

Determinantes psicosociales, adherencia a políticas de salud y búsqueda de apoyo en adultos de la ciudad de Córdoba, Argentina, en contexto de pandemia

Análisis sobre la prescripción de benzodicepinas por médicos de familia en una muestra en Río de Janeiro

Significaciones y prácticas en torno al trabajo de mujeres externalizadas de un hospital neuropsiquiátrico de la provincia de Buenos Aires, Argentina

Tiempos de lectura de oraciones con lenguaje inclusivo en español: un estudio psicolingüístico

Tercer Consenso Argentino sobre el manejo de los Trastornos Bipolares. Segunda Parte A: Tratamiento integral de los trastornos bipolares en el adulto

Herramientas para reducir errores de prescripción de psicofármacos en los adultos mayores

Cuando los procedimientos judiciales facilitan el abandono. Nuevas formas de *Ghosting*



REDACCIÓN

Director Juan Carlos Stagnaro (Universidad de Buenos Aires).

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

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

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

Vertex Revista Argentina de Psiquiatría es una publicación de periodicidad trimestral (enero-marzo/abril-junio/julio-septiembre y octubre-diciembre). Reg. Nacional de la Propiedad Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 2718-904X (versión en línea). Hecho el depósito que marca la ley.

Vertex Revista Argentina de Psiquiatría. (2023). 34(159): 5-109. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos SA. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores. Esta revista y sus artículos se publican bajo la licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0



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

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

Imágenes de tapa: Engranajes metálicos grises y piezas de automóviles - Foto creada por wirestock - www.freepik.es

REDACCIÓN

Comité científico

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

Consejo de redacción

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

Comité de redacción

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

Corresponsales

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



EDITORIAL

La versión decimoprimeras de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), fue adoptada en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2019 y los Estados miembros se comprometieron a empezar a utilizarla para la notificación de la mortalidad y la morbilidad en 2022. Se espera, entonces, que en este 2023 la nueva clasificación se aplique plenamente.

Mucha tinta ha corrido para discutir y criticar ciertos aspectos de ese instrumento, a veces por razones atendibles, y otras menos justificables. Es cierto que la creación de una clasificación de ese tipo, con pretensión universal, es una empresa que raya en lo imposible y no puede contentar a todos. Especialmente cuando pretende ir más allá de las razones biológicas para categorizar los diferentes tipos de enfermedades y aspira a incluir variables antropológicas, psicológicas y sociales. En estos últimos casos el asunto se vuelve mucho más espinoso y da lugar a opiniones muy dispares. Ahora bien, una cosa es cuando tales controversias atañen a pequeños grupos aquejados de enfermedades controversiales que no alcanzan consenso entre los especialistas, y otra, muy diferente en importancia, cuando toca a un sector demográficamente muy significativo y en crecimiento en la población, como es el de los adultos mayores. Téngase en cuenta que la población mundial contará, según proyecciones de la misma OMS con una cifra de personas de 60 años o más de 1400 millones y ascenderá para el 2050 a más del doble, alcanzando los 2100 millones. En 2020, por primera vez en la historia, las personas de 60 años o más superaron en número a los niños menores de 5 años. Para 2050, habrá más del doble de personas mayores de 60 años que niños menores de 5 años y superarán en número a los adolescentes y jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años. Estos problemas se complican aún más si la OMS, se contradice, en principios básicos de sus recomendaciones, al incluir una concepción contradictoria en la CIE-11 respecto de la utilizada en documentos de índole doctrinaria de pocos años atrás.

Téngase en cuenta que la CIE no solo clasifica las enfermedades, sino también los períodos de la vida y los “problemas relacionados con la salud”; y la vejez por sí sola no representa un problema forzosamente relacionado con la salud para muchos viejos.

