planteados desde los debates en la Comisión de Salud y Deporte del Senado de la Nación Argentina, previo a la sanción de la LNSM. En tales debates, algunos expositores señalaron que los hospitales generales no estaban adaptados a las condiciones que se requerían para las internaciones, por la falta de capacitación de los recursos humanos y por la inexistencia de condiciones seguras para las personas internadas. No solo se planteó la necesidad de re direccionar recursos financieros, capacitar personal y reconvertir la estructura física de dichas instituciones, sino que además se señaló el riesgo de que la cronicidad y los elevados tiempos de internación se trasladen de los hospitales psiquiátricos a los hospitales generales (Cámara de Senadores de la Nación, 2009a, 2009b, 2010a, 2010b).

A partir de la sanción de la LNSM diversos estudios han buscado caracterizar los procesos de atención du-

rante las internaciones por salud mental en hospitales generales. Presentados cronológicamente, algunos de los temas analizados y resultados son los siguientes:

1. En 2014, un estudio cualitativo en servicios de tres hospitales generales de la Provincia de Buenos Aires observó obstáculos para el mantenimiento de los vínculos significativos durante la internación, restricciones a la autonomía personal y escasa participación en espacios colectivos, aspectos que constituyen indicadores negativos en relación a la reforma de la atención (Ceriani, 2014).
2. En 2015, un estudio en Córdoba señaló la dificultad para garantizar la atención integral en este tipo de servicios, destacándose la falta de trabajadores sociales en ellos y la escasez de dispositivos comunitarios a los que derivar pacientes en condición de egreso (Caminada Rossetti et al., 2015).
3. En 2015 y 2016 un estudio de Rosario mostró que los trabajadores vinculados a la atención en salud mental de ocho hospitales generales consideraban que la infraestructura era inadecuada para la internación, ya que mayoritariamente se internaba en salas no específicas de salud mental. Los trabajadores tampoco se sentían preparados para atender problemáticas de salud mental y percibían como perjudicial para otros pacientes la convivencia con quienes estaban internados por motivos de salud mental (Velzi Díaz et al., 2019).
4. Por su parte, un estudio en Río Negro del año 2016, observó que el personal de enfermería de los servicios de guardia e internación de cinco hospitales generales de la Provincia consideraba al hospital general como el espacio institucional más adecuado para la asistencia en salud mental, aunque señalaron que era necesaria la creación de áreas específicas y especializadas en tales hospitales (Baffo et al., 2019).
5. Otro estudio de los años 2017-2018 en hospitales generales de cuatro provincias describió que los derechos de los pacientes tendían a ser respetados durante la internación, particularmente la conservación de los vínculos afectivos y la inclusión de las personas internadas en la toma de decisiones, aunque también mostró que era necesario mejorar la implementación del consentimiento informado formal (Ardila-Gómez et al., 2021).
6. Por último, en 2021, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se estudió el ambiente físico de dos hospitales generales con internación en salud mental, uno con sala específica y otro sin sala específica, observándose, entre otras cuestiones, mayores di-

ficultades en el hospital sin sala específica para garantizar la seguridad de los pacientes, al tener éstos potencial acceso a objetos peligrosos (Delmonte et al., 2024).

Otra línea de estudios se ha centrado en la caracterización de la internación a partir de indicadores de atención hospitalaria. Fue posible encontrar dos estudios de este tipo en el ámbito local, ambos en hospitales generales con internación en sala específica. El primero, realizado en un servicio de un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que cuenta con 20 camas de internación para varones, comparó los datos del servicio de internación del periodo 2004-2005 con los del 2012-2013. El número de internaciones disminuyó de 82 a 51 de un período a otro, aunque el tiempo promedio de las internaciones se mantuvo estable (45,4 días en 2004/2005 a 46,2 en 2012/2013). A pesar de ello, se registró un leve aumento en la cantidad de internaciones que se extienden de 90 a 179 días: mientras que representaban el 7,3 % del total de las internaciones en el período 2004/2005, pasaron a ser el 13,7 % del total de las internaciones en el período 2012/2013. Se destaca que el 39,2 % de los pacientes tuvieron internaciones de carácter involuntario y el restante de carácter voluntario en el período 2012-2013. Los diagnósticos de egreso más frecuentes fueron Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (38,4 %), Trastornos de la personalidad (21,5 %), Trastornos del estado de ánimo (17 %) y Trastornos relacionados con sustancias (15,4 %). Durante el periodo 2012-2013 el promedio de edad de las personas internadas fue de 34,5 años (Schiavo et al., 2017).

En el segundo estudio se analizó la sala de internación de psiquiatría de un hospital general privado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el periodo 2018-2019, sala que cuenta con 31 camas para internación (incluyendo dos para pacientes en edad pediátrica y cuatro para cuidados intensivos). Durante dicho periodo se internó a 254 personas, siendo el 39 % varones y el 61 % mujeres, con un promedio de edad de 52 años. La mediana de la duración de las internaciones fue de 22 días, siendo el 31,5 % de carácter involuntario. La depresión (32,7 %) y la descompensación psicótica (22,8 %) fueron los motivos de internación más frecuentes, mientras que los trastornos del estado de ánimo (43,3 %) y la esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y de ideas delirantes (18,9 %) fueron los diagnósticos de egreso más frecuentes. Se destaca que cerca del 40 % presentó ideación auto agresiva al momento del ingreso y que el 10,6 % de los pacientes ingresados había realizado una tentativa suicida (Malleza et al., 2022).

Resulta relevante continuar ampliando la comprensión de la internación por motivos de salud mental en hospitales generales, particularmente en aquellos en donde las internaciones ocurren en salas generales o de otras especialidades. Así, el objetivo del estudio que aquí se presenta fue caracterizar las internaciones por salud mental llevadas a cabo en un hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sin sala específica para la internación por salud mental, en el periodo 2018-2023.

Materiales y métodos

Diseño

Se trató de un estudio observacional de tipo descriptivo. Se analizó una base de datos confeccionada por el equipo de internación en salud mental del Hospital General de Agudos Ramos Mejía (HGARM) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En dicha base se registran datos sociodemográficos y clínicos de las personas internadas, así como indicadores hospitalarios. La misma cuenta con mayores datos que los requeridos por el registro estadístico del hospital. El periodo analizado correspondió a egresos entre enero 2018 y diciembre 2023. La base de datos original constaba de 503 casos. Se realizó una revisión de los casos, y se excluyó del análisis a aquellos que tuviesen más del 80 % de los datos incompletos, o que no contaran con las fechas de ingreso y egreso. Antes de excluir tales casos se procuró completar los datos faltantes a partir del sistema electrónico del hospital. El número final de casos incluidos para el análisis fue de 412.

Ámbito de estudio

El HGARM pertenece a la red de salud pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En dicho hospital, previo al año 2010, funcionaba un servicio de salud mental que ofrecía asistencia ambulatoria y realizaba interconsultas en las diferentes salas del hospital. En el año 2010 comienzan a funcionar en la guardia externa del hospital equipos interdisciplinarios en salud mental. Estos equipos realizan la atención de las urgencias provenientes de la vía pública, tanto de pacientes que concurren a la guardia por sus propios medios como los que arriban vía el Sistema de Atención Médico de Emergencias (SAME), y también hacen las evaluaciones interdisciplinarias solicitadas por el Poder Judicial (juzgados y curadurías).

A partir de la implementación de la guardia externa por salud mental en el hospital, del aumento de la demanda que se produjo y del proceso de cambio en

el modelo de atención, se conformó en el año 2012 un equipo de internación, el cual cuenta en la actualidad con dos psicólogas y dos psiquiatras. Desde ese momento, se realizan internaciones por salud mental en el hospital, aunque a la fecha no se cuenta con una sala específica para ello. Las internaciones se realizan en salas de otros servicios del hospital que se encuentran en la planta baja, debido a las recomendaciones vinculadas a la seguridad de los pacientes de salud mental.

Las salas en las que se cursan las internaciones son las de clínica médica, traumatología y urología. Cada una cuenta con un promedio de 20 camas, estando separadas las áreas para la internación de varones de la de mujeres. Por lo general, se dispone para las internaciones por salud mental, de dos o tres camas en cada una de estas salas. La decisión sobre a qué sala pasa la persona es del servicio de guardia, de acuerdo también a la disponibilidad de camas. En el servicio de guardia las personas pueden estar hasta una semana, en caso de que no se cuente con cama disponible en alguna de las salas mencionadas. La atención en cada sala se realiza por parte del equipo de internación en salud mental mencionado anteriormente (psicólogas y psiquiatras), y también por los y las enfermeras de cada sala. El personal de enfermería no está especializado en salud mental, aunque un porcentaje significativo realizó un curso organizado desde el servicio de salud mental. La mayor parte de los casos requiere intervención del área de servicio social del hospital. El equipo de internación mantiene una reunión semanal con dos trabajadoras sociales destinadas a la atención de pacientes internados por salud mental.

Análisis

Para el análisis de los datos sociodemográficos de las personas internadas se consideraron las variables edad, género, nacionalidad y tipo de cobertura en salud. Respecto a indicadores clínicos, se consideraron el motivo de internación y el diagnóstico de egreso según categorías del CIE-10 (capítulo V y lesiones auto infligidas intencionalmente -X60-X84-). En cuanto a los indicadores de atención, se tuvieron en cuenta el número de días de internación y el tipo de egreso (alta definitiva, traslado a otro establecimiento, retiro voluntario, defunción). Además, se realizó un análisis diferencial de las internaciones de 90 o más días de duración, al considerarlas un caso extremo de interés debido a su prolongación. Para el análisis se utilizaron estadísticos descriptivos y la prueba chi cuadrado para analizar la relación entre algunas variables. Se consideró significativo un valor de $p \leq 0,05$.

Aspectos éticos

El protocolo del estudio fue evaluado y aprobado por el comité de ética del HGARM (Registro 01/2022/CEI- HGARM).

Resultados

Caracterización sociodemográfica

Del total de 412 casos analizados del periodo 2018-2023, la mayor tasa de egresos por salud mental del total de egresos del hospital se presentó en el año 2023 (1,38%). Se observó un aumento progresivo durante el periodo analizado, con excepción del año 2020, en donde se redujo a más de la mitad respecto de la del año inmediatamente anterior. Respecto al género, el 53% ($n=220$) del total de los egresos correspondió a mujeres. En relación a la edad, la media fue de 40 años y la mediana de 37 años. Sólo se registró el caso de una persona menor de 18 años (*ver Tabla 1*).

En relación a la cobertura en salud, el 88,86 % ($n=366$) contaba con cobertura pública exclusivamente, el 10,92 % ($n=45$) con obra social y el 0,22 % ($n=1$) con medicina prepaga. Se destaca que, en el año 2023, el 100% de las personas internadas tenían cobertura pública exclusivamente ($n=111$).

Respecto a la nacionalidad de las personas internadas, el 79,83 % ($n=329$) era de nacionalidad argentina, el 18,07 % ($n=75$) de otra nacionalidad, y del 2,10 % ($n=8$) restante no se obtuvo dato. De las personas con otra nacionalidad, la más frecuente fue la venezolana (16 %, $n=13$). A su vez, el 12 % ($n=9$) provenían de países en donde el español no es el idioma oficial (Brasil, China, Haití, Inglaterra y Camerún).

Indicadores clínicos

Motivos de ingreso

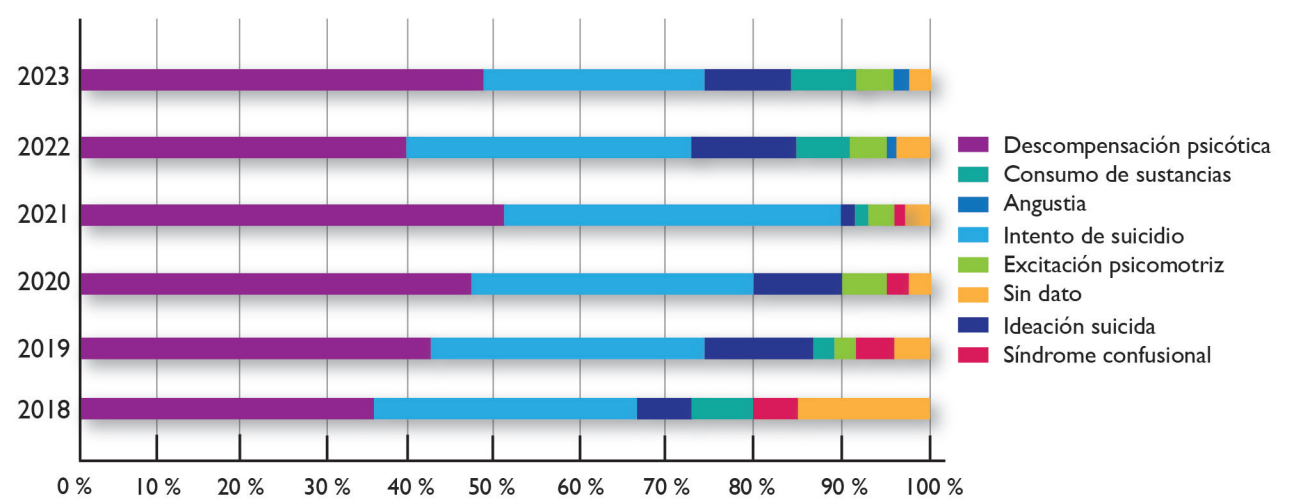
Los motivos de ingreso más frecuentes fueron las descompensaciones psicóticas (45,87 % de los casos, $n=189$), seguidos de los intentos de suicidio (32,04 %, $n=132$). Esta tendencia se mantuvo a lo largo de todo el período analizado. En el *gráfico 1* se presentan los egresos por salud mental según motivos de ingreso. Cabe señalar que el año 2020 fue el único en el que no se registró ningún caso con motivo de ingreso “consumo de sustancias” (*ver Gráfico 1*).

Respecto a los casos cuyo motivo de ingreso fue “descompensación psicótica”, en su mayoría se trató de mujeres (53 %, $n=100$), y de personas entre 25 y 49 años de edad (60 %, $n=114$). En los casos con motivo de ingreso “intento de suicidio”, fueron en su mayoría mujeres (58 %, $n=77$), y personas entre 15 y 39

Tabla 1. Egresos por salud mental según género y grupos de edad, periodo 2018-2023 (n=412)

Rango edad	Género	Año						TOTAL
		2018	2019	2020	2021	2022	2023	
15-19 años	Femenino	-	-	1	2	2	7	12 (2,9 %)
	Masculino	2	1	-	-	2	1	6 (1,4 %)
	Total	2(6,7 %)	1(1,2 %)	1(2,5 %)	2(3 %)	4(5,2 %)	8(7,2 %)	18(4,3 %)
20-59 años	Femenino	10	32	14	26	26	55	163 (39,6 %)
	Masculino	12	31	17	28	29	39	156 (37,9 %)
	Total	22 (73,3 %)	63 (77 %)	31 (77,5 %)	54 (75 %)	55 (71,4 %)	94 (85 %)	319 (77,5 %)
60 o más años	Femenino	1	12	5	6	5	6	35 (8,5 %)
	Masculino	4	4	1	9	6	-	24 (5,8 %)
	Total	5 (16,7 %)	16 (19 %)	6 (15 %)	15 (21)	11 (14,3 %)	6 (5,4 %)	59 (14,3 %)
Sin dato edad	Femenino	-	1	1	1	5	2	10 (2,4 %)
	Masculino	1	1	1	-	2	1	6 (1,4 %)
	Total	1 (3,3 %)	2 (2,4 %)	2 (5 %)	1 (1,4 %)	7 (9 %)	3 (3 %)	6 (3,8 %)
TOTAL	Femenino	11 (37 %)	45 (55 %)	21 (52,5 %)	35 (49 %)	38 (49,3 %)	70 (63 %)	220 (53,4 %)
	Masculino	19 (63 %)	37 (45 %)	19 (47,5 %)	37 (51 %)	39 (50,7 %)	41(37 %)	192 (46,6 %)
	Total	30	82	40	72	77	111	412

Gráfico 1. Egresos por salud mental según motivos de ingreso, periodo 2018-2023 (n=412)



años de edad (56 %, n=74), con una media de 38 años. Mientras que en el grupo de personas con nacionalidad argentina los motivos de ingreso más frecuentes fueron la descompensación psicótica (48,02 %, n=158) y el intento de suicidio (29,79 %, n=98), en el grupo de personas con otra nacionalidad, los motivos de ingreso presentaron el orden inverso, siendo el más frecuente el de intentos de suicidio (40 %, n=30), seguido de las descompensaciones psicóticas (38,67 %, n=29). Al analizar la relación entre motivos de ingreso y nacionalidad no se encontró relación estadísticamente significativa.

Diagnósticos de egreso

Los diagnósticos de egreso más frecuentes para todo el periodo analizado fueron “Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes” (F20-29 del CIE-10) con el 40,84 % (n=165) y “Trastornos del estado de ánimo, trastornos afectivos” (F30-39) con el 24,94 % (n=100) de los casos. Luego le siguieron los “Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos” (F60-69) con el 12,95 % (n=53); los “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos” (F10-F19) con el 10,77 % (n=42); los “Trastornos mentales orgánicos, incluidos

los trastornos sintomáticos” (F00-F09) con el 3,42 % (n=13); el Retraso mental (F70-79) con el 1,7 % (n=7); y por último los Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F40-49) en el 0,73 % de los casos (n=3). No se obtuvieron datos de los diagnósticos de egreso principales en el 4,65 % (n=19) de los casos. Del *Gráfico 2*, se destaca el incremento en el porcentaje de egresos con diagnóstico de egreso “Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes” del año 2023 respecto del año inmediatamente anterior (37,66 % en 2022 y 54,05 % en 2023) (*ver Gráfico 2*).

Diagnóstico secundario de egreso: lesiones autoinfligidas intencionalmente

Tal como se señaló, se hizo un análisis específico de las internaciones que tenían como diagnóstico secundario de egreso el de lesiones autoinfligidas intencionalmente (X60-X84). El 33 % (n=136) del total de los casos del periodo analizado correspondió a esta categoría. El año con menor frecuencia fue el del inicio del periodo, es decir el 2018 (6,62 %, n=9), seguido por el año 2020 (11,3 %, n=15). Se destaca que el 64,7 % de los casos se acumularon entre los años 2021 y 2023 (n=28, 30 y 30, respectivamente). El *Gráfico 3* muestra la distribución por edad en cada año del periodo.

Además, el 79,23 % (n=103) correspondió a personas en la franja etaria de 20-59 años, de los cuales la mitad estaba en el rango de 20 a 29 años de edad. Por otro lado, el 16,92 % (n=22) tenía 60 años o más y el 3,85 % (n=5) entre 15 y 19 años. Mayoritariamente se trató de mujeres (57,35 %, n=78) (*ver Gráfico 3*).

Respecto a la duración de las internaciones con este diagnóstico de egreso, el 84,56 % (n=115) fue de 0 a 29 días, el 10,29 % (n=14) de 30 a 89 días, y el 3,68 % (n=5) de 90 a 364 días. No se obtuvieron datos sobre la duración en el 1,47 % de los casos (n=2).

Indicadores de atención

Duración de la internación

En relación a la duración de la internación, la mediana de todo el periodo correspondió a 13 días, y la media a 32 días, en un rango de 1 a 664 días. Se destaca que el 74,27 % (n=306) del total de las internaciones tuvo una duración menor a 30 días. El *gráfico 4* muestra los rangos de días de internación para cada año del periodo analizado. (*ver Gráfico 4*)

Tipo de egreso

Respecto al tipo de egreso, en el 79,36 % (n=327) correspondió a “alta definitiva”, seguido por “traslado a otro establecimiento” (7,28 %, n=30), y “retiro voluntario” (5,83 %, n=24).

Gráfico 2. Egresos por salud mental según diagnóstico de egreso, periodo 2018-2023 (n=412)

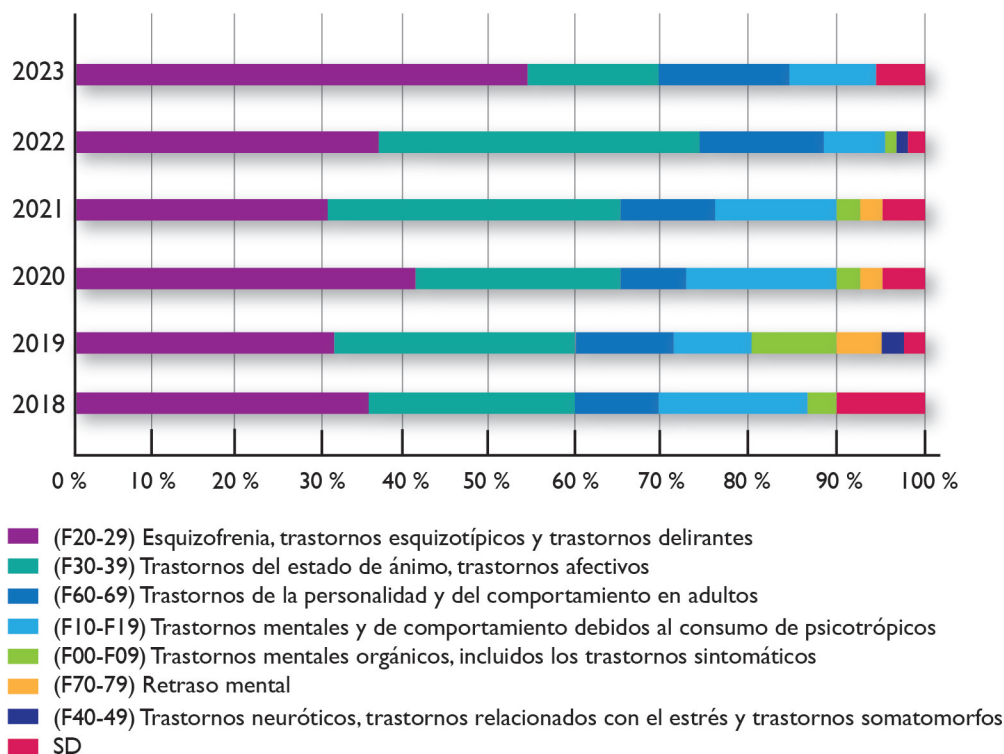
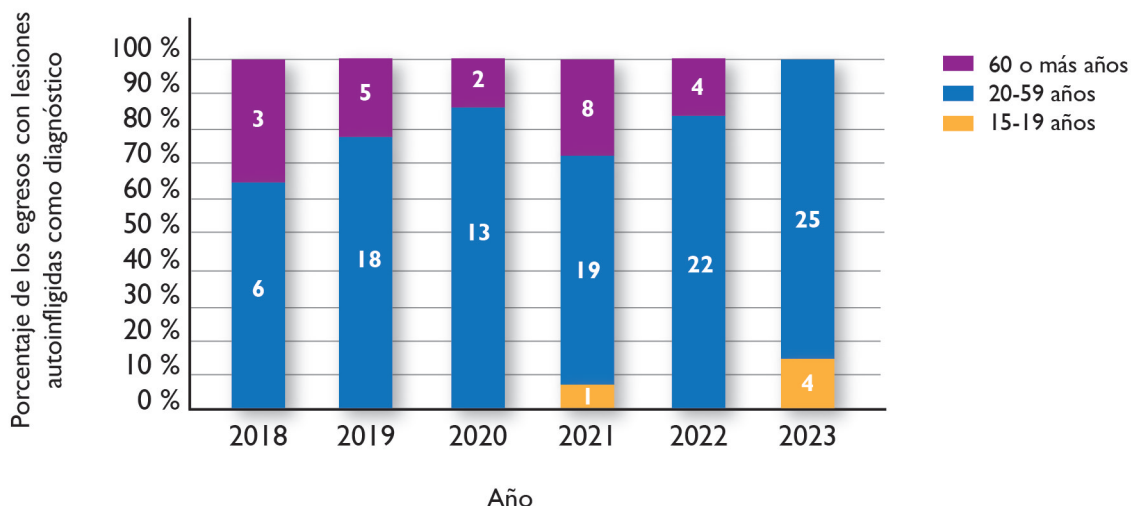
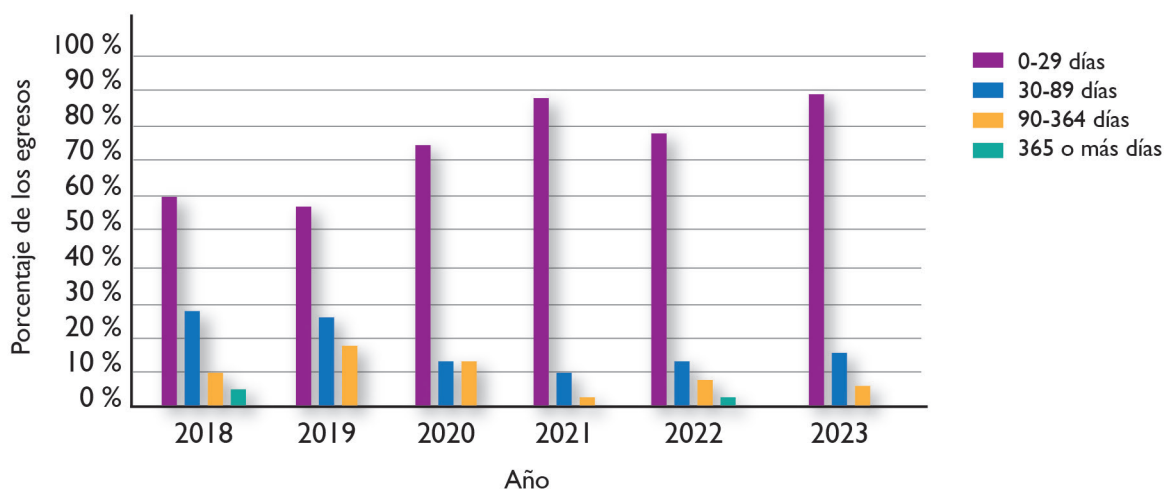


Gráfico 3. Porcentaje de egresos con diagnóstico de lesiones auto infligidas, según rango de edad, por año, período 2018-2023 (n=136)**Gráfico 4.** Porcentaje de egresos según rango de días de duración, período 2018-2023 (n=410)**Internaciones de 90 días o más de duración**

La *Tabla 2* muestra una comparación entre diferentes variables de acuerdo al tiempo de internación, considerando dos grupos: internaciones de menos de 90 días e internaciones de 90 días o más (*ver Tabla 2*).

De las personas internadas por 90 días o más, se trata mayormente de varones (52,63%, n=20), hecho que contrasta con lo observado en las internaciones con duración menor a 90 días, en donde las mujeres tienen la mayor frecuencia de internaciones (54,03% de dichos casos, n=201). Respecto a los grupos de edad, se observa una diferencia estadísticamente significativa entre las internaciones de 90 días o más y de menos, con un porcentaje mayor de personas de 60 años o más en el grupo de mayor tiempo de internación ($\chi^2=7,0034$; $p \leq 0,05$).

Adicionalmente, la proporción de personas de nacionalidad argentina en las internaciones de más de 90 días es mayor a la de aquellas con menor tiempo de duración, aunque no se observa una diferencia estadísticamente significativa entre la nacionalidad y la duración de las internaciones. Respecto a la cobertura en salud, es mayor la proporción de personas con obra social en las internaciones de 90 días o más comparado con las internaciones de menor duración, siendo en este caso la diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2=13,7768$; $p \leq 0,05$).

Respecto de los indicadores de atención, se observa un aumento en la proporción de internaciones con tipo de egreso “Traslado a otro establecimiento” en las internaciones de 90 días o más, respecto a las de me-

Tabla 2. Comparativo de las dimensiones de análisis entre las internaciones con menos de 90 días de duración y aquellas con 90 días de duración o más.

Variables	Casos de internaciones de menos de 90 días (n=372)	Casos de internaciones de 90 o más días de duración (n=38)
Género		
Femenino	54,03 % (n=201)	47,37 % (n=18)
Masculino	45,97 % (n=171)	52,63 % (n=20)
Rangos de edad		
15-19 años	4,84 % (n=18)	-
20-59 años	78,49 % (n=292)	68,42 % (n=26)
60 o más años	12,63 % (n=47)	28,95 % (n=11)*
SD	4,03 % (n=15)	2,63 % (n=1)
Nacionalidad		
Argentina	78,49 % (n=292)	92,11 % (n=35)
Otra	19,35 % (n=72)	7,89 % (n=3)
SD	2,15 % (n=8)	-
Tipo de cobertura en salud		
Únicamente Pública	90,59 % (n=337)	71,05 % (n=27)*
Obra social	9,14 % (n=34)	28,95 % (n=11)
Privada	0,27 % (n=1)	-
Tipo de egreso		
Alta definitiva	79,57 % (n=296)	76,32 % (n=29)
Traslado a otro establecimiento	6,72 % (n=25)	13,16 % (n=5)
Otros	6,99 % (n=26)	2,63 % (n=1)
SD	6,72 % (n=25)	7,89 % (n=3)
Motivo de ingreso		
Descompensación psicótica	43,82 % (n=163)	8,42 % (n=26)*
Intento de suicidio	33,33 % (n=124)	15,79 % (n=6)
Síndrome confusional	1,34 % (n=5)	5,26 % (n=2)
Otros	21,51 % (n=80)	10,53 % (n=4)
Diagnóstico de egreso		
(F20-29) Esquizofrenia	38,17 % (n=142)	60,53 % (n=23)*
(F30-39) T. del estado de ánimo	27,42 % (n=102)	15,79 % (n=6)
Otros	34,41 % (n=128)	23,65 % (n=9)

* Diferencia estadísticamente significativa.

nor duración, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa.

En relación a los indicadores clínicos, se destaca un aumento en la proporción de internaciones con motivo de ingreso “descompensación psicótica” entre aquellas de 90 días o más de duración, observándose una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2=13,0046$; $p \leq 0,05$). Adicionalmente, se observa un aumento en la proporción de las internaciones que tienen como diagnósticos de egreso “Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes” en

aquellas de 90 días o más, siendo una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2=7,23$; $p \leq 0,05$).

Discusión y conclusiones

Como se observa en los resultados, el año con mayor número de egresos fue el 2023, observándose un porcentaje mucho mayor en el aumento de egresos por salud mental (+44 %), que en el número total de egresos del hospital (+2 %) comparando 2023 con el año inmediatamente anterior. Se podría conjeturar que

ello guarda relación con el periodo post-pandemia, caracterizado por una profunda crisis económica en el país, y su potencial correlato en la salud mental de las personas. Este aumento en la tasa de egresos por salud mental resulta coincidente con lo indicado por la Organización Mundial de la Salud cuando señalaba a inicios de 2022, que la evidencia sugería un incremento en las problemáticas de la salud mental a nivel global tras la pandemia (WHO, 2022). A su vez, según la OMS la pandemia interrumpió la provisión de servicios de salud mental, hecho también observado en Argentina, por lo cual, el aumento observado en este estudio en el número de egresos puede relacionarse tanto con un aumento en los casos como con la mayor demanda a los servicios de salud mental, una vez pasado el periodo de pandemia (Ardila-Gómez et al., 2021; WHO, 2022).

Este reporte de la OMS también alertaba que las mujeres y las personas jóvenes habían sido los que habían visto más afectada su salud mental en relación a la pandemia (WHO, 2022), lo cual pareciera ser coincidente con los datos de este estudio que indican un mayor aumento en los egresos de mujeres, si se compara el año 2023 con el año 2022, y a su vez si se compara el año 2023 con el año inmediatamente anterior a la pandemia.

En lo referido a los motivos de internación, el más frecuente durante todo el periodo analizado fue el de descompensación psicótica, con un marcado incremento en el año 2023 respecto de los años anteriores. Una posible hipótesis de ello se refiere a la etapa de transición en el proceso de reforma de la atención en salud mental, en donde parte de la demanda que atendían tradicionalmente los hospitales neuropsiquiátricos, se estaría re direccionando hacia los hospitales generales.

Por otro lado, respecto de los intentos de suicidio, el hecho de que bajara su frecuencia durante el año 2020 es coincidente con otros estudios sobre consultas por intentos de suicidio y sobre suicidios consumados, que plantean una disminución en ese primer año de la pandemia, y la necesidad de continuar monitoreando su comportamiento posterior a la misma (Ardila-Gómez et al., 2023; Barrio et al., 2023; Pirkis et al., 2022). Cabe destacar nuevamente la situación de las mujeres, que contabilizaron el 58 % de los intentos de suicidio registrados. Asimismo, se destaca la concentración de los intentos de suicidio en población joven, de entre 15 y 39 años de edad (56 %) y con una media de 39 años, lo cual guarda semejanzas con un estudio anterior en el país (Ardila-Gómez et al.,

2023). También cabe destacar la situación de las personas con otra nacionalidad, para quienes los intentos de suicidio fueron el motivo de ingreso más frecuente, dato que resulta llamativo, comparado con estudios de otros países que comparan hospitalizaciones por salud mental en población migrante y población nativa, en donde el motivo de internación más frecuente para migrantes tiende a ser similar al de la población nativa (Grundy, & Ng, 2023).

La situación de las personas con otra nacionalidad es una línea de indagación en la cual resulta relevante profundizar en futuros estudios, pudiendo a su vez identificar otras variables que permitan comprender más su situación, los aspectos específicos que afectan su salud mental, así como las cuestiones a considerar desde los servicios en los procesos de atención, como pueden ser motivos de migración, tiempo de llegada al país, estatus migratorio, situación laboral, entre otros. Debe considerarse en este sentido que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, como centro urbano global de importancia, es sitio de migraciones e interculturalidad. Según datos del Censo Nacional de Población del año 2022, el 21,7 % de la población residente en CABA había nacido en otro país, esto es, una de cada cinco personas residentes en CABA (INDEC, 2024). Este porcentaje es cercano al de las personas registradas como con otra nacionalidad de este estudio (18,2 %) lo cual indica la importancia de la formación en interculturalidad en los trabajadores de servicios de salud y salud mental.

En relación a los tiempos de internación, y sin olvidar que se trata de un análisis de egresos, casi dos terceras partes de las internaciones tuvieron una duración inferior a los 30 días, la media de duración fue de 32 días y la mediana de 13 días. En estudios previos en hospitales generales del ámbito local, la media en un caso fue de 46 días (Schiavo et al., 2017), y en el otro la mediana fue de 22 días (Malleza et al., 2022). Por otro lado, en un estudio en un hospital especializado en psiquiatría, la media fue de 97 días (Chebar et al., 2019). Este dato, no obstante, no debe ser sobrevalorado y requiere de análisis más detallados, en tanto los días de internación pueden relacionarse con diversas variables sociodemográficas y clínicas de la población atendida, como de organización y oferta de servicios.

Aunque las internaciones de más de 30 días no representan el porcentaje mayoritario, es relevante desde un punto de vista de organización de servicios analizar tales internaciones, habiendo en este trabajo hecho foco particular en los casos más extremos correspondientes

a las internaciones de 90 días o más, que representaron el 9,2 % (n=38) del total. Se destaca así que, de tales internaciones, la mayor proporción de tales personas tenían cobertura de obra social. Esto guarda coincidencia con un estudio previo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde se caracterizó la situación social de personas con internaciones prolongadas en diversos hospitales y encontró que la mayoría de dichas personas contaban con cobertura de obra social (54,1 % de un total de 111 personas) (Battaglia et al., 2019).

Otros estudios han asociado a las internaciones prolongadas con la vulnerabilidad social de los pacientes, observable en variables tales como la falta de trabajo y la autonomía económica (Chebar et al., 2019). A su vez, se ha señalado que tales internaciones constituyen un indicador de la pobre respuesta del sistema de salud a la necesidad de ciertos pacientes (Little et al., 2019) o a la falta de disponibilidad de los apoyos requeridos, por ejemplo, de tipo habitacionales (Chebar et al., 2019).

Finalmente, cabe señalar como limitación del estudio que el registro utilizado no contaba con los datos completos en todos los casos, y que, pese a que se buscó la manera de resolver este problema, fue necesario descartar casos que en su mayoría corresponden al inicio del periodo analizado, es decir, al año 2018. Ello pudo impactar en algunos de los resultados.

Pese a que la red de instituciones de salud de CABA cuenta con un sistema informatizado de historias clínicas, en salud mental resulta necesario registrar otros datos de importancia tanto clínica como epidemiológica de manera rutinaria, hecho que hace que algunos equipos lleven registros complementarios. Aunque no era un objetivo de este estudio, el análisis de los datos posibilitó evaluar el registro que se viene utilizando, y reflexionar en tanto equipo sobre el mismo, con miras a seleccionar de mejor manera los datos a registrar y el modo de registrarlos, de modo de poder continuar con el monitoreo de las internaciones, contando con datos de mayor calidad. En particular, consideramos de importancia contemplar diagnósticos secundarios, que muchas veces dan luz a problemáticas que no son fácilmente visibles si se consigna únicamente el diagnóstico del capítulo V del CIE-10.

Agradecimientos: a Fiamma Julieta Giacinti, Maité Martig, Julieta Paula García, Giselle Elizabeth Kurz, Lucía Liliana Grimaldi y Joaquín Lanuza, residentes del HGARM, quienes colaboraron en el armado de la base de datos.

Conflicto de intereses: LS, GH AC, trabajan en el servicio de salud mental del HGARM. NS, AA, MR y SAG declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

- Ardila-Gómez, S., Fernández, M., Bertagni, J., Dinolfo, L., Galíndez, L., Prado, M., & Rosales, M. (2021). Calidad de la atención de servicios de internación psiquiátrica en hospitales generales de Argentina, 2018. *Saude em Debate*, 45(128), 54-65. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112804>
- Ardila-Gómez, S., Rosales, M., Fernández, M. A., Velzi Díaz, A., Matkovich, A., & Agrest, M. (2021). Impacto de la pandemia por COVID-19 en los servicios de salud mental en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 13, e26. <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/783>
- Ardila-Gómez, S., Badano, F., Grinzpun, G., Morra, A. P., Simonini, C., Turriano, M., Bonanno, D., Castro Valdez, J., Echaniz, M., Orzuza, N., Rosas Herrero, A., & Ochoa, L. J. (2023). *Monitoreo de las consultas por lesiones autoinfligidas en el marco de la pandemia por COVID-19 en servicios de emergencia de hospitales generales y neuropsiquiátricos de localidades de Córdoba, Área Metropolitana Bonaerense y Entre Ríos. Análisis 2017-2023. Informe Final*. Becas Salud Investiga 2022-2023.
- Baffo, C., Devallis, M. P., Scaleasa, R., Caccavo, S., Comba, V., Ortega, G., Lausada, D., & Perez, G. (2019). Enfermería y proceso de reforma en salud mental: Estudio cualitativo en cinco hospitales generales de Río Negro, 2016. En Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (Eds.). *Haceres Colectivos: Investigaciones y experiencias en salud mental y adicciones en Argentina* (pp. 15-24). Ministerio de Salud.
- Barrio, A. L., Obando, D., Ardila-Gómez, S., Wright, R., Marin, L., & Piñonero, J. (2023). Mortalidad por suicidio en la provincia de Buenos Aires: Epidemiología y contexto pandémico por COVID-19 en perspectiva histórica 2009-2020. *Revista Argentina de Salud Pública*, 15, e103. <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/823>
- Battaglia, M., Brovelli, K., Castrogiovanni, N., Cunzolo, V., Del Canto, J., Lardiés, N., López, N., Mancinelli, C., Morán, N., Nicolini, M., Otero, G., Pratto, L., Quiroga, M., Ruiz Díaz, C., Venuto, M. y Vezzetti, M. (2019) ¿Por qué “la familia no se los lleva”? Políticas públicas, redes sociofamiliares y necesidades de cuidado de las personas con internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Margen*, 93. <https://www.margen.org/suscri/margen93/brovelli-93.pdf>
- Botega, N. J., & Dalgalarondo, P. (1993). *Saúde mental na hospital geral. Espaço para o psíquico*. Editorial Hicitec.
- Cámara de Senadores de la Nación. (2009a, 24 de noviembre). *Reunión de la Comisión de Salud y Deporte*. Versión taquigráfica.
- Cámara de Senadores de la Nación. (2009b, 1 de diciembre). *Reunión de la Comisión de Salud y Deporte*. Versión taquigráfica.
- Cámara de Senadores de la Nación. (2010a, 19 de octubre). *Reunión de la Comisión de Salud y Deporte*. Versión taquigráfica.
- Cámara de Senadores de la Nación. (2010b, 23 de noviembre). *Reunión de la Comisión de Salud y Deporte*. Versión taquigráfica.
- Caminada Rossetti, M. P., del Carpio, S. V., y Heredia, A. (2015). *Atención en salud mental en hospitales generales*. En A. Rossetti y N. Monasterolo (Eds.). *El derecho a la salud mental en Córdoba 2015: Consolidando los procesos de acción colectiva* (pp. 275-294). Editorial Espartaco
- Ceriani, L. (2014). *La internación en servicios de salud mental en hospitales generales desde la perspectiva de los trabajadores y los usuarios. Estudio exploratorio en tres hospitales de la Provincia de Buenos Aires*. Buenos Aires. *Informe Final*. Becas Salud Investiga 2013-2014.
- Chebar, D., Alba, P., Alarcón, H., Fassi, G., Losanovsky Perel, V., Mazaira, S., & Martino, D. (2019). Duración de las internaciones psiquiátricas: Una caracterización clínica y socio-demográfica. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiatría*, 30(148), 420-425. <https://doi.org/10.53680/vertex.v30i148.124>
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000). Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado el día 27 de junio de 2024 de <https://psicologos.org.ar/wp-content/uploads/2019/12/Ley-448-de-Salud-Mental-de-la-CABA.pdf>

- Delmonte, N., Bohner, C., Rosales, M., & Ardila-Gómez, S. (2024). *El ambiente físico como componente de la calidad de la atención en salud mental: Estudio en servicios de internación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 2020*. Anuario de Investigaciones en Psicología, en prensa.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2018). *Abordaje de la salud mental en hospitales generales*. Buenos Aires: Secretaría de Gobierno de Salud.
- Grundy, A., Ng, E., Rank, C., Quinlan, J., Giovinnazzo, G., Viau, R., Ponka, D., & Garner, R. (2023). Mental health and neurocognitive disorder-related hospitalization rates in immigrants and Canadian-born population: A linkage study. *Canadian Journal of Public Health*, 114(4), 692-704. <https://doi.org/10.17269/s41997-023-00740-1>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). (2024). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados definitivos Migraciones internacionales e internas*. Edición ampliada. https://censo.gob.ar/wp-content/uploads/2024/01/censo2022_migraciones.pdf
- Larrobla, C. (2007). Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales en América del Sur: Contexto y panorama general de los últimos años. *Revista de Psiquiatría Uruguaya*, 71(2), 125-134.
- Little, J., Hirdes, J. P., Perlman, C. M., & Meyer, S. B. (2019). Clinical predictors of delayed discharges in inpatient mental health settings across Ontario. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(1), 105-114. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0898-2>
- Malleza, S., Abudarham, T., Bertolani, F. C., Matusevich, D., & Faccioli, J. L. (2022). Análisis epidemiológico de la sala de internación de psiquiatría de un hospital general metropolitano de la comunidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. *Vertex Rev. Arg de Psiquiatría*, 33(158), 6-19. <https://doi.org/10.53680/vertex.v33i158.314>
- Ministerio Público Tutelar. (2014). *Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Documento de Trabajo N° 21. Salud Mental. CABA. Ministerio Público Tutelar. http://asesoria.jusbaires.gob.ar/sites/default/files/dtn21_internaciones_0.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación. (2020). *Abordaje de la salud mental en hospitales generales del sector público de la República Argentina*.
- Mundt, A. P., Delhey, S., Martínez, P., Irarrázaval, M., Grasso, L., Rive-ra-Arroyo, G., Capistrano, A., Trujillo, N., Golcher, F., Benavides Salcedo, A., Dedik, C., Cordero, M., Torales, J., Malpartida, C., & Almánzar, Á. (2024). Types of psychiatric beds and mental health services in 16 Latin American countries, 1990-2020. *Psychiatric Services*, 75(1), 48-54. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20220590>
- Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas. Conferencia: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. Caracas: OPS/OMS.
- Pirkis, J., Gunnell, D., Shin, S., Del Pozo-Banos, M., Arya, V., Aguilar, P. A., et al. (2022). Suicide numbers during the first 9-15 months of the COVID-19 pandemic compared with pre-existing trends: An interrupted time series analysis in 33 countries. *EClinicalMedicine*, 51, 101573. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022>
- República Argentina. (2010). Ley 26.657 (B.O: 03/12/2010). *Ley Nacional de Salud Mental*. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Recuperado el día 27 de junio de 2024, de <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegIntern/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Schiavo, C., Tate, A., Penna, M., Stampella, L., Grendas, L., Benitez, V., Rose, L., Videtta, R., Arnaldo, J., & Richly, P. (2017). Análisis comparativo sobre las características de las internaciones en una sala de salud mental en un hospital general de agudos. *Vertex Rev Arg de Psiquiatría*, 28(133), 183-187.
- Velzi Díaz, A., Tosi, A., Benitez, P., Santanocito, G., Garcete, E., Amado, Y., Antezza, G., Cantero, N. & Córdoba, G (2019). Salud mental en hospitales generales de la ciudad de Rosario y del Gran Rosario, Argentina. *Vertex Rev Arg de Psiquiatría*, 29(142), 255-262.
- World Health Organization. (2022). *Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact*. Scientific brief 2 March 2022. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352189/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-eng.pdf?sequence=1>

Análisis de la información sobre internación en Hospitales Generales en la Argentina

Analysis of information on hospitalization in General Hospitals in Argentina

Daniela Emilce Bonanno¹, Florencia Maite Badano², Silvina Virginia Bernasconi³, Natalia Karina García⁴, Sara Ardila-Gómez⁵

<https://doi.org/10.53680/vertex.v36i168.831>

Resumen

Los procesos de transformación del modelo de atención en salud mental requieren de sistemas de información sólidos que permitan tener discusiones fundamentadas sobre los avances, logros y problemas de las reformas implementadas. A nivel global, la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado indicadores al respecto, en particular sobre la atención por salud mental en hospitales generales, y específicamente sobre internación en tales instituciones. Los datos sobre Argentina suelen estar ausentes en tales análisis globales. Con el objetivo de analizar las fuentes de información sobre servicios de salud mental en hospitales generales de Argentina, se realizó un estudio cualitativo. Se analizaron seis fuentes de información de relevamiento especial y periódico de alcance nacional, del periodo 2011-2023. Los resultados muestran algunos problemas serios para los sistemas de información en salud mental en el país, como la baja cobertura en la información cuando la metodología de recolección de datos es pasiva y la escasa disponibilidad pública de informes y bases de datos. A su vez, se discute acerca de los indicadores utilizados a nivel global para internación por salud mental en hospitales generales, proponiendo alternativas, dada la reducida aplicabilidad de los mismos a nivel local.

Palabras clave: salud mental, sistemas de información en salud, hospitales generales, servicios de salud mental

Abstract

Transforming the mental health care model requires robust information systems that support well-informed discussions about the progress, achievements, and challenges of implemented reforms. Globally, the World Health Organization has developed indicators for this purpose, particularly regarding mental health care in general hospitals and hospitalizations in such settings. However, data from Argentina is often missing from these global analyses. To examine the available information on mental health services in general hospitals in Argentina, a qualitative study was conducted. Six sources of both point-in-time and periodic data, spanning from 2011 to 2023 and with national coverage, were analyzed. The results reveal significant issues in the country's mental health information systems, including low data coverage when passive data collection methods are used, and limited public access to reports and databases. The study also discusses the global indicators used for tracking mental health hospitalizations in general hospitals, and proposes alternative approaches, given their limited relevance at the local level.

Keywords: mental health, health information systems, general hospitals, mental health services

RECIBIDO 28/6/2024 - ACEPTADO 23/7/2024

¹Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Investigadora en la Universidad Nacional del Oeste; Merlo, Provincia de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0000-7750-5662>

²Licenciada en Sociología. Socia e investigadora de la Sociedad Argentina de Epidemiología; Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0000-2322-3168>

³Especialista en Epidemiología. Vocal suplente de la Sociedad Argentina de Epidemiología; Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0004-7083-8041>

⁴Médica. Socia e investigadora de la Sociedad Argentina de Epidemiología; Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0004-7827-763X>

⁵Doctora en Salud Mental Comunitaria. Investigadora Adjunta, CONICET, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Instituto de Investigaciones, Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-0022-7438>

Autora correspondiente:

Sara Ardila-Gómez

sara.ardila@psi.uba.ar



Introducción

Más de una década después de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) de Argentina (2010), los debates sobre su implementación son frecuentes. Se discute si ha habido avances y mejoras en la atención en salud mental, y algunos sectores proponen modificar la Ley. Por ejemplo, en el proyecto de “ley ómnibus” se incluyeron modificaciones significativas (Czubaj, 2023). Pero, ¿qué tan sólidos son los argumentos en estos debates? ¿En qué información se basan? ¿Es información de calidad? Desde una perspectiva de investigación de sistemas y servicios de salud mental, nos preguntamos: ¿qué efectos tiene en la toma de decisiones, la opinión pública, el trabajo de los servicios y la calidad de la atención el aceptar cierta información sin el rigor metodológico adecuado?

Queremos ilustrar el caso de la atención de salud mental en hospitales generales (HG), específicamente la internación, uno de los puntos de la LNSM que ha sido debatido incluso antes de su sanción (Cámara de Senadores de la Nación, 2009, 2009a, 2010, 2010a). La LNSM establece que las internaciones por salud mental deben realizarse en HG. Los argumentos a favor indican que los HG garantizan una mayor continuidad de la atención en comparación con los hospitales psiquiátricos (OPS/OMS, 2016), reducen el estigma y las barreras de acceso, y favorecen los vínculos familiares y de apoyo social (OPS, 1990; Lipsitt, 2003). Los argumentos en contra señalan que los HG en Argentina carecen de recursos humanos y condiciones adecuadas para internaciones por salud mental, lo que podría derivar en sobremedicación o uso de contención mecánica (Cámara de Senadores de la Nación, 2009, 2009a, 2010, 2010a; Peiró, 2020).

La internación por salud mental en HG es un lineamiento técnico global en los procesos de reforma en salud mental. Los indicadores utilizados por la OMS incluyen: (1) número de HG con unidades psiquiátricas por 100.000 habitantes; (2) número de camas para internación psiquiátrica en HG por 100.000 habitantes; y (3) número de admisiones por salud mental en HG por 100.000 habitantes (WHO, 2020). También se propone medir la disponibilidad de camas para niños, niñas y adolescentes (WHO, 2005).

A nivel global, las camas para internación psiquiátrica eran más del triple que las de HG (WHO, 2021). En la región de Las Américas, las camas para internación en HG mostraron una leve disminución entre 2017 y 2020 (1,7 y 1,4). Esta disminución podría deberse a limitaciones en la recolección de datos o cambios en las

definiciones en los sistemas de información a nivel país (WHO, 2021). Un estudio en algunos países de América Latina encontró que la prevalencia media de camas psiquiátricas en HG se redujo entre 1990-2020, de 1,0 a 0,8 por 100.000 habitantes (-24 %), con variaciones entre países (Mundt, Delhey et al., 2023).

¿Qué dice el Atlas de la OMS sobre unidades de salud mental para internación en HG en Argentina? Nada. ¿Sobre camas/admisiones por 100.000 habitantes? Nada (WHO, 2021). ¿Y el estudio de disponibilidad de servicios sobre camas para salud mental en HG en Argentina? Nada (Mundt et al., 2023).

Establecer parámetros sobre niveles adecuados de estos indicadores es complejo y depende de la red de servicios, los recursos disponibles y la etapa de reforma del país. En países con sistemas de salud fragmentados y segmentados, la atención en salud mental puede ser heterogénea y los sistemas de información escasamente integrados, en especial teniendo en cuenta que la República Argentina es un país federal y que en la construcción de información e indicadores no interviene un único sector.

En Argentina, medir algunos indicadores es difícil y poco preciso, pues las internaciones en HG se realizan en unidades psiquiátricas, otros servicios generales, e incluso en servicios de guardia o urgencias (Ministerio Público Tutelar, 2014). Por ello, el número de camas no es necesariamente fijo ni cuantificable de igual manera. Entonces, ¿qué hacer?

A partir de lo anterior, nos propusimos analizar los sistemas de información en Argentina para establecer la calidad de la información sobre internación por salud mental en HG y realizar recomendaciones sobre metodología, análisis de información e indicadores. El objetivo de este trabajo fue evaluar la calidad de la información sobre internación por motivos de salud mental en HG.

Metodología

Realizamos un estudio descriptivo con metodología mixta, utilizando fuentes secundarias. Revisamos relevamientos e información sobre internaciones por motivos de salud mental del periodo 2011-2023, considerando la LNSM sancionada en 2010. La búsqueda se realizó online y a través de pedidos de información pública al Ministerio de Salud de la Nación (MSal). Incluimos fuentes con alcance nacional, periodo igual o superior a 2011 y datos sobre hospitales generales e internaciones por salud mental, excluyendo fuentes de instituciones monovalentes o jurisdiccionales.

Clasificamos los documentos como relevamientos especiales (únicos) y continuos (repetitivos). El análisis cualitativo consideró: Cobertura (alcance de la fuente), Representatividad (jurisdicciones representadas), Metodología de recolección (activa o pasiva), Disponibilidad (informes públicos) y Base de datos (disponibilidad pública). Fuentes con coberturas de 70 % o más se consideraron adecuadas. Finalmente, se realizó un análisis cuantitativo descriptivo de internaciones por salud mental a nivel nacional, estimando frecuencias absolutas.

Resultados

Se encontraron tres relevamientos especiales y tres continuos.

1. Relevamientos especiales

1.1 Relevamiento de la red de servicios de salud mental y adicciones en Hospitales Generales

Realizado por el Ministerio de Salud de la Nación (MSal) en el año 2012 (Sola, Martínez et al., 2015). En el que se utilizaron dos instrumentos de recolección: uno para jurisdicciones de menos de 2,5 millones de habitantes, y otro de 2,5 millones de habitantes o más. Éstos fueron diligenciados por referentes jurisdiccionales de salud mental y remitidos mediante correo electrónico. No se contó con información de las Provincias de Buenos Aires, Córdoba, Formosa y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

1.2 Abordaje de la salud mental en hospitales generales del sector público de la República Argentina

Realizado por el MSal en el año 2020 (MSal, 2020). Se realizaron llamadas telefónicas a todos los establecimientos de salud públicos con internación general, listados en el Registro Federal de Establecimientos de Salud en febrero de 2020. No se contó con información de la provincia de Entre Ríos. El acceso a esta fuente fue mediante pedido de información pública, al no ser accesible públicamente.

1.3 Primer relevamiento nacional de dispositivos de cuidado, acompañamiento y asistencia en salud mental y consumos problemáticos

Realizado por la SEDRONAR y el MSal en el año 2022 (SEDRONAR, 2023). Se elaboró un padrón de instituciones a partir de registros de SEDRONAR, el MSal y de informantes clave jurisdiccionales. A partir de ese padrón se remitió un cuestionario auto administrado online a los dispositivos registrados. Ante la falta de respuesta se implementaron estrategias de recolección

adicionales: mesas de consulta, seguimientos telefónicos, de videollamada y presenciales, capacitaciones virtuales y presenciales para el llenado del cuestionario, impresión en formato papel del cuestionario y reuniones con referentes. La cobertura total fue baja y la información sobre el abordaje en hospitales generales limitada.

2. Relevamientos continuos

2.1 Registro Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental

Registro continuo de internaciones del Ministerio de Salud de la Nación que inicia su implementación en 2014 (MSal, 2014). Es un registro gestionado desde el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) que tiene por objetivo registrar a las personas internadas por motivos de salud mental en el país. No se encuentra a la fecha, implementado en todas las instituciones del sector público que realizan internaciones por salud mental. A partir de reportes del registro del primer semestre de 2024 se observa que no se registran internaciones en hospitales generales.

2.2 Registro Federal de Establecimientos de Salud

Creado en 2009 para el registro de los establecimientos sanitarios de todo el país (MSal, 2009). En los reportes de este registro se pueden filtrar los establecimientos que pertenecen al Programa de Salud Mental y Adicciones, aunque no se especifica si los mismos realizan internaciones. Cabe señalar que cada institución carga el registro, siendo infrecuente su actualización.

2.3 Registro de actualización y fortalecimiento de información sobre el Sistema de Atención de Salud Mental

Se trata de una serie de indicadores elaborados por el MSal para relevar información, anualmente, sobre la disponibilidad de servicios de salud mental del país. Se realizó en el año 2021 y no han sido publicadas actualizaciones posteriores. No se especifica la cobertura del relevamiento.

En la *Tabla 1* se presenta el resumen del análisis cualitativo metodológico, de acuerdo a las variables seleccionadas (*ver Tabla 1*).

Se observa que, dentro de los relevamientos puntuales, el realizado en 2020 es el que presenta mayor cobertura, aunque no alcance el total de representatividad como el realizado en 2022. Se destaca que cuatro de las fuentes de información tienen una metodología de recolección pasiva. El único relevamiento que

Tabla 1. Matriz de relevamientos y fuentes de información de internaciones por motivos de salud mental en Hospitales Generales del sector público de la República Argentina

Indicadores	Fuente 1.1	Fuente 1.2	Fuente 1.3	Fuente 2.1	Fuente 2.2	Fuente 2.3
Cobertura	No informado	95,1 %	60 %	100 %	0***	No informado
Representatividad	83,3*	95,8**	100 %	100 %	0***	95,8****
Metodología de recolección	Pasiva	Activa	Pasiva	Pasiva	Pasiva	Pasiva
Informe	Disponible	No disponible	Disponible	No disponible	No disponible	No disponible
Base de datos/ reporte	No disponible	No disponible	No disponible	Disponible	Disponible	No disponible
Análisis metodológico	Limitado	Adecuado	Limitado	Limitado	Limitado	Limitado

* No se cuenta con información de jurisdicciones que representan en suma el 54 % de la población argentina.

** No se cuenta con la información de una jurisdicción que representa un 3 % de la población argentina.

*** No hay en los últimos 6 meses internaciones cargadas en hospitales con internación general.

**** No se cuenta con la información de una jurisdicción que representa un 7 % de la población argentina.

Nota: elaboración propia en base a informes y reportes de cada fuente de información.

alcanzó más de un 70 % de cobertura fue el realizado mediante recolección de datos activa. Se destacan las limitaciones para el acceso a las fuentes de información, tanto informes como bases de datos.

Respecto a la información obtenida por las fuentes de información en relación a los HG, en la *Tabla 2* se presenta la relacionada a prestaciones básicas por salud mental en HG, incluida la internación (*ver Tabla 2*).

Discusión

Los resultados muestran que las fuentes de información sobre salud mental en HG difieren en cuanto a la metodología, incluso dentro de la misma área de gestión. Los relevamientos realizados en 2012 y 2022 obtuvieron bajas coberturas (inferiores al 70 %) (Sola, 2015; SEDRONAR, 2023); y si bien el primero no presenta las coberturas, no se contó con respuesta de jurisdicciones que representan a más del 50 % de la población total del país. Estas fuentes emplearon una metodología de recolección pasiva, enviando cuestionarios a ser respondidos por informantes clave. Si bien en 2022 se utilizaron diversas estrategias para mejorar la tasa de respuesta, se obtuvo una cobertura del 60 % y respuesta únicamente de 185 hospitales generales del sector público. En el caso del relevamiento realizado en 2020, la metodología de recolección activa mediante encuesta telefónica permitió obtener una tasa de respuesta superior al 90 %, lo cual permite concluir que las metodologías pasivas de recolección de datos no resultan eficaces para los relevamientos puntuales de información.

En cuanto a las fuentes de información continua, no se encontró información específica sobre HG, lo cual es

una falla importante si se considera que los indicadores globales de atención en salud mental usados por la OMS incluyen a los HG. Sin embargo, pese a las limitaciones de las fuentes continuas, en caso de que los mismos sean promovidos y actualizados podrían constituir fuentes de información válidas y confiables. En particular, el relevamiento de indicadores realizado en 2021 podría recabar información relevante y que permita realizar tendencias y evaluaciones en el tiempo, aunque la información actual es insuficiente. Específicamente, en el caso del RESAM, si se trabajara en su utilización y mejora de cobertura, podría constituirse como la principal fuente de información sobre internaciones por motivos de salud mental a nivel nacional, siendo necesario fortalecerlo, especialmente en HG.

En cuanto a la información obtenida a partir de las fuentes, cabe destacar que según la fuente 1.2 del año 2020, el aspecto más crítico identificado del abordaje de la salud mental en HG fue la atención de urgencias. Además de que es una prestación requerida (MSal 2019, 2019a, 2022), vale subrayar que los servicios de urgencia constituyen una puerta de entrada y de derivación a otros servicios de salud mental. Su baja presencia podría estar indicando una barrera en el acceso a la atención. Estos servicios son un componente fundamental para la red de atención en salud mental, en tanto cumplen con el rol de organizar el flujo de internaciones, reducir las internaciones innecesarias, y posibilitar una mejor comunicación entre diferentes servicios de la red de atención (Barros et al., 2010).

La comparación del relevamiento de 2020 respecto del realizado en 2021 indica un incremento de hospita-

Tabla 2. Prestaciones básicas en salud mental en Hospitales Generales (HG) del sector público de la República Argentina, según fuentes de información

	HG con Atención ambulatoria	HG con Servicio de Internación	HG con Servicio de Urgencias	Total de HG relevados
Relevamiento de la red de Servicios de salud mental y adicciones en HG*	59	212	82	642
Abordaje de la salud mental en HG del sector público de la República Argentina**	779	388	86	1099
Registro de actualización y fortalecimiento de información sobre el Sistema de Atención de salud mental***	351	564	261	No informado
Primer relevamiento nacional de dispositivos de cuidado, acompañamiento y asistencia en salud mental y consumos problemáticos****	177	124	-	185
REFES*****	-	86*	-	86*
RESAM*****	-	0	-	0

* No se cuenta con información de jurisdicciones que representan en suma el 54 % de la población argentina.

** No se cuenta con la información de una jurisdicción que representa un 3 % de la población argentina.

*** No se cuenta con la información de una jurisdicción que representa un 7 % de la población argentina.

**** No se presenta información relativa a guardia, emergencia o atención en crisis.

***** No hay especificación de que se realice internación, sino que pertenecen al Programa de Salud Mental y Adicciones.

***** Sólo se releva información de internaciones.

Nota: elaboración propia en base a informes y reportes de cada fuente de información..

les con internación y con urgencias, lo que puede ser un indicador de avances en la implementación de la LNSM. Se destaca, que la comparación de hospitales con atención ambulatoria en el 2021 presentó una disminución significativa respecto de la del 2020. Esto puede ser un indicador de la baja cobertura de hospitales alcanzados bajo esta modalidad de recolección de datos.

Adicionalmente, cabe realizar algunas consideraciones respecto a la construcción de sistemas de información en salud mental en general, y en Argentina en particular. El tomar como unidad de medida a las instituciones, y no a las camas, podría permitir contar con información más precisa respecto a los avances de la reforma. Ello combinado con otras medidas como tipo de prestación, podría ir mapeando el escenario de la atención en salud mental en un contexto dado, y en este sentido, aportar información respecto de los cambios y avances en la implementación de determinadas políticas públicas. Específicamente, tomando el “Abordaje de la salud mental en hospitales generales del sector público de la República Argentina” (que obtuvo mayor cobertura) se puede establecer que si se mira la oferta de hospitales HG que realizan internaciones, Argentina cuenta con 0,9 instituciones por 100.000 habitantes, y que si se enfoca en la población con Cobertura Pública Exclusiva (CPE), la tasa asciende a 2,8 HG con internación por 100.000 habitantes, aunque con amplias diferencias entre jurisdicciones.

Pese a que este indicador no es equivalente y por ello no resulta comparable con los utilizados a nivel global, de número de HG con unidades psiquiátricas o de número de camas para internación psiquiátrica en HG por 100.000 habitantes, haciendo un ejercicio especulativo de contraste con el indicador de número de camas, la mediana de camas para internación psiquiátrica en HG para la región de Las Américas fue de 1,4 por 100.000 habitantes, y para los países de ingresos mediano-alto (grupo en el que fue clasificado Argentina) fue de 3,3 por 100.000 habitantes (WHO, 2021). Por lo cual, si se toma la tasa calculada en este estudio de HG con internación para población con CPE, ésta sería superior a la mediana regional pero inferior a la de países con equivalente nivel de ingresos. Ahora bien, si se compara con los datos del estudio que analiza algunos países de América Latina, Chile reporta una mediana de camas en HG de 5,13 y Paraguay de 3,65, siendo en ambos casos superior al arrojado por el indicador de instituciones aquí empleado (Mundt et al., 2023).

Aunque como señalamos, ambos indicadores no son equivalentes, es posible inferir cautelosamente información relevante sobre la distribución de recursos y la oferta de servicios en salud mental. Así, nuestra propuesta es incluir el indicador de número de HG con internación en salud mental dentro de los relevamientos que comparen atención en HG a escala nacional, regional y global.

Por lo anterior, abogamos por el fortalecimiento de las áreas técnicas que manejan sistemas de información, acompañado de acuerdos políticos que permitan contar con mayor y mejor información constante pese a los cambios en la gestión. Preocupa que ninguno de los relevamientos encontrados provea información del total de jurisdicciones del país. Ello marca una fragilidad importante en la rectoría desde el nivel central, y la necesidad de generar acuerdos de trabajo que posibiliten construir un sistema de información en salud mental sólido a nivel país. También, en sistemas de salud fragmentados, es necesario contar con datos de los subsistemas privado y de seguridad social. Por otra parte, resulta fundamental considerar aspectos de organización del sistema de salud, la organización federal del país y la inclusión de variables no consideradas en el trabajo para ampliar y complejizar el análisis realizado.

Finalmente, respondiendo a la pregunta guía de este trabajo sobre cómo medir los avances de la transformación del modelo de atención en salud mental, proponemos que sea mediante fuentes de información continua, con metodología de relevamiento activa, y que sean constantes en el tiempo independientemente de la gestión de turno. Esperemos que, en futuros relevamientos globales, la respuesta de Argentina no siga siendo: Sin Dato.

Agradecimientos: se agradece al Ministerio de Salud de la Nación por brindar la información para la realización de este estudio.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses en relación con el presente trabajo.

Referencias bibliográficas

- Barros, R. E., Tung, T. C., & Mari, J. de J. (2010). Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. *Braz J Psychiatry*, 32(Suppl 2), S71-S77. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462010000600003>
- Cámara de Senadores de la Nación. (2009, November 24). *Reunión de la Comisión de Salud y Deporte*. Versión taquigráfica.
- Cámara de Senadores de la Nación. (2009a, December 1). *Reunión de la Comisión de Salud y Deporte*. Versión taquigráfica.
- Cámara de Senadores de la Nación. (2010, October 19). *Reunión de la Comisión de Salud y Deporte*. Versión taquigráfica.
- Cámara de Senadores de la Nación. (2010a, November 23). *Reunión de la Comisión de Salud y Deporte*. Versión taquigráfica.
- Czubaj, F. (2023, December 28). Ley Ómnibus: ¿Cuáles son los cambios en la Ley de Salud Mental. La Nación. <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/lo-reclamaban-las-familias-el-proyecto-omnibus-cambia-los-articulos-mas-controvertidos-de-la-ley-de-nid27122023/>
- Lipsitt, D. R. (2003). Psychiatry and the general hospital in an age of uncertainty. *World Psychiatry*, 2(2), 87-92.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2020). *Abordaje de la salud mental en hospitales generales del sector público de la República Argentina*.
- Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos. (2022). *Registro de actualización y fortalecimiento de información sobre el Sistema de Atención de Salud Mental. Primer informe nacional*.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2009). *Registro Federal de Establecimientos de Salud*. Recuperado de https://sisa.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050101/refes_intro.jsp
- Ministerio de Salud de la Nación. (2014). *Registro Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental*. Recuperado de https://sisa.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050208/resam_home.jsp
- Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014) *Internaciones por Salud Mental en Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*.
- Mundt, A. P., Delhey, S., Martínez, P., Irrarázaval, M., Grasso, L., Rivera-Arroyo, G., Capistrano, A., Trujillo, N., Golcher, F., Benavides Salcedo, A., Dedik, C., Cordero, M., Torales, J., Malpartida, C., & Almánzar, A. (2024). Types of Psychiatric Beds and Mental Health Services in 16 Latin American Countries, 1990–2020. *Psychiatric Services*, 75(1), 48–54. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20220590>
- Sola, M., Martínez Calle, S., Venesio, S., Cuello, M. de los Ángeles, Soumoulou, M. C., & Prieto, F. (2015). Relevamiento de la red de servicios de salud mental y adiciones en hospitales generales. En *Políticas Públicas de Salud Mental. Enfoques, Estrategias y Experiencias con Base en la Comunidad* (pp. 1-24). Ministerio de Salud de la Nación.
- Organización Panamericana de la Salud. (1990, November 11-14). *Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina*. Caracas, Venezuela.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2016). *Atlas Regional de Salud Mental*. Diciembre 2015. Washington, DC: OPS.
- Peiró, C. (2020, October 25). *La rara Ley de Salud Mental argentina que recela de la psiquiatría y la niega como ciencia médica*. Perfil. <https://www.infobae.com/sociedad/2020/10/25/la-rara-ley-de-salud-mental-argentina-que-recela-de-la-psiquiatria-y-la-niega-como-ciencia-medica/>
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar), Observatorio Argentino de Drogas, y Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos. (2023). *Primer Relevamiento nacional de dispositivos de cuidado, acompañamiento y asistencia en salud mental y consumos problemáticos*.
- World Health Organization. (2005). *World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Mental Health Atlas 2020*. Member State Profile. Argentina. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/arg.pdf?sfvrsn=8b84795d_6&download=true

Infusiones de ketamina a dosis subanestésicas para la depresión mayor resistente al tratamiento: protocolo de aplicación en un hospital público de Argentina

Subanesthetic Dose Ketamine Infusions for Treatment-Resistant Major Depression: An Application Protocol at a Public Hospital in Argentina

Micaela Dines¹, Adriana Bulacia², Paloma Bamondez³, Irene Luis Vega⁴, Micaela Montenegro⁵, Pablo Germán Díaz⁶, Paula Oyhamburu⁷, Ana Laura Ramos⁸, Florencia Ambrosio⁹, Gustavo Vázquez¹⁰

Colaboradores: Pereyra Monica¹¹, Hugo Pereyra¹², Cynthia Cichello¹³, Laura Natalia Ríos Merino¹⁴

<https://doi.org/10.53680/vertex.v36i168.832>

RECIBIDO 13/3/2025 - ACEPTADO 15/5/2025

¹Sección de Psicopatología y Salud Mental, Departamento de Medicina, Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández". Instituto de Neurociencia Cognitiva y Traslacional (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - Fundación INECO - Universidad Favaloro). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0004-0155-327X>

²Sección de Psicopatología y Salud Mental, Departamento de Medicina, Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-0823-1124>

³Sección de Psicopatología y Salud Mental, Departamento de Medicina, Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández". Instituto de Neurología Cognitiva-INECO. Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0007-1174-774X>

⁴División de Anestesia, Analgesia y Reanimación, Departamento de Medicina, Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández". Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0009-4299-9055>

⁵División de Toxicología, Departamento de Urgencias, Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández". Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0004-5933-0845>

⁶Sección de Psicopatología y Salud Mental, Departamento de Medicina, Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández". Docente adscripto de la I Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0001-9714-2894>

⁷Sección de Psicopatología y Salud Mental, Departamento de Medicina, Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández". Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, FLENI. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0003-6870-3845>

⁸Sección de Psicopatología y Salud Mental, Departamento de Medicina, Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández". Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0004-0252-610X>

⁹Sección de Psicopatología y Salud Mental, Departamento de Medicina, Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0007-6235-7266>

¹⁰Department of Psychiatry, School of Medicine, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada. International Consortium for Mood & Psychotic Disorder Research, McLean Hospital, Belmont, MA, USA. <https://orcid.org/0000-0002-2918-3336>

¹¹Lic. en Enfermería. Sala de infusiones, Departamento de Enfermería, Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández". Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

¹²Lic. en Enfermería. Sala de infusiones, Departamento de Enfermería, Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández". Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

¹³Farmacéutica. División Farmacia, Departamento de Diagnóstico y Tratamiento, Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández". Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

¹⁴Farmacéutica y Bioquímica. División Farmacia, Departamento de Diagnóstico y Tratamiento, Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández". Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Autora correspondiente:

Micaela Dines

micaeladines.hfer@gmail.com

Institución en la que se realizó el estudio: Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández". Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.



Resumen

La depresión mayor resistente al tratamiento (DMRT) representa un desafío significativo en psiquiatría, dada la limitada respuesta a las terapias convencionales. La ketamina endovenosa (EV) a dosis subanestésicas ha emergido como una opción terapéutica efectiva, con efectos rápidos sobre los síntomas depresivos y suicidas. En este artículo, se presenta el protocolo de infusión de ketamina aplicado en un hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, basado en guías internacionales. A continuación, se detallan los criterios de inclusión y exclusión, la dosificación, el procedimiento de administración y el monitoreo de los pacientes. Además, se discuten los efectos adversos y consideraciones de seguridad. La implementación de este protocolo permite optimizar el uso de ketamina en la DMRT, garantizando su eficacia y seguridad.

Palabras clave: ketamina, depresión resistente al tratamiento, infusiones intravenosas, protocolo clínico, seguridad

Abstract

Treatment-resistant major depression (TRD) poses a significant challenge in psychiatry due to the limited response to conventional therapies. Subanesthetic dose intravenous (IV) ketamine has emerged as an effective therapeutic option, providing rapid effects on depressive and suicidal symptoms. This article outlines the ketamine infusion protocol implemented in a general hospital, following international guidelines. Inclusion and exclusion criteria, dosage, administration procedure, and patient monitoring. Additionally, adverse effects and safety considerations. The implementation of this protocol optimizes the use of ketamine in TRD, ensuring both efficacy and safety.

Keywords: ketamine, treatment resistant depression, intravenous infusions, clinical protocol, safety

Introducción

La depresión mayor resistente al tratamiento (DMRT) representa un desafío clínico significativo, afectando aproximadamente al 30 % de los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor (TDM). Estos pacientes no logran alcanzar una respuesta clínica satisfactoria a pesar del uso de estrategias terapéuticas convencionales, lo que los expone a un mayor riesgo de deterioro funcional, comorbilidades psiquiátricas y físicas, y un incremento en la ideación y conducta suicida. La búsqueda de alternativas terapéuticas más eficaces ha llevado al desarrollo de enfoques innovadores, entre los cuales la ketamina intravenosa ha emergido como una opción prometedora.

En los últimos años, la investigación sobre la ketamina ha mostrado resultados alentadores, especialmente en su capacidad para inducir una mejoría rápida y significativa en los síntomas depresivos, así como también un impacto positivo en la eliminación de ideación suicida (Zarate et al., 2012). A diferencia de los antidepresivos convencionales, cuya acción puede tardar semanas en manifestarse, la ketamina produce efectos clínicos en cuestión de horas o días, lo que la convierte en una herramienta valiosa para el tratamiento de pacientes con depresión grave y riesgo suicida inminente.

El mecanismo de acción de la ketamina se basa en la modulación del sistema glutamatérgico, un sistema clave en la regulación del estado de ánimo y la función neuronal. Se ha demostrado que la ketamina actúa como un antagonista del receptor N-metil-D-aspartato (NMDA), lo que facilita la potenciación sináptica a través de la activación de vías alternativas, como la señalización a través del receptor AMPA (Berman et al., 2000). Este mecanismo promueve la neuroplasticidad y mejora la conectividad neuronal, contrarrestando los efectos deletéreos del estrés crónico y la inflamación neurobiológica en el cerebro.

Estudios recientes han explorado el papel de la ketamina en la modulación de la neuroinflamación, un factor que ha sido ampliamente implicado en la patogénesis de la depresión resistente al tratamiento (Duman et al., 2016). La investigación ha demostrado que la administración de ketamina reduce los niveles de citoquinas proinflamatorias y favorece la liberación de factores neurotróficos, como el BDNF (*Brain-Derived Neurotrophic Factor*), una proteína esencial para la plasticidad sináptica y la reparación neuronal (Kang et al., 2022).

El impacto de la ketamina en la psiquiatría ha supuesto un cambio de paradigma en el tratamiento de la depresión resistente. Su potencial acción antisuicida ha generado gran interés en la comunidad clínica y cientí-

fica, especialmente en contextos donde la intervención rápida es crucial para la seguridad del paciente (Wilkinson et al., 2018). Sin embargo, su implementación debe realizarse con precaución y bajo estrictos protocolos clínicos que garanticen su seguridad y eficacia, minimizando los riesgos de efectos adversos o abuso de la sustancia. En este artículo presentamos los lineamientos generales del protocolo de tratamiento implementado en el Hospital General de agudos Dr. Juan A. Fernández de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Métodos

Se diseñó un protocolo de infusión basado en el protocolo de aplicación de infusiones endovenosas de ketamina del *Providence Care Hospital de Kingston* (Gutiérrez et al., 2024), Canadá, en donde realiza infusiones de ketamina EV para depresión resistente el Dr. Gustavo Vázquez, colaborador externo. Este protocolo además se centra en las recomendaciones de las guías del *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) (Swainson et al., 2021) y en consensos internacionales (McIntyre et al., 2021) y establece criterios rigurosos de selección de pacientes, así como un esquema de administración controlado y monitoreo continuo. El objetivo de esta primera etapa del protocolo es demostrar que su implementación es segura en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

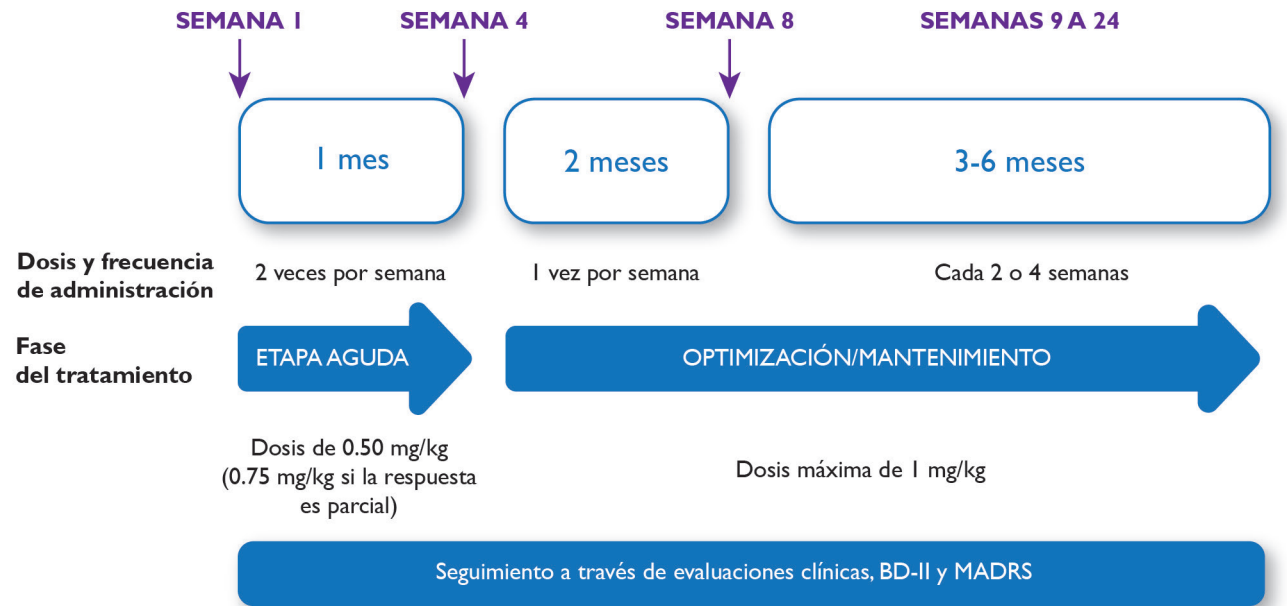
El tratamiento se realiza en la sala de infusiones del Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. Las mismas son realizadas por un equipo interdisciplinario que consta de un psiquiatra, un anestesiólogo o intensivista y personal de enfermería. Las infusiones se realizan a pacientes mayores de 18 y menores de 65 años con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor resistente al tratamiento. La selección de pacientes se realiza a través de una evaluación clínica y neuropsicológica exhaustiva. Durante las entrevistas con el psiquiatra se emplean escalas validadas para cuantificar la severidad de la depresión, como la *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS) y el *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) (Montgomery & Asberg, 1979). Se excluyen aquellos pacientes con antecedentes de trastornos psicóticos o abuso de sustancias, dado que la ketamina puede exacerbar síntomas psicóticos o inducir dependencia en individuos vulnerables (Short et al., 2018). Además, se excluyeron pacientes con deterioro cognitivo severo, hipertensión arterial no controlada en el último año, ACV o IAM

en el último año, además de embarazo, lactancia y diagnóstico principal de trastorno bipolar, trastorno de la personalidad, trastorno por estrés post traumático o discapacidad intelectual moderada a grave.

Durante el proceso de admisión, se solicitan estudios complementarios tales como laboratorio completo que incluya función tiroidea y sedimento urinario, tanto para evaluar pseudoresistencia al tratamiento como para monitoreo de efectos adversos. Se amplían los estudios complementarios en función del caso. Además, se mide la tensión arterial de los pacientes y se solicita una evaluación neuropsicológica que incluye la Batería de Eficacia Mnémica de Signoret (BEM 144), el *Stroop Test*, *Trail Making Test* (TMT A y B) y las subpruebas Búsqueda de Símbolos, Clave de Números, Dígitos y Aritmética del *Wechsler Adult Intelligence Scale- 4ª edición* (WAIS-IV). Dicha batería neuropsicológica apunta a conocer el perfil cognitivo de cada paciente antes de recibir el tratamiento. Si bien la evidencia sobre el impacto de la ketamina en pacientes con DMRT sugiere una mejoría en el rendimiento cognitivo en todas las áreas evaluadas (Grasso et al., 2024) en pacientes con consumo problemático se ha observado un deterioro significativo (Gill et al., 2021; Souza Marques et al., 2021). La batería neurocognitiva se vuelve a repetir al mes de la última infusión.

Una vez que el paciente finaliza el proceso de admisión se le explican los beneficios, riesgos y alternativas al tratamiento y a su vez se firman dos copias de un consentimiento informado. El protocolo de administración de ketamina se divide en dos etapas, una de tratamiento agudo (semana 1 a 4) y otra de optimización (semana 5-8)/ mantenimiento (semana 9 a 24). En este momento nuestro hospital ofrece la primera etapa aguda y la etapa de optimización y se encuentra en vías de desarrollar el mantenimiento. El paciente inicia con infusiones intravenosas en dosis de 0,50 mg/kg (0.75 mg/kg en caso de respuesta parcial) durante un período de 40 minutos 2 veces por semana durante 4 semanas. Una vez completado el primer mes, el paciente recibe 1 infusión por semana durante 4 semanas de la dosis que le ha dado resultado o en su defecto 1 mg/kg (ver Figura 1). El paciente debe concurrir en ayunas de 6 hrs, tanto de líquidos como de sólidos, así como también se le puede solicitar que suspenda o disminuya determinada medicación con perfil gabaérgico con el fin de mejorar la eficacia de la ketamina. Una vez en el nosocomio, previo a las infusiones se le toman los signos vitales, peso y una escala de MADRS y BDII. Las infusiones se realizan en un

Figura 1. Protocolo de aplicación de ketamina para depresión resistente



ambiente controlado con baja estimulación sensorial para minimizar efectos adversos como la disociación o la ansiedad. Se le sugiere a los pacientes concurrir con música de su agrado, utilizar antifaz, tapones para los oídos y vestirse con ropa cómoda. Los pacientes son monitoreados continuamente a través de un monitor multiparamétrico y a nivel clínico por el anestesiólogo/intensivista y el psiquiatra así como también enfermería. Una vez terminada la infusión, el paciente permanece en el nosocomio acompañado de un familiar hasta 1 hora luego de la cual, posteriormente, se le administra la Escala de Estados Disociativos Abreviada (CADSS-6) y un cuestionario de efectos adversos. Una vez que el paciente se encuentra completamente recuperado se retira acompañado por un familiar y se le indica que no debe manejar por las siguientes 24 hrs.

En caso de presentar efectos adversos durante la infusión, los mismos son manejados por la anestesióloga o la intensivista con asistencia del psiquiatra y personal de enfermería. Para ello la sala cuenta con los fármacos pertinentes para contrarrestar los efectos no deseados y carro de paro. Además de estar monitoreado en todo momento, se registran signos vitales cada 15 minutos.

Para evaluar la persistencia de los efectos terapéuticos, se implementan evaluaciones de seguimiento a las 4, 8 y 12 semanas post-tratamiento. Estos seguimientos permiten ajustar la dosis del tratamiento en función de la respuesta o no del paciente, siendo evaluado a través

de la BDII y la MADRS, en conjunto con la evaluación clínica psiquiátrica y a su vez detectando posibles efectos adversos a largo plazo, como la aparición de síntomas psicomiméticos o deterioro cognitivo. Asimismo, tanto al inicio como al final del tratamiento se les administra una Escala de Evaluación de Actividad Global (EEAG) con el fin de evaluar como la mejoría clínica impacta en la funcionalidad del paciente.

Dentro del protocolo de infusiones, se ha desarrollado un estricto protocolo de trazabilidad de la ketamina en conjunto con el equipo de Farmacia del Hospital con el fin de desechar el sobrante de manera correcta y segura. Se utiliza siempre el mismo lote de ketamina y se escribe en un libro de actas al finalizar la infusión el lote, presencia de efectos adversos graves y que se ha realizado el descarte. El objetivo es registrar el procedimiento y las maniobras de seguridad y trazabilidad y garantizar que se utilice la medicación en el ámbito terapéutico hospitalario.

Resultados

Los resultados preliminares de varios centros utilizando este mismo protocolo indican que aproximadamente el 60 % de los pacientes experimentan una mejora significativa en los síntomas depresivos tras la primera fase del tratamiento (Murrough et al., 2013, Gutierrez et al., 2024). Además, se ha observado una reducción sustancial en la ideación suicida en un alto

porcentaje de pacientes dentro de las primeras 24 horas posteriores a la infusión (Grunebaum et al., 2018). Actualmente se está tratando a una segunda paciente.

Estudios de neuroimagen han demostrado que la administración de ketamina está asociada con un aumento en la conectividad funcional de las redes neuronales involucradas en la regulación del estado de ánimo (Abdallah et al., 2017). Estos hallazgos se correlacionan con los reportes de mejoría de la performance cognitiva luego del tratamiento agudo en revisiones bibliográficas recientes (Grasso et al., 2024).

Además de los beneficios clínicos, aquellos pacientes tratados con ketamina han reportado una mejora significativa en su funcionalidad global, lo que les ha permitido retomar actividades cotidianas con mayor facilidad. Los efectos adversos reportados tienen en su mayoría un carácter transitorio y leve incluyendo dentro de estos síntomas transitorios de disociación, hipertensión leve durante la infusión, fatiga y náuseas (Swainson et al., 2021; Gutiérrez et al., 2024). Las náuseas, ansiedad, visión borrosa y mareos, se presentan con una frecuencia cercana al 30 % pudiendo ocurrir hasta 20 minutos luego de finalizada la infusión (Gutiérrez et al., 2024). Los efectos adversos relacionados a la despersonalización ocurren en un 50 % al finalizar la primera infusión, reduciendo su prevalencia durante los tratamientos siguientes (Acevedo-Díaz et al., 2020).

Todos estos efectos generalmente desaparecen dentro de las primeras horas tras la administración y no parecen comprometer la seguridad general del tratamiento (McIntyre et al., 2021).

En cuanto a la toxicidad urológica, las alteraciones a nivel hepático, alteraciones cognitivas y el riesgo de dependencia, las mismas han sido estudiadas fundamentalmente en pacientes que reciben ketamina durante la anestesia, cómo tratamiento para el dolor o son usuarios recreacionales (Short et al., 2017), por lo cual se necesita mayor investigación sobre la ocurrencia de dichos efectos en pacientes que realizan tratamiento con ketamina EV para la DMRT. En lo que respecta a los pacientes de nuestro hospital, el primer paciente completó el tratamiento con una reducción >50 % de los síntomas basales, presentando una recaída sintomática leve a los 15 días luego de finalizado el tratamiento. Asimismo, no presentó efectos adversos graves durante las infusiones.

Conclusión

Para aquellos pacientes que no responden a los tratamientos convencionales, la ketamina endovenosa ha demostrado ser una opción terapéutica eficaz y segura (McIntyre et al., 2023). Dado que en los hospitales públicos de Argentina no se dispone de tratamientos alternativos a los antidepresivos orales con eficacia comprobada como la Terapia Electroconvulsiva (TEC), las infusiones de ketamina endovenosa a dosis subanestésicas se presentan como una opción prometedora. No obstante, es fundamental señalar que este procedimiento debe ser administrado por un equipo multidisciplinario especializado, siguiendo protocolos estrictos que garanticen su seguridad y efectividad, a fin de reducir al mínimo los riesgos asociados, como son los efectos adversos o el potencial abuso de la sustancia. De todas formas, se espera que este enfoque motive a otros profesionales y centros hospitalarios a incorporar este tratamiento. Aunque este avance inicial resulta alentador para la salud mental en Argentina, es esencial seguir explorando maneras de asegurar el acceso continuo y establecer esquemas sostenibles de mantenimiento dentro del sistema de salud pública.

Agradecimientos: los autores agradecen a Electromedik S.A. por la donación del monitor multiparamétrico.

Conflicto de Intereses: los autores declaran no presentar conflictos de interés ni haber recibido financiamiento alguno para este proyecto.

Referencias bibliográficas

- Acevedo-Díaz, E. E., Cavanaugh, G. W., Greenstein, D., Kraus, C., Kadriu, B., Zarate, C. A., & Park, L. T. (2020). Comprehensive assessment of side effects associated with a single dose of ketamine in treatment-resistant depression. *Journal of affective disorders*, 263, 568–575. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.028>
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343–52.
- Gill, H., Gill, B., Rodrigues, N. B., Lipsitz, O., Rosenblat, J. D., El-Halabi, S., Nasri, F., Mansur, R. B., Lee, Y., & McIntyre, R. S. (2021). The effects of ketamine on cognition in treatment-resistant depression: A systematic review and priority avenues for future research. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 120, 78–85. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.11.020>
- Grasso V., Gutiérrez G., Alzbeidi N., Hernandorena C., & Vázquez G.H. (2024). Cognitive changes in patients with unipolar TRD treated with IV ketamine: A systematic review. Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry. 135, 111095. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2024.111095>
- Gutiérrez, G., Kang, M. J. Y., & Vázquez, 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 research*, 335, 115865. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115865>

- Kang, M. J. Y., & Vázquez, G. H. (2022). Association between peripheral biomarkers and clinical response to IV ketamine for unipolar treatment-resistant depression: An open label study. *Journal of Affective Disorders*, 318, 331-337. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.047>
- McIntyre R.S., Alsuwaidan M., Baune B.T., Berk M., Demyttenaere K., Goldberg J.E., Gorwood P., Ho R., Kasper S., Kennedy S.H., Ly-Uson J., Mansur R.B., McAllister-Williams R.H., Murrrough J.W., Nemeroff C.B., Nierenberg A.A., Rosenblat J.D., Sanacora G., Schatzberg A.F., Shelton R., Stahl S.M., Trivedi M.H., Vieta E., Vinberg M., Williams N., Young A.H., & 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>
- McIntyre, R. S., Rosenblat, J. D., Nemeroff, C. B., Sanacora, G., Murrrough, J. W., Berk, M., Brietzke, E., Dodd, S., Gorwood, P., Ho, R., Iosifescu, D. V., Lopez Jaramillo, C., Kasper, S., Kratiuk, K., Lee, J. G., Lee, Y., Lui, L. M. W., Mansur, R. B., Papakostas, G. I., Subramaniapillai, M., Thase, M., Vieta, E., Young, A. H., Zarate, C. A. Jr, & Stahl, S. (2021). Synthesizing the Evidence for Ketamine and Esketamine in Treatment-Resistant Depression: An International Expert Opinion on the Available Evidence and Implementation. *The American journal of psychiatry*, 178(5), 383-399. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20081251>
- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 134, 382-389. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
- Providence Care Hospital. (s.f.). *Ketamine*. Último acceso: 31 de marzo de 2025. <https://providencecare.ca/services-referrals/ketamine/>
- Short, B., Fong, J., Galvez, V., Shelker, W., Loo, C. K. (2018). Side-effects associated with ketamine use in depression: a systematic review. *Lancet Psychiatry*, 5(1):65-78. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30272-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30272-9)
- Souza-Marques, B., Santos-Lima, C., Araújo-de-Freitas, L., Vieira, F., Jesus-Nunes, A. P., Quarantini, L. C., & Sampaio, A. S. (2021). Neurocognitive Effects of Ketamine and Esketamine for Treatment-Resistant Major Depressive Disorder: A Systematic Review. *Harvard review of psychiatry*, 29(5), 340-350. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000312>
- 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: Recommendations Du Groupe De Travail Du Réseau Canadien Pour Les Traitements De L'humeur Et De L'anxiété (Canmat) Concernant L'utilisation De La Kétamine Racémique Chez Les Adultes Souffrant De Trouble Dépressif Majeur. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 66(2), 113-125. <https://doi.org/10.1177/0706743720970860>.