En efecto, en 2015 la OMS publicó justamente su *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* en el que sus expertos afirman: “... la mala salud no tiene que ser una característica predominante de la edad avanzada”, y más adelante: “No existe una persona mayor típica, las poblaciones mayores se caracterizan por una gran diversidad. Por ejemplo, algunas personas de 80 años tienen niveles de capacidad física y mental comparables a los de muchos jóvenes de 20 años. Las políticas deben estar formuladas de manera tal de permitir que tantas personas como sea posible logren estas trayectorias positivas de envejecimiento”. Algo, sin duda vinculado a lo que la escuela argentina conoce y ha incorporado con respecto a los términos “Edadismo”, o como prefería nuestro recordado Leopoldo



EDITORIAL

Salvarezza “Viejismo”, traducción del inglés “Aging”, es decir, ese conjunto de prejuicios basados en la desinformación y las pautas culturales antiguas que se aplican a los viejos, dando por resultado su discriminación, aislamiento y, en ocasiones, conductas de maltrato.

Y en el “*Plan para la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030*”, la OMS anunció que el mismo “...consistirá en diez años de colaboración concertada, catalizadora y sostenida. Las personas mayores serán el eje central del plan, que aunará los esfuerzos de los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, las instituciones académicas, los medios de comunicación y el sector privado en aras de mejorar la vida de estas personas, así como las de sus familias y comunidades”. En esos documentos y directivas el Envejecimiento Saludable es, para la OMS: “El proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional consiste en tener los atributos que permiten a todas las personas ser y hacer lo que para ellas es importante”.

En aparente contradicción con esa concepción holística e inclusiva de la vejez y su salud, en la última versión de la CIE-11 se utiliza en su apartado *Códigos de extensión*, una terminología para caracterizar la vejez en dos etapas o “períodos geriátricos”: “inicial (de los 65 a los 84 años) y final (de los 85 años en adelante)”. En contraste con ello se incluyen en la misma lista de etapas del ciclo vital sin calificación médica (tales como período obstétrico, período neonatológico, período pediátrico...): Embarazo, Período prenatal, Período neonatal, Período perinatal, Infancia, Adolescencia, Adulto joven y Adulto.

La utilización del término “geriátrico” es francamente riesgosa, puesto que implica una medicalización de la vejez, ya que la Geriátrica es una especialidad médica.

Por todo ello es que aparece como muy discutible la nueva terminología propuesta, que deja de lado y “atrás” respecto de concepciones y definiciones en torno a la vejez y al proceso de envejecimiento que se habían conquistado hasta ahora. Oportunamente los miembros del capítulo de Psicogeriatría de la Asociación de Psiquiatras de Argentina (APSA) se pronunciaron en el mismo sentido.

Esta nomenclatura ha generado confusión y polémica y vuelve imprescindible cambiar o matizar el epígrafe “Vejez” de la CIE-11 para que no se perciba a la edad avanzada como síntoma, signo o resultado clínico anómalo, e introducir términos que reflejen mucho mejor el estado de envejecimiento patológico.

En todo caso, otros términos tales como “Fragilidad” o “Pérdida de la capacidad intrínseca”, que tienen un soporte experimental, y respecto de los cuales se verifica una creciente bibliografía, proveen una mayor exactitud cuando es necesario calificar la condición de una persona que no atraviesa un envejecimiento saludable.

Juan Carlos Stagnaro



ÍNDICE

3 Editorial

Artículos

6 Determinantes psicosociales, adherencia a políticas de salud y búsqueda de apoyo en adultos de la ciudad de Córdoba, Argentina, en contexto de pandemia. *Facundo Ruffinatto, Verónica Grasso, Eliza Erro, Magdalena Cáseres*

18 Análisis sobre la prescripción de benzodiazepinas por médicos de familia en una muestra en Río de Janeiro. *Marina Valle, Rafaela Zorzaneli*

29 Significaciones y prácticas en torno al trabajo de mujeres externadas de un hospital neuropsiquiátrico de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *María Isabel Hartfiel, Sara Ardila-Gómez*