Población joven con queja cognitiva: performance neuropsicológica y síntomas neuropsiquiátricos

Young population with cognitive complaint: neuropsychological performance and neuropsychiatric symptoms

Florencia Deschle¹, Sofía Caporale², María Cecilia Moreno³, Cecilia Verónica Cervino⁴, María Laura Saglio⁵, Guillermo Pablo Povedano⁶, Waleska Berrios⁷

<https://doi.org/10.53680/vertex.v36i168.833>

Resumen

Introducción: la categoría de los Trastornos neurocognitivos (TNC), también llamados Demencias, incluye a aquellos trastornos en los que el déficit clínico principal es la falla en una o más funciones cognitivas y que son adquiridos. La Demencia de Inicio Temprano (DIT) se define como un TNC mayor que comienza antes de los 65 años, con diversas causas etiológicas y un impacto significativo en los costos de salud y calidad de vida familiar. Los síntomas neuropsiquiátricos, como la depresión y la ansiedad, pueden ser causas no neurodegenerativas de deterioro y quejas cognitivas. Este estudio se enfoca en describir el rendimiento en la Evaluación Neurocognitiva (ENC) y la presencia de depresión, ansiedad, y otros síntomas neuropsiquiátricos en jóvenes que consultan por quejas cognitivas en un servicio de neurología. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo, retrospectivo basado en informes de ENC de pacientes jóvenes (≤ 64 años) que consultaron por quejas cognitivas entre junio de 2018 y diciembre de 2022. Se excluyeron pacientes con antecedentes de trastornos del neurodesarrollo. Los informes clasificaron a los pacientes en categorías basadas en su rendimiento cognitivo y la afectación en actividades de la vida diaria. Además, se recopilaron datos demográficos, antecedentes neurológicos y psiquiátricos, y se utilizaron escalas para evaluar síntomas neuropsiquiátricos. **Resultados:** de las 214 ENC, 54.21 % resultaron normales, mientras que las restantes mostraron diversos grados de deterioro cognitivo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de depresión o ansiedad entre los grupos con ENC normal y patológica. Sin embargo, el 84 % de los casos presentó síntomas neuropsiquiátricos según informes de familiares, siendo la depresión y la ansiedad los más reportados. **Conclusiones:** en más de la mitad de la muestra se obtuvo un rendimiento cognitivo normal y en el resto algún grado de deterioro cognitivo. Se detectó una alta frecuencia de síntomas neuropsiquiátricos. Se subraya la importancia de una ENC completa y la detección de síntomas neuropsiquiátricos para una intervención temprana en pacientes jóvenes.

Palabras clave: queja cognitiva, trastorno neurocognitivo, demencia, síntomas neuropsiquiátricos

RECIBIDO 11/5/2024 - ACEPTADO 3/8/2024

¹Médica especialista en Neurología y en Neuropsicología clínica. Médica de planta del Complejo médico Hospitalario Churruca Visca. Médica de planta del Centro de Neurología Cognitiva Hospital Británico de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-6939-455X>

²Médica especialista en Neurología. Jefa de residentes del Servicio de Neurología del Complejo médico Hospitalario Churruca Visca. Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0007-2733-4333>

³Licenciada en Psicología especialista en Neuropsicología clínica. <https://orcid.org/0009-0007-8994-3767>

⁴Doctora en Psicología especialista en Neuropsicología clínica. Psicóloga de planta del Complejo médico Hospitalario Churruca Visca. Buenos Aires, Argentina. Neuropsicóloga de planta Instituto FLENI. <https://orcid.org/0000-0003-2098-3422>

⁵Licenciada en Psicología especialista en Neuropsicología clínica. Psicóloga de planta del Complejo médico Hospitalario Churruca Visca. Neuropsicóloga en Instituto de Investigaciones Médicas Lanari. Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0000-7836-0282>

⁶Médico especialista en Neurología. Jefe del Servicio de Neurología del Complejo Médico Hospitalario Churruca Visca. Médico de planta de Sección Neurología vascular del instituto FLENI. <https://orcid.org/0000-0002-1816-4789>

⁷Médica especialista en Neurología. Médica de planta del Complejo médico Hospitalario Churruca Visca. Médica asociada de la Sección Trastornos de Memoria y Conducta del Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-0119-7074>

Autora correspondiente

Florencia Deschle

florenciadeschle@gmail.com

Lugar de realización del estudio: Complejo Médico Churruca Visca, Buenos Aires, Argentina.



Abstract

Introduction: Neurocognitive Disorders (NCD), also called Dementia, includes those disorders in which the main clinical deficit is failure in one or more cognitive functions and which are acquired. Early Onset Dementia (EOD) is defined as major NCD that begins before age 65, with diverse etiological causes and a significant impact on health costs and family quality of life. Neuropsychiatric symptoms, such as depression and anxiety, may be non-neurodegenerative causes of cognitive impairment and complaints. This study focuses on describing the performance in the Neurocognitive Assessment (NCA) and the presence of depression, anxiety, and other neuropsychiatric symptoms in young people who consult for cognitive complaints in a neurology service. **Materials and methods:** descriptive, retrospective study based on Cognitive Tests reports from young patients (≤ 64 years) who consulted for cognitive complaints between June 2018 and December 2022. Patients with a history of neurodevelopmental disorders were excluded. We classified patients into categories based on their cognitive performance and impairment in activities of daily living. Additionally, demographic data, neurological and psychiatric history were collected, and scales were used to assess neuropsychiatric symptoms. **Results:** of the 214 Cognitive Tests reports, 54.21 % were normal, while the remaining showed cognitive impairment. No statistically significant differences were found in the presence of depression or anxiety between the groups with normal and pathological NCD. However, 84 % of cases presented neuropsychiatric symptoms according to family reports, with depression and anxiety being the most reported. **Conclusions:** normal cognitive performance was obtained in more than half of the sample and some degree of cognitive impairment in the rest. A high frequency of neuropsychiatric symptoms was detected. The importance of a complete NCA and the detection of neuropsychiatric symptoms for early intervention in young patients is highlight.

Keywords: cognitive complaint, neurocognitive disorder, dementia, neuropsychiatric symptoms

Introducción

La categoría de los trastornos neurocognitivos mayores (TNCM), también llamados demencias, incluye a aquellos trastornos en los que el déficit clínico principal es la falla en una o más funciones cognitivas y que son adquiridos. Aunque los déficits cognitivos están presentes en muchos trastornos mentales, sólo se han incluido en la categoría de los Trastornos Neurocognitivos (TNC) los trastornos cuyas características esenciales son cognitivas. Los TNC son aquellos en los que la disfunción cognitiva no ha estado presente desde el nacimiento o la infancia temprana y, por tanto, representa un declive desde un nivel de funcionamiento adquirido previamente (DSM 5).

Según la clasificación del DSM 5, el término “demencia” se conserva para mantener la continuidad y puede utilizarse en aquellos ámbitos en los que médicos y pacientes estén acostumbrados a este término. Aunque “demencia” es el término utilizado habitualmente para trastornos como las demencias degenerativas que suelen afectar a las personas mayores, el término “trastorno neurocognitivo” se utiliza ampliamente y a menudo se prefiere para los trastornos que afectan a sujetos más jóvenes, como la disfunción secundaria a un traumatismo cerebral o a la infección por el VIH. Además, la definición de “TNC Mayor” es

algo más amplia que la del término “demencia”, ya que los individuos con un declive sustancial en un único dominio pueden recibir este diagnóstico (DSM 5).

La “Demencia de Inicio Temprano” (DIT) es definida entonces como un Trastorno neurocognitivo mayor que se inicia antes de los 65 años de edad. Puede presentar diferentes causas etiológicas (Chiari et al., 2021) y suele generar gran impacto familiar, aumentando los gastos en salud y los años de vida perdidos por enfermedad (Fatima K, Mehendale AM, et al. 2022).

Según distintas series, la prevalencia de los TNC Mayor de inicio temprano varía entre 38 y 420 casos cada 100000 habitantes de entre 30 y 64 años, siendo su incidencia de entre 2.4 y 22.6 nuevos casos cada 100000 habitantes cada año (Chiari et al., 2021).

Comparada con los casos de TNC Mayor de inicio tardío, el porcentaje de TNC de inicio temprano atribuibles a etiología neurodegenerativa constituye un número menor (Fatima K, Mehendale AM, et al. 2022), pero aún así la Enfermedad de Alzheimer continúa siendo la causa más prevalente (15 %-40 %) (Chiari et al., 2020; Fatima & Mehendale, 2022). En el grupo de pacientes con edad menor a 45 años la EA presenta una prevalencia mucho menor, siendo la mayoría debidos a casos familiares autosómicos dominantes, que son extremadamente raros, constituyendo menos del 1 % de los casos de EA (Alzheimer's

Association, 2024). Entre otras causas degenerativas, la Enfermedad de Huntington y la Demencia Frontotemporal (FTD) son más prevalentes en población joven (Fatima & Mehendale, 2022).

El TNC de inicio temprano es frecuentemente secundario a otras causas (aproximadamente 20%), entre ellas Esclerosis Múltiple, relacionado al alcohol (5 %- 10 %) y/o abuso de sustancias, debido a enfermedad por Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH), traumatismo de cráneo, y otras causas metabólicas, neoplásicas, virales e inmunológicas (Fatima & Mehendale, 2022), pasibles de tratamiento específico, mostrando una buena evolución si éste se inicia en forma precoz.

Los síntomas neuropsiquiátricos como depresión y ansiedad son algunas causas no neurodegenerativas de deterioro y queja cognitiva. El inicio de la queja cognitiva a partir de un factor desencadenante emocional, ausencia de progresión a lo largo del tiempo e inicio abrupto, son signos y síntomas que nos orientan hacia etiología psiquiátrica primaria antes que hacia patología neurodegenerativa (Fatima & Mehendale, 2022). Asimismo, los trastornos neurocognitivos se asocian con síntomas psiquiátricos como ansiedad, depresión y cambios conductuales. La presencia de depresión persistente en muchos casos de TNC de inicio temprano es frecuente, y sabemos que es un cuadro que en muchos casos precede al inicio de las fallas cognitivas tanto en población añosa como en joven. En esta última población, la presencia de depresión sería aún más frecuente (Rosness et al., 2010).

El objetivo del presente trabajo es describir el rendimiento en la Evaluación Neurocognitiva (ENC) y la presencia de depresión, ansiedad y síntomas neuropsiquiátricos en nuestra población joven que consulta por queja cognitiva a la Sección de Neurología de nuestro Hospital, en contexto de los antecedentes médicos reportados en cada caso.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisó una base de datos codificada y se seleccionó a pacientes jóvenes (edad ≤ 64 años) que consultaron al Servicio de Neurología por queja cognitiva en forma consecutiva durante el periodo de junio 2018 a diciembre 2022 y realizaron una Evaluación cognitiva completa. Se excluyeron aquellos casos con antecedentes de Trastornos del neurodesarrollo.

El protocolo de Evaluación cognitiva completa incluyó el MoCA, el Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT), Memoria Lógica, Trail Making Test

A (TMT A) y B (TMT B), Test de denominación de Boston, Dígitos (Wais IV), FAB, Figura Compleja de Rey-Osterrieth, Fluencia Verbal Semántica (FS) y Fonológica (FF), Digito-Símbolo (Wais IV) Test Del Reloj. Según el resultado observado en la Evaluación Cognitiva, se clasificaron como “Normales” aquellos sujetos cuyo rendimiento se encontró dentro de valores esperados según baremos para edad y educación, “Deterioro cognitivo leve (DCL) no amnésico” si en el rendimiento se observó fallas en otros dominios diferentes a memoria y no se reportó impacto en actividades de la vida diaria (AVD), “DCL amnésico” si en el rendimiento se observó fallas en memoria y no se reportó impacto en actividades de la vida diaria (AVD), “Trastorno neurocognitivo mayor patrón cortical” en aquellos casos en los que hubo reporte de compromiso en AVD y cuyas fallas incluyeron memoria y lenguaje, y “otros perfiles” cuando los resultados no correspondieron a ninguna de las categorías descriptas.

Se relevaron datos demográficos, antecedentes neurológicos que pueden tener impacto cognitivo y psiquiátricos, escalas anímicas y conductuales. La presencia de síntomas ansiosos fue determinada mediante el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), y la presencia de síntomas depresivos según el Inventario de Depresión de Beck -II (BDI-II). Asimismo, se relevó el Inventario de síntomas Neuropsiquiátricos (NPI) en los casos en que estuvo disponible un acompañante.

Los datos fueron analizados mediante el programa Epi Info™ 7.3.2.1. Se realizó en análisis descriptivo para las variables cuantitativas expresándose como media con sus respectivos desvíos estándar, analizándose las variables cualitativas con la frecuencia absoluta (n) y relativa (%). En el caso de las variables cuantitativas se utilizó T de Student-Fisher para datos independientes. El análisis comparativo de más de dos variables se realizó mediante el análisis de Varianza (ANOVA). La comparación de variables cualitativas se realizó mediante el test de la Chi-cuadrado. El nivel de significación estadística se estableció para un p-valor $< 0,05$.

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Complejo Médico Churruca Visca.

Resultados

Se revisaron 214 Evaluaciones Neurocognitivas administradas a adultos menores de 65 años. El 59.81 % (n=128) fueron realizadas antes del inicio de la pandemia COVID-19 (hasta marzo 2020) mientras que el 40.47 % (n=87) fueron realizadas durante y posteriormente a la misma (desde abril 2020). El 66.82 %

(n=143) fueron varones, con una mediana de edad de 57 años (IQ 49-61).

Del total de las evaluaciones, un 54.21 % (n=116) arrojó un resultado normal, 34.58 % (n=74) Deterioro cognitivo leve (DCL) no amnésico, 6.07 % (n=13) DCL amnésico, 3.74 % (n=8) Trastorno neurocognitivo mayor patrón cortical y un 1.40 % (n=3) otros perfiles.

Entre los antecedentes médicos, el 74.18 % (n=158) no presentó ninguna enfermedad neurológica previa; 8.92 % (n=19) presentó antecedentes de ACV, 6.10 % (n=13) TEC, 3.29 % (n=7) presentó antecedentes de infección/tumor del SNC; 2.35 % (n=5) Enfermedad de Parkinson; 1.41 % (n=3) Epilepsia; 0.94 % (n=2) abuso de sustancias; y 2.82 % (n=6) otros. Con respecto a Enfermedades psiquiátricas previas, el 22.90 % (n=49) presentó algún antecedente.

Todos los pacientes con antecedente de epilepsia presentaron rendimiento deficitario en su evaluación neurocognitiva. En relación a los pacientes con antecedente de ACV, el 65 % (n=13), presentó rendimiento deficitario. Si analizamos el rendimiento de los pacientes con antecedentes de TEC, el 61.5 % (n=8) mostró fallas en la Evaluación Neurocognitiva; 85.7 % (n=6) de aquellos con antecedentes de lesión ocupantes de espacio (infección/tumor de SNC) también presentaron fallas cognitivas; 80 % de aquellos con Enfermedad de Parkinson; y 50 % de los que presentaban antecedentes de abuso de sustancias presentaron un rendimiento alterado en la Evaluación neurocognitiva.

Como esperable por tratarse de una población joven, dentro del total de pacientes con una Evaluación Neurocognitiva normal, solo el 15.52 % presentó algún antecedente neurológico previo, mientras que en el grupo con rendimiento patológico en la evaluación neurocognitiva, el número fue más del doble (38.78 %). Analizándolo de otra manera, en ambos subgrupos (ENC patológica vs normales) la mayor parte de los sujetos no presentaron antecedentes de enfermedad neurológica (61.2 % vs 84.48 % respectivamente).

En 168 casos se administraron Escalas de Ansiedad, encontrándose indicadores de presencia de la misma en un 53 % (n=89). En cuanto a las Escalas de Depresión, se administraron en 205 casos, con presencia de síntomas en el 34.15 % (n=70). El NPI fue administrado en 75 casos, encontrándose presencia de los mismos en el 84 % (n=63). Comparando los casos pre pandemia con los intra pandemia, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de síntomas ansiosos, depresivos o neuropsiquiátricos (NPI).

Cuando evaluamos la asociación entre presencia de Depresión (como variante dicotómica presente-ausente) prepandemia y pandemia, vemos que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (OR=0.92, IC 0.61-1.56, chi cuadrado $p=0.79$). Lo mismo sucede con la presencia de Ansiedad (OR=1, IC 0.55-1.84, chi cuadrado $p=0.99$). En relación a los síntomas anímicos recabados mediante el NPI, tampoco se observó diferencias de aumento de riesgo entre los grupos prepandemia y pandemia (OR=0.38, IC 0.11-1.35, chi cuadrado $p=0.13$).

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las medianas de edad de los grupos que fueron evaluados pre pandemia e intra pandemia ($p=0.33$).

El antecedente de enfermedad neurológica no aumentó el riesgo de depresión en nuestra población (OR 1.57, IC 0.83-2.97; Chi cuadrado 0,16), ni de ansiedad (*odds ratio* 0.7861, con un intervalo de confianza del 95 % de 0.3924 a 1.5747, Chi cuadrado 0,49).

Cuando analizamos el rendimiento en la Evaluación cognitiva de los pacientes con resultados normales, se encontró 80 individuos sin depresión y 55 individuos con depresión. Respecto al grupo con resultado alterado en la Evaluación Neurocognitiva, encontramos igual prevalencia de individuos sin y con depresión, encontrándose el 50 % de los participantes en cada grupo (n 35 en cada grupo). Los resultados del análisis indicaron que el *odds ratio* (OR) fue de 1.4545 con un intervalo de confianza del 95 % (IC) de 0.8137 a 2.6001. Esto sugiere que si bien pudo haber un ligero aumento del riesgo de rendimiento cognitivo deficitario en pacientes con depresión, no hubo una diferencia estadísticamente significativa en la presencia de depresión entre los grupos con ENC normal y patológica. En cuanto a las pruebas estadísticas, el chi-cuadrado mostró un valor de p de 0.2052, lo que sugiere que tampoco hubo diferencia significativa entre los grupos en términos de la presencia de depresión. Sin embargo, teniendo en cuenta que el tamaño de la muestra es relativamente pequeño, esto podría limitar la capacidad para detectar diferencias significativas.

En relación a la presencia de ansiedad, en el grupo con ENC normal se encontró 40 individuos sin ansiedad y 31 individuos con ansiedad. En el grupo con ENC patológica, 31 individuos sin ansiedad y 25 individuos con ansiedad. El *odds ratio* (OR) obtenido fue de 1.0951, con un intervalo de confianza del 95 % de 0.5857 a 2.0479. Esto indica que no hubo una asociación significativa entre la ansiedad y el TNP patológico. En cuanto a las pruebas estadísticas, el chi-cuadrado

mostró un valor de p de 0.7, lo que sugiere que tampoco hubo diferencia significativa entre los grupos.

Al dividir a la población según rendimiento cognitivo en G1= normal y G2=DCL/Demencia, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la presencia de síntomas depresivos o ansiosos. Respecto a los antecedentes neurológicos, la mayor parte de los sujetos no presentó ninguno, presentando el G1 una prevalencia de 84.48 %, y el G2, de 61.22 %.

Al observar los síntomas reportados por familiares en el NPI, encontramos que la escala pudo ser completada por el 34 % de los familiares (n 75). El bajo porcentaje de realización de este cuestionario podría ser explicado porque al tratarse de población joven en muchos casos concurren solos a la consulta, y en parte porque un gran grupo de participantes fueron evaluados durante la pandemia COVID 19 donde debía cumplirse el aislamiento social obligatorio. Sin embargo, al analizar la información aportada por familiares o acompañantes de los sujetos que esgrimían queja cognitiva, pudimos observar un reporte de sintomatología neuropsiquiátrica en un 84 % de casos, tratándose en su mayoría de pacientes con rendimiento normal en la Evaluación cognitiva (26 %) o con un patrón de DCL no Amnésico (41 %). Si analizamos cuáles fueron los síntomas más reportados, 32 familiares reportaron síntomas de depresión, coincidente con la autopercepción de solo 7 pacientes; 28 familiares reportaron ansiedad, coincidente con lo percibido por 16 pacientes, datos que podrían hablarnos de cierto grado de anosognosia.

En el presente estudio encontramos un rendimiento deficitario en la Evaluación Neurocognitiva (ENC) en el 45 % de los pacientes menores de 65 años. Es importante destacar que en la totalidad de los sujetos el motivo principal de consulta fue la queja cognitiva.

En relación a los síntomas neuropsiquiátricos, cuando analizamos la prevalencia de depresión, encontramos que ésta fue menor a la hallada en la literatura internacional, donde distintos autores han reportado aproximadamente el 65 % (Rosness TA, Lage Barca M, et al. 2010). Más allá de que la presencia de depresión en nuestra población haya sido menor a la reportada en otros estudios, al igual que en el citado de Rosness, no encontramos relación significativa con el grado de deterioro cognitivo. Esto podría deberse a distintos factores, entre ellos a la metodología de evaluación de los síntomas y a los criterios de inclusión de los pacientes. Por otro lado, habría que considerar si no se debe a un sesgo por el limitado tamaño de la muestra.

Cuando analizamos la prevalencia de ansiedad, encontramos indicadores de la misma en más de la mitad de los sujetos, aunque no encontramos diferencias significativas entre grupos en función de su estado cognitivo.

Encontramos una muy alta prevalencia de síntomas neuropsiquiátricos, si bien la escala pudo ser realizada a un pequeño porcentaje de acompañantes, la franca mayoría de ellos (84 %) manifestaron observar distintos signos y síntomas en los pacientes, que llamativamente fueron inconsistentes con los síntomas reportados por ellos mismos.

Discusión

Las manifestaciones clínicas observadas en los pacientes con Demencia de inicio temprano suelen ser diferentes a aquellas observadas en pacientes con inicio tardío, donde según distintos autores (Fatima & Mehendale, 2022) se incluirían cambios de comportamiento y depresión, además de algunos síntomas físicos que en el presente trabajo no fueron pesquisados (trastornos de la marcha, crisis comiciales, alteraciones visuales, neuropatía periférica).

La presencia de síntomas anímicos persistentes, principalmente depresión, está presente precozmente en una alta proporción de pacientes que evolucionan luego a un Trastorno neurocognitivo (Rosness et al., 2010). En algunos casos, lo que inicialmente se diagnostica como depresión resulta ser retraimiento social y apatía debido al deterioro de funciones ejecutivas del lóbulo frontal (Fatima & Mehendale, 2022). Los trastornos de la personalidad y el comportamiento, tales como apatía, tendencia al aislamiento, conductas obsesivas, comportamiento sexual inadecuado y trastornos de la conducta alimentarias, son síntomas iniciales típicos en muchas Demencias de inicio temprano. Los cambios suelen producirse lentamente y en contexto de distintos cambios vitales (menopausia, estrés laboral, problemas familiares) por lo que podrían atribuirse a éstos, pasando inadvertido el deterioro cognitivo, en muchos casos potencialmente reversible (Fatima & Mehendale, 2022). Asimismo, cuando el inicio de los síntomas psicóticos aparece a edades más tardías (más de 40 años), el riesgo de evolucionar hacia un Trastorno neurocognitivo sería mayor (Kørner et al., 2009). Por estos motivos la pesquisa de síntomas neuropsiquiátricos toma especial relevancia, entendiendo que un diagnóstico precoz redundaría en un eventual tratamiento de causas reversibles, evitando la evolución a la Demencia de inicio temprano.

Dentro de las limitaciones de nuestro estudio, el acotado número de familiares que respondió el Inventario de síntomas Neuropsiquiátricos podría sesgar los resultados. Esto limitó el tamaño muestral, ya que es probable que nos encontremos ante un sesgo de selección y que sólo hayan completado las escalas los familiares de los pacientes más sintomáticos, que requieren más asistencia y supervisión incluso para concurrir a la consulta. Asimismo, es importante destacar que, dado que parte del estudio fue tomado de evaluaciones realizadas durante la pandemia COVID 19, la posibilidad de acompañamiento y asistencia se veía limitada y afectada, por lo que muchos pacientes no pudieron concurrir acompañados pese a indicación explícita de hacerlo. Del mismo modo, la cantidad total de pacientes que completaron las escalas de Depresión y ansiedad no constituyeron la totalidad de la muestra, quizás por subestimar sus síntomas anímicos, o por no jerarquizar la importancia de brindar esta información. Podríamos plantear como posible solución a este problema para estudios futuros, la importancia de que tanto pacientes como sus familiares reciban información detallada por parte de los profesionales, de la necesidad de completar las escalas administradas.

Conclusiones

Este estudio permitió conocer las características de la población joven que consultó al Servicio de Neurología por queja cognitiva. Se obtuvo un porcentaje considerable de deterioro cognitivo/demencia (45 %) así como de sintomatología ansiosa (53 %) y depresiva (34 %), y un altísimo reporte de síntomas neuropsiquiátricos por parte de los familiares. La pesquisa de antecedentes neurológicos con impacto cognitivo es asimismo relevante en este grupo etario para considerar potencial causalidad e iniciar precozmente un tratamiento específico.

En esta población no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de síntomas depresivos o ansiosos según rendimiento cognitivo ni según periodo de evaluación considerando la pandemia COVID-19.

El presente trabajo muestra la importancia de la realización de una Evaluación cognitiva completa junto con una correcta pesquisa de síntomas neuropsiquiátricos a través de escalas autoadministradas y del reporte de familiares en la población joven, ya que existen muchas causas potencialmente tratables y reversibles de Demencia de inicio temprano. Se resalta así la relevancia de detectar tanto el deterioro cognitivo como los síntomas anímicos en pacientes jóvenes para una adecuada intervención.

Conflicto de intereses: los autores declaran no presentar conflicto de intereses en relación con este artículo.

Referencias bibliográficas

- Alzheimer's Association. <https://www.alz.org/> Último acceso: 25 de abril de 2024.
- APA. (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-5). APA.
- Bosi, M., Malavolti, M., Garuti, C., Tondelli, M., Marchesi, C., Vinceti, M., Filippini, T. (2022). Environmental and lifestyle risk factors for early-onset dementia: a systematic review. *Acta Biomed*, 16; 93(6) :e2022336. <https://doi.org/10.23750/abm.v93i6.13279>
- Chiari, A., Vinceti, G., Adani, G., Tondelli, M., Galli, C., Fiondella, L., Costa, M., Molinari, M. A., Filippini, T., Zamboni, G., Vinceti, M. (2021). Epidemiology of early onset dementia and its clinical presentations in the province of Modena, Italy. *Alzheimer's Dement*, 17: 81–88. <https://doi.org/10.1002/alz.12177>
- Fatima, K., Mehendale, A. M., Reddy, H. (2022). Young-Onset Dementia and Neurodegenerative Disorders of the Young's With an Emphasis on Clinical Manifestations. *Cureus*, 14(10):e30025 <https://doi.org/10.7759/cureus.30025>
- Kørner, A., Lopez, A. G., Lauritzen, L., Andersen, P. K., & Kessing, L. V. (2009). Late and very-late first-contact schizophrenia and the risk of dementia-a nationwide register based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(1), 61–67. <https://doi.org/10.1002/gps.2075>
- Rosness, T. A., Barca, M. L., & Engedal, K. (2010). Occurrence of depression and its correlates in early onset dementia patients. *International journal of geriatric psychiatry*, 25(7), 704–711. <https://doi.org/10.1002/gps.2411>

Uso de psicofármacos para el tratamiento de ansiedad durante el aislamiento por COVID-19 en mujeres detenidas en Santa Fe en 2020

Use of Psychopharmaceuticals for Treating Anxiety During COVID-19 isolation in Detained Women in Santa Fe in 2020

M. Virginia Canto¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v36i168.834>

Resumen

Introducción: En este estudio retrospectivo se investiga la realización de tratamientos psicofarmacológicos para ansiedad en mujeres privadas de la libertad durante el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) en la pandemia por COVID-19, en la Unidad Penal N° IV de la ciudad de Santa Fe, Argentina, desde enero a junio de 2020. Se plantea caracterizar el perfil de uso de psicofármacos y evaluar si hubo variaciones durante el ASPO en comparación con el período pre pandemia. **Objetivos:** El objetivo de esta investigación es analizar mediante una revisión documental de las historias clínicas desde una perspectiva cuantitativa basada en los datos existentes sobre la prescripción de psicofármacos. **Método:** Se propone un enfoque descriptivo y comparativo para describir el perfil de síntomas de ansiedad en mujeres encarceladas en la ciudad de Santa Fe, durante el periodo mencionado. El impacto potencial del ASPO en la salud mental de las mujeres detenidas, justifica la investigación. **Resultados:** Los resultados revelan un aumento en el número de tratamientos durante el ASPO, con un 29% de las mujeres detenidas presentando síntomas de ansiedad que requirieron tratamiento psicofarmacológico. La ansiedad reactiva, fue la principal causa de prescripción, tanto antes como durante el ASPO. Además, se observó una variación significativa en el uso de psicofármacos, en donde se utilizaron antipsicóticos de perfil sedativo en combinación, para el tratamiento. **Conclusiones:** Estos hallazgos respaldan la hipótesis de que existe una relación entre el ASPO, la presencia de síntomas de ansiedad y el aumento en la realización de tratamientos psicofarmacológicos en mujeres detenidas durante la pandemia por COVID-19 en Santa Fe. Se concluye entonces que los objetivos planteados se alcanzaron, proporcionando una comprensión más profunda, de la relación entre el ASPO y el uso de psicofármacos para el tratamiento de la ansiedad en la población estudiada.

Palabras clave: pandemia, mujeres, cárceles, ansiedad, psicofármacos

Abstract

Introduction: This study investigates the implementation of psychopharmacological treatments for anxiety in incarcerated women during the Preventive and Mandatory Social Isolation (PMSI) in the COVID-19 pandemic, in the Penal Unit No. IV of the city of Santa Fe, from January to June 2020. **Objective:** The objective of this research is to characterize the profile of psychopharmacological use and to evaluate if there were variations during the PMSI compared to the pre-pandemic period and analyze through a documentary review of clinical histories from a quantitative perspective based on existing data on the prescription of psychotropic drugs. **Method:** A descriptive and comparative

RECIBIDO 29/5/2024 - ACEPTADO 21/8/2024

¹Médica Psiquiatra, Máster en Neuropsicofarmacología. Subsecretaría Provincial de Salud Mental, Ministerio de Salud, Santa Fe, Argentina.

Correspondencia

virginiacanto@gmail.com

Institución en la que se realizó el estudio: Unidad Penitenciaria N°4 de la ciudad de Santa Fe, Argentina.



approach is proposed to describe the profile of anxiety symptoms in incarcerated women in the city of Santa Fe during the mentioned period. The potential impact of the PMSI on the mental health of detained women justifies the research. Results: The results reveal an increase in the number of treatments during the PMSI, with 29% of detained women presenting anxiety symptoms that required psychopharmacological treatment. Reactive anxiety was the main reason for prescription, both before and during the PMSI. In addition, a significant variation in the use of psychotropic drugs was observed, where sedative-profile antipsychotics were used in combination for treatment. Conclusion: These findings support the hypothesis that there is a relationship between the PMSI, the presence of anxiety symptoms, and the increase in the implementation of psychopharmacological treatments in detained women during the COVID-19 pandemic in Santa Fe, Argentina.

Keywords: *pandemic, women, prisons, anxiety, psychopharmaceuticals*

Introducción

En diciembre de 2019 la Organización Mundial de la Salud informó por primera vez el brote de lo que se definió posteriormente como la pandemia por COVID-19. Localizó el mismo en Wuhan, ciudad ubicada en el centro de la República Popular China, aproximadamente a 800 km de Shanghái.

Para entonces en Argentina, los medios de prensa informaban y/o mostraban la construcción de hospitales de campaña para la atención de miles de pacientes en dicha ciudad y alrededores, creyendo que la distancia del lugar de origen y el clima, se encontraban en verano en ese momento, serían suficiente para evitar la propagación del virus.

El 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró a la epidemia por COVID-19 una emergencia de salud pública de interés internacional. El 11 de marzo, en Ginebra, su Director General, el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunció el inicio de la pandemia (OMS, 2020).

El 19 de marzo, el presidente de la Nación Argentina Alberto Fernández, en acuerdo general de ministros, dicta el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 297/2020 en el cual se dispone el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) de manera transitoria en principio hasta el 31 de marzo y que finalmente se extendió, con diferentes características, hasta el 31 de enero de 2021 en todo el territorio de la República Argentina. Dicha medida decretaba la permanencia en el lugar de residencia sin acudir al lugar de trabajo ni desplazarse a excepción del aprovisionamiento de artículos de necesidad básica como alimentos, medicamentos y artículos de limpieza. Quedando exceptuados el personal afectado a las actividades y servicios declarados esenciales durante la emergencia (Boletín Oficial de la República Argentina, 2020).

Se considera relevante destacar que, cualquier medida de aislamiento, puede tener un impacto relevante en la vida de los sujetos, y más precisamente en la salud mental de los mismos.

En relación a los antecedentes utilizados para esta investigación, cabe destacar al respecto del informe “Mujeres en prisión en Argentina: causas, condiciones y consecuencias”, realizado por la Defensoría General de la República Argentina en conjunto con la Escuela de Leyes de la Universidad de Chicago en el año 2013, que el mismo coincide en la importancia de los vínculos familiares para mujeres en situación de detención, pero no se refiere específicamente a la pandemia.

En lo que concierne al estudio realizado en Ecuador, llevado a cabo en 2016, por V. G. Andrade Ortiz en su tesis de maestría de psicología clínica, este propone, el estudio de los trastornos de ansiedad en mujeres adultas privadas de la libertad en la ciudad de Guayaquil. Focaliza su trabajo en establecer un perfil clínico de las detenidas, y no se refiere al tratamiento recibido para los mismos como se realiza en esta investigación. Por lo que esto supone, una contribución de esta investigación, que amplía los planes de acción posibles ante el hallazgo de ansiedad en mujeres detenidas.

En cuanto a los antecedentes encontrados, L. J. Sánchez y A. R. Gauna de la UNC, publican un artículo en donde proponen de manera descriptiva, mostrar las condiciones de detención en las cárceles frente a las recomendaciones de los organismos de derechos humanos de Argentina en el contexto de la pandemia durante el 2020, en la Provincia de Córdoba. Este artículo analiza, al igual que esta investigación, cuestiones inherentes a la pandemia. Priorizando en detalle las condiciones de habitabilidad en las cárceles, como factor de riesgo. Deja por fuera la evaluación de condiciones específicas sintomáticas, en torno a la salud mental que se produjeron durante este período específico.

En el Informe Anual 2020 de la Procuración Penitenciaria de la Nación, publicado por el Senado de la Nación el 28 de mayo de 2021, se advierte la situación de los derechos humanos en las cárceles federales de la Argentina, y las deficiencias en los tratamientos de problemáticas de salud no asociados al COVID-19, reducción y casi suspensión de traslados de internos a hospitales exceptuando situaciones de urgencia y reducción de la atención médica en prisiones.

Es de interés en este trabajo, evaluar el efecto del aislamiento en la Unidad Penal N° IV de la ciudad de Santa Fe, población especialmente vulnerable ante la pandemia del COVID-19.

Materiales y métodos

Esta investigación es un estudio retrospectivo que se encuentra enmarcado en un diseño transeccional correlacional. Proyecta también un alcance descriptivo y comparativo para caracterizar el perfil sintomático de ansiedad presente en mujeres privadas de la libertad en la ciudad de Santa Fe, durante el periodo pre ASPO y ASPO.

Pretende evaluar a través de una investigación documental exploratoria e informativa de las historias clínicas, los elementos desde un enfoque cuantitativo sustentado en los datos presentes en cuanto a la prescripción de psicofármacos y los motivos de dicha prescripción.

Cabe aclarar que en el presente estudio se han tomado todas las medidas necesarias para asegurar la protección de la privacidad de las detenidas. No se ha recolectado información personal de las internas procedentes de las historias clínicas, y se ha garantizado que todos los datos utilizados cumplen con la normativa vigente sobre protección de datos personales, incluyendo el principio de habeas data.

Para este trabajo la muestra incluyó a las mujeres que se hallaban reclusas en el penal antes de la pandemia y continuaron reclusas durante la pandemia (hasta el mes de junio inclusive). La unidad contaba, al inicio del periodo definido para evaluar, con 64 mujeres; 3 de éstas gozaron del beneficio de prisión domiciliaria ante el decreto del 20 de marzo; y 2 de las detenidas accedieron a la libertad condicional debido al cumplimiento de los $\frac{2}{3}$ de la pena y conducta ejemplar. Por lo cual quedaron excluidas de la muestra.

Del total de la muestra definitiva, las 59 mujeres detenidas que permanecieron allí, 8 fueron trasladadas en algún momento del cumplimiento de la pena

a la UN°5 de la ciudad de Rosario, por lo que no se accedieron a los registros correspondientes. Consecuentemente, fueron incluidas dentro de un grupo indeterminado, pero como parte total de la muestra.

El registro fue realizado por el personal del Servicio Médico del área de Sanidad de la Unidad N° IV que se encontraba cumpliendo sus funciones allí durante ese periodo. Para ello se solicitó el permiso pertinente para la revisión de Historias Clínicas a la Dirección General del Servicio Penitenciario de la Provincia de Santa Fe, pedido que fue debidamente aprobado.

Resultados

Análisis de datos

En primer lugar, se identificaron la presencia o ausencia de tratamientos psicofarmacológicos administrados ante síntomas de ansiedad registrados en historias clínicas. Se focalizó en los periodos pre ASPO, desde el 1 de enero al 19 de marzo de 2020, en donde se registró si existían antecedentes de ansiedad y de qué tipo, y si se realizó tratamiento farmacológico para el mismo. Posteriormente, se hizo lo pertinente teniendo en cuenta el inicio del periodo de ASPO y los siguientes 3 meses de registro, desde el 20 de marzo hasta el 30 de junio de 2020.

En segundo lugar, se determinó qué fármacos fueron utilizados, especificando el grupo al que pertenecen y cuáles de cada grupo y por qué motivos fueron administrados en el caso de que hubiera un diagnóstico preciso.

Para finalizar, se realizó la comparación de ambos periodos y si hubo modificaciones en el uso de psicofármacos.

Resultados

Según los datos expuestos en la *Tabla 1*, del total de detenidas, 38 no realizaron tratamiento psicofarmacológico para síntomas de ansiedad, 13 realizaron tratamiento y 8 se encontraron dentro del grupo indeterminado. En ningún caso se incluyeron tratamientos o entrevistas psicológicas por irregularidad de las mismas, ni tratamientos psicofarmacológicos por otros trastornos presentes, debido a que excede el alcance de la presente investigación.

En la *Tabla 2* se evidencia que, del total de detenidas, 34 no realizaron tratamiento psicofarmacológico para síntomas de ansiedad, se contabilizaron 4 nuevos tratamientos que se suman a las 13 que ya recibían tratamiento, llevando el total a 17, y 8 se encontraron dentro del grupo indeterminado.

Tabla 1. Distribución del tratamiento psicofarmacológico pre ASPO. UPN IV, n=59

Distribución	n	%
Sin tratamiento p/ansiedad	38	64 %
Con tratamiento p/ansiedad	13	22 %
Indeterminada	8	14 %

Nota: UPN4= Unidad Penitenciaria N° 4.

Tabla 2. Distribución del tratamiento psicofarmacológico durante el ASPO. UPN IV, n=59

Situación	n	%
Sin tratamiento para ansiedad	34	58 %
Con tratamiento para ansiedad	17	29 %
Indeterminado	8	13 %

Nota: UPN4= Unidad Penitenciaria N° 4.

Es preciso entonces determinar que el 29 % de la población femenina detenida en la Unidad Penitenciaria N° IV presentó algún síntoma o trastorno de ansiedad que requirió tratamiento psicofarmacológico durante el período de ASPO y que, además, esto implicó no solo el aumento porcentual de tratamientos realizados, sino también la modificación del perfil de las nuevas indicaciones.

En cuanto a los motivos de administración de psicofármacos en respuesta a ansiedad, podemos referir que de los 13 tratamientos instaurados el 54 % (7) de los mismos se debieron a ansiedad reactiva. Si bien ésta no representa un trastorno de ansiedad en sí mismo, responde generalmente a la situación de estrés que supone el encierro, no sólo por la privación de la libertad, que en muchos casos se presenta acompañada de la incertidumbre por la situación procesal, sino también por las condiciones de detención y por lo que ocurre fuera de la unidad, prevaleciendo las relaciones familiares y la preocupación por la vida de los hijos.

Del resto de los tratamientos realizados, 3 corres-

Tabla 3. Motivos para la prescripción de psicofármacos antes del ASPO. UPN IV, n=13

Motivos/diagnósticos	n	%
Ansiedad reactiva	7	54 %
T. de ansiedad no especificado	3	23 %
Ansiedad secundaria a policonsumo	1	7 %
T. de ansiedad generalizado	1	8 %
Otros	1	8 %

Nota: UPN4= Unidad Penitenciaria N° 4.

Tabla 4. Motivos por los que fueron prescritos durante el ASPO. UPN IV, n=17

Motivo/ diagnóstico	n	%
Ansiedad reactiva	10	59 %
T. de ansiedad no especificado	3	17 %
Ansiedad secundaria a policonsumo	1	6 %
Ataque de pánico	1	6 %
T. de ansiedad generalizada	1	6 %
Otros	1	6 %

Nota: UPN4= Unidad Penitenciaria N° 4.

ponden a tratamientos por trastornos de ansiedad no especificados, y los otros 3, a ansiedad secundaria a policonsumo, trastorno de ansiedad generalizado y a otras causas, en partes iguales, lo que de ninguna manera excluye que la ansiedad reactiva pueda formar parte de la clínica de estos trastornos definidos.

En relación a los motivos de administración de psicofármacos en respuesta a ansiedad, podemos referir que de los 17 tratamientos instaurados el 59 % (10) de los mismos se debieron a ansiedad reactiva. Fundamentalmente a partir del ASPO la prohibición de la visita presencial, no así de las llamadas telefónicas, expuso reacciones emocionales vinculadas a la profundización de la soledad.

Los conflictos y situaciones de salud intrafamiliares, el miedo a factores desconocidos que suponía la pandemia, sumado por supuesto a las condiciones de detención, ya detalladas y claramente no favorables, en lo que a una situación de emergencia sanitaria respecta.

Del resto de los tratamientos, 3 corresponden a trastorno de ansiedad no especificados, y los otros; 1 a ansiedad secundaria a policonsumo, 1 a trastorno de ansiedad generalizado, 1 a otras causas. Al mismo tiempo, se presentó 1 episodio de ataque de pánico en una paciente que ya realizaba tratamiento.

Dentro de la distribución de los psicofármacos ansiolíticos administrados durante el período pre ASPO (Tabla 5), 10 de los tratamientos incluyeron el uso de benzodiazepinas como tratamiento único y solo 3 el uso de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Se-

Tabla 5. Psicofármacos prescritos antes del ASPO. UPN IV, n=13

Grupo	n	%
BZP	10	77 %
ISRS + BZP	3	23 %

Nota: UPN4=Unidad Penitenciaria N° 4.

ISRS: Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina. BZP: benzodiazepinas.

rotonina (ISRS) en combinación con una benzodiacepina, llevando entonces a determinar que el 100 % de los casos fueron tratados con ansiolíticos benzodiacepínicos. Es importante aclarar en este sentido que todos estos tratamientos se prolongaron durante el tiempo de evaluación que incluye esta investigación.

De acuerdo a la distribución de los psicofármacos elegidos para los tratamientos, se evidencia una clara preferencia por la administración de clonazepam, en comparación con el resto de los tratamientos, totalizando 9, ya sea de manera individual o en combinación con un ISRS (*ver Figura 1*). Del total se puede desprender que solo se eligen otras benzodiacepinas de manera aislada, habiendo solo 2 tratamientos con alprazolam (1 en combinación con fluoxetina), 1 tratamiento con diazepam y 1 tratamiento con lorazepam, en ningún caso es explicado en las historias clínicas la elección de preferencia por uno u otro. De los ISRS utilizados en 3 de los tratamientos en combinación, sólo puede referirse que en la unidad solo se cuentan como opción la sertralina y la fluoxetina y que el tratamiento que incluye escitalopram, es controlado por un psiquiatra de manera particular, al que asiste la interna. Existe una limitación propia del sistema ante la posibilidad de elección de un tratamiento debido a la disponibilidad de un vademecum limitado. Más allá de este aspecto, puede inferirse que la elección de un ISRS para el tiempo en el que se extendieron los tratamientos sería la más adecuada, quizás ante una buena evaluación diagnóstica.

Dentro de la distribución de los psicofármacos ansiolíticos administrados durante el período del ASPO (*ver Tabla 6*), 11 de los tratamientos incluyeron el uso

Tabla 6. Psicofármacos prescritos durante el ASPO UPN4: n=17

Psicofármacos/Tratamientos	n	%
BDZ	11	64 %
ISRS + BDZ	2	12 %
ISRS + BDZ + Levomepromazina	2	12 %
BDZ + Levomepromazina	2	12 %

Nota: UPN4= Unidad Penitenciaria N° 4.

de benzodiacepinas como tratamiento único, 2 el uso de ISRS en combinación con una benzodiacepina, 2 el uso de ISRS junto con una benzodiacepina y levomepromazina y 2 en donde se eligieron benzodiacepinas en combinación con levomepromazina, llevando entonces a determinar que el 100 % de los casos fueron tratados con ansiolíticos benzodiacepínicos solos o en combinación.

Se destaca, además de las combinaciones, la adición de un antipsicótico típico de perfil sedativo en el uso de los síntomas de ansiedad. Al respecto de lo antedicho, las indicaciones de levomepromazina como elección para combinación de los tratamientos, respondió en todos los casos a una indicación del médico psiquiatra. Es importante aclarar en este sentido, que todos estos tratamientos se prolongaron durante el tiempo de evaluación que incluye esta investigación.

Se detallan a continuación los tratamientos empleados en detalle: 6 pacientes en tratamiento con clonazepam, 2 pacientes en tratamiento con diazepam, indicados por el médico de guardia, 2 pacientes en tratamiento con lorazepam, 1 con alprazolam y 6 tratamientos en combinación. A los 2 que realizaban con isrs + bdz se suma levomepromazina, a 2 que se encontraban solo con bdz se adiciona levomepromazina y a 1 paciente que solo estaba medicada con clonazepam se le suma fluoxetina, indicación que realiza el psiquiatra también, cuando sucede su crisis de pánico.

Con respecto a los tratamientos administrados durante el ASPO (*ver Tabla 7*), se identificaron un total de 17 tratamientos; 4 tratamientos nuevos en comparación con el periodo pre-ASPO.

Del total, 10 tratamientos continuaron igual, totalizando el 59 %, el 18 % (3) sufrió modificaciones y se registraron 4 nuevos tratamientos ya nombrados. Esto permite ver en primera instancia un aumento de los tratamientos necesarios en este período en comparación al anterior de casi ¼ de los mismos, con modificaciones necesarias en los esquemas de algunas pacientes que ya realizaban tratamiento.

Figura 1. Psicofármacos prescritos antes del ASPO

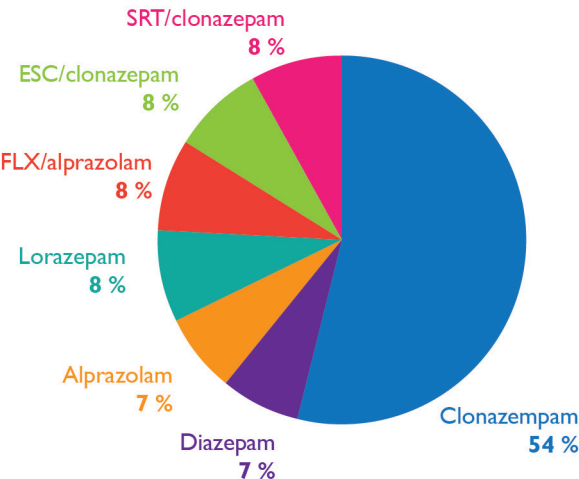


Figura 2. Tratamientos prescritos durante el ASPO

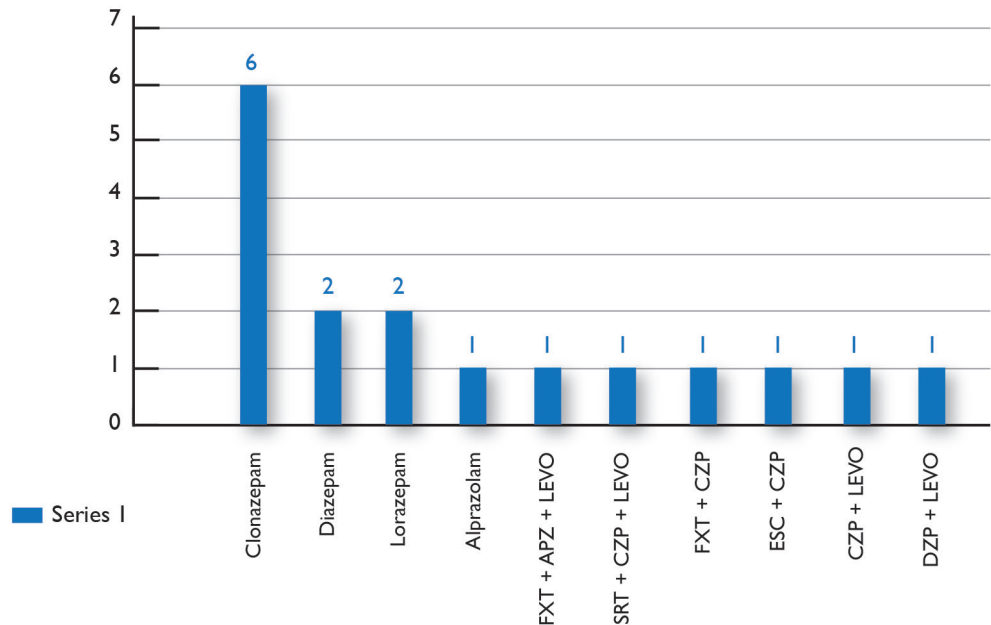


Tabla 7. Tratamientos durante el ASPO con respecto al periodo pre ASPO. UPN4: n=17

Tratamientos	n	%
Continúan igual	10	59 %
Continúan c/modificaciones	3	18 %
Nuevos	4	23 %

Nota: UPN4= Unidad Penitenciaria N° 4.

Discusión

En conformidad con los resultados encontrados en la investigación, se ha caracterizado el perfil de uso de psicofármacos evidenciando una clara preferencia por la utilización de las benzodiazepinas por sobre otros fármacos, entre ellas principalmente, de clonazepam, que fueron utilizadas en la totalidad de las indicaciones en ambos períodos. Al mismo tiempo no ha sido significativo en cuanto a la comparación, pero si se han utilizado ISRS, como segunda alternativa. La principal diferencia en cuanto a ambos períodos, radica en que durante el ASPO se ha utilizado la levomepromazina en combinación ante síntomas de ansiedad reactiva en pacientes que ya realizaban tratamiento. Esta situación, conduce a inferir que dentro del vademécum con el que se cuenta, este antipsicótico es el elegido en la mayoría de las situaciones en donde son insuficientes los tratamientos con benzodiazepinas a dosis elevadas para reducir la ansiedad, al mismo tiempo, que en muchas situaciones el insomnio forma parte de la clínica.

Al respecto de los motivos encontrados, es clara la ansiedad reactiva como principal diagnóstico en ambos períodos, que justifica los tratamientos administrados, encontrándose un aumento en el porcentaje de los mismos durante el ASPO. De lo mencionado en esta tesis, la prohibición de la visita presencial, fue un condicionante fundamental ante la sintomatología a manera de crisis. La soledad en contexto de encierro, se profundizó ante lo inédito de la situación. Esto permite establecer una relación entre la instalación de la pandemia y la consecuente medida de aislamiento administrada, con el impacto en la salud mental de la población detenida.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante destacar las implicancias prácticas que podría tener la utilización de este trabajo de investigación. En primer lugar, en relación a la necesidad de revisión de los diagnósticos de manera longitudinal, en cuanto a variables propias de la evolución y la consecuente adecuación de los tratamientos en función de evaluaciones minuciosas que reduzcan la necesidad de los mismos a largo plazo en mujeres detenidas.

En segundo lugar, incluir seguimientos psicológicos regulares y estrategias terapéuticas grupales, que aporten una condición de identificación propia de la realidad que cada una de las detenidas vivencia y que permita trabajar para la prevención de las crisis sintomáticas.

Por último, la ampliación del vademécum en situaciones excepcionales de acuerdo a necesidades clínicas específicas debería ser considerada.

La pandemia dejó como aprendizaje la necesidad de protocolizar intervenciones, para garantizar un lenguaje común e intervenciones precisas. La salud mental no queda por fuera de estas necesidades. Si bien, ésta es una investigación que incluye una muestra significativa, las limitaciones se encuentran fundamentalmente ligadas a la accesibilidad de los registros, como fue la imposibilidad de acceder a la totalidad de las historias clínicas. Al mismo tiempo, no considera otras cuestiones diagnósticas más allá de los síntomas de ansiedad, lo que deja por fuera cuál fue el escenario completo en ese momento.

El hecho de realizar esta investigación luego de casi 4 años del inicio de la pandemia, si bien permite evidenciar cuestiones inherentes a lo que sucedió y logra delimitar un perfil en cuanto a los diagnósticos y tratamientos de ansiedad propios de la situación vivida; no evalúa en profundidad cada una de las condiciones que estas mujeres vivieron en lo particular.

Cabe suponer ante lo expuesto, que quizás no exista nuevamente en el corto plazo, una situación similar que posibilite la profundización de este análisis, pero sí permitirá continuar estableciendo cuál es el perfil de las mujeres detenidas en cuanto a la salud mental de las mismas. La posibilidad de establecer la prevalencia de determinadas situaciones de salud mental en las unidades de detención podría definir nuevas líneas de investigación al respecto que garanticen luego, la racionalización en el uso de psicofármacos y la eficacia de intervenciones terapéuticas de toda índole.

Conclusiones

Con respecto al objetivo general, se concluye que se ha caracterizado el perfil de uso de psicofármacos antes y durante el ASPO, observando un aumento en el número de tratamientos durante el ASPO en comparación con el periodo pre-ASPO. Se evidencia una prevalencia significativa de síntomas o trastornos de ansiedad, que requirieron tratamiento psicofarmacológico durante el ASPO, lo que sugiere, una variación en la necesidad de tratamiento durante la pandemia.

A partir de los objetivos específicos planteados en origen se observó que durante el ASPO, el 29 % de las mujeres detenidas en la U4 presentaron síntomas o trastornos de ansiedad que requirieron tratamiento psicofarmacológico, lo que indica una explícita aparición y modificación de estos síntomas durante la pandemia.

Del mismo modo, se identificaron también los motivos por los cuales se prescribieron psicofármacos, siendo la ansiedad reactiva la causa principal de prescripción tanto antes como durante el ASPO.

Por otra parte, se realizó la comparación del uso de psicofármacos entre los periodos pre-ASPO y durante el ASPO, comprobando un aumento en el número de tratamientos durante el ASPO en comparación con el periodo pre-ASPO. Al profundizar en la modificación de la prescripción en ambos periodos, se comprobó la utilización de benzodiazepinas solas o en combinación en la totalidad de los tratamientos establecidos, y la utilización de un antipsicótico típico como la levomepromazina, de perfil sedativo, durante el ASPO, no habiéndose utilizado en el periodo previo.

En resumen, los datos de la investigación respaldan los objetivos generales y específicos planteados, ya que proporcionan información relevante sobre el perfil de uso de psicofármacos en respuesta a síntomas de ansiedad durante la pandemia por COVID-19 y el ASPO en mujeres privadas de libertad en la U4 de la ciudad de Santa Fe.

Con respecto a la hipótesis planteada, los resultados obtenidos muestran una correlación entre el ASPO y la presencia de síntomas de ansiedad, así como el aumento en el uso de psicofármacos durante este periodo. La proporción de mujeres detenidas que requirieron tratamiento psicofarmacológico para síntomas de ansiedad aumentó, en comparación con el periodo pre-ASPO, lo que respalda la hipótesis planteada. En síntesis:

1. se evidencia un aumento en la prevalencia de síntomas/trastornos de ansiedad durante el ASPO en mujeres privadas de libertad en la U4 de la ciudad de Santa Fe,
2. la ansiedad reactiva fue la causa principal de prescripción de psicofármacos ansiolíticos tanto antes como durante el ASPO,
3. hubo una variación significativa en el uso de psicofármacos ansiolíticos entre los periodos pre-ASPO y durante el ASPO, con un aumento en el número de tratamientos durante este último.

Los hallazgos sugieren que el contexto de la pandemia y el ASPO, tuvieron un impacto significativo en la salud mental de esta población y en la necesidad de intervenciones farmacológicas para abordar los síntomas de ansiedad.

Finalmente, se concluye que esta investigación propicia la posibilidad de ampliar el perfil de las mujeres detenidas en cuanto a su salud mental, establecer líneas de tratamiento en continua revisión para la población estudiada y la necesidad de continuar el estudio del impacto del encierro como condicionante clínico promotor de patologías que deterioran la salud mental de las mujeres privadas de la libertad.

Conflicto de intereses: la autora declara no tener conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

- Andrade Ortiz, V. G. (2016/09). *Perfil sintomático de los trastornos de ansiedad y su relación con los determinantes psicosociales frecuentes en mujeres adultas privadas de libertad en la ciudad de Guayaquil*. [Tesis de maestría en psicología clínica]. Universidad de Guayaquil. <https://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/13181>
- APA (2014). Trastornos de Ansiedad. En *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- Boletín Oficial. Decreto 297/2020. *Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio*. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>
- Cornell Law School's. Defensoría General de la Nación de la República Argentina. University of Chicago. (2013). *Mujeres en prisión en Argentina: causas, condiciones y consecuencias*. [archivo PDF] <https://www.mdp.gov.ar/uploads/documentos/mujeresprision.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación*. [archivo PDF]. <https://www.icmujeres.gob.mx/wpcontent/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2020/3/11). Noticias: *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- Procuración Penitenciaria de la Nación. (2021). *Informe Anual 2020: la situación de los Derechos Humanos en las cárceles federales de Argentina*. <https://www.ppn.gov.ar/pdf/publicaciones/Informe-anual-2020.pdf>
- Sánchez, L. J. (2021). *Cartografía de la pandemia en las cárceles. La situación de los derechos humanos de las personas privadas de su libertad en Córdoba, Argentina*. 2021. <http://hdl.handle.net/11086/20200>
- Servicio Público Provincial de Defensa Penal. (2014). *Informe del monitoreo de lugares de detención penitenciarios de la provincia de Santa Fe*. <https://www.defensasantafe.gob.ar/instucional/monitoreo-lugares-detencion/informe-carceles-2014.pdf>
- Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena. (2021). *Informe Nacional SNEEP 2020*. <https://www.argentina.gob.ar/justicia/politica-criminal/estadisticas/sneep>

Frecuencia de síntomas obsesivo-compulsivos (SOC) en estudiantes de Medicina y su posible asociación con antecedentes de faringitis a repetición

Frequency of obsessive-compulsive symptoms (OCS) in medical students and their possible association with a history of repeated pharyngitis

Juan Manuel Duarte¹, Osvaldo Juan Ponzo², Marcelo Fabián Garro³, Francisco José Appiani⁴

<https://doi.org/10.53680/vertex.v36i168.835>

Resumen

Introducción: el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se caracteriza por obsesiones y compulsiones relacionadas, con una prevalencia en la población general del 2,5 % y un predominio en hombres (3:1). A pesar de la existencia de numerosas hipótesis, su etiología es desconocida. Este estudio exploró la frecuencia de SOC entre estudiantes de Medicina de segundo año de la Universidad de Buenos Aires e investigó su posible asociación con antecedentes de faringitis a repetición. **Materiales y métodos:** este estudio involucró a una muestra de 494 estudiantes de Fisiología y Biofísica del año 2023. Los participantes completaron cuestionarios autoadministrados que evaluaban datos demográficos, historia clínica y el cuestionario DOCS para la evaluación del TOC. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, y se realizaron análisis estadísticos que incluyeron chi-cuadrado, razón de posibilidades y regresión logística multivariante utilizando IBM® SPSS®. **Resultados:** entre los 494 participantes analizados, la frecuencia de síntomas obsesivos-compulsivos (SOC) fue del 26,92 %. El análisis bivariado reveló asociaciones de SOC con el género, el dolor de garganta recurrente en la infancia y el dolor de garganta recurrente en la adultez. El análisis multivariado confirmó la asociación entre SOC y el dolor de garganta recurrente en la adultez, desafiando la noción de que el PANDAS se manifiesta principalmente durante la infancia. **Conclusión:** este estudio sugiere un posible vínculo entre el TOC mediado por el sistema inmunitario y las infecciones estreptocócicas repetidas en la adultez, lo que enfatiza la necesidad de realizar más investigaciones sobre anticuerpos específicos e intervenciones terapéuticas. Estos hallazgos abren caminos para estudios más amplios y enfocados para validar estos resultados y explorar nuevas estrategias terapéuticas.

Palabras clave: trastorno obsesivo-compulsivo, infección estreptocócica, faringitis, estudiantes de Medicina, estudios transversales

RECIBIDO 31/5/2024 - ACEPTADO 3/7/2024

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

²Doctor en Medicina. Profesor Titular Unidad Académica 2, Departamento de Ciencias Fisiológicas, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0003-2034-2457>

³Médico. Unidad Neuropsicofarmacología, Departamento de Salud Mental, Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0003-3750-1055>

⁴Médico Psiquiatra, Profesor Adjunto de Psiquiatría. Departamento de Salud Mental, Hospital de Clínicas "José de San Martín". Universidad de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0003-3581-4373>

Autor correspondiente:

Juan Manuel Duarte
jduarte@fmed.uba.ar

Institución donde se realizó la Investigación: Cátedra de Fisiología y Biofísica. Departamento de Ciencias Fisiológicas, Unidad Académica 2, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires; División Neuropsicofarmacología, Departamento de Salud Mental, Hospital de Clínicas "José de San Martín". Universidad de Buenos Aires.



Abstract

Introduction: *obsessive-compulsive disorder (OCD) is characterized by obsessions and related compulsions, with a prevalence of 2.5 % in the general population and a predominance in men (3:1). Despite numerous hypotheses, its aetiology remains unknown. This study explored the frequency of obsessive-compulsive symptoms (OCS) among second-year medical students at the University of Buenos Aires, and investigated its possible association with a history of repeated pharyngitis.* **Materials and methods:** *this study involved a sample of 494 Physiology and Biophysics students from 2023. The participants completed self-administered questionnaires assessing demographic data, medical history, and the DOCS questionnaire for the assessment of OCD. Inclusion and exclusion criteria were applied, and statistical analyses including chi-square, odds ratio, and multivariate logistic regression were performed using IBM SPSS®.* **Results:** *among the 494 participants analyzed, the frequency of OCS was 26.92 %. Bivariate analysis revealed associations between SOC and gender, recurrent sore throat in childhood, and recurrent sore throat in adulthood. Multivariate analysis confirmed the association between SOC and recurrent sore throat in adulthood, challenging the notion that PANDAS manifests primarily during childhood.* **Conclusion:** *this study suggests a possible link between immune-mediated OCD and repeated streptococcal infections in adulthood, emphasizing the need for further research on specific antibodies and therapeutic interventions. These findings open avenues for larger, more focused studies to validate these results and explore new therapeutic strategies.*

Keywords: *obsessive-compulsive disorder, streptococcal infection, pharyngitis, medical students, cross-sectional studies*

Introducción

El TOC se caracteriza por obsesiones y compulsiones relacionadas. La prevalencia de este trastorno en la población general es del 2,5 % con un predominio en hombres (3:1). Suele tratarse con ISRS; sin embargo, en un 30-40 % de los casos, la respuesta a estos tratamientos es insuficiente o nula (Pittenger, & Bloch, 2014).

En estudiantes de Medicina, diferentes estudios han reportado tasas de prevalencia del SOC entre 3,8 % (Rojas Larre, 2018) y 64 % (Torres et al., 2016), y durante la pandemia de COVID-19 entre 30,3 % (Taher et al., 2021) y 43 % (Nahidi et al., 2023).

Su etiología es desconocida, y muchas hipótesis vinculan este trastorno con traumas psíquicos, desequilibrio de neurotransmisores, mal funcionamiento de circuitos neuronales, alteraciones genéticas y reacciones inmunológicas. Aunque las relaciones exactas entre el TOC y los procesos inmunitarios aún no están claras, muchos investigadores han asociado el TOC con infecciones estreptocócicas, especialmente durante la infancia (Lafleur et al., 2011; Baumgartner, & Grozdanovic, 1998; Ting, & Feng, 2011; Pauls, 2010; Marazziti, Mucci, & Fontenelle, 2018).

Los trastornos neuropsiquiátricos autoinmunitarios pediátricos asociados con el síndrome de infección por estreptococo hemolítico beta del grupo A (PANDAS) se describieron por primera vez en 1998 al analizar a 50 niños con trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno de tics asociado con una infección por estreptococo

co hemolítico beta del grupo A. También se asocia con otras anomalías neurológicas (hiperactividad, impulsividad, distracciones) (Swedo et al., 1998).

Si bien el PANDAS se ha descrito en pacientes pediátricos, existen algunos informes de casos y estudios pequeños de pacientes con este síndrome en la edad adulta. En la descripción original, el evento desencadenante inicial correspondía a una infección estreptocócica, pero las exacerbaciones pueden corresponder a otras infecciones virales o bacterianas o a inflamación no infecciosa. Este síndrome es causado por la presencia de anticuerpos antineuronales, que reaccionan contra los ganglios basales a través de mimetismo molecular con antígenos estreptocócicos (Swedo et al., 1998).

Varios estudios han evaluado la presencia de anticuerpos contra los ganglios basales en adultos con trastorno obsesivo-compulsivo, con resultados variables y contradictorios (Marazziti, Mucci, & Fontenelle, 2018; Navarro Trujillo, 2018; Edwards et al., 2004; Black, Lamke, & Walinokis, 1998).

El objetivo principal de este estudio fue determinar la asociación entre la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos y el dolor de garganta recurrente en la edad adulta en una muestra de estudiantes de Medicina de segundo año.

El objetivo secundario fue determinar la frecuencia de los síntomas obsesivo-compulsivos y la asociación entre estos síntomas y antecedentes de angina recurrente durante la infancia en esta población.

Materiales y métodos

Población

Estudiantes de todos los géneros matriculados en la materia Fisiología y Biofísica en la Unidad Académica II del Departamento de Ciencias Fisiológicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires durante el año 2023.

Criterios de inclusión

Estudiantes de todos los géneros que cursen la materia Fisiología y Biofísica durante el año 2023.

Criterios de exclusión

Aquellos que no den su consentimiento para responder las preguntas de este trabajo. Aquellos que no respondan el 80 % del cuestionario. Aquellos que reporten antecedentes de consumo de cocaína, éxtasis o PACO. Aquellos con antecedentes de diabetes, enfermedades reumáticas, cáncer, infección por VIH, enfermedad celíaca, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, esclerosis múltiple, enfermedad tiroidea o con tratamiento crónico con corticoides o inmunomoduladores. Trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia u otros trastornos psicóticos.

Los cuestionarios autoadministrados se enviaron de forma virtual. Los resultados se analizaron en la División de Neurofarmacología del Hospital de Clínicas "José de San Martín".

Este proyecto se llevó a cabo bajo las normas éticas que rigen la investigación en seres humanos de acuerdo con la Ley Nacional de Protección de Datos Personales N° 25326 (Ley de Habeas Data) y la última versión de la Declaración de Helsinki (Fortaleza 2013). El proyecto se realizó con la aprobación del Comité de Ética del Hospital de Clínicas "José de San Martín" (número de autorización 1184/23). Los participantes debían completar un formulario de consentimiento informado diseñado para este propósito.

Cálculo del tamaño muestral: 266 para un intervalo de confianza del 95 %, tomando un valor teórico de prevalencia del 30 %

(<https://openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>).

Cuestionarios

Los participantes debían responder los siguientes cuestionarios:

Cuestionario demográfico: Se les preguntó a los participantes sobre género, edad en años, antecedentes de enfermedades crónicas, si estaban recibiendo tratamiento con corticoides o fármacos inmunomo-

duladores, antecedentes de consumo de sustancias (cocaína, éxtasis), si estaban recibiendo tratamiento psiquiátrico actual (por depresión, trastorno bipolar o psicosis), antecedentes de faringitis recurrente en la infancia, faringitis recurrente actual, antecedentes de tics o tratamiento para trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia.

Si bien el PANDAS puede presentarse con un solo episodio de infección estreptocócica, el historial de infecciones repetidas aumentaría la posibilidad de detectar el síndrome (Reddy, & Pal, 2007). Debido a esta situación, se utilizaron los criterios para faringitis recurrente en adultos y niños.

Los criterios para la faringitis recurrente en adultos se definen como:

- Tres o más episodios en cuatro meses.
- Cuatro episodios en 12 meses (Menculini et al., 2021).

Los criterios para la faringitis recurrente en la infancia se definieron como:

- Seis o más episodios por año.
- Tres o más episodios en seis meses.
- Tres o más ataques de dolor de garganta por año, a pesar del tratamiento médico adecuado (Rojas Larre, 2018; Torres et al., 2016).

Cuestionario DOCS: Se utilizó el cuestionario DOCS para evaluar el grado de afectación en trastornos obsesivo-compulsivos (Abramowitz et al., 2010) (validado en español (López-Solá, et al., 2014).

La escala tiene un alfa de Cronbach del 93 % (altamente confiable) y un puntaje de corte de 18 puntos es apropiado para la distinción entre trastorno obsesivo-compulsivo y adultos no clínicos (Abramowitz et al., 2010).

La frecuencia se evaluó según la siguiente fórmula: $\text{número de estudiantes con una puntuación DOCS} \geq 18 / \text{total de estudiantes encuestados} \times 100$.

Se estimó la X^2 y la razón de posibilidades, el valor p y el intervalo de confianza del 95 % para la variable "puntuación DOCS ≥ 18 puntos" en relación con las siguientes cuatro variables: presencia de dolor de garganta recurrente en la edad adulta, antecedentes de dolor de garganta recurrente durante la infancia, antecedentes de tics durante la infancia e historial de trastorno por déficit de atención e hiperactividad tratado durante la infancia.

Se realizaron análisis bivariados y multivariados para determinar la asociación entre las variables independientes y del estudio.

Análisis estadístico

Se utilizó el programa IBM® SPSS® para Mac®, versión 26, para realizar estos cálculos.

Resultados

Los resultados del análisis de las muestras se muestran en la *Tabla 1*.

Tabla 1

Género	Edad promedio (mínimo-máximo)
Femenino	22 (19-56)
Masculino	23 (20-62)
No binario	24.50 (24-25)
No especificado	23 (20-30)

No se observaron diferencias significativas en cuanto a la edad. Estadística de Kruskal-Wallis 2.827, p: 0.419.

Un total de 206 participantes que cumplían con alguno de los criterios de exclusión fueron descartados. Por lo tanto, se analizaron los resultados de los 494 participantes restantes. De acuerdo con el cuestionario DOCS, la frecuencia de síntomas obsesivo-compulsivos (puntaje total ≥ 18 puntos) fue del 26,92 % (n = 133).

Análisis bivariado

1. Asociación entre "género" y "presencia de SOC según la escala DOCS". En este caso, como solo hubo dos participantes con género "no binario" y 2 participantes con género "sin especificar", se excluyeron de este análisis estadístico:

Tabla 2. Asociación entre género y presencia de SOC

Género	Sin SOC	SOC	Total
Femenino	240 (70.6 %)	100 (29.4 %)	340
Masculino	120 (79.5 %)	31 (20.5 %)	151

Nota: X²=4.217, p:0.04

2. Asociación entre "faringitis recurrente en la infancia" y "SOC"

Tabla 3

Faringitis recurrente en la infancia	Sin SOC	SOC	Total
No	262 (77.1 %)	78 (22.9 %)	340
Sí	100 (64.3 %)	55 (35.7 %)	155

Nota: X²=8.789, p:0.003

3. Asociación entre "faringitis recurrente en la adultez" y "TOC"

Tabla 4. Asociación entre faringitis recurrente en la adultez y TOC

Faringitis recurrente en la infancia	Sin SOC	SOC	Total
No	305 (76.44 %)	94 (23.56%)	399
Sí	56 (58.33 %)	40 (41.67%)	96

Nota: X²= 13.165, p<0.0001

4.- Análisis multivariado: regresión logística binaria (ver tabla 5)

Discusión

A pesar de décadas de investigación, la etiología de las patologías psiquiátricas primarias no ha sido dilucidada. Se han propuesto causas inflamatorias, genéticas, neurobiológicas y ambientales; sin embargo, hasta la fecha, ninguna ha sido confirmada (Menculini et al., 2021).

Este estudio se basa en las consecuencias de una condición pediátrica llamada "PANDAS".

"PANDAS" es la abreviatura de Trastornos Neuropsiquiátricos Autoinmunitarios Pediátricos Asociados con Infecciones por Estreptococo. Este síndrome se caracteriza por el desarrollo agudo de síntomas del espectro obsesivo-compulsivo después de una infección por estreptococo, como faringitis o escarlatina (Swedo et al., 1998; López-Solá et al., 2014). La hipótesis de este estudio fue determinar si las infecciones estreptocócicas repetidas, tanto en la infancia como en la edad adulta, están asociadas con la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos en adultos jóvenes. Dado que el PANDAS es una condición infradiagnosticada, se consideró apropiado evaluar directamente el historial de dolor de garganta recurrente en lugar del historial de diagnóstico de PANDAS. Si bien el PANDAS puede presentarse con un solo episodio de infección estreptocócica, se evaluó a los encuestados con antecedentes de infecciones repetidas para aumentar la posibilidad de detectar su asociación con la presencia de los SOC (Hutanu et al., 2022).

La novedad de esta investigación radica en que analiza las consecuencias de la infección pediátrica en adultos, así como la posibilidad de que pueda desarrollarse "de novo" tras infecciones en adultos. Este es un tema no resuelto y poco estudiado, aunque existen informes de casos que sugieren que esto puede ocurrir (Wald et al., 2023).

Tabla 5. Análisis multivariado: regresión logística binaria

Variable	Coefficiente B	p-valor	OR (Razón de probabilidades)	IC 95 %
Género	-0.365	0.127	0.695	0.435-1.109
Faringitis recurrente en la infancia	0.335	0.147	1.398	0.889-2.199
Faringitis recurrente en la adultez	0.697	0.007	2.008	1.212-3.319

Entre los hallazgos de esta investigación, el análisis bivariado de esta población mostró que existía una asociación entre el antecedente de faringitis recurrente en la infancia y la presencia de SOC en la edad adulta. También se observó que existe una asociación entre la presencia de dolor de garganta recurrente en la edad adulta y la presencia de SOC. Sin embargo, el análisis multivariado descartó la asociación entre la infección repetida en la infancia, pero confirmó la asociación entre la infección repetida en la edad adulta y la presencia de SOC. Este hallazgo permite hacer algunas consideraciones al respecto.

El PANDAS generalmente se manifiesta desde los 3 años hasta la pubertad. Las reacciones a las infecciones estreptocócicas se consideran raras después de los 12 años, aunque pueden ocurrir con poca frecuencia entre los adolescentes. El consenso actual es que es probable que alguien experimente estos síntomas neuropsiquiátricos secundario a dolor de garganta recurrente por primera vez en la edad adulta; sin embargo, este tema no se ha evaluado sistemáticamente, salvo por algunos informes de casos o estudios retrospectivos pequeños (Reddy & Pal, 2007; Prato et al., 2021; Kulumani Mahavedan et al., 2023; Deshmukh, Mane & Singh, 2022; Bodner, Morshed & Peterson, 2001).

Aunque los datos son escasos, el TOC se ha relacionado con enfermedades inmunológicas como el lupus y los trastornos de la tiroides. Por lo tanto, los resultados de este estudio son de gran interés y abren la puerta a estudios posteriores para determinar el vínculo entre la reacción inmunológica a la infección estreptocócica y el desarrollo del trastorno obsesivo-compulsivo. En este punto, se abrirían otras líneas de investigación, como la detección de anticuerpos específicos relacionados con este trastorno y estrategias terapéuticas, como la plasmaféresis o la inmunoterapia (Navarro Trujillo, 2018).

La relación entre la infección estreptocócica y el TOC puede estar mediada por anticuerpos que reaccionan de forma cruzada con el *Streptococcus* y el SNC, similar a lo que ocurre en la corea de Sydenham. Se especula que el daño generado por estos anticuerpos en los ganglios basales (más específicamente en el caudado) podría ser la base etiopatogénica del TOC

(Morer et al., 2005; Bloch et al., 2006; Adams et al., 2018). Un estudio anatomopatológico realizado en el cerebro de un paciente encontró que los linfocitos T CD4 y CD25 positivos pueden jugar un papel importante en la patogenia del PANDAS en adultos. La presencia de TOC también se ha relacionado con un aumento significativo de los niveles de quimiocinas plasmáticas (CCL3, CXCL8, sTNFR1 y sTNFR2) (Navarro Trujillo, 2018; Cabo López et al., 2010; Shephard et al., 2022).

Basándose en estudios realizados en un número reducido de casos, el TOC se puede clasificar en tres tipos: de inicio en la infancia (asociado con títulos altos de ASLO, una mayor frecuencia de antecedentes de trastornos de tics y amigdalitis en la infancia), de inicio tardío o de inicio en la edad adulta. Sin embargo, no se encontraron diferencias en los títulos de anticuerpos D8/17 (anticuerpo vinculado al PANDAS y la Corea de Sydenham) ni en otros parámetros autoinmunitarios (Nicholson et al., 2012).

Otro punto a considerar es que los pacientes refractarios al tratamiento podrían pertenecer al PANDAS. Se necesitan más estudios para determinar si este subgrupo tiene daño inflamatorio que lo haga resistente a los tratamientos farmacológicos y conductuales habituales (Morer et al., 2005).

En cuanto a las limitaciones de este estudio, se debe considerar que los datos se obtuvieron mediante cuestionarios autoadministrados validados, por lo tanto, no es prudente hablar de presencia de TOC, sino de presencia de síntomas obsesivo-compulsivos (SOC). A pesar de que los autores de la escala DOCS consideran que puede diagnosticar TOC, es posible que una escala autoadministrada podría generar un sesgo metodológico. Por lo tanto, en este trabajo, se considera a aquellos que tienen una puntuación posible en la escala como portadores de síntomas obsesivo-compulsivos (SOC) en lugar de TOC. Las entrevistas clínicas son el método más preciso para determinar patologías de salud mental.

Sin embargo, la población estudiada proviene de un grupo etario específico que también tiene una alta prevalencia de TOC. Otros factores, como el estrés ambiental, pueden influir en el empeoramiento de los

SOC. Es bien sabido que la población estudiada tiene una alta prevalencia de estrés ambiental (superior al 90 %) y de TOC (Torres et al., 2016; Taher et al., 2021; Bloch et al., 2006; Adams et al., 2018).

Por último, cabe señalar que el hecho de tener infecciones recurrentes no implica necesariamente el desarrollo de PANDAS, aunque se considera una condición común que puede tener una prevalencia de 1 de cada 200 niños en Estados Unidos (Sultan et al., 2021; Vogel, 2018). La infección puede aumentar la probabilidad de identificar personas que han padecido este síndrome, pero no lo determina específicamente.

En conclusión, de acuerdo con lo observado, este trabajo plantea la posibilidad de que los adultos podrían padecer de TOC mediado por el sistema inmunitario secundario a una infección estreptocócica; sin embargo, se deben realizar estudios más amplios y específicos.

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

Referencias bibliográficas

- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., Timpano, K. R., McGrath, P. B., Riemann, B. C., Adams, T., Björgvinsson, T., Storch, E. A., & Hale, L. R. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological assessment*, 22(1), 180–198. <https://doi.org/10.1037/a0018260>
- Adams, T. G., Kelmendi, B., Brake, C. A., Gruner, P., Badour, C. L., Pittenger, C. (2018). The role of stress in the pathogenesis and maintenance of obsessive-compulsive disorder. *Chronic Stress*, 2: 2470547018758043. <https://www.doi.org/10.1177/2470547018758043>
- Baumgarten, H. G., & Grodzanovic, Z. (1998). Role of serotonin in obsessive-compulsive disorder. *The British journal of psychiatry. Supplement*, (35), 13–20.
- Black, J. L., Lamke, G. T., & Walikonis, J. E. (1998). Serologic survey of adult patients with obsessive-compulsive disorder for neuron-specific and other autoantibodies. *Psychiatry research*, 81(3), 371–380. [https://doi.org/10.1016/s0165-1781\(98\)00120-6](https://doi.org/10.1016/s0165-1781(98)00120-6)
- Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Kelmendi, B., Coric, V., Bracken, M. B., & Leckman, J. F. (2006). A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Molecular psychiatry*, 11(7), 622–632. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001823>
- Bodner, S. M., Morshed, S. A., & Peterson, B. S. (2001). The question of PANDAS in adults. *Biological psychiatry*, 49(9), 807–810. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(00\)01127-6](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(00)01127-6)
- Cabo López I, García Ruiz Espiga P, Herranz Bárcenas A, Bustamante de Garnica I. (2010). PANDAS, variante del adulto. *Neurología*, 25(1): 63-65.
- Deshmukh, R. P., Mane, A.B., Singh, S. (2022). PANDAS in an Adult? : A Case Report. *Indian Journal of Private Psychiatry*, 16(1):44-45.
- Edwards, M. J., Dale, R. C., Church, A. J., Trikouli, E., Quinn, N. P., Lees, A. J., Giovannoni, G., & Bhatia, K. P. (2004). Adult-onset tic disorder, motor stereotypes, and behavioural disturbance associated with antibasal ganglia antibodies. *Movement disorders*, 19(10), 1190–1196. <https://doi.org/10.1002/mds.20126>
- Hutanu, A., Reddy, L. N., Mathew, J., Avanthika, C., Jhaveri, S., & Tumulala, N. (2022). Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated With Group A Streptococci: Etiopathology and Diagnostic Challenges. *Cureus*, 14(8), e27729. <https://doi.org/10.7759/cureus.27729>
- Kulamani Mahadevan, L. S., Murphy, M., Selenica, M., Latimer, E., & Harris, B. T. (2023). Clinicopathologic Characteristics of PANDAS in a Young Adult: A Case Report. *Developmental neuroscience*, 45(6), 335–341. <https://doi.org/10.1159/000534061>
- Lafleur, D. L., Petty, C., Mancuso, E., McCarthy, K., Biederman, J., Faro, A., Levy, H. C., & Geller, D. A. (2011). Traumatic events and obsessive compulsive disorder in children and adolescents: is there a link?. *Journal of anxiety disorders*, 25(4), 513–519. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.12.005>
- López-Solà, C., Gutiérrez, F., Alonso, P., Rosado, S., Taberner, J., Segalàs, C., Real, E., Menchón, J. M., & Fullana, M. A. (2014). Spanish version of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS): psychometric properties and relation to obsessive beliefs. *Comprehensive psychiatry*, 55(1), 206–214. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2013.08.015>
- Maina, G., Albert, U., Bogetto, F., Borghese, C., Berro, A. C., Mutani, R., Rossi, F., & Vigliani, M. C. (2009). Anti-brain antibodies in adult patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of affective disorders*, 116(3), 192–200. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.11.019>
- Marazziti, D., Mucci, F., & Fontenelle, L. F. (2018). Immune system and obsessive-compulsive disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 93, 39–44. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.04.013>
- Menculini, G., Chipi, E., Paolini Paoletti, F., Gaetani, L., Nigro, P., Simoni, S., Mancini, A., Tambasco, N., Di Filippo, M., Tortorella, A., & Parnetti, L. (2021). Insights into the Pathophysiology of Psychiatric Symptoms in Central Nervous System Disorders: Implications for Early and Differential Diagnosis. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(9), 4440. <https://doi.org/10.3390/ijms22094440>
- Morer, A., Viñas, O., Lázaro, L., Bosch, J., Toro, J., & Castro, J. (2005). D8/17 monoclonal antibody: an unclear neuropsychiatric marker. *Behavioural neurology*, 16(1), 1–8. <https://doi.org/10.1155/2005/795343>
- Nahidi, N., Mirza Hoseinzadeh Moghaddam, Z., Tabesh, H., Afshari Saleh, L., Rohani, F., & Shoib, S. (2024). Prevalence of obsessive-compulsive symptoms and their psychosocial correlates among medical students during COVID-19 pandemic. *International clinical psychopharmacology*, 39(3), 174–180. <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000476>
- Navarro Trujillo R. Association of inflammation markers in young adult patients with obsessive-compulsive disorder. En <https://www.divaportal.org/smash/get/divaz:1223966/FULLTEXT01.pdf&ved=zahUKewiYOP-SuuqX9AhUDrZUCHZHsASEQFnoECAGQAQ&usq=AOWawliFUP-CwX8R8-11GGcF> 176. 2018. Consultado el 9 de enero 2024.
- Nicholson, T. R., Ferdinando, S., Krishnaiah, R. B., Anhoury, S., Lennox, B. R., Mataix-Cols, D., Cleare, A., Veale, D. M., Drummond, L. M., Fineberg, N. A., Church, A. J., Giovannoni, G., & Heyman, I. (2012). Prevalence of anti-basal ganglia antibodies in adult obsessive-compulsive disorder: cross-sectional study. *The British journal of psychiatry*. 200(5), 381–386. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.092007>
- PANDAS—Questions and Answers <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/pandas#:~:text=PANDAS>. Consultado el 9 de enero, 2024.
- Pauls D. L. (2010). The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(2), 149–163. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.2/dpauls>
- Pittenger, C., & Bloch, M. H. (2014). Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 37(3), 375–391. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.05.006>
- Prato, A., Gulisano, M., Scerbo, M., Barone, R., Vicario, C. M., & Rizzo, R. (2021). Diagnostic Approach to Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated With Streptococcal Infections (PANDAS): A Narrative Review of Literature Data. *Frontiers in pediatrics*, 9, 746639. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.746639>

- Rea, I., Guido, C. A., & Spalice, A. (2021). Clinical Features in Patients With PANDAS/PANS and Therapeutic Approaches: A Retrospective Study. *Frontiers in neurology*, 12, 741176. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.741176>
- Rojas Larre, D. *Nivel de obsesiones y compulsiones en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Caaguazú en el 2018*. Trabajo de fin de grado. Consultado en 10 de octubre 2023. En: <https://repositorio.fmcunco.edu.py/xmlui/handle/123456789/17>
- Shephard, E., Batistuzzo, M. C., Hoexter, M. Q., Stern, E. R., Zuccolo, P. F., Ogawa, C. Y., Silva, R. M., Brunoni, A. R., Costa, D. L., Doretto, V., Saraiva, L., Cappi, C., Shavitt, R. G., Simpson, H. B., van den Heuvel, O. A., & Miguel, E. C. (2022). Neurocircuit models of obsessive-compulsive disorder: limitations and future directions for research. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*, 44(2), 187–200. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1709>
- Sultan S, Fallata E O, Bashar M A, Olaqi E E, Alsharif G H, BinSaleh R A., Fakieh R A (2021). Prevalence, sociodemographic and academic correlates of obsessive-compulsive disorder in the students of college of applied medical sciences, Umm Al-Qura university. *JOCRD*, 28, 100604. En <https://www.doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100604>. Consultado el 25 de abril 2024.
- Swedo, S. E., Leonard, H. L., Garvey, M., Mittleman, B., Allen, A. J., Perlmutter, S., Lougee, L., Dow, S., Zamkoff, J., & Dubbert, B. K. (1998). Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *The American journal of psychiatry*, 155(2), 264–271. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.2.264>
- Taher, T., Al-Fadhul, S., Abutiheen, A., et al. (2021). Prevalence of obsessive-compulsive disorder (OCS) among Iraqi undergraduate medical students in time of COVID-19 pandemic. *Middle East Curr Psychiatry*; 28 (8). <https://doi.org/10.1186/s43045-021-00086-9>
- Ting, J. T., & Feng, G. (2011). Neurobiology of obsessive-compulsive disorder: insights into neural circuitry dysfunction through mouse genetics. *Current opinion in neurobiology*, 21(6), 842–848. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2011.04.010>
- Torres, A. R., Cruz, B. L., Vicentini, H. C., Lima, M. C., & Ramos-Cerqueira, A. T. (2016). Obsessive-Compulsive Symptoms in Medical Students: Prevalence, Severity, and Correlates. *Academic psychiatry: the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 40(1), 46–54. <https://doi.org/10.1007/s40596-015-0357-2>
- Vogel L. (2018). Growing consensus on link between strep and obsessive-compulsive disorder. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 190(3), E86–E87. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-5545>
- Wald, E. R., Eickhoff, J., Flood, G. E., Heinz, M. V., Liu, D., Agrawal, A., Morse, R. P., Raney, V. M., Veerapandiyam, A., & Madan, J. C. (2023). Estimate of the incidence of PANDAS and PANS in 3 primary care populations. *Frontiers in pediatrics*, 11, 1170379. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1170379>

Factores asociados a la cibercondría en estudiantes de Medicina peruanos: un estudio transversal analítico

Factors associated with cyberchondria in Peruvian medical students: an analytical cross-sectional study

Rodrigo Robles-Mariños¹, Juan Carlos Bazo-Alvarez², Germán F. Alvarado³

<https://doi.org/10.53680/vertex.v36i168.836>

Resumen

Introducción: La cibercondría es el aumento de la ansiedad o angustia tras buscar excesiva o repetidamente información relacionada con la salud en Internet. No se ha encontrado estudios que exploren los factores que se relacionan con la cibercondría en estudiantes de Medicina hispanos. El objetivo fue determinar los factores que se relacionan con la cibercondría en estudiantes de Medicina de una universidad peruana en el 2018. **Materiales y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio transversal analítico con 657 estudiantes de Medicina de una universidad privada peruana. Los estudiantes rellenaron una encuesta que recolectó información sobre sus niveles de cibercondría, mediante la Escala de Severidad de la Cibercondría - 12. Se utilizó la Regresión Lineal para el cálculo de los betas con intervalos de confianza al 95 %. **Resultados:** La media del puntaje de cibercondría fue de $25,1 \pm 9,1$. Se evidenció una asociación entre la cibercondría y el año de estudio ($p < 0,001$), siendo el segundo año el que reportó las mayores puntuaciones y los de sexto, las menores. Asimismo, los estudiantes con un familiar de primer grado médico reportaron niveles más bajos ($p = 0,01$). Se evidenció una correlación inversa débil con la edad ($p < 0,001$). No se encontró asociación con el sexo, el lugar de nacimiento, el tabaquismo o el tener un familiar de primer grado personal de salud. **Conclusiones:** Se encontró que la edad, el año de estudios y el tener un familiar de primer grado médico se encontraron relacionados con la cibercondría. Se precisan más estudios, sobre todo de naturaleza longitudinal.

Palabras clave: cibercondría, ansiedad por la salud, escala de severidad de la cibercondría, estudiantes de Medicina

Abstract

Introduction: Cyberchondria is defined as increased anxiety or distress after excessive or repeated searching for health-related information on the Internet. No studies have been found that explore the factors associated with cyberchondria in Hispanic medical students. The objective was to determine the factors associated with cyberchondria in medical students from a Peruvian university in 2018. **Materials and Methods:** An analytical cross-sectional study was conducted with 657 medical students from a private Peruvian university. The students responded to a survey in which information about cyberchondria levels was collected using the Cyberchondria Severity Scale - 12. Linear Regression was used to calculate the betas with 95 % confidence intervals. **Results:** The mean cyberchondria score was $25,1 \pm 9,1$. An association between cyberchondria and the year of study was evidenced ($p < 0,001$), with the second year reporting

RECIBIDO 13/2/2024 - ACEPTADO 22/7/2024

¹Programa de Medicina, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC), Lima, Perú. <https://orcid.org/0000-0002-0046-4003>

²Research Department of Primary Care and Population Health, University College London (UCL), London, United Kingdom. Grupo MedFam, Escuela de Medicina, Universidad Cesar Vallejo (UCV), Trujillo, Perú. <https://orcid.org/0000-0002-6169-8049>

³Programa de Medicina, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC), Lima, Perú. <https://orcid.org/0000-0003-4531-7717>

Autor correspondiente:

Rodrigo Robles-Mariños
pcmerrob@upc.edu.pe

Institución en la que se realizó la investigación: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC), Lima, Perú.



the highest scores and the sixth year reporting the lowest. Likewise, students with a first-degree medical relative reported lower levels ($p=0,01$). A weak inverse correlation with age was evidenced ($p<0,001$). No association was found with sex, place of birth, smoking or having a first-degree relative that is a health worker. Conclusions: It was found that age, year of studies, and having a first-degree medical relative were associated with cyberchondria. Further studies are needed, especially of a longitudinal nature.

Key words: cyberchondria, health anxiety, cyberchondria severity scale, medical students

Introducción

Se ha observado que las personas más preocupadas por su salud buscan información en Internet de forma frecuente y prolongada (Sunderland et al., 2013). En muchos casos, las personas incluso intentan hacerse un autodiagnóstico, lo que puede ser un problema porque no necesariamente se dispone de las habilidades para poder interpretar adecuadamente la información médica y determinar la validez de las fuentes consultadas (Tan & Goonawardene, 2017). Como ejemplo de ello, una encuesta llevada a cabo en Estados Unidos reveló que el 35 % de los encuestados había utilizado Internet para autodiagnosticarse una afección médica durante el año anterior (Fox & Duggan, 2013). Además, se ha notificado una sobrecarga de información debido al empleo de las redes sociales como fuente de consulta, conllevando a un incremento de los niveles de cibercondría (Farooq et al., 2020).

La cibercondría se produce cuando una persona experimenta un aumento de ansiedad o angustia tras buscar excesiva o repetidamente información relacionada con la salud en Internet (McMullan et al., 2019), y se considera un patrón de comportamiento anormal, más que una afección o entidad diagnóstica (White & Horvitz, 2009). Se considera especialmente frecuente en personas con un nivel elevado de "ansiedad por la salud" (McMullan et al., 2019), que se define como un estado de preocupación excesiva, irreal y persistente respecto al padecimiento de una enfermedad (Baumgartner & Hartmann, 2011; Eastin & Guinsler, 2006). Sin embargo, no se ha llegado a un consenso sobre la direccionalidad de la relación entre ambos conceptos. Por un lado, la ansiedad por la salud podría ser un motivador principal para buscar información sobre la salud en línea (Muse et al., 2012). No obstante, alternativamente, el buscar información sanitaria en línea en ausencia de ansiedad significativa podría desencadenar una elevación del nivel de ansiedad por la salud (Weck et al., 2014).