40 Tiempos de lectura de oraciones con lenguaje inclusivo en español: un estudio psicolingüístico. *Ana Zarwanitzer, Carlos Gelormini-Lezama*

47 Tercer Consenso Argentino sobre el manejo de los Trastornos Bipolares. Segunda Parte A: Tratamiento integral de los trastornos bipolares en el adulto. *Marcelo Cetkovich-Bakmas, Andrea Abadi, Sebastián Camino, Gerardo García Bonetto, Luis Herbst, Eliana Marengo, Fernando Torrente, Tomás Maresca, Julián Bustin, Carlos Morra, Ricardo Corral, Daniel Sotelo, Sergio Strejilevich, Julián Pessio, Juan José Vilapriño, Manuel Vilapriño, Gustavo Vázquez, Alejo Corrales*

71 Herramientas para reducir errores de prescripción de psicofármacos en los adultos mayores. *María Delia Michat*

84 Cuando los procedimientos judiciales facilitan el abandono. Nuevas formas de Ghosting. *Gustavo A. Delucchi*

89 **El rescate y la memoria**
La Psicosis Única en el Siglo XX. El pensamiento de Bartolomé Llopis: de la psicopatología a la nosografía. *Norberto Aldo Conti*

108 **Lecturas**
Niña de octubre, Linda Boström Knausgard. *Josefina Guerineau*



Determinantes psicosociales, adherencia a políticas de salud y búsqueda de apoyo en adultos de la ciudad de Córdoba, Argentina, en contexto de pandemia

Psychosocial determinants, adherence to health policies, and support searching in adults in Córdoba city, Argentina, under pandemic context

Facundo Ruffinatto¹, Verónica Grasso², Eliza Erro³, Magdalena Cáseres⁴

<https://doi.org/10.53680/vertex.v34i159.360>

Resumen

Introducción: A lo largo de la historia de la humanidad las pandemias han sido causantes de crisis globales. Dado su impacto multifactorial, generan modificaciones en el funcionamiento del polo sanitario, en la adaptación del sistema de salud, la economía de las naciones, en la toma de decisiones políticas, y estilos de vida. A nivel individual se vislumbran modificaciones en el comportamiento, emociones, pensamientos, y la calidad de vida en sus múltiples vertientes (física, psicológica, social, y ambiental). **Materiales y método:** Con un enfoque cuantitativo de diseño ex post facto transversal, y alcance exploratorio se indagaron los aspectos psicosociales y sociodemográficos relacionados a la adhesión de las políticas sanitarias y la búsqueda de apoyo en población adulta de la ciudad de Córdoba (20 a 60 años). Se encuestó a 704 personas a las cuales se les aplicó el cuestionario de estrés percibido (pss-10), un cuestionario sociodemográfico, y un cuestionario realizado con modalidad ad hoc. **Resultados y conclusiones:** La edad, el sexo, escolaridad, antecedentes de salud, antecedentes psiquiátrico/psicológicos y tener familiares/pareja perteneciente a grupo de riesgo; presentaron asociación respecto a la adherencia a la normativa político sanitaria; miedo a contagiarse; búsqueda de ayuda/apoyo; y estrés percibido. La presente investigación pretende ser un puntapié inicial para promover estudios locales que indaguen la adherencia a las normativas políticas sanitarias necesarias para sobrellevar la propagación de una enfermedad a nivel mundial con las menores reacciones adversas posibles.

Palabras clave: Covid-19 - Pandemia - Políticas Sanitarias - Determinantes psicosociales.