La cibercondría está compuesta por 4 dimensiones, que consisten en búsquedas excesivas y repetitivas de información sobre la salud en Internet (Excesividad), búsqueda de tranquilidad como objetivo (Seguridad), aumento de la angustia o ansiedad (Angustia) e interferencia con otros aspectos de la vida por esta conducta compulsiva (Compulsión) (McElroy et al., 2019). Para evaluarla de forma exhaustiva, se ha propuesto la Escala de Severidad de la Cibercondría - 12 (CSS-12, por sus siglas en inglés) como una de las mejores herramientas (McElroy et al., 2019). Con dicha escala se han reportado puntuaciones en países como Italia (Ambrosini et al., 2022), Irán (Seyed Hashemi et al., 2020) o Turquía (Eşkisü et al., 2023; Özkent et al., 2023; Yalçın et al., 2022); sin embargo, las medias más elevadas se registraron en estudiantes universitarios indios (Bhatt et al., 2022) y en estudiantes de Medicina iraníes (Foroughi et al., 2022).

Aún se sabe muy poco con respecto a los factores asociados con los altos niveles de cibercondría. Por ejemplo, hay estudios que informan de niveles más elevados en las mujeres, aunque no necesariamente de forma significativa (Kurcer et al., 2022; Maftai & Holman, 2020; Shailaja et al., 2020; Wu et al., 2021). También se ha descrito una asociación con la edad, con niveles más altos de cibercondría en adultos en comparación con personas más jóvenes (Durak Batıgün et al., 2021), y niveles más altos en personas que viven solas (Kurcer et al., 2022). En Croacia se han reportado niveles más altos de cibercondría asociados a conductas de evitación intensas (Jokic-Begic et al., 2020) y en Italia se observó que la calidad de vida y la autoestima estaban inversamente relacionadas con la cibercondría (Vismara et al., 2021).

Niveles elevados de cibercondría se han relacionado con una mala calidad del sueño y con la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos (Yalçın et al., 2022). Además, niveles elevados generan interferencias en el ámbito laboral y social, debido a la excesiva inversión de tiempo en indagar sobre posibles enfer-

medades que uno cree que padece (Singh & Brown, 2014). También predispone a las personas a acudir a centros de salud y someterse a pruebas auxiliares, generando un malgasto de recursos sanitarios e innecesaria exposición a efectos adversos (Singh & Brown, 2014; Starcevic, 2017; Starcevic & Berle, 2013), así como puede predisponer a la automedicación (Singh & Brown, 2014; Starcevic & Berle, 2015). Sin embargo, debido a lo anteriormente descrito, también se han buscado medidas para disminuir los elevados niveles de cibercondría, de tal forma que un estudio realizado en pacientes con trastorno de síntomas somáticos y trastorno de ansiedad por enfermedad demostró que la terapia cognitivo-conductual por Internet guiada por un personal clínico tendría un impacto positivo en la reducción de la cibercondría (Newby & McElroy, 2020).

Los estudiantes de Medicina suelen presentar niveles elevados de ansiedad por la salud, un fenómeno conocido como "hipocondría transitoria" (Azuri et al., 2010). Se cree que algunos síntomas se conceptualizan con la nueva información que se aprende y se interpreta como evidencia médica (Azuri et al., 2010; Bati et al., 2018). Se han descrito puntuaciones más altas de cibercondría en estudiantes de Medicina, en comparación con población general (Foroughi et al., 2022). Ello, sumado a que esta población se caracteriza por tener afectada su salud mental (Nair et al., 2023), así como el hecho de que serán futuros médicos, población en quien también se reporta bastante deterioro de la salud mental (Harvey et al., 2021), genera la necesidad de explorar más a fondo en el campo de dicho aspecto de la salud. Sin embargo, actualmente existen pocos estudios epidemiológicos que evalúen sus factores sociodemográficos y de riesgo asociados, y no se encontraron estudios que la examinen en estudiantes de Medicina hispanos a la fecha (mayo de 2024) en buscadores como PubMed, SciELO o Google Académico. Sin duda, la escasa evidencia impide profundizar en la investigación de los orígenes de esta afección. De esta forma, surge la necesidad de evaluar los niveles de cibercondría en esta población e identificar sus factores asociados. Debido a ello, el objetivo del presente estudio fue determinar los factores que se relacionan con la cibercondría en estudiantes de Medicina de una universidad peruana en el 2018.

Materiales y Métodos

Diseño y contexto del estudio

Se llevó a cabo un estudio transversal analítico a partir de encuestas realizadas presencialmente a estudiantes

de Medicina de una universidad privada de Lima, Perú, durante el mes noviembre en el año 2018. Este trabajo es complementario a una investigación realizada sobre la ansiedad por la salud, por lo que la metodología utilizada está relacionada con dicha investigación (Robles-Mariños et al., 2022).

Población del estudio

La población objetivo fueron los estudiantes de Medicina de segundo a sexto año de una universidad privada peruana. Fueron incluidos los alumnos de medicina mayores de 18 años de la universidad privada peruana seleccionada, matriculados y que asistieron a las clases los días en que se realizó la encuesta. Se eliminaron las encuestas incompletas.

Variables y fuentes de medición

La variable de desenlace fue la cibercondría, definida como el aumento de ansiedad o angustia relacionado con búsquedas excesivas o repetidas en Internet de información relacionada con la salud durante los últimos 6 meses. Para medir esta variable se utilizó la CSS-12 en su versión adaptada al español (Robles-Mariños et al., 2023). Esta escala consta de 12 ítems, que se responden con una escala Likert de 5 opciones, otorgando una puntuación de 1 a 5 para cada pregunta y una puntuación total entre 12 y 60 puntos. Estos ítems, a su vez, se dividen en cuatro dimensiones, cada una de las cuales consta de tres preguntas. Estas dimensiones son las siguientes: "Excesividad", definida como el carácter creciente o repetido de las búsquedas; "Angustia", definida como la ansiedad o angustia como resultado de las búsquedas; "Seguridad", definida como las búsquedas que llevan a los individuos a buscar consejo médico profesional; y "Compulsión", definida como las búsquedas en la web que interfieren con otros aspectos de la vida dentro y fuera de internet. En Perú se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio, obteniendo una adecuada validez de constructo. Se utilizaron los índices omega de McDonald y alfa de Cronbach para estimar la confiabilidad, reportando una fiabilidad global de la escala de 0,93 para ambos estimadores, una consistencia interna alta y favorable (Robles-Mariños et al., 2023).

Las covariables incluidas en el estudio fueron: sexo, reportado como hombre o mujer; edad, reportada en años; lugar de nacimiento, dividido en las categorías de Lima, provincia u otro país; año de estudios, considerado desde el segundo hasta el sexto año; tabaquismo, dividido en las categorías de fumador habitual, ocasional, pasivo o no fumador; antecedente de familiar de primer grado médico; y familiar de primer grado personal de salud.

Recolección de datos

Se solicitó autorización a los docentes para poder ingresar a las aulas 5 minutos previos a finalizar las clases, con el fin de poder encuestar a los alumnos. Primero se empleó un tiempo para la lectura del consentimiento informado y, seguido de ello, se procedió con el llenado de la encuesta. En total, se estimó una población a encuestar de 764 estudiantes de Medicina. Un 88,2 % (674 estudiantes) cumplieron los criterios de inclusión y rellenaron la encuesta, pero se eliminaron 17 de estas por estar incompletas. Así, se obtuvo un total de 657 encuestas, lo que correspondió al 86,0 % del total de encuestas potenciales a realizar.

Cálculo de poder estadístico

Se realizó un cálculo de poder estadístico para poder determinar la capacidad de detectar asociaciones con el tamaño de población finalmente obtenido, el cual fue de 657 encuestas. Para efectuar este cálculo se utilizó el programa Epidat 4.2 para Windows, y se emplearon 2 medidas de asociación distintas. Primero se realizó el cálculo para una comparación de medias independientes, tomando como referencia los datos de una investigación realizada en estudiantes universitarios la cuál reportó una diferencia de medias de 2,38 puntos en la CSS-12 ($p < 0.01$) según el sexo, reportando una media de $34,35 \pm 9,41$ para los hombres y de $36,73 \pm 7,74$ para las mujeres (Sabir & Naqvi, 2023). De esta forma, con una razón de tamaños muestrales de 1 y a un nivel de confianza del 95 %, se calculó un poder estadístico de 94,2 %. Luego se realizó un cálculo para un coeficiente de correlación, tomando como referencia un coeficiente de correlación de Spearman de -0,17 reportado en un estudio que evaluó la relación de la edad con el puntaje de la CSS-12, obteniéndose también una diferencia estadísticamente significativa (Infanti et al., 2023). De esta forma, a un nivel de confianza del 95 %, se calculó un poder estadístico de 99,3 %.

Tratamiento y análisis de datos

Una vez obtenidos los datos, estos pasaron por un proceso de doble digitación en MS Excel, se revisaron las bases de datos individualmente y luego fueron comparadas. Posteriormente, la información se exportó al programa STATA 17.0 para Windows (Stata Corp., College Station, TX) con el fin de efectuar el análisis correspondiente. Respecto al análisis univariado, se utilizó la mediana y el rango intercuartílico (RIC) para la edad y las puntuaciones de la CSS-12 (total y por dimensiones). Además, se calculó el pro-

medio y desviación estándar de la puntuación total obtenida por la CSS-12. Se calcularon frecuencias y porcentajes del sexo, lugar de nacimiento, año de estudio, tabaquismo y antecedentes de familiar de primer grado médico y personal de salud.

Se utilizaron tres pruebas estadísticas para el análisis bivariado. Para el cruce de las puntuaciones de la CSS-12 con el sexo, el antecedente de familiar de primer grado médico y personal de salud, se usó la prueba U de Mann Whitney. Para cruzar las puntuaciones de la CSS-12 con el lugar de nacimiento, el año de estudio y el tabaquismo, se realizó la prueba estadística de Kruskal-Wallis, tras la cual se llevó a cabo un análisis *post hoc* utilizando el comando *kwallis2* con el fin de evaluar las diferencias entre las diversas categorías de forma específica. Para evaluar la asociación de la puntuación CSS-12 con la edad, se utilizó la correlación de Spearman. Por último, para el análisis multivariable, se realizó una regresión lineal para calcular los coeficientes beta (β_c : beta crudo y β_a : beta ajustado), que reflejaron diferencias de medias, con intervalos de confianza al 95 % (IC95 %). Los modelos crudos se calcularon como parte del análisis antes de ajustar el modelo por el resto de variables; esto se llevó a cabo realizando la regresión lineal de forma bivariable. Las variables que entraron en el modelo ajustado se seleccionaron por criterio epidemiológico, es decir, se tuvieron en cuenta las variables sociodemográficas y los antecedentes importantes descritos en estudios anteriores. Los supuestos de la regresión empleada se evaluaron mediante el análisis de residuos y la multicolinealidad fue evaluada mediante el factor de inflación de la varianza.

Aspectos éticos y administrativos

La recolección de datos se aprobó por el comité de ética de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, con el código FCS/CEI211-10-18. Asimismo, mediante documento FCS/CEI255-10-19, se aprobó la realización del estudio. Todos los encuestados llenaron un consentimiento informado en el que se explicó el objeto la investigación y el tipo de preguntas a realizarse. El estudio no implicó un riesgo para los participantes; sólo consistía en rellenar una encuesta anónima. La participación fue libre y se dio la posibilidad de interrumpir la encuesta de ser necesario. Por último, al finalizar la encuesta, todos los participantes recibieron folletos informativos sobre el tema con números de contacto.

Resultados

Características generales de los estudiantes encuestados

Se analizaron 657 encuestas, de las cuales el 60,3 % perteneció a mujeres, la mediana de la edad fue de 21 años (RIC 20-23), y el 63,8 % reportó a Lima, capital del Perú, como su lugar de nacimiento, el 32,9 % a alguna provincia y el 3,3 % a otro país. El 14,0 % de los estudiantes cursaba el sexto año, el 11,1 % el quinto, el 28,5 % el cuarto, el 20,2 % el tercero y el 26,2 % el segundo. De los estudiantes, el 56,3 % declaró no tener ningún familiar de primer grado personal de salud y el 73,7 % declaró no tener ningún familiar de primer grado médico. En cuanto al tabaquismo, el 41,6 % declaró ser fumador pasivo; el 18,7 % fumador ocasional y el 2,9 % fumador habitual. En cuanto a la puntuación de la cibercondría, se halló una mediana de 24 puntos (RIC 18-31) y un promedio de $25,1 \pm 9,1$. En cuanto a las dimensiones de la cibercondría, se halló una mediana de 8 puntos (RIC 6-10) para la Excesividad, 5 puntos (RIC 3-7) para la Angustia, 5 puntos (RIC 4-7) para la Seguridad y 5 puntos (RIC 4-7) para la Compulsión.

Factores asociados a la cibercondría, análisis bivariado

Se halló una correlación inversa débil entre la puntuación de la cibercondría y la edad ($p < 0,001$). Además, se observó una asociación con el antecedente de tener en un familiar de primer grado médico ($p = 0,01$), siendo los que tenían este antecedente los que reportaron una puntuación más baja. Asimismo, hubo una asociación con el año de estudios ($p < 0,001$), evidenciándose puntuaciones más altas en el segundo y tercer año, y puntuaciones más bajas en el quinto y sexto año. Tras realizar el análisis *post hoc*, se observó que la diferencia era estadísticamente significativa entre el quinto y segundo año ($p < 0,001$); y entre el sexto y segundo ($p < 0,001$), tercero ($p < 0,001$) y cuarto año ($p < 0,001$), información no reportada en las tablas. No se encontró diferencias estadísticamente significativas según el sexo, lugar de nacimiento, tabaquismo o antecedente de familiar de primer grado personal de salud ($p > 0,05$) (ver Tabla 1).

Al evaluar las dimensiones de la cibercondría en asociación con las mismas variables, se halló una correlación inversa débil entre la puntuación de todas las dimensiones y la edad ($p < 0,05$). Además, en la dimensión Compulsión, se halló una asociación con el sexo, siendo la puntuación mayor en los hombres ($p = 0,03$). Respecto al tener un familiar de primer grado médi-

co, tenerlo se relacionó con una menor puntuación en las dimensiones de Excesividad ($p = 0,003$), Angustia ($p = 0,04$) y Seguridad ($p = 0,04$), y respecto al tener un familiar de primer grado personal de salud, en la dimensión de Excesividad se encontró una menor puntuación en los estudiantes que sí lo tenían ($p = 0,04$). Asimismo, se evidenció una asociación entre todas las dimensiones de la cibercondría con el año de estudios ($p < 0,001$). Tras realizar el análisis *post hoc*, se observó que la diferencia fue estadísticamente significativa entre el quinto año con el segundo ($p < 0,001$); y sexto año con el segundo ($p < 0,001$), tercero ($p < 0,001$) y cuarto ($p < 0,001$) en todas las dimensiones, información no reportada en las tablas. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas según el lugar de nacimiento o el tabaquismo con ninguna de las dimensiones de la cibercondría ($p > 0,05$) (ver Tabla 1).

Factores asociados a la cibercondría, análisis multivariable

En cuanto al modelo multivariable (ajustado por sexo, lugar de nacimiento, año de estudio, tabaquismo y familiar de primer grado médico) aplicado para la cibercondría, se evidenció una asociación con el año de estudio y el antecedente de tener un familiar de primer grado médico. Se halló que la puntuación de cibercondría, en comparación con los estudiantes de sexto año, fue en promedio 4,9 puntos mayor en los de cuarto ($p < 0,001$); 5,0 puntos mayor en los de tercero ($p < 0,001$); y 6,0 puntos mayor en los de segundo ($p < 0,001$). Asimismo, los participantes que no tenían un familiar de primer grado médico tenían en promedio 2,1 puntos más que los que sí lo tenían ($p = 0,01$). No se encontró asociación con el sexo, el lugar de nacimiento o el tabaquismo ($p > 0,05$) (ver Tabla 2).

En cuanto al modelo multivariable (ajustado por sexo, lugar de nacimiento, año de estudio, tabaquismo y familiar de primer grado médico) aplicado para cada una de las dimensiones, se encontró diferencias significativas similares a las reportadas con la cibercondría general. En relación con la puntuación de Excesividad, los estudiantes de quinto, cuarto, tercero y segundo año exhibieron un promedio 1,0, 2,0, 2,0 y 2,2 puntos mayor respectivamente, en comparación con los estudiantes de sexto año ($p = 0,02$, $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$). Aquellos sin un familiar de primer grado médico presentaron, en promedio, 0,7 puntos más que sus contrapartes ($p = 0,01$). En cuanto al tabaquismo, los fumadores ocasionales registraron 0,7 puntos más en promedio que los fumadores pasivos ($p = 0,02$). En relación con la puntuación de Angustia,

Tabla 1. Factores asociados a la cibercondría, análisis bivariado (n=657)

Variables	Puntaje total CSS-12 Mediana [RIC]	p	Excesividad Mediana [RIC]	p	Angustia Mediana [RIC]	p	Seguridad Mediana [RIC]	p	Compulsión Mediana [RIC]	p
Sexo										
Mujeres	23 [18-31]	0,44	8 [6-10]	0,70	5 [4-7]	0,77	5 [4-7]	0,13	5 [4-7]	0,03
Varones	24 [17-32]		8 [6-10]		5 [3-7]		6 [4-8]		6 [4-8]	
Edad (años)*	- 0,14	<0,001	- 0,14	<0,001	- 0,14	0,001	- 0,09	0,03	- 0,11	0,005
Lugar de nacimiento										
Lima	24 [17-32]	0,70	8 [6-10]	0,56	5 [3-7]	0,96	5 [3-8]	0,79	5 [3-7]	0,13
Provincia	24,5 [18-31]		8 [6-10]		5 [3-7]		5 [4-7]		6 [4-8]	
Otro país	23,5 [21-29]		8,5 [6-12]		6 [4-6]		5 [4-6]		5 [4-6]	
Año de estudios										
Sexto	19 [14-24]	<0,001	6 [4-8]	<0,001	4 [3-6]	<0,001	4,5 [3-6]	<0,001	4 [3-6]	<0,001
Quinto	19 [16-28]		7 [5-9]		4 [3-6]		4 [3-7]		4 [3-6]	
Cuarto	24 [18-33]		8 [6-10]		6 [3-7]		6 [4-8]		5 [4-8]	
Tercero	27 [18-32]		8 [6-10]		5 [4-8]		6 [4-8]		6 [4-8]	
Segundo	27 [21-32]		8 [6,5-10]		6 [4-8]		6 [4-8]		6 [4-8]	
Familiar de primer grado médico										
Sí	22 [17-29]	0,01	7 [6-9]	0,003	5 [3-6]	0,04	5 [4-7]	0,04	5 [3-7]	0,10
No	24 [18-32]		8 [6-10]		5 [3-7,5]		6 [4-8]		5,5 [4-8]	
Familiar de primer grado personal de salud										
Sí	24 [18-31]	0,33	7 [6-9]	0,04	5 [4-7]	0,65	5 [4-7]	0,48	5 [4-7]	0,96
No	24 [18-32]		8 [6-10]		5 [3-8]		6 [3-8]		5 [4-8]	
Tabaquismo										
Fumador pasivo	23 [17-31]	0,40	8 [6-10]	0,17	5 [4-7]	0,37	6 [4-7]	0,71	5 [4-8]	0,27
Fumador ocasional	24 [19-32]		8 [5-10]		5 [3-7]		5 [3-7]		5 [4-7]	
Fumador regular	21 [17-27]		8 [6-10]		6 [4-7]		5 [4-8]		5 [4-7]	
No fumador	24 [18-32]		7 [5-9]		4 [3-6]		6 [4-7]		4 [3-6]	

*Rho de Spearman.

CSS-12: Escala de Severidad de la Cibercondría – 12.

Tabla 2. Factores asociados a la cibercondría, análisis multivariable (n=657)

Variables	Puntaje total CSS-12			
	β_c (95 % CI)	p	β_a (95 % CI)*	p
Sexo				
Mujeres	Referencia	-	Referencia	-
Varones	0,6 (-0,8 a 2,0)	0,40	1,0 (-0,4 a 2,4)	0,15
Edad (años)	-0,5 (-0,8 a -0,1)	0,004		
Lugar de nacimiento				
Lima	Referencia	-	Referencia	-
Provincia	0,4 (-1,1 a 1,9)	0,61	0,3 (-1,2 a 1,8)	0,69
Otro país	0,7 (-3,2 a 4,6)	0,72	1,0 (-2,8 a 4,8)	0,60
Año de estudios				
Sexto	Referencia	-	Referencia	-
Quinto	1,9 (-0,8 a 4,7)	0,16	1,9 (-0,9 a 4,6)	0,18
Cuarto	5,1 (2,9 a 7,3)	<0,001	4,9 (2,6 a 7,1)	<0,001
Tercero	5,0 (2,6 a 7,4)	<0,001	5,0 (2,6 a 7,3)	<0,001
Segundo	6,1 (3,8 a 8,3)	<0,001	6,0 (3,8 a 8,3)	<0,001
Familiar de primer grado médico				
Sí	Referencia	-	Referencia	-
No	2,2 (0,6 a 3,8)	0,01	2,1 (0,6 a 3,7)	0,01
Familiar de primer grado personal de salud				
Sí	Referencia	-		
No	1,0 (-0,4 a 2,4)	0,17		
Tabaquismo				
Fumador pasivo	Referencia	-	Referencia	-
Fumador ocasional	1,1 (-0,9 a 3,0)	0,28	1,2 (-0,7 a 3,1)	0,21
Fumador regular	-2,2 (-6,4 a 2,1)	0,32	-1,9 (-6,1 a 2,3)	0,37
No fumador	0,4 (-1,2 a 1,9)	0,65	0,3 (-1,3 a 1,8)	0,72

CSS-12: Escala de Severidad de la Cibercondría – 12.

*Modelo de regresión lineal múltiple ajustado por sexo, año de estudio, lugar de nacimiento, familiar de primer grado médico y tabaquismo (la edad y el familiar de primer grado personal de salud no se tuvieron en cuenta debido a la multicolinealidad con el año de estudio y el familiar de primer grado médico, respectivamente).

los estudiantes de cuarto, tercero y segundo año presentaron un promedio 1,0, 1,0 y 1,2 puntos mayor respectivamente, en comparación con los estudiantes de sexto año ($p=0,003$, $p=0,004$, $p<0,001$). Aquellos sin un familiar de primer grado médico tuvieron, en promedio, 0,5 puntos más que aquellos que sí contaron con dicho familiar ($p=0,03$). Respecto a la puntuación de Seguridad, los alumnos de cuarto, tercero y segundo año mostraron un promedio 1,0, 1,0 y 1,3 puntos mayor respectivamente, en comparación con los estudiantes de sexto año ($p=0,002$, $p=0,01$, $p<0,001$). Aquellos

sin un familiar de primer grado médico obtuvieron, en promedio, 0,6 puntos más que aquellos con dicho antecedente ($p=0,01$), y los varones, en promedio, 0,4 puntos más que las mujeres ($p=0,03$). Finalmente, en relación con la puntuación de Compulsión, los alumnos de cuarto, tercero y segundo año presentaron un promedio 1,0, 1,1 y 1,3 puntos mayor respectivamente, en comparación con los estudiantes de sexto año ($p=0,001$, $p=0,001$, $p<0,001$). Además, los hombres obtuvieron un promedio 0,6 puntos mayor que las mujeres ($p=0,002$) (ver Tabla 3).

Tabla 3. Factores asociados a las dimensiones de la cibercondría, análisis multivariable (n=657)

Variables	Excesividad				Angustia			
	β_c (95 % CI)	p	β_a (95 % CI)*	p	β_c (95 % CI)	p	β_a (95 % CI)*	p
Sexo								
Mujeres	Referencia	-	Referencia	-	Referencia	-	Referencia	-
Varones	-0,1 (-0,6 a 0,3)	0,56	-0,01 (-0,4 a 0,4)	1,0	-0,1 (-0,5 a 0,3)	0,71	0,02 (-0,4 a 0,4)	0,93
Edad (años)	-0,2 (-0,3 a -0,1)	0,001			-0,1 (-0,2 a -0,03)	0,01		
Lugar de nacimiento								
Lima	Referencia	-	Referencia	-	Referencia	-	Referencia	-
Provincia	0,1 (-0,4 a 0,5)	0,77	0,04 (-0,4 a 0,5)	0,87	0,00 (-0,4 a 0,4)	1,00	-0,01 (-0,4 a 0,4)	0,95
Otro país	0,9 (-0,3 a 2,1)	0,16	1,0 (-0,2 a 2,1)	0,10	0,02 (-1,1 a 1,1)	1,00	0,1 (-1,0 a 1,2)	0,80
Año de estudios								
Sexto	Referencia	-	Referencia	-	Referencia	-	Referencia	-
Quinto	1,0 (0,2 a 1,8)	0,02	1,0 (0,1 a 1,8)	0,02	0,3 (-0,5 a 1,1)	0,46	0,3 (-0,5 a 1,1)	0,46
Cuarto	2,0 (1,3 a 2,6)	<0,001	1,9 (1,2 a 2,6)	<0,001	1,0 (0,4 a 1,7)	0,002	1,0 (0,3 a 1,6)	0,003
Tercero	2,0 (1,3 a 2,7)	<0,001	1,9 (1,2 a 2,7)	<0,001	1,0 (0,3 a 1,7)	0,003	1,0 (0,3 a 1,7)	0,004
Segundo	2,2 (1,5 a 2,9)	<0,001	2,2 (1,5 a 2,9)	<0,001	1,2 (0,6 a 1,9)	<0,001	1,2 (0,5 a 1,8)	<0,001
Familiar de primer grado médico								
Sí	Referencia	-	Referencia	-	Referencia	-	Referencia	-
No	0,7 (0,2 a 1,2)	0,004	0,7 (0,2 a 1,1)	0,01	0,5 (0,1 a 1,0)	0,02	0,5 (0,1 a 0,9)	0,03
Familiar de primer grado personal de salud								
Sí	Referencia	-			Referencia	-		
No	0,5 (0,1 a 0,9)	0,03			0,2 (-0,2 a 0,6)	0,32		
Tabaquismo								
Fumador pasivo	Referencia	-	Referencia	-	Referencia	-	Referencia	-
Fumador ocasional	0,6 (0,05 a 1,2)	0,03	0,7 (0,1 a 1,2)	0,02	0,2 (-0,4 a 0,7)	0,55	0,2 (-0,3 a 0,8)	0,44
Fumador regular	-0,2 (-1,5 a 1,1)	0,72	-0,2 (-1,4 a 1,1)	0,80	-0,8 (-2,0 a 0,4)	0,18	-0,7 (-1,9 a 0,5)	0,22
No fumador	0,2 (-0,3 a 0,6)	0,49	0,1 (-0,4 a 0,6)	0,71	-0,04 (-0,5 a 0,4)	0,87	-0,1 (-0,5 a 0,4)	0,80

*Modelo de regresión lineal múltiple ajustado por sexo, año de estudio, lugar de nacimiento, familiar de primer grado médico y tabaquismo (la edad y el familiar de primer grado personal de salud no se tuvieron en cuenta debido a la multicolinealidad con el año de estudio y el familiar de primer grado médico, respectivamente).

Tabla 3. Factores asociados a las dimensiones de la cibercondría, análisis multivariable (n=657). (continuación pag. 67)

Variables	Seguridad				Compulsión			
	β_c (95 % CI)	p	β_a (95 % CI)*	p	β_c (95 % CI)	p	β_a (95 % CI)*	p
Sexo								
Mujeres	Referencia	-	Referencia	-	Referencia	-	Referencia	-
Varones	0,3 (-0,1 a 0,7)	0,11	0,4 (0,03 a 0,8)	0,03	0,5 (0,1 a 0,9)	0,01	0,6 (0,2 a 1,0)	0,002
Edad (años)	-0,1 (-0,2 a 0,00)	0,05			-0,1 (-0,2 a -0,01)	0,04		
Lugar de nacimiento								
Lima	Referencia	-	Referencia	-	Referencia	-	Referencia	-
Provincia	0,00 (-0,4 a 0,4)	1,00	-0,01 (-0,4 a 0,4)	0,95	0,3 (-0,1 a 0,7)	0,12	0,3 (-0,1 a 0,7)	0,15
Otro país	-0,1 (-1,3 a 1,0)	0,80	-0,1 (-1,2 a 1,0)	0,80	-0,02 (-1,1 a 1,0)	0,97	0,05 (-1,0 a 1,1)	0,93
Año de estudios								
Sexto	Referencia	-	Referencia	-	Referencia	-	Referencia	-
Quinto	0,4 (-0,4 a 1,1)	0,38	0,3 (-0,5 a 1,1)	0,42	0,3 (-0,4 a 1,0)	0,43	0,3 (-0,5 a 1,0)	0,45
Cuarto	1,1 (0,4 a 1,7)	0,001	1,0 (0,4 a 1,6)	0,002	1,0 (0,4 a 1,6)	0,001	1,0 (0,4 a 1,6)	0,001
Tercero	1,0 (0,3 a 1,6)	0,01	1,0 (0,3 a 1,7)	0,01	1,0 (0,4 a 1,7)	0,002	1,1 (0,4 a 1,7)	0,001
Segundo	1,3 (0,7 a 2,0)	<0,001	1,3 (0,7 a 2,0)	<0,001	1,3 (0,7 a 1,9)	<0,001	1,3 (0,7 a 1,9)	<0,001
Familiar de primer grado médico								
Sí	Referencia	-	Referencia	-	Referencia	-	Referencia	-
No	0,6 (0,1 a 1,0)	0,01	0,6 (0,1 a 1,0)	0,01	0,4 (-0,02 a 0,8)	0,06	0,4 (0,00 a 0,8)	0,05
Familiar de primer grado personal de salud								
Sí	Referencia	-			Referencia	-		
No	0,3 (-0,1 a 0,7)	0,18			0,03 (-0,3 a 0,4)	0,87		
Tabaquismo								
Fumador pasivo	Referencia	-	Referencia	-	Referencia	-	Referencia	-
Fumador ocasional	0,3 (-0,3 a 0,8)	0,34	0,3 (-0,2 a 0,9)	0,27	0,00 (-0,5 a 0,5)	1,00	0,02 (-0,5 a 0,5)	0,94
Fumador regular	-0,04 (-1,2 a 1,2)	0,95	0,01 (-1,2 a 1,2)	0,99	-1,1 (-2,2 a 0,1)	0,07	-1,0 (-2,1 a 0,1)	0,09
No fumador	0,3 (-0,2 a 0,7)	0,26	0,3 (-0,2 a 0,7)	0,24	-0,02 (-0,4 a 0,4)	0,92	-0,01 (-0,4 a 0,4)	0,95

*Modelo de regresión lineal múltiple ajustado por sexo, año de estudio, lugar de nacimiento, familiar de primer grado médico y tabaquismo (la edad y el familiar de primer grado personal de salud no se tuvieron en cuenta debido a la multicolinealidad con el año de estudio y el familiar de primer grado médico, respectivamente).

Discusión

Hallazgos principales

La mediana de la cibercondría fue de 24 puntos (RIC 18-31) y la media de $25,1 \pm 9,1$. Se observó una asociación entre la cibercondría y el año de estudio, con el sexto año registrando las puntuaciones más bajas y el segundo las más altas. Se evidenció una débil e inversa correlación con la edad. Asimismo, los estudiantes con el antecedente de un familiar de primer grado médico informaron niveles más bajos de cibercondría. No se observó ninguna asociación con el sexo, el lugar de nacimiento, el tabaquismo y el hecho de tener un familiar de primer grado personal de salud.

Comparación con otros estudios

Se analizó la cibercondría en estudiantes de Medicina, encontrando una media global de $25,1 \pm 9,1$ puntos en la CSS-12. Cuando se compara con estudios previos que también utilizaron esta herramienta, se observa que los niveles de cibercondría se han reportado bastante cercanos en diferentes poblaciones (Ambrosini et al., 2022; Bhatt et al., 2022; Eşkisü et al., 2023; Foroughi et al., 2022; Özkent et al., 2023; Seyed Hashemi et al., 2020; Yalçın et al., 2022). En la población general se han reportado promedios que oscilan entre $21,4 \pm 7,9$ (Ambrosini et al., 2022) y $30,7 \pm 10,9$ (Eşkisü et al., 2023). Los promedios más altos se han comunicado en estudiantes universitarios, con $31,5 \pm 8,4$ puntos (Bhatt et al., 2022) y en estudiantes de Medicina, con $31,1 \pm 10,0$ puntos (Foroughi et al., 2022). Es importante tener en cuenta que los estudiantes de Medicina pueden experimentar hipocondría transitoria durante los primeros años de estudio, cuando están expuestos a la teoría de la enfermedad (Robles-Mariños et al., 2022), lo que podría estar relacionado con niveles más altos de cibercondría. Sin embargo, a medida que progresan en la carrera y tienen contacto con pacientes en entornos hospitalarios, se ha observado que el nivel de ansiedad por la salud se reduce (Azuri et al., 2010), posiblemente porque la práctica clínica les proporciona una comprensión más realista de la enfermedad. Esto podría explicar los niveles más bajos reportados cuanto más avanzados estaban los estudiantes en la carrera, siendo finalmente más bajos en los últimos años: la mayor diferencia se dio entre los estudiantes de segundo y sexto año, siendo esta de 6 puntos en promedio, diferencia que mostró una tendencia decreciente al comparar los años más cercanos. Esta reducción del puntaje a medida que los estudiantes se acercan al final de la carrera podría significar que esta transición en los niveles de cibercondría podría desempeñar un papel protector frente a esta con-

dición en los futuros médicos, por lo que se sugiere que futuros estudios profundicen en este aspecto.

Aunque los estudios previos no reportan diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de cibercondría según el sexo, los estudios generalmente informan de niveles más altos en las mujeres (Kurcer et al., 2022; Maftai & Holman, 2020; Shailaja et al., 2020; Wu et al., 2021). Cabría esperar que las mujeres obtuvieran puntuaciones más altas debido a la mayor frecuencia de trastornos de salud mental en general (Kiely et al., 2019), lo que se complementa con la teoría de que las mujeres tienen una mayor probabilidad de presentar trastornos de ansiedad (Dagher et al., 2015). Esta mayor susceptibilidad a las enfermedades neuropsiquiátricas podría explicarse por una mayor actividad de los circuitos extrahipotalámicos del factor liberador de corticotropina, que duplica la probabilidad de presentar algún trastorno de ansiedad (Pleil & Skelly, 2018). Por todo ello, habría sido esperable hallar diferencias por sexo en el presente estudio; no obstante, ello no se observó. Además, cabe destacar que las puntuaciones más altas las presentaron los varones, aunque esta diferencia sólo fue estadísticamente significativa en las dimensiones de Seguridad y Compulsión. Esto fue similar a lo que se reportó en una investigación hecha en Pakistán, en la cual se reportó que la puntuación global de cibercondría fue ligeramente mayor en el sexo masculino, puntuando más alto también en las cuatro dimensiones, aunque ninguna diferencia fue estadísticamente significativa (Akhtar & Fatima, 2020). Es importante recordar que cada trastorno de salud mental funciona de forma diferente, y parece que el sexo no sería un factor determinante en los niveles de cibercondría.

Según estudios anteriores, los trastornos mentales del adulto se originan en la adolescencia (Jones, 2013). Una investigación realizada entre dentistas durante la pandemia de COVID-19 informó de que por cada aumento de un año en la edad, se reducía la probabilidad de tener un alto nivel de cibercondría (Serra-Negra et al., 2022). Otro estudio realizado en países europeos reportó una débil e inversa correlación entre la edad y el puntaje de cibercondría durante la pandemia de COVID-19 (Infanti et al., 2023). Sin embargo, un estudio realizado en Turquía descubrió que la cibercondría era más alta en los adultos en comparación con los jóvenes (Durak Batigün et al., 2021). En el presente estudio, la puntuación de cibercondría estaba inversa y débilmente correlacionada con la edad, aunque, como se ha comentado anteriormente, esta asociación podría atribuirse a la relación entre el año de estudio y la consiguiente reducción de los niveles

de cibercondría en los estudiantes de Medicina (Azuri et al., 2010). Además, es probable que la relación entre la edad y la cibercondría no sea lineal en todas las edades y contextos, lo que podría explicar la variación notificada en los distintos estudios previos.

En el análisis de esta investigación, se observó una relación interesante entre tener un familiar de primer grado médico y presentar mayores niveles de cibercondría. Los resultados indicaron que aquellos estudiantes de Medicina que tenían un familiar de primer grado médico presentaban en promedio 2,1 puntos menos en sus niveles de cibercondría, en comparación con los estudiantes que no lo tenían. Esta asociación puede sugerir que la exposición temprana y el conocimiento contextual de la Medicina pueden influir en la manera en que se perciben y abordan los síntomas de las enfermedades, un efecto similar al que se consigue a medida que los estudiantes de Medicina progresan en la carrera (Azuri et al., 2010). Estos resultados sugieren la relevancia de los factores sociales y educativos en la cibercondría, y podrían tener implicaciones significativas en el abordaje de los problemas de salud en el entorno digital. No obstante, se requieren de más estudios que permitan comprender plenamente los mecanismos subyacentes de esta asociación.

Una teoría sugiere que las personas fuman con el fin de aliviar los síntomas psiquiátricos (Boden et al., 2010; Chaiton et al., 2009). Sin embargo, también hay evidencia que apoya otra teoría, la cual afirma que la exposición al tabaco se asocia a trastornos como el ansioso y el depresivo en etapas posteriores de la vida (Fluharty et al., 2017). A pesar de estos antecedentes, en esta investigación no se reportó diferencias entre el nivel de cibercondría según el hábito tabáquico, aunque sí se reportó una asociación estadísticamente significativa en la dimensión de Excesividad, específicamente entre las categorías de fumador pasivo y fumador ocasional, teniendo los fumadores ocasionales en promedio 0,7 puntos más altos en esta dimensión que los fumadores pasivos. Aunque no se ha encontrado información previa sobre la relación de la cibercondría con esta variable, se reporta que, en términos de ansiedad por la salud, los fumadores ocasionales tenían una media 2,3 puntos mayor en la ansiedad por la salud en comparación con los no fumadores (Robles-Mariños et al., 2022). Algunos autores informan que, aunque existen pruebas sólidas de una asociación entre el tabaquismo y la ansiedad, sigue habiendo discrepancias importantes sobre el papel preciso de esta última en los resultados relativos al inicio, la gravedad y el abandono del tabaquismo (Garey et al., 2020). Como puede verse, sigue siendo necesario ampliar los

estudios que relacionan el tabaquismo con los trastornos de ansiedad, incluida la cibercondría, que incluye un componente de ansiedad o angustia. Es importante tener en cuenta las diferentes categorías de fumadores y otras variables implicadas para aclarar mejor el papel del tabaquismo en este tipo de trastornos mentales.

Por último, se considera relevante mencionar que este estudio se realizó antes de la pandemia por COVID-19, contexto que afectó de diversas formas a la salud mental (Pfefferbaum & North, 2020). Un estudio que se encontraba recolectando sus datos cuando inició la pandemia y se aplicaron las medidas de restricción de movilización reportó que esta situación afectó a varias dimensiones de la cibercondría (Infanti et al., 2023). Por ejemplo, reportan un aumento estadísticamente significativo en los componentes de Angustia y Compulsión, mientras que reportan una disminución en el componente de Seguridad. No obstante, el componente de la Excesividad no se vio afectado, así como tampoco se evidenciaron cambios en los puntajes globales de la cibercondría (Infanti et al., 2023). Esto podría reflejar que, si bien los puntajes globales podrían mantenerse sin una variación evidente, las dimensiones y formas de afectación producto de elevados niveles de cibercondría operarían de forma distinta, tomando en cuenta que aumentando la compulsividad de las búsquedas estas interfieren más con el funcionamiento de la persona y, al no buscar obtener seguridad por medio de una evaluación profesional, lo cual podría haberse visto limitado por el colapso del sistema sanitario, se genera que la angustia producto de toda esta situación también aumente.

Limitaciones y fortalezas

Dado que la encuesta fue por medio de un autoreporte, podría producirse un sesgo de deseabilidad social. Sin embargo, se intentó que la información sea lo más confiable posible, enfatizando que no había respuesta incorrecta, así como que la información recolectada sería tratada de forma anónima. El instrumento utilizado para evaluar la cibercondría fue traducido al español, luego adaptado culturalmente y validado en la población del presente estudio (Robles-Mariños et al., 2023), obteniendo adecuadas propiedades psicométricas, lo que garantiza una adecuada validez y confiabilidad de los datos. Es importante destacar que la herramienta empleada para evaluar la cibercondría no equivale a un diagnóstico médico, hecho que se tuvo en cuenta durante la realización de todo el estudio. Asimismo, debido a que el estudio se realizó únicamente en estudiantes de una universidad privada peruana, estos resultados no son generalizables y

no se puede afirmar que las asociaciones reportadas sean exactamente las mismas en otras poblaciones de estudiantes de Medicina. También es importante mencionar que podrían existir variables no medidas que podrían afectar los niveles de cibercondría de manera importante y confundir las asociaciones presentadas, generando confusión residual. Este estudio fue de naturaleza exploratoria, por lo que los resultados son aún preliminares, y deberán ser reevaluados con diseños epidemiológicos específicos para que cada relación sea clarificada en el futuro. No obstante, se debe destacar que la información es novedosa y puede servir como referencia inicial para investigaciones en el futuro, ya que es la primera investigación que analiza la cibercondría en estudiantes de Medicina de habla hispana, por lo que consideramos que la información reportada, aunque preliminar, es relevante.

Recomendaciones

Dado que no existe mucha información sobre la cibercondría, ni se ha encontrado mucha información en América Latina, se recomienda realizar más estudios para comprender mejor este fenómeno, así como los factores asociados al mismo. Esto afecta a la salud y se debe tomar con importancia dadas sus implicaciones. Se recomienda estudiar otros posibles factores que pudieran estar asociados, generar diseños epidemiológicos específicos para cada relación a evaluar y estudiarlos longitudinalmente, ya que esto contribuirá a una adecuada comprensión del origen de este problema de salud. También se recomienda ampliar su estudio a más poblaciones, siendo este el primer estudio en estudiantes de Medicina de habla hispana.

Conclusiones

En conclusión, este estudio mostró que la edad, el año de estudio y tener un familiar de primer grado médico se asoció con la cibercondría en los estudiantes de Medicina de una universidad peruana. La media de la cibercondría fue de 25 puntos y no se encontraron diferencias según sexo, lugar de nacimiento, tabaquismo o tener un familiar de primer grado personal de salud. En base a los resultados obtenidos, se sugiere reevaluar y continuar el análisis de la cibercondría, un tema novedoso y relevante, pero sobre el cual se sabe muy poco.

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

Financiamiento: Dirección de Investigación de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, bajo el código A-086-2024.

Referencias bibliográficas

- Akhtar, M., & Fatima, T. (2020). Exploring cyberchondria and worry about health among individuals with no diagnosed medical condition. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 70(1), 90–95. <https://doi.org/10.5455/jpma.8682>
- Ambrosini, F., Truzoli, R., Vismara, M., Vitella, D., & Biolcati, R. (2022). The effect of cyberchondria on anxiety, depression and quality of life during COVID-19: the mediational role of obsessive-compulsive symptoms and Internet addiction. *Heliyon*, 8(5), e09437. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09437>
- Azuri, J., Ackshota, N., & Vinker, S. (2010). Reassuring the medical students' disease Health related anxiety among medical students. *Medical Teacher*, 32(7), e270-5. <https://doi.org/10.3109/0142159x.2010.490282>
- Bati, A. H., Mandiracioglu, A., Govsa, F., & Çam, O. (2018). Health anxiety and cyberchondria among Ege University health science students. *Nurse Education Today*, 71, 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.029>
- Baumgartner, S. E., & Hartmann, T. (2011). The role of health anxiety in online health information search. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(10), 613–618. <https://doi.org/10.1089/cyber.2010.0425>
- Bhatt, H., Singhal, J., Srivastava, D., Shukla, A., & Sharma, L. (2022). Exploring Correlations Between Psychological Well-Being and Cyberchondria During the Covid-19 Pandemic- A Study on Undergraduate Students in Delhi NCR. *International Journal of Indian Psychology*, 10(4). <https://doi.org/10.25215/1004.029>
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2010). Cigarette smoking and depression: tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 196(6), 440–446. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.065912>
- Chaiton, M. O., Cohen, J. E., O'Loughlin, J., & Rehm, J. (2009). A systematic review of longitudinal studies on the association between depression and smoking in adolescents. *BMC Public Health*, 9, 356. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-356>
- Dagher, R. K., Chen, J., & Thomas, S. B. (2015). Gender Differences in Mental Health Outcomes before, during, and after the Great Recession. *PloS One*, 10(5), e0124103. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124103>
- Durak Batıgün, A., Şenkal Ertürk, İ., Gör, N., & Kömürçü Akik, B. (2021). The pathways from distress tolerance to Cyberchondria: A multiple-group path model of young and middle adulthood samples. *Current Psychology (New Brunswick, N.J.)*, 40(11), 5718–5726. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01038-y>
- Eastin, M. S., & Guinsler, N. M. (2006). Worried and Wired: Effects of Health Anxiety on Information-Seeking and Health Care Utilization Behaviors. *Cyberpsychol Behav*, 9(4), 494-8. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9.494>
- Eşkisü, M., Çam, Z., & Boysan, M. (2023). Health-Related Cognitions and Metacognitions Indirectly Contribute to the Relationships Between Impulsivity, Fear of COVID-19, and Cyberchondria. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 1-23. <https://doi.org/10.1007/s10942-022-00495-7>
- Farooq, A., Laato, S., & Najmul Islam, A. K. M. (2020). Impact of Online Information on Self-Isolation Intention During the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(5), e19128. <https://doi.org/10.2196/19128>
- Fluharty, M., Taylor, A. E., Grabski, M., & Munafo, M. R. (2017). The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 19(1), 3–13. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw140>
- Foroughi, A., Taheri, A. A., Khanjani, S., Mohammadpour, M., Amiri, S., Parvizifard, A. akbar, & McElroy, E. (2022). Psychometric Properties of Iranian Version of the Cyberchondria Severity Scale (Short-Form of CSS). *J Consum Health Internet*, 26(2), 131–145. <https://doi.org/10.1080/15398285.2022.2045668>
- Fox, S., & Duggan, M. (2013). Health online 2013. Pew Internet & American Life Project. <https://www.pewresearch.org/internet/2013/01/15/health-online-2013/>

- Garey, L., Olofsson, H., Garza, T., Shepherd, J. M., Smit, T., & Zvolensky, M. J. (2020). The Role of Anxiety in Smoking Onset, Severity, and Cessation-Related Outcomes: a Review of Recent Literature. *Current Psychiatry Reports*, 22(8), 38. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01160-5>
- Harvey, S. B., Epstein, R. M., Glozier, N., Petrie, K., Strudwick, J., Gayed, A., Dean, K., & Henderson, M. (2021). Mental illness and suicide among physicians. *The Lancet*, 398(10303), 920–930. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01596-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01596-8)
- Infanti, A., Starcevic, V., Schimmenti, A., Khazaal, Y., Karila, L., Giardina, A., Flayelle, M., Razavi, S. B. H., Baggio, S., Vögele, C., & Billieux, J. (2023). Predictors of Cyberchondria During the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional Study Using Supervised Machine Learning. *JMIR Formative Research*, 7, e42206. <https://doi.org/10.2196/42206>
- Jokic-Begic, N., Korajlija, A. L., & Mikac, U. (2020). Cyberchondria in the age of COVID-19. *PloS One*, 15(12), e0243704. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243704>
- Jones, P. B. (2013). Adult mental health disorders and their age at onset. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 54, s5–10. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119164>
- Kiely, K. M., Brady, B., & Byles, J. (2019). Gender, mental health and ageing. *Maturitas*, 129, 76–84. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.09.004>
- Kurcer, M. A., Erdogan, Z., & Cakir Kardes, V. (2022). The effect of the COVID-19 pandemic on health anxiety and cyberchondria levels of university students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(1), 132. <https://doi.org/10.1111/PPC.12850>
- Maftai, A., & Holman, A. C. (2020). Cyberchondria During the Coronavirus Pandemic: The Effects of Neuroticism and Optimism. *Frontiers in Psychology*, 11, 567345. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567345>
- McElroy, E., Kearney, M., Touhey, J., Evans, J., Cooke, Y., & Shevlin, M. (2019). The CSS-12: Development and Validation of a Short-Form Version of the Cyberchondria Severity Scale. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22(5), 330–335. <https://doi.org/10.1089/cyber.2018.0624>
- McMullan, R. D., Berle, D., Arnáez, S., & Starcevic, V. (2019). The relationships between health anxiety, online health information seeking, and cyberchondria: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 270–278. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.037>
- Muse, K., McManus, F., Leung, C., Meghrebian, B., & Williams, J. M. G. (2012). Cyberchondriasis: Fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the Internet. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 189–196. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.11.005>
- Nair, M., Moss, N., Bashir, A., Garate, D., Thomas, D., Fu, S., Phu, D., & Pham, C. (2023). Mental health trends among medical students. *Proceedings (Baylor University. Medical Center)*, 36(3), 408. <https://doi.org/10.1080/08998280.2023.2187207>
- Newby, J. M., & McElroy, E. (2020). The impact of internet-delivered cognitive behavioural therapy for health anxiety on cyberchondria. *Journal of Anxiety Disorders*, 69, 102150. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102150>
- Özkent, M. S., Kllnç, M. T., Hamarat, M. B., Yllmaz, B., Göger, Y. E., Özkent, Y., & Pişkin, M. M. (2023). Digitalization and Urological Diseases: Severity of Cyberchondria and Level of Health Anxiety in Patients Visiting Outpatient Urology Clinics. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 26(1), 28–34. <https://doi.org/10.1089/cyber.2022.0089>
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510–512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
- Pleil, K. E., & Skelly, M. J. (2018). CRF modulation of central monoaminergic function: Implications for sex differences in alcohol drinking and anxiety. *Alcohol (Fayetteville, N.Y.)*, 72, 33–47. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2018.01.007>
- Robles-Mariños, R., Angeles, A. I., & Alvarado, G. F. (2022). Factors associated with health anxiety in medical students at a private university in Lima, Peru. *Revista Colombiana de Psiquiatria (English Ed.)*, 51(2), 89–98. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2020.11.007>
- Robles-Mariños, R., Alvarado, G. F., Maguiña, J. L., & Bazo-Alvarez, J. C. (2023). The short-form of the Cyberchondria Severity Scale (CSS-12): Adaptation and validation of the Spanish version in young Peruvian students. *PLOS ONE*, 18(10), e0292459. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292459>
- Sabir, S., & Naqvi, I. (2023). Prevalence of cyberchondria among university students: an emerging challenge of the 21st century. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 73(8), 1634–1639. <https://doi.org/10.47391/jpma.7771>
- Serra-Negra, J. M., Paiva, S. M., Baptista, A. S., Cruz, A. J. S., Pinho, T., & Abreu, M. H. (2022). Cyberchondria and Associated Factors Among Brazilian and Portuguese Dentists. *Acta Odontológica Latinoamericana*, 35(1), 45. <https://doi.org/10.54589/ao.35/1/45>
- Seyed Hashemi, S. G., Hosseinneshad, S., Dini, S., Griffiths, M. D., Lin, C. Y., & Pakpour, A. H. (2020). The mediating effect of the cyberchondria and anxiety sensitivity in the association between problematic internet use, metacognition beliefs, and fear of COVID-19 among Iranian online population. *Heliyon*, 6(10), e05135. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05135>
- Shailaja, B., Shetty, V., Chaudhury, S., & Thyloth, M. (2020). Exploring cyberchondria and its associations in dental students amid COVID-19 infodemic. *Industrial Psychiatry Journal*, 29(2), 257–267. https://doi.org/10.4103/ipi.ipj.212_20
- Singh, K., & Brown, R. J. (2014). Health-related Internet habits and health anxiety in university students. *Anxiety, Stress and Coping*, 27(5), 542–554. <https://doi.org/10.1080/10615806.2014.888061>
- Starcevic, V. (2017). Cyberchondria: Challenges of Problematic Online Searches for Health-Related Information. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86, 129–133. <https://doi.org/10.1159/000465525>
- Starcevic, V., & Berle, D. (2013). Cyberchondria: Towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(2):205–13. <https://doi.org/10.1586/ern.12.162>
- Starcevic, V., & Berle, D. (2015). Cyberchondria: An old phenomenon in a new guise? En *Mental health in the digital age: Grave dangers, great promise*. (pp. 106–117). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199380183.003.0006>
- Sunderland, M., Newby, J. M., & Andrews, G. (2013). Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 202(1), 56–61. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.103960>
- Tan, S. S. L., & Goonawardene, N. (2017). Internet Health Information Seeking and the Patient-Physician Relationship: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(1), e9. <https://doi.org/10.2196/jmir.5729>
- Vismara, M., Vitella, D., Biolcati, R., Ambrosini, F., Pirola, V., Dell'Osso, B., & Truzoli, R. (2021). The Impact of COVID-19 Pandemic on Searching for Health-Related Information and Cyberchondria on the General Population in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 754870. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.754870>
- Weck, F., Richtberg, S., & Neng, J. M. B. (2014). Epidemiology of Hypochondriasis and Health Anxiety: Comparison of Different Diagnostic Criteria. *Current Psychiatry Reviews*, 10(1), 14–23. <https://doi.org/10.2174/1573400509666131119004444>
- White, R. W., & Horvitz, E. (2009). Cyberchondria: Studies of the Escalation of Medical Concerns in Web Search. *ACM Transactions on Information Systems*, 27(4), 1–37. <https://doi.org/10.1145/1629096.1629101>
- Wu, X., Nazari, N., & Griffiths, M. D. (2021). Using Fear and Anxiety Related to COVID-19 to Predict Cyberchondria: Cross-sectional Survey Study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(6), e26285. <https://doi.org/10.2196/26285>
- Yalçın, İ., Boysan, M., Eşkisü, M., & Çam, Z. (2022). Health anxiety model of cyberchondria, fears, obsessions, sleep quality, and negative affect during COVID-19. *Current Psychology*, 1–18. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02987-2>

Primer Consenso Argentino sobre el manejo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la adultez. Tercera parte: tratamiento integral del TDAH

First Argentine Consensus on the Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. Part Three: Comprehensive Treatment of ADHD in Adults

Andrea Abadi¹, Marcelo Cetkovich-Bakmas², Hernán Kliijnjan³, Norma Echavarria⁴, Alicia Lischinsky⁵, Pablo López⁶, Claudio Michanie⁷, Tomás Maresca⁸, Carolina Remedi⁹, Osvaldo Rovere¹⁰, Fernando Torrente¹¹, Marcela Waisman Campos¹², Gerardo Maraval¹³, Teresa Torralva¹⁴, Diego Canseco¹⁵, Amalia Dellamea¹⁶, Andrea López Mato¹⁷, Gustavo Vázquez¹⁸, Alejo Corrales¹⁹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v36i168.838>

RECIBIDO 1/12/2024 - ACEPTADO 25/3/2025

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

²Vicepresidente de la Asociación Argentina de Psiquiatras (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 Departamento 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 infantojuvenil. Jefe de Sección Infanto-Juvenil del Departamento de Psiquiatría de CEMIC. Buenos Aires, Argentina.

⁸Presidente de la Asociación Argentina de Psiquiatría Biológica (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 tercera y última parte del Primer Consenso Argentino sobre el manejo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la adultez, enfocada en sintetizar la evidencia actualizada sobre los abordajes terapéuticos de esta patología en los pacientes adultos. Siguiendo la metodología descrita en la primera y segunda parte del Consenso, el panel de expertos realizó una exhaustiva revisión de la bibliografía y, como consecuencia de un posterior debate sobre la información disponible, se elaboró la última parte de este documento para abarcar el tratamiento integral de las personas adultas que padecen este trastorno. Durante la etapa de debate y discusión, se decidió estructurar este apartado final de consenso con algunos puntos que estimamos serán de gran utilidad para el equipo interdisciplinario encargado del manejo de pacientes con TDAH del adulto. En tal sentido, en esta parte, se podrán encontrar las recomendaciones generales para el tratamiento farmacológico y el manejo de los efectos adversos, abordajes terapéuticos de las comorbilidades, las intervenciones no farmacológicas (INF) así como el impacto que tiene el TDAH no tratado.

Palabras clave: abordaje del TDAH del adulto, tratamiento farmacológico, metilfenidato, dextanfetamina, lisdexanfetamina, intervenciones no farmacológicas, TDAH no tratado

Abstract

This document corresponds to the third and final part of the First Argentine Consensus on the management of attention deficit hyperactivity disorder in adults, focused on summarizing the current evidence on therapeutic approaches to this pathology in adult patients. Following the methodology described in the first and second parts of the Consensus, the panel of experts conducted an exhaustive review of the literature and, as a result of a subsequent debate on the available information, the final part of this document was prepared, covering the comprehensive treatment of adults with this disorder. During the debate and discussion stage, it was decided to structure this final section of the consensus with some points that we believe will be of great use to the interdisciplinary team responsible for managing adult ADHD patients. In this section of the document, you will find general recommendations for pharmacological treatment and the management of adverse effects, comorbidity treatment, non-pharmacological interventions (NPI), as well as the impact of untreated ADHD.

Keywords: approach to ADHD in adults, pharmacological treatment, methylphenidate, dexamphetamine, lisdexamfetamine, non-pharmacological interventions, untreated ADHD

18. Tratamiento farmacológico del TDAH en la edad adulta¹

Antes de explorar las estrategias del abordaje farmacológico para adultos con TDAH, es crucial enfatizar la necesidad de un tratamiento integral y multidisciplinario. Este enfoque debe incluir psicoeducación, farmacoterapia, terapia cognitivo-conductual (TCC) y entrenamiento específico para el TDAH, conforme a lo sugerido por Kooij et al. (2019) en el consenso europeo. Aunque no todos los pacientes requerirán la aplicación simultánea de todos estos recursos, el tratamiento siempre debería ser multimodal.

La eficacia sintomática del tratamiento farmacológico a corto plazo está bien documentada por numerosos estudios metaanalíticos. Sin embargo, aún hay escasez de investigación sobre los efectos del tratamiento prolongado y su impacto a largo plazo (Caye et al., 2019).

Dada la diversidad y la heterogeneidad del TDAH en adultos, los tratamientos pueden variar significativamente entre individuos en términos de la selección de medicamentos, la dosificación y la integración con intervenciones no farmacológicas (Pallanti y Salerno, 2020).

1. La numeración de los apartados es correlativa de la primera y segunda parte de este Consenso, publicadas respectivamente en los números 166 y 167 de Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, disponibles en los siguientes enlaces:

Enlace a primera parte <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/725/608>

Enlace a segunda parte <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/802/667>

La Guía de la Alianza de Recursos para el TDAH de Canadá (CADDRA por sus siglas en inglés) recomienda un abordaje escalonado para el tratamiento farmacológico del TDAH, que incluye: a) el establecimiento de objetivos terapéuticos; b) la selección del esquema de tratamiento; c) el ajuste y el monitoreo de los medicamentos prescritos; y d) el seguimiento continuo (CADDRA, 2020).

18.1 El establecimiento de los objetivos farmacoterapéuticos

En la etapa inicial del tratamiento del TDAH, es esencial identificar los síntomas y evaluar su impacto funcional en las diversas áreas de la vida del paciente. Es crucial que los clínicos aclaren que, aunque el tratamiento farmacológico es primordial para atenuar los síntomas principales del TDAH, las intervenciones no farmacológicas son igualmente necesarias para mitigar las consecuencias de estos síntomas y mejorar la calidad de vida (May et al., 2023). El plan terapéutico debe personalizarse para alinearse con las preferencias y necesidades del paciente, teniendo en cuenta sus fortalezas y limitaciones, así como cualquier otra condición concurrente (NICE, 2018).

Según la CADDRA (2020), los objetivos del tratamiento deben ser específicos, medibles, alcanzables, relevantes y temporales, facilitando así una mejora sustancial en la calidad de vida del paciente.

Antes de comenzar cualquier tratamiento farmacológico, es imperativo realizar una evaluación exhaustiva que incluya: una confirmación de la persistencia de los criterios y la necesidad de tratamiento del TDAH mediante escalas estandarizadas; una revisión de la situación social, académica, laboral y neuropsiquiátrica del paciente para identificar posibles comorbilidades; y un examen físico completo que revise condiciones médicas, medicamentos actuales, peso, frecuencia cardíaca y presión arterial basal, además de una evaluación de riesgo cardiovascular. Aunque un electrocardiograma (ECG) o la consulta con un cardiólogo generalmente no se recomienda antes de iniciar el tratamiento, estas prácticas son esenciales en caso que se presenten algunas de las características de la Tabla 12 (Kooij, 2022).

18.2 La selección del tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico para el TDAH se clasifica comúnmente: a) por el tipo de medicamentos utilizados, diferenciando entre estimulantes y no estimulantes; y b) según su prioridad de uso, distinguiendo entre opciones de primera, de segunda y de tercera línea. Mientras que la clasificación por tipo de fármaco se basa en aspectos farmacodinámicos sobre la neurotransmisión catecolaminérgica, la asig-

Tabla 12. Características que requieren la interconsulta con cardiólogo antes de iniciar el tratamiento

Síntomas actuales	Palpitaciones
	Hipertensión
	Percepción de latidos irregulares
	Malestar durante el ejercicio
	Fatiga inusual asociada a la actividad física
	Dificultad para respirar asociada a la actividad física
	Presíncope o síncope durante o después del ejercicio o de eventos emocionales
	Uso de sustancias
Historial médico	Historia de problemas cardíacos congénitos
	Hipertensión sistémica
	Historia de fiebre reumática
	Historia de convulsiones o desmayos con el ejercicio o ante sustos
	Historia de enfermedad de Kawasaki
Historial familiar	Enfermedad coronaria
	Desfibrilador cardíaco implantado o marcapasos
	Historia de miocardiopatía
	Síndrome de QT alterado, síndrome de Brugada u otras arritmias familiares
	Historia familiar de muerte súbita
	Historia familiar de hipertensión pulmonar primaria

Nota. Adaptado de Adult ADHD: Diagnostic assesment and treatment. 4 edit, de J. J. S. Kooij, 2022, Springer Nature Switzerand AG.

nación de líneas de tratamiento varía de acuerdo con las directrices y recomendaciones establecidas en diversas guías y consensos internacionales (Cortese et al., 2018). Sin embargo, el propósito fundamental de todos estos medicamentos es incrementar la funcionalidad catecolaminérgica, esencial para mitigar los síntomas del TDAH.

Por otro lado, es relevante mencionar que ciertos medicamentos ampliamente utilizados para el tratamiento del TDAH en otros países aún no están disponibles en la Argentina. No obstante, serán considerados en este documento para ofrecer una perspectiva global del manejo de este trastorno.

Las guías médicas habitualmente categorizan los medicamentos para el TDAH en tres niveles: de primera, de segunda y de tercera línea. Además, es crucial diferenciar entre los fármacos de primera línea, que son los recomendados basados en evidencia robusta, y los fármacos de primera elección, que se seleccionan dentro de los de primera línea conforme a las características específicas del medicamento y las necesidades individuales del paciente.

18.2.1 Fármacos de primera línea: el metilfenidato, la dexanfetamina y la lisdexanfetamina

La CADDRA (2020) sugiere solo psicoestimulantes de acción prolongada en la primera línea ya que son más efectivos, tienen menos riesgo de efectos adversos, disminuyen la necesidad de múltiples dosis y mejoran la adherencia al tratamiento. Además, reducen el riesgo de uso indebido, el riesgo de rebote y se toleran mejor que los psicoestimulantes de liberación inmediata.

La guía NICE de 2018 recomienda la lisdexanfetamina como tratamiento inicial para adultos con TDAH, y sugiere cambiar al metilfenidato si no hay una respuesta efectiva después de seis semanas de tratamiento. Se recomienda reservar la dexanfetamina para pacientes que muestran una buena respuesta farmacoterapéutica a la lisdexanfetamina pero experimentan dificultades con sus efectos de larga duración.

En términos de eficacia y tolerancia, tanto el metilfenidato como los derivados anfetamínicos son comparables y mejoran el rendimiento cognitivo de adultos con TDAH (Pievsky y McGrath, 2018). Sin embargo, en mercados como el de la Argentina, las opciones están limitadas al metilfenidato ya que es el único medicamento de este grupo comercialmente disponible.

El metilfenidato actúa como un inhibidor de los transportadores de dopamina y noradrenalina, conocidos por sus siglas en inglés como DAT y NAT. Según estudios de laboratorio, este fármaco muestra una alta

afinidad por el DAT y, en menor medida, por el NAT, sin afectar al transportador de serotonina (SERT). Además, influye en la redistribución del transportador vesicular de monoaminas-2 (VMAT-2), esencial para la recaptura de dopamina y noradrenalina en el citoplasma, de modo que desempeña un papel crucial en la regulación de la neurotransmisión. Por lo tanto, el metilfenidato incrementa la disponibilidad de dopamina y noradrenalina y protege al sistema dopaminérgico del “desgaste”, manteniendo las reservas de neurotransmisores en las vesículas (Jaeschke et al., 2021). Finalmente, a diferencia de las anfetaminas, el metilfenidato no provoca la liberación de dopamina de las vesículas presinápticas (Shellenberg et al., 2020) (ver Tabla 13).

18.2.1.1 Consideraciones al prescribir estimulantes

En la selección de formas farmacéuticas para el tratamiento del TDAH, es esencial considerar varios factores para optimizar la terapia (NICE, 2018). Aquellas de liberación inmediata ofrecen cierta flexibilidad en los regímenes y pueden ser útiles durante la titulación inicial para establecer los niveles de dosificación más

Tabla 13. Contraindicaciones relativas y absolutas de los estimulantes

Contraindicaciones relativas	Epilepsia
	Hipertiroidismo
	Hipertensión arterial
	Glaucoma
	Arritmia
	Trastorno de ansiedad severo
	Tics
	TB no tratado
Contraindicaciones absolutas	Síndrome de Reynaud
	Embarazo
	Historia de psicosis
	Glaucoma de ángulo estrecho
	Feocromocitoma
	Arritmia congénita
	Enfermedad cardiovascular sintomática
	Tratamiento con IMAOs, dentro de los 14 días de discontinuación
	Hipertensión moderada a severa
	Hipotiroidismo no tratado
	Hipersensibilidad o alergia conocida al principio activo

Nota. TB: trastorno bipolar; IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa
Tomado de *Canadian ADHD Resource Alliance: Canadian ADHD Practice Guidelines*, de CADDRA, 2020, 4.1 Edition, Toronto.

efectivos. También se podrían combinar preparados de liberación modificada por la mañana con una dosis de liberación inmediata por la tarde si se requiere lograr una cobertura más prolongada, pero nunca los dos juntos por la mañana. Al elegir una forma de liberación determinada, los clínicos deben evaluar la magnitud y la duración del efecto deseado, así como los efectos secundarios potenciales, que pueden variar de un paciente a otro. Además, es crucial tener en cuenta la propensión al abuso y los efectos como la supresión del apetito.

En lo referente al marco regulatorio, los profesionales prescriptores deben estar familiarizados con las normativas de dispensación de medicamentos vigentes. En la Argentina, por ejemplo, la ley 19.303/71 sobre psicotrópicos clasifica al metilfenidato en la lista II, exigiendo su prescripción en formularios oficiales por triplicado y limitando las prescripciones a un máximo de 20 días de tratamiento. De este modo, la normativa enfatiza la necesidad de un manejo prudente y regulado de los medicamentos mencionados.

18.2.1.2 Segunda línea: la atomoxetina y la guanfacina de liberación modificada

En la Argentina, la atomoxetina es el único agente no estimulante disponible para el tratamiento del TDAH. Se recurre a ella cuando los estimulantes de primera línea resultan ineficaces, no son bien tolerados o están contraindicados. Aunque presenta una relación riesgo-beneficio menos favorable y evidencia de efectividad reducida, la atomoxetina puede usarse en monoterapia o en combinación con estimulantes, siempre y cuando se consideren cuidadosamente las interacciones medicamentosas (CADDRA, 2020).

Este fármaco actúa incrementando los niveles de noradrenalina al inhibir de forma selectiva su transportador presináptico. A diferencia de los estimulantes, no aumenta los niveles de dopamina en el núcleo accumbens ni en las vías de recompensa, lo que minimiza su potencial de abuso y reduce el riesgo de inducir tics (Garnock-Jones y Keating, 2009). Debido a su menor eficacia y al inicio de acción más lento en comparación con los estimulantes, se la considera una opción de segunda línea (Pallanti y Salerno, 2013).

18.2.1.3 Tercera línea: el bupropión, la clonidina, el modafinilo, la imipramina, la venlafaxina y los antipsicóticos atípicos

Estos medicamentos se utilizan de manera *off-label* o “fuera de etiqueta”—es decir, para indicaciones no aprobadas oficialmente en su prospecto— lo que podría implicar mayores riesgos y efectos secundarios. El

orden de prescripción de estas opciones no sigue una secuencia específica (May et al., 2023). Ciertamente, su prescripción se limita a casos que son resistentes a los tratamientos estándares y que requieren una atención especializada (CADDRA, 2020). La guía NICE de 2018 recomienda evitar el uso de estos medicamentos sin la supervisión de un especialista en TDAH.

La utilización de dosis mayores a las que recomiendan las indicaciones establecidas por el prospecto es considerada también un tratamiento de tercera línea, y solo debe ser utilizado luego de haber agotado otras opciones (CADDRA, 2020).

Los antipsicóticos atípicos pueden ser utilizados en presencia de comorbilidades, pero no se los usa para tratar los síntomas del TDAH (CADDRA, 2020).

El bupropión se utiliza de manera *off-label* para tratar el TDAH en adultos, a pesar de estar aprobado únicamente para la depresión mayor y la dependencia al tabaco. Algunos estudios han mostrado que este principio activo es más eficaz que el placebo para adultos con TDAH y supera en eficacia al modafinilo, la guanfacina y la clonidina. Sin embargo, no alcanza la efectividad de los estimulantes o la atomoxetina en el manejo de este trastorno (Pallanti y Salerno, 2013; Cortese et al., 2018).

La clonidina, un agonista alfa-2 adrenérgico, ha mostrado beneficios en la reducción de comportamientos hiperactivos e impulsivos y, en menor medida, en la atención. Es especialmente recomendada para pacientes con TDAH que también presentan trastornos de tics o síndrome de Tourette (Kolar et al., 2008). En la Argentina, la clonidina no está disponible como especialidad medicinal, por lo que se requiere su prescripción y dispensación como un medicamento magistral. Su uso en adultos aún carece de suficiente evidencia y no se aconseja en personas con depresión preexistente debido al riesgo de agravar los síntomas depresivos (Briars y Todd, 2016).

El modafinilo es un agente promotor de la vigilia aprobado por la FDA para el tratamiento de la somnolencia excesiva asociada a la narcolepsia o la apnea obstructiva del sueño. Actuaría activando los receptores alfa-1 adrenérgicos mediante el bloqueo de la recaptación de dopamina en áreas cerebrales como la corteza y el caudado, además de incrementar la liberación de glutamato en el hipocampo y el tálamo, lo que mejoraría la vigilia. No obstante, en un estudio de fase 3, el modafinilo no evidenció eficacia en el tratamiento del TDAH en adultos y registró una alta incidencia de efectos secundarios y deserción (Pallanti y Salerno,

2013; Arnold et al., 2014).

Por último, la guía australiana de práctica clínica basada en la evidencia para el TDAH (May et al., 2023) plantea una cuarta línea que sugiere la utilización de la lamotrigina, el aripiprazol, la agomelatina, el armodafinilo o la desvenlafaxina, sin seguir ninguna secuencia en particular.

18.3 La titulación y el monitoreo

La titulación de medicamentos en el tratamiento del TDAH debe ser gradual para monitorear la respuesta del paciente y los posibles efectos adversos. Esta etapa incluye la evaluación continua de los cambios clínicos, un seguimiento periódico y la definición de objetivos específicos de tratamiento. La práctica recomendada es iniciar con una dosis baja y aumentarla como máximo semanal o quincenalmente hasta alcanzar los objetivos terapéuticos planteados, la dosis máxima tolerada o hasta que los efectos secundarios limiten su incremento. Cada paciente puede requerir una dosis óptima diferente, influenciada por factores individuales como la sensibilidad genética a la medicación (NICE, 2018; CADDRA, 2020; Kooij, 2022).

Además, en pacientes con trastornos concurrentes del neurodesarrollo como el TEA, tics o discapacidad intelectual, así como aquellos con condiciones psiquiátricas o médicas (como epilepsia o enfermedad cardíaca), la titulación de la dosis debe ser más cautelosa y el seguimiento más riguroso para garantizar la seguridad y la eficacia del tratamiento.

18.4 El control y el seguimiento

18.4.1 Monitoreo y ajuste del tratamiento a largo plazo

El seguimiento de los pacientes con TDAH debe adoptar un enfoque similar al de las enfermedades crónicas. Esto incluye una atención proactiva e integrada que sea accesible, facilitando así la participación activa del paciente en su propio cuidado para prevenir consecuencias negativas fácilmente evitables. Además, se recomienda que el enfoque de tratamiento multimodal también incluya educación para los familiares y los acompañantes del paciente (CADDRA, 2020).

18.4.2 Manejo de efectos adversos

Los efectos adversos asociados al tratamiento del TDAH suelen ser leves y temporales, especialmente si la dosificación es precisa y se administra de acuerdo con las recomendaciones médicas. Los efectos más comunes se observan al inicio del tratamiento o al ajustar la dosis, y generalmente disminuyen con el tiempo. Es crucial monitorear estos efectos desde el inicio del

tratamiento para gestionar adecuadamente cualquier complicación (NICE, 2018).

18.4.3 Evaluación regular de indicadores clínicos

Es importante monitorear regularmente ciertos indicadores clínicos en pacientes tratados con estimulantes, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial, los patrones de sueño y los cambios en el peso, ya que están vinculados con los principales efectos adversos. Estas medidas deben revisarse al menos cada seis meses para asegurar la seguridad y la eficacia del tratamiento (Kooij, 2022).

18.4.4 Reevaluación continua

Es crucial revisar anualmente el plan de tratamiento de pacientes con TDAH para decidir si se continúa con el esquema de medicamentos propuesto. Esta evaluación debe ser exhaustiva, considerando varios aspectos clave: las preferencias del paciente, los beneficios obtenidos del tratamiento, los efectos adversos experimentados y el impacto general en su rendimiento. También se debe evaluar la necesidad clínica y la optimización del tratamiento, incluyendo el efecto de las posibles dosis omitidas, las reducciones de las dosis planificadas y los períodos sin medicamentos. De este modo, al ajustarse a las necesidades cambiantes del paciente, la revisión anual contribuye a garantizar que el tratamiento siga siendo relevante y efectivo.

19. Evaluación, balance y manejo de los efectos adversos de los fármacos utilizados para el tratamiento del TDAH en la edad adulta

El manejo de los efectos adversos de los medicamentos ha sido un reto constante en la medicina, particularmente en pacientes con trastornos psiquiátricos, quienes pueden presentar baja adherencia al tratamiento, menor tolerancia a la sintomatología adversa y una comprensión limitada de la necesidad terapéutica (Goldberg, 2021). En este marco, las decisiones sobre el tratamiento implican equilibrar cuidadosamente los riesgos y beneficios. Los médicos psiquiatras deben evaluar qué medicamentos son apropiados para un paciente en función de su presentación clínica y de las alternativas disponibles. Estas opciones pueden incluir no administrar tratamiento, aplicar intervenciones psicosociales o no farmacológicas o utilizar tratamientos basados en dispositivos.

La farmacodinamia es una rama esencial de la farmacología que se centra en el estudio de los efectos bioquímicos y fisiológicos de los fármacos en el organismo, así como de sus mecanismos de acción en el

contexto molecular. De este modo, la farmacodinamia no solo estudia cómo los fármacos ejercen sus efectos terapéuticos, sino también cómo producen efectos secundarios o tóxicos tras alcanzar su sitio de acción.

Más en detalle, todos los principios activos —e incluso los placebos— tienen el potencial de causar efectos no deseados. La pericia clínica en el análisis de la relación riesgo-beneficio de los medicamentos psicotrópicos implica la consideración de varios factores clave:

- La determinación de la causa probable de un síntoma, o la identificación de cuándo una queja física es más probable que refleje un efecto iatrogénico en lugar de una manifestación de psicopatología no tratada.
- La diferenciación entre efectos adversos transitorios y duraderos, así como entre complicaciones molestas pero inocuas.
- La identificación de factores farmacocinéticos que puedan influir en la respuesta al fármaco, como compensar interacciones medicamentosas conocidas.
- El reconocimiento de oportunidades para explotar y capitalizar un efecto secundario deseable (por ejemplo, la supresión del apetito por psicoestimulantes).
- La priorización de la seguridad frente a la posible eficacia cuando existen otras opciones de tratamiento viables.
- La identificación de factores que puedan aumentar el riesgo de efectos adversos, como el consumo de alcohol.

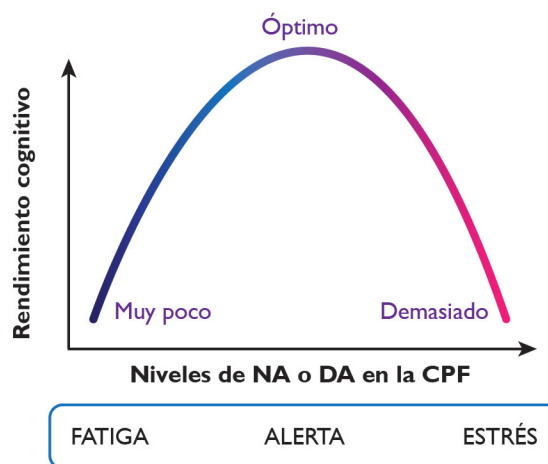
Existe una creciente evidencia de la alta comorbilidad del TDAH con otras afecciones, lo que complica la presentación clínica y la respuesta al tratamiento. Así, las condiciones comórbidas deben considerarse de forma conjunta para mejorar el diagnóstico y optimizar el tratamiento. Esto plantea el reto de discriminar entre una reacción adversa a un fármaco y la exacerbación de una enfermedad subyacente, como un trastorno de ansiedad que se manifiesta con el uso de metilfenidato. Por ejemplo, la taquicardia inducida por el tratamiento puede ser percibida como un ataque de pánico, lo que dificulta la evaluación del efecto del fármaco. En estos casos, es preferible tratar primero el trastorno de ansiedad con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) antes de introducir metilfenidato. Por otro lado, no todos los estudios que investigan la seguridad de los medicamentos abordan de mane-

ra adecuada la prevención o minimización del sesgo metodológico, lo cual debe considerarse al evaluar los eventos adversos reportados en los tratamientos farmacológicos (Clavenna y Bonati, 2016).

Los fármacos aprobados para el tratamiento del TDAH actúan, al menos en parte, modulando la transmisión de dopamina y/o noradrenalina. Estos neurotransmisores son esenciales para el funcionamiento de circuitos cerebrales que regulan la atención, el procesamiento de recompensas y los niveles de actividad, elementos clave en la fisiopatología del TDAH. Como se muestra en la *Figura 3*, tanto la deficiencia como el exceso de dopamina y noradrenalina resultan en un funcionamiento cognitivo subóptimo, además de estar relacionados con la aparición de efectos secundarios y disfunciones cognitivas (Huss, 2016) (*ver Figura 3*).

En ocasiones, los pacientes en tratamiento con psicoestimulantes refieren sentirse como un “zombi”, y describen esta experiencia como una sensación de lentitud, apatía o restricción emocional. Este es un efecto indeseado que debe diferenciarse de los síntomas de una depresión comórbida o de una sobredosificación del fármaco. En el caso de que la dosis sea demasiado alta, el paciente puede experimentar una inhibición excesiva, lo que conlleva a la pérdida de iniciativa. En tales casos, la solución no es suspender el tratamiento con el estimulante, sino ajustar la dosis a un nivel inferior. Si se detecta una depresión comórbida, esta debe ser tratada de manera independiente.

Figura 3. Influencia en forma de U invertida de la noradrenalina y la dopamina en la corteza prefrontal



Nota. Tanto la noradrenalina (NA) como la dopamina (DA) ejercen una influencia en forma de U invertida sobre la fisiología y el rendimiento cognitivo de la corteza prefrontal (CPF): un nivel insuficiente o excesivo de cualquiera de estos neurotransmisores compromete su función. (Modificado de A. F. Arnsten, 2009).

Tabla 14. Efectos secundarios para cada categoría farmacológica

Metilfenidato	Atomoxetina	Bupropión	Modafinilo	Agonistas adrenérgicos
Disminución del apetito	Disminución del apetito	Boca seca	Disminución del apetito	Somnolencia
Boca seca	Boca seca	Constipación	Insomnio	Dolor de cabeza
Insomnio inicial	Dolor de cabeza	Dolor de cabeza	Dolor de cabeza	Fatiga
Dolor de cabeza	Constipación	Insomnio	Eritema multiforme (raro)	Dolor abdominal
Irritabilidad	Problemas sexuales	Náuseas		Náuseas
Náuseas	Náuseas	Transpiración		Irritabilidad
Ansiedad	Insomnio inicial	Mayor riesgo de convulsiones		Disminución del apetito
Hipertensión leve	Hipertensión leve	Tics (raro)		Boca seca
Taquicardia	Taquicardia	Hipertensión		Bradicardia
Irritación de la piel (cuando se administra como parche transdérmico)	Transpiración			Hipertensión ortostática (raro)
Tics (raro)	Daño hepático			Aumento de la frecuencia urinaria (raro)
Erupción (raro)	Convulsiones (sobredosis)			
Ideas de autolesión (raro)	Ideas de autolesión (raro)			

Se considerará una falta de respuesta terapéutica cuando el paciente haya recibido una dosis adecuada y sostenida del medicamento, el tratamiento haya sido prolongado, los efectos secundarios se hayan controlado, no existan comorbilidades no detectadas y se haya asegurado una buena adherencia al tratamiento. Si no se observa una mejoría significativa bajo estas condiciones, el metilfenidato deberá ser suspendido. Dada su corta vida media, no es necesario reducir la dosis de manera gradual (Kooij, 2022).

La *Tabla 14* resume los efectos secundarios más comunes según el principio activo administrado (Pallanti y Salerno, 2020). Muchos de estos efectos adversos son transitorios y dependientes de la dosis, y en algunos casos pueden estar influenciados por el genotipo del paciente. Por ejemplo, los individuos identificados como “metabolizadores lentos” —es decir, aquellos que poseen las dos copias del gen de la enzima CYP2D6 inactivas— tienen un mayor riesgo de presentar efectos adversos con la atomoxetina. Por otro lado, la pérdida de apetito es un efecto que puede persistir en algunos pacientes (Connolly et al., 2015).

19.1 Efectos adversos relacionados con el metilfenidato

Los efectos adversos más comunes incluyen el aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, re-

ducción del apetito, cefalea al inicio del tratamiento, y en menor medida, sequedad bucal y dificultades para conciliar el sueño (Epstein, 2014; Mick, 2013). Por lo tanto, es fundamental medir la frecuencia cardíaca, la presión arterial y el peso del paciente antes de iniciar el tratamiento, y realizar un seguimiento al menos dos veces al año durante su administración (Kooij, 2019).

Las complicaciones cardíacas graves son infrecuentes (Martínez-Raga et al., 2013; Habel et al., 2011), con un riesgo informado de infarto de miocardio, muerte cardíaca súbita, arritmias ventriculares o accidente cerebrovascular del 0.2-0.4 % en un estudio (Schelleman et al., 2012). El metilfenidato puede desencadenar arritmias en pacientes con enfermedades cardíacas congénitas (Shin et al., 2016), por lo que se debe actuar con precaución en estos casos, aunque el riesgo general es bajo.

En raras ocasiones, el metilfenidato puede inducir psicosis en pacientes predispuestos. Un historial de psicosis contraindica el uso de este fármaco, por lo que es crucial investigar antecedentes psicóticos antes de iniciar el tratamiento. Si a pesar de estas precauciones se desarrolla psicosis, se debe interrumpir inmediatamente el uso del estimulante y tratar el cuadro psicótico. Lo mismo ocurre con los episodios de manía o hipomanía en pacientes con trastorno bipolar (TB): si se identifican, deben ser tratados de manera prioritaria. En caso de que aparezca manía o hipomanía inesperadamente,

el estimulante debe suspenderse y administrarse un estabilizador del ánimo. Posteriormente, se puede reanudar el estimulante bajo la protección del estabilizador del estado de ánimo (Kooij, 2022).

Es habitual una pérdida de peso de entre uno y dos kilogramos durante las primeras semanas de tratamiento (Kooij et al., 2004); tras este periodo, el peso suele estabilizarse. Los pacientes con un bajo peso inicial pueden tener dificultades para mantener su peso bajo tratamiento con estimulantes, por lo que es necesario realizar un seguimiento regular del peso, recomendarles ingerir al menos tres comidas al día en horarios fijos y sugerirles una consulta con un nutricionista (Kooij, 2022).

El dolor de cabeza suele ser un síntoma transitorio. Una causa frecuente es la disminución del apetito, que puede llevar a que los pacientes descuiden su ingesta de líquidos, lo que, a su vez, puede desencadenar cefalea. Para prevenir este efecto secundario, es fundamental informarles sobre la importancia de mantener una adecuada hidratación (Kooij, 2022).

La sequedad bucal es otro efecto secundario que puede aumentar el riesgo de caries, especialmente cuando se combinan otros medicamentos que comparten este mismo efecto adverso. Se recomienda cepillarse los dientes regularmente y, en algunos casos, utilizar un gel bucal para reducir las molestias (Kooij, 2022).

Un efecto adverso menos común es la disminución de la acomodación visual, reportada por algunos pacientes tras iniciar el tratamiento (Kooij, 2022).

Las dificultades para conciliar el sueño durante el tratamiento con el metilfenidato pueden ser un efecto adverso directo del fármaco, aunque también podrían surgir al desaparecer su efecto. De hecho, este fenómeno de “rebote” va acompañado de un incremento temporal en los síntomas del TDAH, tales como malestar, irritabilidad, problemas de concentración, olvidos, cambios de humor y comportamiento impulsivo. Durante este período, pueden aparecer además síntomas físicos como sudoración, palpitaciones y molestias gastrointestinales (Kooij, 2022).

El rebote cerca de la hora de dormir puede retrasar el inicio del sueño. Para evitarlo, es fundamental asegurar una concentración plasmática adecuada de metilfenidato hasta las 23:00 horas, permitiendo así que los pacientes se encuentren lo suficientemente tranquilos para conciliar el sueño. Esto puede lograrse ajustando la toma de preparados de metilfenidato de acción prolongada, alargando su efecto y retrasando el momento del rebote, o añadiendo una dosis baja de

metilfenidato de liberación inmediata cuando el efecto del de acción prolongada comienza a desaparecer. De este modo, es crucial contemplar los tiempos de dosificación para evitar que los pacientes tengan dificultades para dormir o que no logren dormir en absoluto.

19.2 Efectos adversos relacionados con la atomoxetina

La atomoxetina requiere precauciones especiales en pacientes con hipertensión, taquicardia, enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares y aquellos con predisposición a la hipotensión. Si se presentan signos de ictericia o daño hepático en los análisis de laboratorio, el tratamiento debe suspenderse de manera permanente (Kooij, 2022). Asimismo, se recomienda monitorear la presión arterial y el pulso, ya que ambos pueden aumentar ligeramente. Otros efectos secundarios comunes incluyen disminución del apetito, dolor estomacal, náuseas, vómitos, pérdida de peso, síntomas gripales, sarpullido, fatiga, somnolencia, mareos, palpitaciones y efectos anticolinérgicos (como disuria inicial, sequedad de boca y estreñimiento). También pueden presentarse efectos adversos sexuales. Por otro lado, se ha informado de menos problemas de sueño en comparación con el metilfenidato (Sangal et al., 2006).

En los EE.UU., la FDA ha emitido una advertencia de “recuadro negro” (black box warning) para la atomoxetina, debido al riesgo asociado de ideación suicida. Aunque la relación entre la conducta suicida y el uso de la atomoxetina es incierta y poco frecuente, se recomienda un monitoreo constante durante el tratamiento. Es fundamental que los profesionales de la salud pregunten rutinariamente sobre pensamientos y conductas suicidas en cada visita, dado que ambas son más comunes en pacientes con TDAH (Rodler et al., Guía de la Federación Mundial de TDAH, 2019).

Una revisión exhaustiva de más de una década de investigación, que abordó siete temas de seguridad predefinidos (tendencias suicidas, agresión/hostilidad, psicosis/manía, convulsiones, efectos hepáticos, efectos cardiovasculares y crecimiento/desarrollo) y que incluyó tanto a niños como a adultos tratados con atomoxetina, concluyó que la incidencia de estos eventos adversos es poco común o rara. No se encontraron asociaciones claras entre la atomoxetina y un mayor riesgo de tendencias suicidas, convulsiones o agresión/hostilidad. Aunque el principio activo puede afectar el sistema cardiovascular, en la mayoría de los pacientes estos efectos no son clínicamente significativos. Además, las reducciones en el crecimiento observadas durante el tratamiento parecieron ser re-

versibles a largo plazo (Reed et al., 2016).

Si se prescribe una dosis única diaria, una opción es dividirla en dos tomas para reducir ciertos efectos adversos (Stahl, 2021). Sin embargo, si la atomoxetina provoca somnolencia, es recomendable administrarla por la noche para minimizar este efecto durante el día.

19.3 Efectos adversos relacionados con el bupropión

En pacientes con función hepática o renal reducida, es necesario ajustar las dosis de bupropión a niveles más bajos, ya que este fármaco es metabolizado por el CYP2B6. Según Lamba et al. (2003), el 7.1 % de las mujeres y el 20 % de los varones presentan deficiencias en la expresión de esta enzima.

Los efectos secundarios del bupropión incluyen dolor de cabeza, sequedad de boca, náuseas, insomnio, estreñimiento, sarpullido, mareos, tinnitus, alteraciones visuales y aumento de la presión arterial. El riesgo de convulsiones aumenta notablemente cuando se usa el fármaco de acción corta a dosis superiores a 300 mg. En el caso del bupropión de liberación prolongada, hasta 300 mg, la probabilidad de convulsiones es del 0.1 %, (es decir, 1 en 1000). Al aumentar la dosis a más de 400 mg, este riesgo se eleva al 0.4 %. Aunque el tratamiento eficaz del TDAH puede requerir dosis superiores a 300 mg —se han evaluado dosis de hasta 450 mg en estudios controlados—, los pacientes deben ser advertidos sobre el riesgo de convulsiones. En pacientes con epilepsia, se recomienda consultar con un neurólogo antes de prescribir el fármaco. Se debe tener precaución en situaciones clínicas que puedan incrementar el riesgo de convulsiones, como el abuso de alcohol, la retirada súbita de alcohol o benzodicepinas, la diabetes tratada con insulina o hipoglucemiantes y el uso de estimulantes o anorexígenos. El uso simultáneo de inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) está contraindicado y no se debe administrar hasta dos semanas después de haberlos suspendido. En caso de que ocurra una convulsión mientras se toma bupropión, el fármaco debe suspenderse inmediatamente y no volver a administrarse (Kooij, 2022).

El bupropión de liberación prolongada se recomienda cuando el metilfenidato y la atomoxetina no son suficientemente efectivos o bien tolerados. En pacientes con TDAH y depresión comórbida, especialmente aquellos que deseen dejar de fumar, el bupropión puede ser una opción ideal. No obstante, para aumentar las probabilidades de éxito terapéutico, se recomienda tratar ambos trastornos con fármacos de primera línea (Kooij, 2022).

19.4 Efectos adversos relacionados con el modafinilo

En relación con el modafinilo, los efectos secundarios más comunes reportados incluyen cefalea, náuseas, ansiedad e insomnio. Aunque menos frecuentes, la hipertensión y la taquicardia se presentan en menos del 5 % de los pacientes, pero con mayor incidencia en comparación con el placebo. No se ha estudiado exhaustivamente su seguridad en pacientes con cardiopatías significativas, como aquellos con antecedentes de infarto de miocardio. Este fármaco ha sido vinculado a reacciones adversas graves como el síndrome de Stevens-Johnson, angioedema e hipersensibilidad multiorgánica.

En casos de sobredosis, los síntomas predominantes incluyen agitación, trastornos gastrointestinales, desorientación y confusión, además de manifestaciones cardiovasculares como taquicardia, hipertensión y dolor torácico. No se han reportado fallecimientos relacionados con sobredosis de modafinilo administrado como único fármaco, ni se ha identificado un síndrome de abstinencia característico asociado a su interrupción abrupta (Huffman, 2018).

19.5 Efectos adversos relacionados con la clonidina

Otros fármacos no estimulantes utilizados en el tratamiento del TDAH incluyen a la guanfacina y la clonidina. No obstante, es importante resaltar nuevamente que solo la última está disponible en la Argentina en forma de medicamento magistral.

La clonidina se absorbe rápidamente y alcanza concentraciones plasmáticas máximas elevadas, lo que se asocia con efectos secundarios como sedación y sequedad de boca. Para superar estos inconvenientes farmacocinéticos, se han desarrollado formulaciones de liberación prolongada (Huss et al., 2016).

19.6 Relación entre los fármacos utilizados para el tratamiento del TDAH y las enfermedades cardiovasculares

A pesar de la eficacia comprobada y el favorable perfil de seguridad de los medicamentos para el TDAH, persisten preocupaciones sobre el riesgo de eventos cardiovasculares adversos. Aunque la relación entre el tratamiento prolongado del TDAH y el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares (ECV) no está completamente esclarecida, un estudio reciente realizado en Suecia abordó esta cuestión (Zhang et al., 2022). El estudio incluyó a individuos de entre 6 y 64 años con diagnóstico reciente de TDAH o que habían recibido prescripciones de medicamentos para

el TDAH entre 2007 y 2020. Se evaluaron tanto fármacos estimulantes (metilfenidato, dexanfetamina y lisdexanfetamina) como no estimulantes (atomoxetina y guanfacina). Los resultados mostraron que el uso prolongado de estos fármacos se asocia con un mayor riesgo de ECV, especialmente hipertensión y enfermedad arterial, siendo este riesgo más pronunciado con los estimulantes. Estos hallazgos subrayan la importancia de sopesar cuidadosamente los beneficios y riesgos al considerar tratamientos a largo plazo para el TDAH. Además, es crucial que los médicos realicen un monitoreo estricto de los pacientes, en particular aquellos que reciben dosis elevadas, en busca de signos y síntomas de ECV, manteniendo un control continuo durante todo el tratamiento.

19.7 Control de los efectos adversos

A continuación se detallan las estrategias para controlar los efectos adversos relacionados con el peso, el sistema cardiovascular, los tics, las convulsiones y el sueño (NICE Guide, 2018).

19.7.1 Peso

Si la pérdida de peso se considera clínicamente relevante, se pueden adoptar las siguientes medidas:

- Administrar la medicación con las comidas o inmediatamente después, en lugar de antes.
- Incluir comidas o refrigerios adicionales en momentos en los que el efecto del estimulante haya disminuido, como temprano en la mañana o tarde en la noche.
- Consultar con un especialista en nutrición.
- Priorizar alimentos con alta densidad calórica y un adecuado valor nutricional.
- Planificar pausas programadas en el uso del medicamento.
- Considerar la rotación del fármaco.

19.7.2 Sistema cardiovascular

En cuanto al sistema cardiovascular, es importante tener en cuenta lo siguiente:

- Monitorizar la frecuencia cardíaca y la presión arterial, comparando con los valores de referencia normales antes y después de cualquier ajuste en la dosis y realizar controles cada seis meses.
- No se recomienda realizar análisis de sangre de rutina o electrocardiogramas (ECG) en pacientes que toman medicamentos para el TDAH, a menos que haya una indicación clínica clara.
- En caso de taquicardia en reposo persistente (es decir, mayor a 120 latidos/minuto), arritmias o presión arterial sistólica sostenida por encima del

percentil 95 (o un aumento significativo), medido en dos ocasiones, se debe reducir la dosis del medicamento y derivar al paciente a un especialista.

- Si un paciente en tratamiento con clonidina presenta hipotensión ortostática o episodios de desmayo, se debe reducir la dosis o cambiar a otro tratamiento.

19.7.3 Tics

En pacientes que desarrollan tics durante el tratamiento con metilfenidato, se deben considerar los siguientes aspectos:

- Evaluar si los tics están verdaderamente asociados al uso del estimulante, considerando que su aparición puede fluctuar de forma natural.
- Determinar si el impacto negativo de los tics supera los beneficios terapéuticos del estimulante.
- Si se confirma que los tics están relacionados con el estimulante, es recomendable reducir la dosis y considerar cambiar a atomoxetina o clonidina.

19.7.4 Convulsiones

Si el paciente desarrolla nuevas convulsiones o se agravan las preexistentes, es necesario revisar los medicamentos y suspender cualquier fármaco para el TDAH que pueda estar contribuyendo a este efecto.

19.7.5 Sueño

Es fundamental monitorear de cerca el patrón de sueño del paciente y ajustar la medicación según sea necesario para optimizar la calidad del descanso.

19.8 Interacciones farmacológicas

Se han identificado algunas interacciones farmacocinéticas clínicamente significativas en relación con el uso del metilfenidato (Childress et al., 2019; Schoretsanitis et al., 2019). A continuación, la *Tabla 15* presenta un resumen de las interacciones más frecuentes asociadas con este principio activo, basadas en la información proporcionada por la CADDRA (2020) (ver *Tabla 15*).

La liberación del metilfenidato, especialmente en sus formulaciones de liberación prolongada, está influenciada por el pH gástrico. Esto significa que la coadministración de moduladores del ácido gástrico, como los inhibidores de la bomba de protones (por ejemplo, el omeprazol, el esomeprazol y el pantoprazol), bloqueadores H₂ (como la famotidina) o antiácidos (como el bicarbonato de sodio), puede alterar la liberación del fármaco, modificando su perfil farmacocinético y farmacodinámico. Por lo tanto, se desaconseja su uso simultáneo (Food and Drug Administration, 2017b, 2019). Además, el consumo de alcohol puede acelerar la liberación de los principios activos en las

Tabla 15. Interacciones farmacológicas vinculadas con el metilfenidato

Clasificación farmacológica	Principio(s) activo(s) implicado(s)	Descripción de la interacción	Recomendación
Antibacteriano	Linezolid	Puede aumentar los efectos hipertensivos del metilfenidato	Evitar combinación.
Anticoagulante	Warfarina	El metilfenidato puede aumentar la concentración sérica de la warfarina.	Aumentar la monitorización de la RIN cuando se inicia o se interrumpe el tratamiento con el metilfenidato, o se cambia la dosis.
Anticonvulsivos	Fenobarbital, fenitoína y primidona	El metilfenidato puede aumentar la concentración sérica de los anticonvulsivos.	Monitorear la concentración sérica de los anticonvulsivos cuando se inicia o se interrumpe el tratamiento con el metilfenidato, o se cambia la dosis.
Antidepresivos	IMAO, IRMA (por ejemplo, moclobemida y selegilina)	El metilfenidato puede aumentar el efecto hipertensivo y provocar una crisis hipertensiva.	Evitar combinación. Están contraindicados durante 14 días después de la suspensión de la terapia con IMAO/IRMA.
	ISRS, IRSN (por ejemplo, paroxetina y venlafaxina)	El metilfenidato puede aumentar los efectos adversos/tóxicos de los ISRS/IRSN y aumentar el riesgo de síndrome serotoninérgico.	Monitorear signos/síntomas del síndrome serotoninérgico.
	Tricíclicos (por ejemplo, amitriptilina)	El metilfenidato puede aumentar los niveles séricos y los efectos adversos/tóxicos de los tricíclicos.	Monitorear los niveles séricos y la toxicidad de los tricíclicos.
Antihipertensivo	Clonidina	El metilfenidato puede aumentar los efectos adversos/tóxicos de la clonidina.	Monitorear signos de toxicidad.
Descongestivos	Efedrina y pseudoefedrina	El metilfenidato puede aumentar el efecto hipertensivo y taquicárdico.	Monitorear la PA y la FC regularmente.

Nota. FC: frecuencia cardíaca; IMAO: inhibidores de la monoaminooxidasa IRSN: inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina; IRMA: inhibidor reversible de la monoaminooxidasa A; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; PA: presión arterial; RIN: razón internacional normalizada.

formulaciones de acción prolongada. Se ha observado que estas formulaciones liberan el fármaco más rápidamente cuando se administran con bebidas alcohólicas con un contenido de etanol igual o superior al 40 % (Childress et al., 2019). La interacción entre el etanol y el metilfenidato, tanto en su forma racémica como en su isómero enantiopuro d, aumenta la concentración máxima (Cmax) en un 22 % y 15 %, respectivamente, intensificando los efectos estimulantes del fármaco (Zhu et al., 2017).

El metilfenidato racémico no inhibe significativamente las enzimas del citocromo P450, como las isomorfos 1A2, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 y 3A, lo que implica que su impacto en el metabolismo de otros fármacos y en los procesos de desintoxicación es limitado. Sin embargo, su metabolismo principal se lleva a cabo a través de la carboxilesterasa 1A1 (CES1A1), lo que exige precaución en pacientes que reciben inhibidores potentes de esta enzima. Fármacos como el aripiprazol, la perfenazina, la tioridazina y la fluoxe-

tina, que presentan una alta afinidad por la CES1A1, pueden aumentar las concentraciones plasmáticas del metilfenidato (Dini-Oliveira, 2017; Zhu et al., 2010).

Una revisión sistemática (Schoretsanitis et al., 2019) indica que la politerapia con metilfenidato y potentes inductores de enzimas metabolizadoras de fármacos, como la carbamazepina (así como el fenobarbital, la fenitoína o la rifampicina), puede reducir considerablemente las concentraciones plasmáticas del metilfenidato. En contraste, la coadministración de imipramina puede aumentar su biodisponibilidad. Además, el alcohol inhibe el metabolismo del metilfenidato al reducir la actividad de la CES1A1 y promover la transesterificación, lo que conduce a la formación de etilfenidato, un metabolito que en ocasiones se busca por su uso recreativo, ya que aumenta la afinidad por las proteínas transportadoras de dopamina (Childress et al., 2019).

Aunque las interacciones farmacológicas entre el metilfenidato y otros medicamentos no son frecuen-

tes, es fundamental tener precaución cuando se coadministra el estimulante con antidepresivos tricíclicos, el fenobarbital, la fenitoína o la warfarina. Además, el uso concomitante del metilfenidato con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) está contraindicado, ya que esta combinación puede causar crisis hipertensivas debido a la inhibición de la MAO por los psicoestimulantes.

En cuanto a los fármacos que modulan el sistema noradrenérgico, como la duloxetina o la venlafaxina, su uso combinado con el metilfenidato puede tener un efecto aditivo, incrementando el riesgo de hipertensión y otros eventos cardiovasculares adversos, lo que exige un monitoreo más riguroso (Kooij et al., 2019).

Finalmente, la *Tabla 16* recoge las interacciones más comunes asociadas a la atomoxetina (CADDRA, 2020). Entre las más importantes, se encuentran los

inhibidores del CYP2D6, como la fluoxetina y la paroxetina. Aproximadamente el 7 % de la población caucásica presenta una mutación en el gen del CYP2D6, lo que los clasifica como “metabolizadores lentos de la atomoxetina”, y requiere ajustes en la dosis. Asimismo, se contraindica el uso simultáneo de IMAO con atomoxetina hasta dos semanas después de suspender los primeros (Kooij, 2022).

20. Manejo farmacoterapéutico integral del TDAH en pacientes adultos con comorbilidades

El TDAH es una condición psiquiátrica bien establecida, reconocida inicialmente en niños pero que ha despertado un interés creciente en adultos debido a su profundo impacto en la calidad de vida. Durante

Tabla 16. Interacciones farmacológicas vinculadas con la atomoxetina

Clasificación farmacológica	Principio(s) activo(s) implicado(s)	Descripción de la interacción	Recomendación
Antiarrítmico	Quinidina	Puede aumentar la concentración sérica de la atomoxetina a través de la inhibición del CYP2D6.	Iniciar el uso de la atomoxetina con una dosis reducida. Controlar el efecto de la atomoxetina.
Antiasmático	Salbutamol (solo oral o intravenoso)	La atomoxetina puede aumentar el efecto taquicárdico del salbutamol.	Monitorear la PA y el FC cuando se use conjuntamente el salbutamol sistémico con la atomoxetina.
Antibacteriano	Linezolid	Puede aumentar el efecto neurotóxico de la atomoxetina	Evitar combinación.
Antidepresivos	Bupropión	Puede aumentar la concentración sérica de la atomoxetina a través de la inhibición de CYP2D6.	Iniciar el tratamiento con una dosis reducida de la atomoxetina. Titular lentamente según necesidad. Controlar el efecto de la atomoxetina.
	IMAO, IRMA (por ejemplo, moclobemida y selegilina)	Pueden aumentar el efecto neurotóxico de la atomoxetina.	Evitar combinación.
	ISRS (por ejemplo, paroxetina)	Pueden aumentar la concentración sérica de la atomoxetina a través de la inhibición del CYP2D6.	Iniciar el tratamiento con una dosis reducida de la atomoxetina. Titular lentamente según necesidad. Controlar el efecto de la atomoxetina.
	Tricíclicos (por ejemplo, desipramina)	Pueden aumentar la concentración sérica de la atomoxetina y potenciar efectos noradrenérgicos.	No se recomienda la combinación. Ajustar la dosis si fuera necesario.
Descongestivos	Efedrina y pseudoefedrina	La atomoxetina puede aumentar el efecto hipertensivo y taquicárdico de los descongestivos.	Monitorear la PA y la FC.
Inhibidores del CYP2D6	Terbinafina, ritonavir y bupropión	Pueden aumentar la concentración sérica de la atomoxetina a través de la inhibición del CYP2D6.	Iniciar el tratamiento con una dosis reducida de la atomoxetina. Controlar el efecto de la atomoxetina.
Agentes prolongadores del intervalo QTC	Quinidina, quetiapina y sotalol	La atomoxetina puede aumentar el intervalo QTC.	Considerar alternativas. Monitorear con ECG.

Nota. ECG: electrocardiograma; FC: frecuencia cardíaca; IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa; IRMA: inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa A; PA: presión arterial; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

la infancia, el TDAH a menudo coexiste con varios trastornos comórbidos. En la adultez, se observan comorbilidades en aproximadamente el 80 % de los casos, incluyendo trastornos del ánimo como el trastorno bipolar (TB) (5-47 %), la depresión (9-16 %), los trastornos de ansiedad (50 %), el abuso de sustancias (20-30 %) y los trastornos de personalidad (27 %) (Katzman et al., 2017; Salvi et al., 2021). Estas comorbilidades pueden enmascarar el TDAH, dificultando su diagnóstico y complicando la implementación de un tratamiento efectivo.

Las personas con TDAH presentan una mayor prevalencia de desórdenes psiquiátricos comparadas con la población sin TDAH, según se destaca en un reciente metaanálisis. Los desórdenes evaluados incluyen ansiedad, depresión mayor, TB y abuso de sustancias. Además, el estudio revela que no existen diferencias significativas en la prevalencia de estos trastornos psiquiátricos entre varones y mujeres en comparación con la población general que no presenta TDAH (Hartman et al., 2023).

Frecuentemente, el tratamiento de los desórdenes comórbidos con TDAH solo logra remisiones parciales cuando se diagnostican y tratan de forma aislada. Sin embargo, abordar adecuadamente el TDAH asociado puede modificar considerablemente la evolución y el pronóstico del cuadro en cuestión. La selección criteriosa de fármacos y la planificación detallada del tratamiento para cada desorden comórbido son cruciales. Una historia clínica completa y una evaluación del estado mental son esenciales para desarrollar un plan terapéutico más efectivo, que también integre aproximaciones no farmacoterapéuticas. Ante la presencia de múltiples comorbilidades junto con el TDAH, es prioritario determinar cuál de ellas impacta más sustancialmente en la funcionalidad del individuo (Faraone et al., 2021).

20.1 TB y TDAH

El tratamiento del TDAH comórbido con TB supone un desafío considerable, principalmente debido a preocupaciones sobre los posibles efectos desestabilizadores de los estimulantes en el curso del TB. Un estudio realizado por Viktorin et al. (2017), basado en registros suecos de 2.307 pacientes con TB tratados con metilfenidato entre 2006 y 2014, reveló que aquellos bajo tratamiento con estabilizadores del ánimo experimentaron una disminución de episodios maníacos, contrariamente a aquellos sin estabilizadores. Este hallazgo sugiere que el metilfenidato, administrado con un seguimiento riguroso, puede ser seguro y viable en pacientes con esta comorbilidad. Un estudio de registro

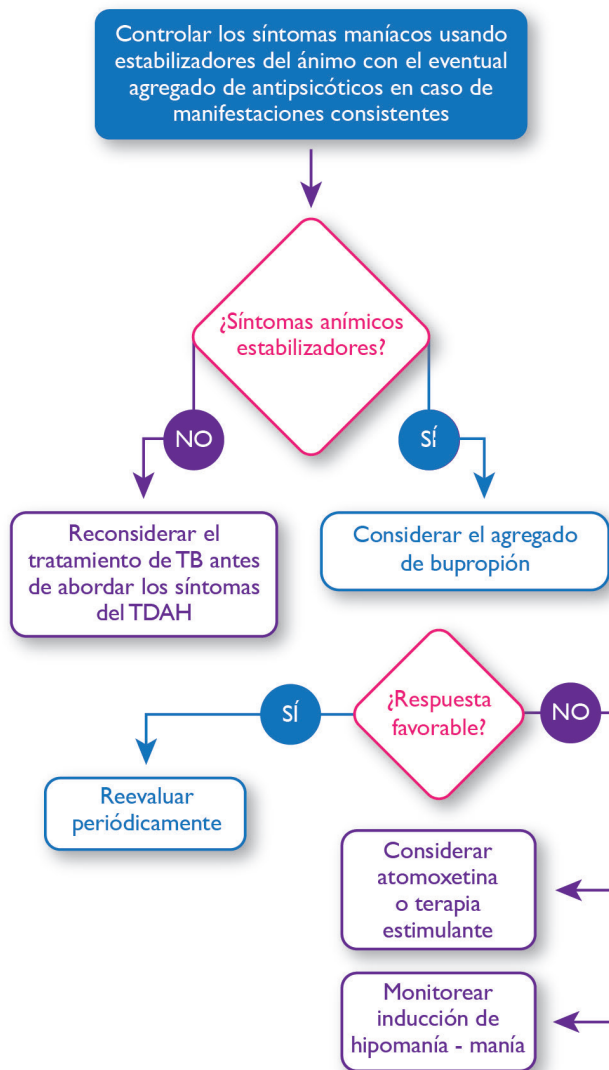
danés dirigido por Jepsen et al. (2023) analizó a pacientes a quienes se les prescribió metilfenidato entre enero de 2000 y enero de 2018, empleando un diseño de estudio en espejo pre-post. Los resultados indicaron que los episodios maníacos disminuyeron en un 48 % ($p < 0.01$). Esta disminución fue del 50 % en aquellos pacientes que recibían estabilizadores del ánimo y del 45 % en aquellos que no los recibían, destacando la efectividad del metilfenidato en la reducción de la manía independientemente del uso de estabilizadores.

Las investigaciones indican que la comorbilidad entre el TB y el TDAH constituye un grupo de pacientes con alta complejidad e importante carga sintomática. De este modo, Salvi et al. (2021) proponen un enfoque sistemático para el manejo de estos pacientes:

- I. Priorizar la estabilización del ánimo mediante estabilizadores del ánimo.
- II. Verificar rigurosamente el diagnóstico de TDAH.
- III. Prescribir metilfenidato o atomoxetina, con un monitoreo cuidadoso de la aparición de síntomas maníacos o hipomaniacos.
- IV. Considerar el uso de la lisdexanfetamina, un fármaco aprobado para el tratamiento de la depresión en pacientes con TB, como parte del enfoque terapéutico. Es importante reiterar que esta opción no está disponible en nuestro país.

En un esfuerzo por evaluar la seguridad y eficacia de los psicoestimulantes en los TB, Tsapakis et al. (2021) realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis sobre el uso de la lisdexanfetamina, el modafinilo y el armodafinilo en la depresión bipolar. Sus hallazgos confirman que estos fármacos no incrementan el riesgo de viraje maníaco ni de conducta suicida. Por otro lado, Miskowiak et al. (2024), en una revisión sistemática para el grupo de trabajo sobre trastornos cognitivos del TB de la ISBD, analizaron el uso de tratamientos tanto convencionales como *off-label* para el TDAH y los síntomas de deterioro cognitivo asociados al TB. Distinguieron que fármacos como el metilfenidato y la anfetamina son efectivos y seguros para tratar el TDAH cuando coexiste con TB, especialmente si los pacientes están bajo tratamientos estabilizadores del ánimo. Sin embargo, destacan que aún no se ha demostrado la eficacia de estos estimulantes en tratar los déficits cognitivos específicos del TB, subrayando la necesidad de más investigaciones en esta área (ver Figura 4).

En conclusión, la literatura científica sugiere que es viable utilizar estimulantes para tratar el TDAH cuando coexiste con el TB, siempre y cuando los pacien-

Figura 4. Algoritmo para el tratamiento farmacológico del TB con TDAH comórbido

tes estén bajo un tratamiento estabilizador del ánimo que sea efectivo y sean rigurosamente monitoreados para detectar cualquier indicio de viraje maníaco. El tratamiento con estabilizadores del ánimo facilita la implementación de estrategias farmacoterapéuticas adicionales (MacDonald y Sadek, 2023).

20.2 Distimia y depresión

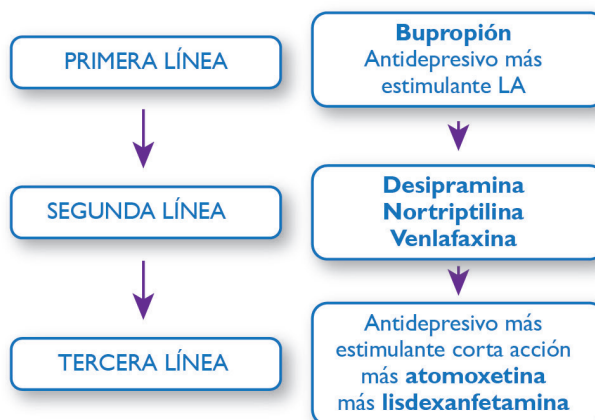
La distimia y la depresión mayor a menudo coexisten con el TDAH, y presentan una prevalencia que oscila entre el 18.6 % y el 53.3 %. Esta comorbilidad agrava notablemente la funcionalidad de las personas, en comparación con aquellas sin TDAH. Los individuos con TDAH tienden a desarrollar baja autoestima y enfrentan desafíos adicionales que afectan su capacidad

para disfrutar de la vida, además de otros síntomas depresivos como anhedonia, trastornos del sueño e irritabilidad. Frecuentemente, estos pacientes buscan ayuda médica por sus síntomas anímicos y son tratados con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los cuales no suelen mejorar los síntomas del TDAH (Katzman et al., 2017).

La elección del tratamiento para el episodio depresivo mayor o la distimia se determinará en función de la presentación clínica del paciente, las comorbilidades existentes y el perfil de efectos secundarios del tratamiento. En este contexto, fármacos como el bupropión, los antidepresivos de acción dual como la venlafaxina y la desvenlafaxina, la vilazodona, la viloxazina y la vortioxetina, pueden ser considerados como tratamientos de primera línea, dependiendo del perfil sintomático específico y del subtipo de TDAH del paciente (Williams et al., 2023).

De acuerdo con las directrices de la CANMAT, el esquema terapéutico de primera elección consiste en el uso del bupropión o un antidepresivo combinado con estimulantes de larga duración. Como opciones de segunda línea, se recomienda la desipramina, la nortriptilina o la venlafaxina. En cuanto a las alternativas de tercera línea, se sugiere combinar un antidepresivo con un estimulante de acción corta, atomoxetina o lisdexanfetamina (Bond et al., 2012) (ver Figura 5).

Es esencial iniciar el tratamiento de pacientes con TDAH, independientemente de la presencia de comorbilidades, con psicoeducación dirigida tanto a estos como a su familia. Además, debe implementarse un abordaje psicoterapéutico complementado con

Figura 5. Fármacos recomendados para el tratamiento de depresión y el TDAH según la CANMAT

Nota. LA: larga acción.

otras intervenciones no farmacológicas adecuadas para mejorar el desempeño y la adherencia al tratamiento. En pacientes sin comorbilidades, el entrenamiento en habilidades ejecutivas es fundamental; este enfoque se vuelve aún más crítico cuando coexisten otros trastornos que afectan la función cognitiva (MacDonald y Sadek, 2023; Gibbins y Weiss, 2009; Bond et al., 2012).

En el tratamiento de cuadros comórbidos con TDAH, es fundamental considerar los efectos adversos específicos de los medicamentos utilizados. Los desórdenes del sueño, por ejemplo, son una complicación común en todas las comorbilidades abordadas en este contexto y pueden agravarse por el uso de estimulantes y antidepresivos como el bupropión. Por otro lado, medicamentos como el valproato pueden inducir efectos adversos como sedación y somnolencia diurna, lo cual puede ser contraproducente en algunos pacientes con TDAH. Así, es esencial ajustar el tratamiento a las necesidades particulares de cada individuo, teniendo en cuenta estos potenciales efectos secundarios.

20.3 Desórdenes de ansiedad y TDAH

Los trastornos de ansiedad son comúnmente comórbidos en adultos con TDAH y presentan una prevalencia aproximada del 50 %, aunque esta cifra varía según diversos estudios. La ansiedad generalizada puede ocultar la presencia del TDAH, complicando su diagnóstico; en particular, la hiperactividad a menudo se malinterpreta como ansiedad. Es crucial distinguir entre ambos trastornos para mejorar el régimen del tratamiento farmacológico. Dependiendo del impacto de los síntomas, se seleccionará el medicamento más apropiado. La atomoxetina, por ejemplo, ofrece beneficios en esta comorbilidad y permite la monoterapia. Sin embargo, también se deben considerar los tratamientos convencionales para la ansiedad, como los antidepresivos ISRS, y evitar las benzodiazepinas debido a su efecto negativo sobre la función cognitiva. Una vez controlada la ansiedad, puede ser apropiado introducir algún medicamento estimulante de liberación prolongada. Adicionalmente, el aripiprazol puede servir como coadyuvante en el manejo de la ansiedad y la impulsividad. En el manejo de estos trastornos comórbidos, el enfoque terapéutico debe complementarse con intervenciones no farmacológicas, dada la evidencia de sus beneficios (Reimherr et al., 2017; D'Agati et al., 2019; Koyuncu et al., 2022).

20.4 Trastornos de personalidad y TDAH

La literatura científica revela una variada prevalencia del TDAH asociado a trastornos de personalidad, con cifras que oscilan entre el 10 % y el 75 %. Los trastor-

nos de personalidad más comúnmente asociados son los del clúster B, particularmente el trastorno límite y el antisocial. La coexistencia de múltiples trastornos complica significativamente tanto la identificación como el tratamiento. Entre las comorbilidades frecuentes y la superposición de síntomas destacan la desregulación emocional, la impulsividad, la búsqueda de sensaciones y el trastorno por uso de sustancias.

En términos de tratamiento, el abordaje no farmacológico es fundamental para fomentar la adherencia y desarrollar habilidades de regulación emocional. Por otro lado, la estrategia farmacológica debe adaptarse al perfil sintomático individual, atendiendo a la predominancia de rasgos como la ansiedad, la impulsividad o la suspicacia. La atomoxetina es especialmente útil para controlar la impulsividad y mejorar los síntomas del TDAH, aunque no se debe descartar el empleo de estimulantes de liberación prolongada. Para la ansiedad paranoide, fármacos como el aripiprazol o la quetiapina pueden ser efectivos. Dada la amplia variabilidad en los fenotipos clínicos de estos trastornos comórbidos, la personalización del tratamiento bajo la supervisión de un experto es imprescindible (Asherson et al., 2014; Salvi et al., 2021; MacDonald y Sadek, 2023).

20.5 Trastorno por uso de sustancias (TUS)

La comorbilidad entre el TUS y el TDAH es notablemente alta, con prevalencias reportadas entre el 15.1 % y el 25 %. La importancia de un tratamiento integrado y multimodal para ambas condiciones es crítica. Desde la perspectiva farmacológica, se recomienda primero estabilizar y reducir los síntomas del TUS antes de iniciar el tratamiento farmacoterapéutico para el TDAH. La atomoxetina es frecuentemente preferida por su bajo potencial de abuso. Sin embargo, también se pueden considerar estimulantes de liberación prolongada, los cuales están diseñados para minimizar la sensación de euforia y reducir el riesgo de adicción. La atomoxetina, además, puede ser beneficiosa en el manejo de la abstinencia alcohólica y en la reducción de la impulsividad. La elección del tratamiento debe basarse en una evaluación exhaustiva de los síntomas actuales, el soporte del entorno, la motivación del paciente para el cambio, y debe incluir supervisión en la administración de los medicamentos y seguimiento periódico. Es fundamental evaluar el estado de salud general y los antecedentes cardiovasculares del paciente antes de iniciar cualquier esquema farmacoterapéutico, considerando además posibles interacciones con sustancias de abuso (Simon et al., 2015; Barbuti et al., 2023; Young et al., 2023).

Tabla 17. Resumen de la guía de tratamiento para el TDAH y las comorbilidades más frecuentes, según CADDRA

Comorbilidad psiquiátrica	Prioridad de tratamiento
TB	Estabilizar el TB Tratar el TDAH
Depresión leve o distimia	Tratar lo más invalidante primero Considerar tratar el TDAH Considerar TCC
Depresión moderada o severa	Tratar la depresión primero y evaluar el riesgo suicida Los fármacos estimulantes pueden combinarse con monitoreo Considerar TCC
Desórdenes de ansiedad	Tratar lo más invalidante primero Titular dosis paulatinamente Considerar TCC Referir a especialista para la prescripción de estimulantes
TUS	Abordaje multimodal Considerar TCC y grupos de soporte Tratar el TDAH una vez estabilizado el TUS Algunos casos requieren el tratamiento simultáneo
Trastorno límite de la personalidad	Tratar el TDAH facilita el tratamiento del trastorno de la personalidad
Trastorno antisocial	Considerar abordaje individualizado con intervención interdisciplinaria

Nota. TCC: terapia cognitivo-conductual; TUS: trastorno por uso de sustancias.

21. Tratamiento no farmacológico del TDAH en la adultez

21.1 Evaluación de la evidencia acerca de los efectos de las intervenciones no farmacológicas en adultos con TDAH

En los últimos años, ha crecido significativamente la evidencia sobre la eficacia de las intervenciones no farmacológicas (INF) para el tratamiento del TDAH en adultos, respaldada por varios metaanálisis recientes. Para la elaboración de este consenso, solo se incluyeron metaanálisis de estudios controlados aleatorizados, los cuales se consideran el estándar metodológico más riguroso para evaluar la eficacia de los tratamientos. La *Tabla 18* presenta los metaanálisis más recientes y completos.

En términos generales, los hallazgos más sólidos derivados de la evidencia actual sugieren que:

- Los tratamientos combinados (INF más medicación) son más efectivos que los tratamientos aislados (INF o medicación por separado) (López et al., 2018; Li y Zhang, 2024).

- Las INF diseñadas específicamente para el tratamiento del TDAH en adultos son más eficaces que aquellas no específicas (López et al., 2018). Estas INF específicas incluyen programas que abordan las características clínicas y etiopatogénicas del TDAH en adultos.
- Las INF específicas mejoran tanto los síntomas primarios del TDAH (desatención e impulsividad/hiperactividad) (López et al., 2018; Young et al., 2020; Li y Zhang, 2024) como los síntomas secundarios, principalmente emocionales (depresión, ansiedad y desregulación emocional) (López et al., 2018; Guo et al., 2022; Li y Zhang, 2024).
- Las terapias cognitivo-conductuales (TCC), incluyendo la terapia dialéctico-conductual (TDC) y la terapia cognitiva basada en *mindfulness* (TCBM), cuentan con el mayor respaldo empírico, siendo la TCC la más estudiada (López et al., 2018; Young et al., 2020; Li y Zhang, 2024).
- Los efectos de las INF parecen mantenerse e incluso potenciarse a largo plazo (López-Pinar et al., 2018), probablemente debido a la adquisición y desarrollo progresivo de habilidades terapéuticas.
- Las INF con efectividad demostrada se ofrecen en diferentes formatos (individual, grupal y digital).

A pesar de la consistencia de la literatura en estos puntos, es importante reconocer algunas limitaciones: a) los ensayos clínicos sobre INF en adultos con TDAH son escasos y de pequeño tamaño; b) los tamaños del efecto en los estudios controlados aleatorizados varían entre pequeños y moderados; c) existe una notable heterogeneidad metodológica, incluyendo variaciones en los modelos de intervención, instrumentos de evaluación y grupos de control; d) muchos estudios presentan un alto riesgo de sesgo; e) varios estudios incluyen participantes con y sin medicación, lo que dificulta determinar el efecto exclusivo de las INF; y f) hay pocos estudios que investiguen los mecanismos de acción o los componentes específicos de las INF.

En relación con otros aspectos investigados, para los cuales la evidencia disponible es aún insuficiente o inconclusa, cabe señalar que:

- El efecto de las intervenciones basadas en *mindfulness* (IBM) sin componentes de TCC no está claro. La mayoría de los metaanálisis incluyen estudios controlados y no controlados, y el único metaanálisis de estudios controlados aleatorizados de IBM concluye que la evidencia sigue siendo insuficiente (Zhang et al., 2018). La combinación de IBM con TCC o TDC en la mayoría de los estudios impide aislar el efecto del *mindfulness*. Los estudios

Tabla 18. Metaanálisis más recientes de estudios controlados aleatorizados sobre los efectos de las intervenciones psicosociales en los objetivos primarios y secundarios del tratamiento del TDAH

Autores	Comparación	Nro. de estudios incluido	Nro. de participantes	Objetivos/ Indicadores de resultados	Resultados principales
Young et al., 2020. [online 2016]	TCC vs. lista de espera	8	351	Síntomas primarios del TDAH	TCC > lista de espera (tamaño del efecto moderado)
	TCC vs. controles activos			Síntomas primarios del TDAH	TCC > control activo (tamaño del efecto pequeño)
López et al., 2018	fTCC vs. CNE	14	700	Síntomas primarios del TDAH (informados por evaluador)	fTCC > terapia de apoyo (tamaño del efecto moderado)
				Síntomas primarios del TDAH (informados por evaluador)	fTCC > lista de espera (tamaño del efecto grande)
				Síntomas primarios del TDAH (autorreporte)	fTCC > lista de espera (tamaño del efecto grande)
				Síntomas secundarios (depresión y ansiedad)	fTCC > terapia de apoyo en depresión y ansiedad autorreportada (tamaño del efecto pequeño)
	fTCC+M vs. M			Síntomas primarios del TDAH (informados por evaluador)	fTCC+M > M (tamaño del efecto grande)
				Síntomas primarios del TDAH (informados por evaluador)	fTCC+M > M
				Síntomas secundarios (depresión y ansiedad)	fTCC+M > M en depresión y ansiedad autorreportadas e informadas por evaluador
	fTCC vs. INFE			Síntomas primarios del TDAH (informados por evaluador)	fTCC > INFE (tamaño del efecto moderado)
				Síntomas primarios del TDAH (autorreporte)	fTCC > INFE (tamaño del efecto pequeño)
Guo, Asumpcao y Hu, 2022	INF vs. Ctrl	21	1191	Depresión (postratamiento)	INF > Ctrl (tamaño del efecto grande en depresión informada por evaluador y pequeño en depresión autorreportada)
					TCC > Ctrl (tamaño del efecto grande en depresión informada por evaluador y pequeño en depresión autorreportada)
				Depresión (<i>follow-up</i>)	INF > Ctrl (tamaño del efecto moderado en depresión informada por evaluador)
					TCC > Ctrl (tamaño del efecto moderado en depresión informada por evaluador)

Tabla 18. Metaanálisis más recientes de estudios controlados aleatorizados sobre los efectos de las intervenciones psicosociales en los objetivos primarios y secundarios del tratamiento del TDAH

Autores	Comparación	Nro. de estudios incluido	Nro. de participantes	Objetivos/Indicadores de resultados	Resultados principales
Guo, Asumpcao y Hu, 2022	INF vs. Ctrl		819	Ansiedad (postratamiento)	INF > Ctrl (tamaño del efecto moderado en ansiedad informada por evaluador)
					TCC > Ctrl (tamaño del efecto moderado en ansiedad informada por evaluador y pequeño en ansiedad autorreportada)
					TBM > Ctrl (tamaño del efecto moderado en ansiedad autorreportada)
				Ansiedad (follow-up)	INF > Ctrl (tamaño del efecto moderado en ansiedad informada por evaluador)
	INF vs. Ctrl		853	Desregulación emocional postratamiento)	INF > Ctrl (tamaño del efecto pequeño en desregulación emocional autorreportada)
					TCC > Ctrl (tamaño del efecto pequeño en desregulación emocional autorreportada)
				Desregulación emocional (follow-up)	TCC > Ctrl (tamaño del efecto grande en desregulación emocional autorreportada)
Elbe et al., 2023	ECC	9	285	Síntomas primarios del TDAH	No se observaron diferencias significativas en los síntomas primarios del TDAH en comparación con los controles
				Funciones cognitivas	Se observaron diferencias significativas mínimas en el funcionamiento cognitivo general. No se observaron diferencias en funciones cognitivas específicas (funcionamiento ejecutivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento).
Li y Zhang, 2024	TCC+M vs. M	6	416	Síntomas primarios del TDAH (postratamiento)	TCC+M > M (tamaño del efecto pequeño)
				Síntomas primarios del TDAH (follow-up)	TCC+M > M (tamaño del efecto pequeño)
				Síntomas secundarios (depresión y ansiedad)	TCC+M > M (tamaños del efecto moderado)

Nota. CNE: control no específico; Ctrl: grupo control; fTCC: familia de la terapia cognitivo-conductual; INF: intervenciones no farmacológicas; INF-E: intervenciones no farmacológicas específicas; M: medicación; TBM: terapia basada en *mindfulness*; TCC: terapia cognitivo-conductual.

controlados aleatorizados sin elementos de TCC muestran resultados mixtos y alto riesgo de sesgo, por lo que es prudente considerar el *mindfulness* como parte de un programa más amplio de las INF.

- No existe hasta la fecha un metaanálisis que compare INF sin medicación frente a INF más medicación o medicación sola. Sin embargo, se han identificado cuatro estudios controlados aleatorizados que comparan estos enfoques y que sugieren que las INF sin medicación podrían ser efectivas en ciertos casos, especialmente cuando se emplea TCC estándar. No obstante, la evidencia no es suficiente para sacar conclusiones firmes, por lo que las INF sin medicación deben reservarse para casos donde: a) existan contraindicaciones médicas o intolerancias a la medicación; b) el paciente rechaza la medicación; o c) se considere que el paciente podría beneficiarse de una INF como primer paso, reservando la medicación para un segundo momento en caso de no respuesta, respuesta insuficiente o necesidad de potenciación.
- Respecto del efecto del entrenamiento cognitivo (EC) como intervención independiente para los síntomas nucleares del TDAH y las disfunciones cognitivas específicas no hay datos concluyentes.
- Una revisión sistemática identificó estudios con resultados mixtos, y un metaanálisis de EC computarizado evidenció resultados mayormente negativos (Elbe et al., 2023). A pesar de la falta de evidencia, el EC se implementa con frecuencia como componente dentro de programas de INF eficaces.
- Otras INF, como el *neurofeedback* y la hipnoterapia, muestran resultados negativos o inconcluyentes en los pocos estudios disponibles (Nimmo-Smith et al., 2020).
- El uso de INF digitales, como intervenciones *online* o aplicaciones móviles, está en aumento. Aunque podrían ser útiles como parte de tratamientos multimodales, se requiere más investigación para establecer su efectividad y seguridad. Actualmente, deben considerarse como complementos a las INF y tratamientos farmacológicos establecidos (Shou et al., 2022).

21.2 Fundamentos y componentes de las INF basadas en la evidencia para adultos con TDAH

Existen varias razones importantes para considerar el uso de INF como complemento al tratamiento farmacológico del TDAH en adultos. Aunque los fármacos han demostrado ser efectivos para el manejo del TDAH,

la respuesta terapéutica en adultos es menor y la intolerancia es mayor en comparación con niños y adolescentes (Cortese et al., 2018). Esto podría implicar que algunos pacientes experimenten una respuesta parcial o no respondan al tratamiento farmacológico. Además, si bien los medicamentos pueden mejorar los síntomas primarios del trastorno, no proporcionan estrategias ni habilidades específicas para mejorar el funcionamiento cotidiano ni compensan los déficits residuales. La baja adherencia al tratamiento farmacoterapéutico es otro desafío en esta población (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2018; Biederman et al., 2020; Brinkell et al., 2024), agravada por los déficits ejecutivos y motivacionales característicos del TDAH.

El TDAH en adultos suele estar acompañado de comorbilidades, como ansiedad, depresión y abuso de sustancias, condiciones en las cuales la psicoterapia ha demostrado ser eficaz. Por lo tanto, las INF pueden ser una alternativa para reducir el uso de múltiples fármacos. Adicionalmente, la trayectoria vital de los adultos con TDAH, marcada a menudo por dificultades en el ámbito académico, laboral, social y de salud (Graaf et al., 2008; Fletcher, 2014; Fredriksen et al., 2014; Altszuler et al., 2016; Harpin et al., 2016), añade una complejidad psicológica que hace recomendable una intervención psicoterapéutica.

En este contexto, el enfoque cognitivo-conductual, el más desarrollado entre los modelos de las INF para el TDAH en adultos, ofrece un marco complementario para entender cómo las experiencias de vida negativas pueden amplificar los déficits neurobiológicos subyacentes. Según el modelo de la TCC, estas experiencias de frustración recurrentes actúan como un aprendizaje que impacta negativamente en la autoestima y contribuye a la formación de creencias disfuncionales sobre la propia persona. Esto favorece la aparición de emociones negativas, como ansiedad y depresión, y la adopción de conductas desadaptativas, como la procrastinación y la evitación extrema para enfrentar tareas difíciles. Así, las conductas disfuncionales intensifican los déficits centrales del TDAH y agravan los síntomas primarios (Torrente et al., 2014). Además, las expectativas negativas sobre el futuro, la anticipación del fracaso y la reducción de la autoconfianza también afectan la motivación (Torrente et al., 2011).

Las INF específicas para el TDAH en adultos consisten en tratamientos estructurados y focalizados en la adquisición de habilidades concretas. Los programas basados en la TCC suelen estructurarse en módulos o componentes, cada uno dirigido a abordar problemas específicos mediante técnicas especializadas,

como la psicoeducación, el entrenamiento en funciones ejecutivas, la gestión de la atención, la resolución de problemas, la regulación emocional y el control de impulsos, así como la reestructuración cognitiva.

21.2.1 Psicoeducación

La mayoría de los programas inician con un componente psicoeducativo, en el cual los pacientes aprenden sobre el trastorno y reciben una explicación sobre el enfoque del tratamiento.

21.2.2 Entrenamiento ejecutivo

Este componente busca desarrollar técnicas de organización y gestión ejecutiva, tales como establecer objetivos, priorizar y secuenciar tareas, planificar cronogramas, utilizar calendarios o agendas, hacer listas de tareas pendientes, monitorear el progreso y programar descansos y recompensas.

21.2.3 Gestión de la atención

Este módulo ayuda a los pacientes a identificar su capacidad de atención óptima, organizar las tareas en función de ella y adquirir habilidades para manejar distracciones mediante técnicas como anotarlas y luego regresar a la tarea, usar alarmas o señales o modificar el ambiente de trabajo.

21.2.4 Resolución de problemas

En este componente, los pacientes aprenden a descomponer los problemas, generar posibles soluciones, evaluarlas y finalmente implementar la solución seleccionada.

21.2.5 Regulación emocional y control de impulsos

Este módulo incluye diversas técnicas para el manejo de emociones y comportamientos, como el automonitoreo, la identificación de situaciones desencadenantes, el uso de autoinstrucciones, técnicas de relajación, selección de conductas alternativas y manejo de contingencias.

21.2.6 Reestructuración cognitiva

El objetivo de este componente es ayudar a los pacientes a identificar y modificar creencias disfuncionales que perpetúan emociones y conductas desadaptativas.

21.3 Recomendaciones sobre las INF

Las siguientes recomendaciones se derivan de la evidencia evaluada y coinciden en gran medida con otras guías y consensos internacionales (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2018; Kooij et al., 2019):

- Existe suficiente evidencia para considerar el tratamiento multimodal como la base terapéutica, el cual integra estrategias farmacológicas y no farmacológicas.

- Las INF deben estar orientadas específicamente a abordar las dificultades propias del TDAH, e incluir sus síntomas primarios y los mecanismos y procesos etiopatogénicos subyacentes.
- Las INF deben también contribuir al manejo de las dificultades asociadas al curso del TDAH, tales como comorbilidades, dificultades psicológicas concurrentes, funcionamiento psicosocial, inserción social, y cuestiones relacionadas con la inclusión y el estigma.
- Las INF deben incluir, como mínimo, los siguientes componentes: a) psicoeducación; b) estrategias compensatorias dirigidas a funciones cognitivas y ejecutivas; y c) estrategias de regulación emocional y conductual.

Las INF pueden implementarse en diversos formatos, tales como individual, grupal o digital.

22. Comparación del impacto del TDAH tratado y no tratado en la edad adulta

En la práctica clínica, es común encontrar a adultos que consultan preocupados por la posibilidad de padecer TDAH, una sospecha frecuentemente desencadenada tras el diagnóstico de sus hijos. A menudo, estos pacientes ya han buscado ayuda de profesionales de la salud mental por problemas anímicos, académicos, interpersonales, de ansiedad o de uso de sustancias. A pesar de haber recibido tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos que mejoraron parcialmente sus síntomas, persisten dificultades que pueden estar relacionadas con un TDAH no diagnosticado o insuficientemente tratado.

Esta situación invita a reflexionar sobre cómo habría sido el desempeño de estas personas si hubieran recibido un diagnóstico y tratamiento adecuados en una etapa temprana, y sobre si las comorbilidades psiquiátricas habrían tenido el mismo impacto en la calidad de sus vidas. Utilizando un enfoque multimodal, algunas investigaciones han enfatizado la relevancia de un diagnóstico y tratamiento precoces. Por ejemplo, un estudio longitudinal de diez años sobre jóvenes varones demostró que aquellos tratados con estimulantes mostraron un menor riesgo de desarrollar comportamientos disruptivos, depresión o ansiedad en la adultez, comparados con aquellos sin tratamiento. Asimismo, se observó una reducción en el riesgo de tabaquismo y otras adicciones (Biederman et al., 2009).

22.1 Impacto del TDAH no tratado en varones y mujeres

El TDAH presenta diferencias significativas en su diagnóstico entre géneros. La literatura científica destaca una prevalencia mayor en varones durante la infancia (3:1), equilibrándose a 1:1 en la adultez, lo que sugiere un subdiagnóstico en niñas. Este fenómeno podría atribuirse a las distintas manifestaciones del trastorno entre niños y niñas; en estas últimas, predominan los síntomas de inatención que frecuentemente son menos notorios en entornos escolares comparados con los síntomas de hiperactividad e impulsividad más comunes en varones. La falta de diagnóstico y tratamiento temprano en mujeres acarrea repercusiones en diversos aspectos de la vida adulta. Las normas sociales afectan la autopercepción y la percepción ajena, exacerbando el problema al esconder los síntomas de inatención, olvidos y desorganización en mujeres, en contraste con los síntomas externalizadores más evidentes en varones. Además, la elevada coexistencia de depresión, ansiedad y trastornos alimentarios en mujeres puede ocultar aún más el TDAH, postergando su diagnóstico. Estos sesgos se reflejan también en las actitudes de padres, educadores y en la investigación científica (Attoe y Climie, 2023).

Las mujeres con TDAH tienen una probabilidad significativamente mayor de participar en conductas sexuales de riesgo, experimentar embarazos no deseados y enfrentar coerción sexual en comparación con sus pares sin TDAH. Además, el estigma social vinculado puede exacerbar estas dificultades, lo que limita el acceso a oportunidades laborales. La baja autoestima, agravada por estas circunstancias, incrementa su vulnerabilidad a abusos sexuales, explotación y relaciones violentas o inapropiadas. Las normas sociales impuestas generan en estas mujeres creencias disfuncionales sobre el fracaso, la culpa y la desadaptación a roles esperados.

Adicionalmente, muchas mujeres con TDAH no reciben un diagnóstico adecuado, a pesar de registrar en sí mismas los síntomas del trastorno. Esta falta de reconocimiento médico agrava la evolución del trastorno y perpetúa comorbilidades no tratadas, como el abuso de sustancias. Condiciones como depresión, insomnio, ansiedad generalizada, intentos de suicidio, abuso sexual y estrés son más prevalentes en estas mujeres que en aquellas sin TDAH. La ausencia de un diagnóstico durante la infancia y los retrasos en recibir uno durante la adultez impactan negativamente sobre su bienestar socioemocional, complican sus relaciones interpersonales y les restan control sobre sus vidas.

En consecuencia, recibir un diagnóstico puede ofrecer un profundo alivio y permitir a estas mujeres comprenderse mejor a sí mismas y recuperar su autoestima. La identificación y el tratamiento temprano en niñas y mujeres con TDAH pueden transformar drásticamente su calidad de vida y bienestar, lo que permitiría que emerjan de la invisibilidad y el silencio en el que frecuentemente se encuentran (Rucklidge, 2010; Young et al., 2020; Attoe y Climie, 2023; Skoglund et al., 2024).

Un extenso estudio poblacional en Suecia (Koshelev et al., 2023) que incluyó 221.714 participantes reveló que el tratamiento farmacológico con metilfenidato, lisdexanfetamina y otras anfetaminas redujo significativamente el riesgo de internación psiquiátrica y conducta suicida. Sin embargo, este beneficio no se observó con el uso de modafinilo, atomoxetina, clonidina ni guanfacina. Además, ninguno de los medicamentos evaluados incrementó el riesgo de internaciones no psiquiátricas; de hecho, se observó una disminución asociada en este riesgo.

22.2 Dominios de deterioro vinculados con el TDAH

El TDAH no tratado ejerce un profundo impacto en múltiples aspectos de la vida, categorizados en varios dominios de deterioro. Esta observación se ha confirmado en distintos estudios longitudinales que han seguido a individuos desde la infancia hasta la adultez, lo que permitió documentar efectos consistentes a lo largo del tiempo (Cherkasova et al., 2020). A continuación, se detallan los más destacados.

22.2.1 Deterioro funcional

El deterioro funcional incluye las dificultades en el desempeño social en: a) las relaciones afectivas románticas; b) las relaciones con pares; y c) la maternidad-parentalidad.

Las relaciones románticas de individuos con TDAH tienden a ser menos frecuentes y más breves, con niveles reducidos de satisfacción marital y tasas elevadas de conflictos y divorcios. Además, estas personas suelen convivir y casarse menos frecuentemente o a una edad más avanzada, lo cual se desvía de las expectativas sociales en algunas culturas. En contextos clínicos, es común que los varones con TDAH informen problemas maritales, ya que perciben su vida conyugal de manera más negativa que sus parejas sin TDAH. En cuanto a la violencia intrafamiliar, se observa con mayor frecuencia en varones con TDAH persistente, en comparación con aquellos sin el trastorno. Las investigaciones indican que los individuos

con TDAH no diagnosticado o no tratado durante la infancia exhiben una mayor incidencia de violencia intrafamiliar, ya sea como perpetradores o víctimas, sin diferencias significativas entre géneros.

Respecto de la vinculación con sus pares, los pacientes con TDAH frecuentemente enfrentan desafíos relevantes en el ámbito social, lo que se refleja en habilidades sociales reducidas, mayores dificultades en la formación y mantenimiento de amistades y problemas para interactuar con el sexo opuesto. Además, presentan una prevalencia más alta de soledad en comparación con otros trastornos psiquiátricos como la ansiedad y la depresión. La conducta de adultos con TDAH puede provocar rechazo, hostilidad y emociones negativas en otros, lo que afecta profundamente su habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales saludables. Este aspecto es particularmente crítico al inicio de la vida universitaria, una etapa donde las relaciones sólidas son esenciales para la adaptación exitosa a los retos académicos y sociales.

Finalmente, las competencias parentales se ven comprometidas en individuos con TDAH. Algunas investigaciones revelan que las madres con este diagnóstico experimentan menor eficacia, compromiso y control, además de una mayor insatisfacción con la maternidad y una tendencia a reaccionar excesivamente a los desafíos en comparación con madres sin TDAH. En los varones con TDAH, las explosiones emocionales son frecuentes y preocupantes. Es notable además que una proporción significativa de sus hijos —entre el 43 % y el 57 %— también pueden ser diagnosticados con TDAH. Los hijos de padres con TDAH no tratado, independientemente de si ellos mismos padecen el trastorno, suelen enfrentar mayores desafíos en su adaptación social.

22.2.2 Logros académicos

Las dificultades académicas son evidentes en la educación inicial y primaria para personas con TDAH, pero no siempre se manifiestan claramente en la universidad, particularmente si no hubo problemas evidentes en etapas educativas previas. En el ámbito universitario, estudiantes con TDAH no diagnosticado o no tratado suelen enfrentar desafíos importantes en la organización y metodología de estudio, regulación de conductas y procrastinación de tareas. Además, estos estudiantes muestran una motivación reducida, capacidad limitada de procesamiento y automonitoreo, deficiente gestión del tiempo, concentración disminuida y una menor habilidad para identificar ideas clave y emplear estrategias eficaces en comparación con sus pares sin TDAH.

22.2.3 Desempeño laboral

Los adultos con TDAH a menudo enfrentan inestabilidad laboral y desafíos para obtener empleos que consideran adecuados. Es común que tengan conflictos con supervisores y colegas, y que en ocasiones, dejen su empleo impulsivamente debido a aburrimiento, baja tolerancia a la frustración o desvinculación por parte del empleador. Incluso sin conocimiento de su condición por parte de sus superiores, estos adultos suelen recibir evaluaciones más bajas en cuanto a rendimiento, cumplimiento y eficiencia. Además, es habitual que experimenten problemas financieros debido a una gestión inadecuada del dinero y a comportamientos impulsivos en el manejo de sus finanzas.

22.2.4 Accidentes involuntarios y accidentes en la conducción de vehículos

Las personas con TDAH tienden a tener un mayor riesgo de accidentes debido a la inatención, descuido e impulsividad. Esto se manifiesta en una prevalencia más alta de multas por exceso de velocidad y violaciones de tráfico, así como en una mayor incidencia de accidentes automovilísticos, que pueden complicarse aún más con el consumo de alcohol o drogas.

22.2.5 Mortalidad

El TDAH no tratado está asociado con una reducción en la expectativa de vida y un aumento en la mortalidad, incluyendo muertes por causas no naturales como accidentes de tráfico, abuso de sustancias y negligencia en el seguimiento de la salud preventiva. Además, estas muertes no se deben únicamente a las complicaciones directas del TDAH, sino también a comorbilidades clínicas como la obesidad, trastornos alimentarios y enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Las personas con TDAH también tienden a incurrir en conductas de riesgo. Según Franke et al. (2018), el diagnóstico y el tratamiento temprano del TDAH pueden reducir notablemente la mortalidad asociada a este trastorno.

Los adultos con antecedentes de TDAH reportan una mayor participación en conductas sexuales de riesgo durante la adolescencia, que incluyen la falta de uso de protección —por ejemplo, preservativos—, consumo de alcohol previo a la actividad sexual y la práctica de relaciones sexuales casuales con múltiples parejas, en comparación con sus pares sin TDAH. Esta propensión a adoptar comportamientos riesgosos persiste a lo largo de la vida adulta.

22.2.6 Actividad delictiva

Los adultos con TDAH no tratado presentan una mayor incidencia de involucramiento en actividades de-

lictivas y criminales. Exhiben tasas elevadas de arrestos, procesos judiciales y condenas. En consecuencia, la proporción de individuos con TDAH en poblaciones penitenciarias supera la de aquellos sin este trastorno. Además, la frecuencia de reincidencia en esta población es superior y tiende a ocurrir en intervalos más cortos en comparación con otras poblaciones.

22.2.7 Desórdenes del sueño

Las alteraciones del sueño son notablemente comunes en individuos con TDAH, las que pueden comenzar en la infancia y persistir hasta la adultez. Así, los adultos con este trastorno a menudo experimentan síndrome de piernas inquietas, insomnio, somnolencia diurna y sueño no reparador con mayor frecuencia que aquellos sin TDAH. Estas perturbaciones del sueño afectan adversamente el funcionamiento cognitivo diurno, lo cual a su vez repercute negativamente en la calidad de su desempeño cotidiano.

22.3 Efectos del tratamiento del TDAH

Existe una amplia base de evidencia que respalda la eficacia de diversos medicamentos en el tratamiento del TDAH en todas las fases de la vida. En este sentido, el tratamiento temprano puede modificar de un modo profundo la severidad de las comorbilidades, así como mejorar la calidad y expectativa de vida. Por lo tanto, es crucial realizar un diagnóstico y tratamiento precoz para prevenir o mitigar los efectos adversos en la vida de quienes padecen TDAH (Shaw et al., 2012). Un enfoque multimodal, personalizado a partir de una evaluación detallada de cada caso y que incluya recursos de apoyo para el paciente y su familia, es esencial. Además, bajo la supervisión de un equipo de profesionales de la salud competente, el uso de medicamentos es seguro y efectivo (Magnin y Maurs, 2017; Kosheleff et al., 2023; Taipale et al., 2024).

Conflictos de intereses: 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 Echavarría 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, Siegfried y Teva; Carolina Remedi, Osvaldo Rovere y Fernando Torren-

te 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 Vazquez de AbbVie, Allergan, Janssen, Otsuka/Lundbeck, Neon-Mind 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 Aharus, Dinamarca.

Referencias bibliográficas

- Altszuler, A., Page, T., Gnagy, E., Coxe, S., Arrieta, A., Molina, B. y Pelham, W. (2016). Financial dependence of young adults with childhood ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(6), 1217-1229. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0093-9>
- Arnold, V. K., Feifel, D., Earl, C. Q., Yang, R., Adler, L. A. (2014). A 9-week, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, dose-finding study to evaluate the efficacy and safety of modafinil as treatment for adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 18(2):133-44.
- Arnsten, A. F. (2009). Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews. Neurosciences*, 10(6):410-22. <https://doi.org/10.1038/nrn2648>
- 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)
- Attoe, D. E., & Climie, E. A. (2023). Miss. Diagnosis: A Systematic Review of ADHD in Adult Women. *Journal of Attention Disorders*, 27(7):645-657. <https://doi.org/10.1177/10870547231161533>.
- Barbuti, M., Maiello, M., Spera, V., Pallucchini, A., Brancati, G. E., Maremmani, A. G. I., Perugi, G., Maremmani, I. (2023). Challenges of Treating ADHD with Comorbid Substance Use Disorder: Considerations for the Clinician. *Journal of Clinical Medicine*, 12(9):3096. <https://doi.org/10.3390/jcm12093096>
- Biederman, J., Fried, R., DiSalvo, M., Woodworth, K., Biederman, I., Driscoll, H., Noyes, E., Faraone, S. y Perlis, R. (2020). Further evidence of low adherence to stimulant treatment in adult ADHD: An electronic medical record study examining timely renewal of a stimulant prescription. *Psychopharmacology*, 237(9), 2835-2843. <https://doi.org/10.1007/s00213-020-05576-y>
- Biederman, J., Monuteaux, M., Spencer, T., Wilens, T. y Faraone, S. (2009). Do stimulants protect against psychiatric disorders in youth with ADHD? A 10-year follow-up study. *Pediatrics*, 124(1), 71-78. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-3347>
- Bond, D. J., Hadjipavlou, G., Lam, R. W., McIntyre, R. S., Beaulieu, S., Schaffer, A., et al. (2012). The Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 24(1):23-37. PMID: 22303520.
- Briars, L. Todd, T. (2016). A review of pharmacological management of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics*, 21(3), 192-206. <https://doi.org/10.5863/1551-6776-21.3.192>
- Brikell, I., Yao, H., Li, L., Astrup, A., Gao, L., Gillies, M., Xie, T., Zhang-James, Y., Dalsgaard, S., Engeland, A., Faraone, S., Haavik, J., Hartman, C., Ip, P., Jakobsdóttir, S., Larsson, H., Man, K., de Oliveira Costa, J., Pearson, S., ... Chang, Z. (2024). ADHD medication discontinuation and persistence

- ce across the lifespan: A retrospective observational study using population-based databases. *The Lancet Psychiatry*, 11(1), 16-26. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00332-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00332-2)
- CADDRA (2020). *Canadian ADHD Resource Alliance: Canadian ADHD Practice Guidelines, 4.1 Edition*, Toronto ON. CADDRA.
- Caye, A., Swanson, J., Coghill, D. y Rohde, L. (2019). Treatment strategies for ADHD: An evidence-based guide to select optimal treatment. *Molecular Psychiatry*, 24(3), 390-408. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0116-3>
- Clavenna, A., Reale, L., Piovani, D., Bonati, M. (2016). Psicofarmacologia in età adolescenziale [Psychotropic medications for adolescents and children. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, (2), 79-101. [10.3280/RSF2016-002006].
- Connolly, J. J., Glessner, J. T., Elia, J., Hakonarson, H. ADHD & Pharmacotherapy: Past, Present and Future: A Review of the Changing Landscape of Drug Therapy for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Therapeutic Innovation Regulatory Science*, 2015. 49(5): 632-642. <https://doi.org/10.1177/2168479015599811>
- Cortese, S., Adamo, N., Giovane, C., Mohr-Jensen, C., Hayes, A., Carucci, S., Atkinson, L., Tessari, L., Banaschewski, T., Coghill, D., Hollis, C., Simonoff, E., Zuddas, A., Barbul, C., Purgato, M., Steinhausen, H., Shokraneh, F., Xia, J. y Cipriani, A. (2018). Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 727-738. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30269-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30269-4)
- Childress, A., Komolova, M., Sallee, F. (2019). An update on the pharmacokinetic considerations in the treatment of ADHD with long-acting methylphenidate and amphetamine formulations. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 15, 937-974. <https://doi.org/10.1080/108017425255.2019.1675636>
- 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>
- Elbe, P., Bäcklund, C., Vega-Mendoza, M., Sörman, D., Malmberg Gavelin, H., Nyberg, L. y Ljungberg, J. (2023). Computerized cognitive interventions for adults with ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology*, 37(5), 519-530. <https://doi.org/10.1037/neu0000890>
- Elliott, J., Johnston, A., Huseraue, D., Kelly, S. E., Eagles, C., Charach, A., Hsieh, S. C., Bai, Z., Hossain, A., Skidmore, B., Tsakonas, E., Chojek, D., Mamdani, M., & Wells, G. A. (2020). Pharmacologic treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *PloS one*, 15(10), e0240584. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240584>
- Epstein, T., Patapoulos, N. y Weiser, M. (2014). Metilfenidato de liberación inmediata para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adultos. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), CD005041. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005041.pub2>
- Findling, R., Childress, A., Cutler, A., Gasior, M., Hamdani, M. y Ferreira-Cornwell, M. (2011). Efficacy and safety of lisdexamfetamine dimes late in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Adolescent Psychiatry*, 50(4), 395-405. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.01.007>
- Fletcher, J. (2014). The effects of childhood ADHD on adult labor market outcomes. *Health Economics*, 23(2), 159-181. <https://doi.org/10.1002/hec.2907>
- Food and Drug Administration. (2019). Adhansia XR (methylphenidate hydrochloride) extended-release capsules, for oral use, CII. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2019/212038Orig1s000lbl.pdf
- Food and Drug Administration. (2017). Cotempla XR-ODT (methylphenidate extended-release orally disintegrating tablets). https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/205489s000lbl.pdf
- 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>
- Fredriksen, M., Dahl, A., Martinsen, E., Klungsoyr, O., Faraone, S., y Peleikis, D. (2014). Childhood and persistent ADHD symptoms associated with educational failure and long-term occupational disability in adult ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 6(2), 87-99. <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0126-1>
- Garnock-Jones, K. P., Keating, G. M. (2009). Atomoxetine: a review of its use in attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Paediatric Drugs*, 11(3):203-26. <https://doi.org/10.2165/00148581-200911030-00005>
- Gibbins, C., & Weiss, M. (2009). Clinical recommendations in current practice guidelines for diagnosis and treatment of ADHD in adults. *Current Attention Disorders Reports*, 1(3), 116-122. <https://doi.org/10.1007/s12618-009-0016-1>
- Goldberg, J. (2021). Special Report: Guidance on Managing Side Effects of Psychotropics. *Psychiatric News*, Volume 56, Number 8. <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2021.8.30>
- Graaf, R., Kessler, R., Fayyad, J., Have, M., Alonso, J., Angermeyer, M., Borges, G., Demeyttenaere, K., Gasquet, I., Girolamo, G., Haro, J., Jin, R., Karam, E., Ormel, J. y Posada-Villa, J. (2008). The prevalence and effects of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on the performance of workers: Results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(12), 835-842. <https://doi.org/10.1136/oem.2007.038448>
- Guo, C., Assumpcao, L. y Hu, Z. (2022). Efficacy of non-pharmacological treatments on emotional symptoms of children and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis. *Journal of Attention Disorders*, 26(4), 508-524. <https://doi.org/10.1177/10870547211001953>
- Habel, L. A., Cooper, W. O., Sox, C. M., Chan, K. A., Fireman, B. H., Arbogast, P. G., Cheatham, T. C., Quinn, V. P., Dublin, S., Boudreau, D. M., Andrade, S. E., Pawloski, P. A., Raebel, M. A., Smith, D. H., Achacoso, N., Uratsu, C., Go, A. S., Sidney, S., Nguyen-Huynh, M. N., Ray, W. A., Selby, J. V. (2011). ADHD medications and risk of serious cardiovascular events in young and middle-aged adults. *JAMA. Journal of the American Medical Association*, 306(24), 2673-2683. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1830>
- Harpin, V., Mazzone, L., Raynaud, J., Kahle, J. y Hodgkins, P. (2016). Long-term outcomes of ADHD: a systematic review of self-esteem and social function. *Journal of Attention Disorders*, 20(4), 295-305. <https://doi.org/10.1177/1087054713486516>
- Huss, M., Chen, W., Ludolph, A. (2016). Guanfacine extended release: a new pharmacological treatment option in Europe. *Clinical Drug Investigation*, 36(1), 1-25. <https://doi.org/10.1007/s40261-015-0336-z>
- Jaeschke, R., Sujkowska, E. y Sowa-Kućma, M. (2021). Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: a narrative review. *Psychopharmacology*, 238, 2667-2691. <https://doi.org/10.1007/s00213-021-05946-0>
- 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>
- Kolar, D., Keller, A., Goulinopoulos, M., Cumyn, L., Syer, C., Hechtman, L. (2008). Treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4(2):389-403. <https://doi.org/10.2147/ndt.s6985>
- 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., Burger, H., Boonstra, A., van der Linden, P., Kalma, L., Buitelaar, J. (2004). Efficacy and safety of methylphenidate in 45 adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. A randomized placebo-controlled double-blind cross-over trial. *Psychological Medicine*, 34(6), 973-982. <https://doi.org/10.1017/s0033291703001776>

- Koshelev, A., Mason, O., Jain, R., Koch, J. y Rubin, J. (2023). Functional Impairments Associated with ADHD in Adulthood and the Impact of Pharmacological Treatment. *Journal of Attention Disorders*, 27(7), 669–697. <https://doi.org/10.1177/10870547231158572>
- 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>
- Lamba, V., Lamba, J., Yasuda, K., et al. (2003). Hepatic CYP2B6 expression: gender and ethnic differences and relationship to CYP2B6 genotype and CAR (constitutive androstane receptor) expression. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 307(3), 906–922. <https://doi.org/10.1124/jpet.103.054866>
- Li, Y. y Zhang, L. (2024). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy Combined with Pharmacotherapy Versus Pharmacotherapy Alone in Adult ADHD: A Systematic Review and Meta - Analysis. *Journal of Attention Disorders*, 28(3), 279–292. <https://doi.org/10.1177/10870547231214969>
- López, P., Torrente, F., Ciapponi, A., Lischinsky, A., Cetkovich-Bakmas, M., Rojas, J., Romano, M. y Manes, F. (2018). Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010840.pub2>
- López-Pinar, C., Martínez-Sanchis, S., Carbonell-Vayá, E., Fenollar-Cortes, J. y Sánchez-Meca, J. (2018). Long-term efficacy of psychosocial treatments for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Frontiers in Psychology*, 4:9, 638. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00638>
- MacDonald, L., Sadek, J. (2023). Management Strategies for Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder Comorbidities in Adults with ADHD: A Narrative Review. *Brain Sciences*, 13(11):1517. <https://doi.org/10.3390/brainsci13111517>
- Magnin, E., Maurs, C. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder during adulthood. *Revue Neurologique*, 173(7-8), 506–515. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2017.07.008>
- Martinez-Raga, J., Knecht, C., Szerman, N., Martinez, M. (2013). Riesgo de problemas cardiovasculares graves con medicamentos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Medicamentos para el SNC*, 27(1), 15–30.
- May, T., Birch, E., Chaves, K., Cranswick, N., Culnane, E., Delaney, J., Derrick, M., Eapen, V., Edlington, C., Efron, D., Ewais, T., Garner, I., Gathercole, M., Jagadheesan, K., Jobson, L., Kramer, J., Mack, M., Misso, M., Murrup-Stewart, C., ... Bellgrove, M. (2023). The Australian evidence-based clinical practice guideline for attention deficit hyperactivity disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 57(8), 1101–1116. <https://doi.org/10.1177/00048674231166329>
- Mick, E., McManus, D., Goldberg, R. (2013). Metanálisis del aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial asociados con el tratamiento del TDAH con estimulantes del SNC en adultos. *Neuropsicofarmacología europea: revista del Colegio Europeo de Neuropsicofarmacología*, 23 (6), 534–541.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management* | Guidance | NICE. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>
- Nimmo-Smith, V., Merwood, A., Hank, D., Brandling, J., Greenwood, R., Skinner, L., Law, S., Patel, V. y Rai, D. (2020). Non-pharmacological interventions for adult ADHD: Asystematic review. *Psychological Medicine*, 50(4), 529–541. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000069>
- 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, 24–31. https://www.evidence-based-psychiatric-care.org/wp-content/uploads/2016/07/05_pallanti.pdf
- Pievsy, M. y McGrath, R. (2018). The Neurocognitive Profile of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: A Review of Meta-Analyses. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 33(2), 143–157. <https://doi.org/10.1093/arclin/acx055>
- Reed, V., Buitelaar, J., Anand, E., Day, K., Treuer, T., Upadhyaya, H., et al. (2016). The safety of atomoxetine for the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a comprehensive review of over a decade of research. *CNS Drugs*, 30 (7), 603–628. <https://doi.org/10.1007/s40263-016-0349-0>
- Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Gift, T. E. et al. (2017). ADHD and Anxiety: Clinical Significance and Treatment Implications. *Current Psychiatry Reports*, 19, 109. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0859-6>
- Rucklidge, J. J. (2010). Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(2):357–73. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.006>
- Salvi, V., Ribaudi, 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>
- Sangal, R. B., Owens, J., Allen, A. J., Sutton, V., Schuh, K., Kelsey, D. (2006). Effects of atomoxetine and methylphenidate on sleep in children with ADHD. *Sleep*, 29(12):1573–85. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.12.1573>
- Schelleman, H., Bilker, W., Kimmel, S., Daniel, G., Newcomb, C., Guevara, J., et al. (2012). Methylphenidate and risk of serious cardiovascular events in adults. *American Journal of Psychiatry*, 169(2), 178–185. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11010125>
- 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>
- Shin, J., Roughhead, E., Park, B., Pratt, N. (2016). Cardiovascular safety of methylphenidate among children and young people with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): nationwide self controlled case series study. *BMJ*, 353: i2550. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2550>
- Shou, S., Xiu, S., Li, Y., Zhang, N., Yu, J., Ding, J. y Wang, J. (2022). Efficacy of Online Intervention for ADHD: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 13:854810. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.854810>
- Simon, N., Rolland, B., Karila, L. (2015). Methylphenidate in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorders. *Current Pharmaceutical Design*, 2015, 21 (23):3359–66. <https://doi.org/10.2174/1381612821666150619093254>
- Skoglund, C., Sundström Poromaa, I., Leksell, D., Ekholm Selling, K., Cars, T., Giacobini, M., Young, S., Kopp Kallner, H. (2024). Time after time: failure to identify and support females with ADHD - a Swedish population register study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(6):832–844. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13920>
- Stahl, S. M. (2020). *Atomoxetine*. In: *Prescriber's Guide: Stahl's Essential Psychopharmacology*. Cambridge University Press:79–84.
- Taipale, H., Bergström, J., Gemes, K., Tanskanen, A., Ekselius, L., Mitten-dorfer-Rutz, E. y Helgesson, M. (2024). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medications and Work Disability and Mental Health Outcomes. *JAMA network open*, 7(3), e242859. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.2859>
- 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., Alvarez Prado, D., Kichic, R., Cetkovich-Bakmas, M., Lischinsky, A. y Manes, F. (2014). Dysfunctional Cognitions and their Emotional, Behavioral, and Functional Correlates in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Is the Cognitive-Behavioral Model Valid? *Journal of Attention Disorders*, 18(5), 412–424. <https://doi.org/10.1177/1087054712443153>
- Williams, O. C., Prasad, S., McCrary, A., Jordan, E., Sachdeva, V., Deva, S., Kumar, H., Mehta, J., Neupane, P., Gupta, A. (2023). Adult attention deficit hyperactivity disorder: a comprehensive review. *Annals of Medicine and Surgery*, 12:85(5):1802–1810. <https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000000631>
- Young, S., Abbasian, C., Al-Attar, Z., Branney, P., Colley, B., Cortese, S., Cubbin, S., Deeley, Q., Gudjonsson, G. H., Hill, P., Hollingdale, J., Jenden, S., Johnson, J., Judge, D., Lewis, A., Mason, P., Mukherjee, R., Nutt, D., Roberts, J., Robinson, F., Woodhouse, E., Cocallis, K. (2023). Identification

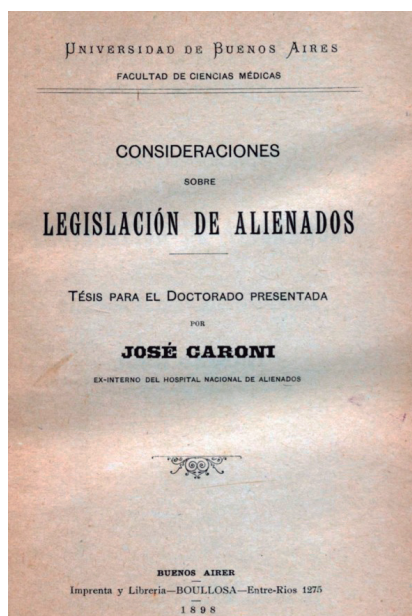
and treatment of individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder: An expert consensus statement. *World Journal of Psychiatry*, 13(3):84-112. <https://doi.org/10.5498/wjp.v13.i3.84>

Young, S., Adamo, N., Ásgeirsdóttir, B. B. et al. (2020). Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry*, 20, 404. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9>

Zhang, L., Li, L., Andell, P., Garcia-Argibay, M., Quinn, P., D'Onofrio, B., Brikell, I., Kuja-Halkola, R., Lichtenstein, P., Johnell, K., Larsson, H., Chang, Z. (2024). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medications and Long-Term Risk of Cardiovascular Diseases. *JAMA Psychiatry*, 81(2), 178-187. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.4294>

Zhu, H., Appel, D., Peterson, Y., Wang, Z., Markowitz, J. (2010). Identification of selected therapeutic agents as inhibitors of carboxylesterase 1: potential sources of metabolic drug interactions. *Toxicology*, 270(2-3), 59-65. <https://doi.org/10.1016/j.tox.2010.01.009>

Zhu, H., Patrick, K., Straughn, A., Reeves, O., Bernstein, H., Shi, J., Johnson, H., Knight, J., Smith, A., Malcolm, R., Markowitz, J. (2017). Ethanol interactions with dexamethylphenidate and dl-methylphenidate spheroidal oral drug absorption systems in healthy volunteers. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 37(4), 419-428. <https://doi.org/10.1097/JCP.000000000000007>



EL RESCATE Y LA MEMORIA

Situación legal de los alienados en Buenos Aires a principios del siglo XX

<https://doi.org/10.53680/vertex.v36i168.844>



El 29 de noviembre 1898, cumpliendo con la reglamentación vigente en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, el egresado José Caroni aprobó su tesis doctoral con el título: *Consideraciones sobre legislación de alienados*.

Su Padrino, como se denominaba en esa época, fue el decano de la Facultad de Medicina, el Dr. Enrique del Arca.

El 14 de noviembre de ese año se había designado el Jurado que debía determinar la admisión y aprobación de la tesis; el mismo estuvo integrado por el Académico Rafael Herrera Vega, el Prof. Titular de la cátedra de Enfermedades mentales, Domingo Cabred, y el Profesor Dr. Domingo S. Cavia, quien ocupaba el cargo de profesor sustituto (equivalente al actual de profesor adjunto) de medicina legal, junto con el Dr. Antonio de Veyga.

Caroni era ex-interno del Hospital Nacional de Alienados, dirigido a la sazón por Cabred.

Al comienzo de su texto de 46 páginas el doctorando delimita el alcance y los objetivos de su ponencia en los términos siguientes: “Como lo indica el título, este trabajo no consiste sino en algunas consideraciones sobre legislación de alienados; no he tratado de hacer una ley, lo que hubiera sido una tentativa superior a mis fuerzas, sino que trato de describir los procedimientos que se usan para recibir y dar de alta a los alienados en los manicomios que hoy existen en nuestro país, para que se pueda apreciar la necesidad imperiosa que se siente de una ley de alienados, y trato de enumerar los puntos principales a mi juicio que debe abarcar una legislación de esa especie. No hay en nuestro país una ley que ampare al loco, fuera de alguno que otro inciso perdido entre los artículos de nuestros códigos, ni hay tampoco una ley que determine clara y netamente, las atribuciones y derechos de los Directores de los Establecimientos de Alienados. Solo con esa ley se podrían regularizar las condiciones anormales dos grandes Establecimientos de Alienados, encerrando dentro de ellos, más de dos mil habitantes de la República, privados ilegalmente de su libertad.

No se puede, por cierto, culpar de ello a los Directores de esos Establecimientos, que son los que más han trabajado por que se dicte una ley de alienados que sea para ellos una garantía en el ejercicio de sus funciones”.

Luego de una Introducción histórica acerca de la evolución de la noción de locura en la cultura occidental desde Hipócrates hasta los reformadores del siglo XVIII, el autor se escandaliza al constatar el incomprendible vacío jurídico que describe, en esa Argentina embarcada en la modernización que propugnaba la generación del 80: “En América que yo sepa al menos, solo los Estados Unidos tienen ley de alienados, las de-

más naciones de este continente, ni nosotros mismos, que tenemos la pretensión de marchar a la cabeza de la civilización y del progreso en la América del Sud, y que con razón nos vanagloriamos de las adelantadas leyes tenemos, a pesar de los esfuerzos de algunos de nuestros distinguidos alienistas, esa legislación que vendría a llenar un vacío, atender a una necesidad y darnos el honor de ser la primera nación de Sud América en llevar a cabo ese gran adelanto”.

Se considera que el primer proyecto de ley sobre alienados en el país fue esbozado por el Dr. Emilio Coni, en 1879. Esa propuesta contenía disposiciones sobre establecimientos de alienados públicos y privados, sobre asistencia domiciliaria y proponía normas de control y vigilancia para evitar las internaciones injustificadas y garantizar la liberación del interno curado. En 1891 Ramón Tejerina incluyó otro proyecto en su tesis “La locura y la ley”; pero ninguna de esas iniciativas alcanzó estado legislativo.

Caroni no las menciona en su tesis, quizás porque ambos antecedentes constituían un avance parcial; en ambos casos la preocupación central no era el individuo sino la delimitación precisa de las condiciones bajo las cuales alguien podía ser internado, y porque no alcanzaron a entrar en el Congreso Nacional en forma reglamentaria, como sí lo hicieron los proyectos que menciona explícitamente: “En el año 1894, el Dr. Domingo Cabred, formuló un proyecto de ley de alienados, en colaboración con el Dr. Eliseo Cantón, diputado por Tucumán, quien lo presento a la Cámara de Diputados para su estudio.

En el mismo año el Dr. Antonio F. Piñero, presentaba a la misma Cámara, por intermedio de Dr. Félix María Gómez, diputado por Corrientes, otro proyecto de ley de alienados”.

Sin embargo, Caroni se lamenta de la lentitud del trabajo de los diputados y critica enfáticamente la escasa labor parlamentaria: “Ambos proyectos, a pesar de los cuatro largos años transcurridos, están todavía a estudio de la Comisión de Legislación de la Cámara. Quiero suponer que esa Comisión se ha ocupado del estudio de los dos proyectos, pero es por demás sensible que a pesar del tiempo transcurrido, no haya salido de ese Cuerpo Legislativo una ley tan necesaria”.

Y a continuación, insta a sus colegas médicos legisladores a involucrarse en el problema y tomar una iniciativa más decidida: “Algunos de nuestros distinguidos médicos forman parte de esa Cámara, a ellos les toca, en nombre de la profesión que ejercen, hacer resaltar ante los legisladores la importancia y la necesidad de esa legislación y a ellos toca trabajar con todo empeño para conseguir la promulgación de esa ley. Habrán presentado con ello, un verdadero servicio a sus colegas, y el rol humanitario de médico estaría llenado, al contribuir a dotar al loco del amparo que para este significa una Legislación de Alienados”.

Poco se sabe de la trayectoria profesional y la biografía de José Caroni. Aparentemente, enseguida de graduarse, se habría radicado en la localidad de San Pedro, Provincia de Buenos Aires, reemplazando como médico de la sociedad “Unione e Benevolenza”, fundada por inmigrantes italianos en esa localidad, al Dr. Emilio Ruffa, fallecido por contraer el cólera en la epidemia que asoló la ciudad en 1895.

A continuación se reproduce el fragmento central de la tesis de José Caroni.

Consideraciones sobre legislación de alienados. TESIS, 1898¹

(Fragmento)

“Existen en la República Argentina solo dos Establecimientos públicos, destinados a los alienados y los dos en la Capital Federal. El Hospicio de las Mercedes destinado a los alienados del sexo masculino y dirigido actualmente por el distinguido profesor de enfermedades mentales de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, Doctor Domingo Cabred y el Hospicio Nacional de Alienadas, destinado como su nombre lo indica a enfermas y dirigido en la actualidad, por el distinguido alienista Doctor Antonio F. Piñero.

Hay además otros dos establecimientos públicos que sin ser manicomios, sino hospitales para toda clase de enfermos, tienen una sección destinada a alojar los locos de ambos sexos. Uno de ellos pertenece a la provincia de Buenos Aires, es el Hospital Melchor Romero, el otro pertenece a la provincia de Santa Fe.

Hay además en la Capital de la República, un establecimiento privado de alienados de ambos sexos, es el Instituto Frenopático.

Vamos a pasar en revista las condiciones establecidas en ambos Manicomios para recibir a los enfermos.

En el Hospital Nacional de Alienados, basta que una persona, sea o no de la familia de la enferma, se presente con un certificado firmado por dos médicos, diplomados en el país, que certifiquen que la persona que va a ser internada está afectada de enajenación mental, para que sea aceptada y asilada como enferma. Este es el caso mas frecuente.

Otras veces se reciben enfermas enviadas por la Policía de la Capital o por la Asistencia Pública, a las cuales se exige la nota de remisión de la enferma, acompañada del certificado facultativo de dos médicos de la Policía o de la Asistencia Pública, según el caso. O bien son remesas, verdaderos lotes de locas, que mandan las autoridades policiales de las distintas provincias y territorios nacionales de la República y para recibir las basta con la correspondiente nota de remisión de esas autoridades y el certificado de los médicos de esas reparticiones.

Como es natural, llegado el caso de presentarse una persona acompañando a una enferma, cuya internación se impone en el acto por ser peligrosa su estadía en

la familia para ella y para las personas que la rodean, se recibe esa enferma, sin que se le exijan por el momento, a la persona que la trae, los certificados médicos de práctica, y el interesado firma en un libro talonario en una parte en que especifica por quién ha sido colocada la enferma en el Hospital. Esta firma de la persona que coloca a la alienada, se exige en todos los casos.

Puede también la enferma ser remitida al Manicomio por orden de juez; en ese caso la enferma viene con la orden del juzgado remitente o con una copia de los autos y de los certificados facultativos, y es recibida con esos documentos, quedando en el Hospital en asistencia y a disposición del juzgado que la remitió.

Otro caso, poco común, como es fácil comprenderlo, es aquel en que una persona solicita su propia internación en el Manicomio.

El caso está previsto en el Reglamento del Hospital y éste exige que la persona que solicita la asistencia, deberá firmar en el momento de su ingreso, en presencia de una persona adulta de su amistad y ante el Director del Establecimiento o de quien represente a éste, una solicitud de ingreso al Hospital, dirigida al Director y en la que exprese el tiempo por el que desea ser internada, tiempo que no puede exceder de diez días. La solicitud podrá ser renovada varias veces, pero siempre será por el plazo de diez días cada vez.

El Hospicio de las Mercedes destinado a los alienados está bajo la dirección de la Asistencia Pública y siendo ésta una corporación médica, interviene en todos los ingresos a la casa.

Las enfermas salen del Hospital de varias maneras, que están generalmente en relación con la forma de ingreso y con su estado mental en el momento de la salida.

Si una enferma está curada y tiene familia, se le avisa a ésta para hacerle saber que esa enferma está

1. Caroni, J. (1898). Tesis “Consideraciones sobre legislación de alienados: Tesis para el doctorado”. Imprenta y Librería Boullosa, Buenos Aires, 46 p. Consultable en: Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Biblioteca Central “Juan José Montes de Oca”, Ubicación 935T.

dada de alta y que debe presentarse a hacerse cargo de ella. La boleta de alta es firmada en todos los casos por el Médico Director.

Cuando sale mejorada o en prueba, lo mismo es entregada a la familia y en el libro de altas consta el estado en que salió la enferma.

Sucede el caso de que se presenten los parientes de la enferma y quieran llevársela a pesar de la opinión médica en contrario, invocando sus derechos de parientes. En ese caso se les entrega la enferma, pero el Hospital salva su responsabilidad, haciendo quedar una constancia en el libro de altas, de que la enferma ha salido contra la opinión del Director.

Esa constancia es firmada por el jefe de la familia o por la persona que colocó a la enferma en la casa.

Las alienadas remitidas por la Policía de la Capital o la Asistencia Pública y a las que no se les conoce parientes, una vez curadas son puestas en libertad y ellas mismas en ese caso pueden firmar en la boleta de alta.

Cuando las enfermas remitidas por la Policía de las provincias o territorios nacionales están curadas y no tienen familia conocida que se haga cargo de ellas aquí, se da aviso a la autoridad que la remitió, dándole cuenta de la curación de la enferma y haciéndoles presente que deben mandar buscar la enferma o enviar los recursos necesarios para que ésta vuelva al lugar de su residencia habitual. Pocas veces, desgraciadamente, se cumple con este deber de humanidad y muchas veces tiene que buscar el Hospital de dar a la ex-alienada, cualquier ocupación remunerada dentro del establecimiento, para que esa persona pueda reunir los recursos necesarios para volver a su hogar. Otras veces vuelve al punto de donde vino, merced a que alguna persona caritativa le ha proporcionado los medios para hacerlo.

¡Cuánto bien haría a estos desgraciados y cuántos abusos evitaría una ley de alienados apropiada!

Cuando la enferma que se ha curado está a disposición de un juzgado, el Hospital pide a éste que disponga su traslado a donde lo juzgue conveniente y el juez manda buscar a la enferma.

En el caso de internación voluntaria se le hace saber a la asilada que ya no necesita permanecer en el Hospital.

Las salidas del Hospicio de las Mercedes se llevan a cabo con variantes de poca importancia, como en el Hospital Nacional de Alienadas, lo que me excusa de referirlas detalladamente.

Como se ve, la falta de una legislación de alienados hace que casi ninguno de los enfermos asilados en ambos manicomios, esté recluido legalmente.

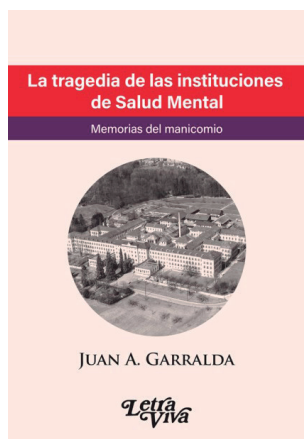
Si recordamos algunas disposiciones del Código Civil, vemos cómo se prestan estas condiciones en que están recluidos los alienados, a la producción de conflictos que con un fin mas o menos honesto puede provocar cualquier persona, envolviendo como es consiguiente en las consecuencias a las Direcciones de los Hospitales de alienados que no tienen una ley que las ampare en sus funciones y que se ven expuestas a quedar en una situación equívoca, sin tener una autoridad en qué apoyarse.

Los perjudicados con esto, son siempre aquellos que menos debían serlo, el alienista y el alienado. El primero por que no sabe nunca a ciencia cierta hasta dónde puede llegar sin atraerse compromisos y contratiempos inmerecidos y el segundo porque convertido en un ser incapaz de velar por sus intereses materiales y morales, no encuentra la mayor parte de las veces una mano amiga que lo proteja y le ayude en su naufragio intelectual.

Nada disculpa el que no se haya adoptado o formado aún por nuestro Congreso, una ley de alienados.

Algunos de nuestros médicos distinguidos como los Doctores Emilio Coni, Antonio F. Piñero, Domingo Cabred, Eliceo Cantón y no sé si algún otro, han removido en distintas épocas esta interesante cuestión, pero jamás sus esfuerzos han encontrado la acogida que merecían, en aquellos que por los altos cargos que ocupan tienen el deber ineludible de prestar atención a una cuestión de tan alta importancia social como es ésta.

No nos faltan tampoco ejemplos y fuentes a donde recurrir para hacer mas fácil el trabajo, pues aparte de que hay entre nosotros algunos proyectos de ley de alienados, elaborados por los distinguidos médicos que acabo de nombrar, tenemos en todos los países europeos, previsoras y sabias leyes de alienados, en las que encontraríamos algo aplicable y adaptable a nuestro país”.



LECTURAS

Juan Carlos Stagnaro

La tragedia de las instituciones de Salud Mental

Juan A. Garralda

Letra Viva, 2024.

Juan Alberto Garralda tuvo un largo recorrido profesional en el campo de la psiquiatría y la salud mental. Su carrera se desarrolló en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Oriundo de San Fernando, cursó sus estudios de medicina en la Universidad de Buenos Aires y, en 1971, ingresó como médico residente al Hospital “J. T. Borda”; después fue Jefe de Residentes y, luego, Jefe de la Guardia hasta 1979, época en la que fue “invitado”, como él relata, a irse de la institución. Corrían tiempos de dictadura y esa fue la causa del injusto despido encubierto. Una década después volvió al hospital, pero entonces como director del mismo. Fueron dos años de cambios administrativos y reformas, hasta que fue nuevamente despedido. Años después volvió al Borda para integrarse al Servicio 29, del cual llegó a ser Jefe por concurso y, otra vez, por consenso de sus colegas, ocupó la dirección del nosocomio. De allí pasó a la Dirección de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con el propósito de crear instituciones intermedias en la comunidad a fin de reducir el tiempo de las hospitalizaciones en la institución monovalente, como lo indicaba la ley 448; pero, su gestión se vio trabada por presiones políticas y se vio obligado a renunciar.

Este azaroso derrotero viene al caso, porque, además de ser similar al de muchos otros psiquiatras imbuidos del deseo de reformas del sistema de atención en salud mental, que vieron desde hace décadas sus proyectos truncados u obtuvieron solo resultados puntuales, y frecuentemente fugaces, en algunos lugares, Garralda ocupó lugares que le permitieron tener una experiencia panorámica del campo sanitario en esa especialidad. Tuvo así, de primera mano, la vivencia de los obstáculos, la “máquina de impedir”, las inercias institucionales, el poder conservador de las corporaciones médica y gremial, en fin, ese aparato institucional y político que genera ante cada generación de profesionales entusiastas y portadores de ideas

de transformación y mejora de la atención en salud mental, una sensación de “siempre volver a empezar”, o lisa y llanamente de retroceso.

Como consecuencia, el libro tiene un sesgo testimonial, como dice el autor: “He preferido darle, en la medida de lo posible, un tono personal, un poco autobiográfico, con la intención no solo de transmitir números estadísticos y resultados, si no las vivencias con sus padecimientos y alegrías, el sufrimiento y la esperanzada ternura, con la que transitó el camino de mi psiquiatría a lo largo de más de cincuenta años”.

Desde el comienzo de su actividad Garralda adoptó, como muchos colegas jóvenes atraídos por la ideas de la antipsiquiatría de la época, una posición muy crítica de las condiciones de hacinamiento, hospitalismo y anomia que sufrían las personas internadas en las viejas instituciones monovalentes.

Considerando que esa verdadera tragedia es multicausal, enumera las variables en juego e identifica “factores biológicos, médicos, económicos, históricos, morales, jurídicos, legales, sociales, políticos, gremiales, psicológicos, ideológicos, antropológicos y hasta arquitectónicos [...] todos ligados estrechamente entre sí”, para dar como resultado, en su interjuego, una “manera irracional de pretender solucionar o curar lo irracional del ser humano”.

Se adentra así a relatar experiencias, denunciar contrasentidos, trampas dialécticas, pactos espurios, narcisismos dañinos y toda suerte de manifestaciones y fenómenos que se dan dentro de ese tipo de instituciones totales, así como a fundamentar opiniones críticas y formular propuestas para mejor encauzar una verdadera reforma psiquiátrica.

El primer argumento es de una evidencia incontrastable: es mucho más económica la atención por medio de instituciones intermedias en la comunidad y en la familia, y mucho más efectiva y humana para los pacientes, que la hospitalización prolongada. Recor-

demos, al pasar, que la evitación de la internación y el tratamiento en el medio familiar ya los aconsejaba Lucio Meléndez en el Hospicio de las Mercedes a fines del siglo XIX.

El autor critica fundadamente la legislación vigente, en especial la ley 26657, por diversas razones, aunque la principal, quizás sea que dicho instrumento legal fue concebido por personas sin conocimiento de la realidad clínica y sanitaria sobre la que pretendían legislar. Obviamente, el resultado iba a ser, como lo es en gran medida, inoperante. También señala lo costoso que resulta el mantenimiento de edificios inadecuados por su concepción, en contraste con la arquitectura moderna conformada por pequeñas unidades de internación especializada (no todos los casos son pasibles de internación en hospitales generales, afirma) para casos agudos por un breve lapso.

Garralda analiza también los fenómenos sociológicos que se expresan en el clima institucional, desde las actitudes de pasividad y adaptación empobrecedora de los internos hasta su contrapartida de desinterés, inoperancia, descompromiso y cinismo de muchos miembros del personal, que contrasta con la dedicación y entrega de otros, sobre los que cae el peso del trabajo más duro y frustrante.

En el penúltimo capítulo da cuenta de los intereses políticos y gremiales que impiden los cambios necesarios, y finaliza con un apartado de posibles soluciones que giran en torno a las técnicas grupales, a las que otorga una potencia que, lamentablemente, se utiliza poco en la actualidad, y que deben abarcar desde los niveles de conducción, que propone multidisciplinaria, hasta las técnicas de tratamiento, pasando por el conjunto del personal para generar un movimiento de cambio, beneficioso para todos los miembros de la institución que adoptaría así la característica de una verdadera comunidad terapéutica.

En fin, la lectura de este libro que, debemos decirlo, hubiera sido realizado por un mayor cuidado del editor respecto de su revisión gramatical y sintáctica, es importante porque no es habitual que se escriba un testimonio honesto, crudo, ordenado, crítico y propositivo, a partir de una experiencia vivencial tan rica y polifacética como la que tuvo al autor como protagonista. Un documento valioso para el abrir debate, enderezar lo necesario y no repetir viejos métodos que han conducido al fracaso y la frustración.