Abstract

Introduction: *Pandemics throughout human history have caused global crises. Given their multifactorial impact, they generate changes in the functioning of the health pole, in the adaptation of the health system, the economy of nations, in political decision-making, and lifestyles. At the individual level, changes in behavior, emotions, thoughts, and quality of life in its many aspects (physical, psychological, social, and environmental) are glimpsed. Materials and method:* *With a quantitative approach of cross-sectional ex post facto design, and exploratory scope, the psychosocial and*

RECIBIDO 14/7/2022 - ACEPTADO 12/9/2022

¹Licenciado en Psicología. Profesor adscripto, Cátedra de Metodología de la Investigación, Escuela de Tecnología Médica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Neuropsicólogo Clínico, Centro de Neurorehabilitación del Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina. ORCID: 0000-0003-1272-4762

²Médica psiquiatra. Área de psiquiatría, Hospital Neuropsiquiátrico de Córdoba. Área de investigación, Centro Médico Lúquez. Área de psiquiatría, Fundación CIPCO, Córdoba, Argentina.

³Licenciada en Psicología (Universidad Nacional de Córdoba). Psicóloga clínica, Centro de Neurorehabilitación del Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina.

⁴Médica neuróloga. Jefa del servicio de Neurología del Sanatorio Allende. Directora del Centro de Neurorehabilitación del Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina.

Autor correspondiente:

Facundo Ruffinatto

facuruffinatto@gmail.com

Lugar de la investigación: Escuela de Tecnología Médica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Centro de Neurorehabilitación, Sanatorio Allende, sede Nueva Córdoba, Argentina.



sociodemographic aspects related to adherence to health policies and the search for support were investigated in the adult population of the city of Córdoba (20 to 60 years). 704 people were surveyed, to whom the perceived stress questionnaire (pss-10), a sociodemographic questionnaire, and a questionnaire carried out with an ad hoc modality were applied. Results and Conclusions: Age, sex, schooling, health history, psychiatric/psychological history, and having relatives/partners belonging to a risk group; they presented an association with respect to adherence to health policy regulations; fear of getting infected; help/support seeking; and perceived stress. This research aims to be a starting point to promote local studies that investigate adherence to health policy regulations necessary to cope with the spread of a disease worldwide with the fewest possible adverse reactions.

Keywords: Covid-19 - Pandemic - Health Policies - Psychosocial Determinants.

Introducción

En 2019, en Wuhan, China, se identificaron los primeros casos de una infección causada por un nuevo coronavirus, llamado SARS CoV-2 o Covid-19 (Li et al., 2020). A causa de su propagación, en marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró formalmente la situación de pandemia (Zhu et al., 2020; Guan et al., 2020) iniciando un periodo de emergencia sanitaria mundial.

Desde el inicio de la pandemia, la salud entendida desde una perspectiva multicausal (física, psicológica, social, ambiental) fue vulnerada, producto de la interrupción y modificación de las actividades normales en la vida cotidiana de las personas (Zambrano, 2020).

La pandemia referida al Covid-19 constituyó una emergencia global, con un elevado impacto en la salud pública. El aislamiento y el distanciamiento social, resultaron medidas imprescindibles en el área sanitaria. Sin embargo, desde otras perspectivas, impactaron negativamente en el bienestar global de los individuos, no solo en el corto plazo, sino que incluso, se mantuvieron sus consecuencias negativas en el tiempo. La prevención de las mismas, así como su adecuado manejo, es imprescindible para hacer frente a estas crisis sanitarias (Broche-Pérez, 2021).

En el caso de Argentina se observaron las primeras infecciones debidas al Covid-19 varias semanas después que en Europa. Frente a esta situación se determinaron políticas de salud públicas obligatorias. El aislamiento social tuvo un rol fundamental en las mismas, detallando cinco fases: 1) aislamiento estricto; 2) aislamiento administrativo; 3) segmentación geográfica; 4) reapertura progresiva; 5) nueva normalidad. El aislamiento, y la restricción de circulación, se promovieron a fin de evitar el contacto directo entre población infectada con aquellas sin infección y poder así reducir el riesgo potencial de infectar a otros (Zambrano, 2020).

La finalidad de dichas restricciones fue principalmente para el cuidado de los grupos considerados de mayor riesgo entre ellos mayores de 65 años y personas con comorbilidades orgánicas (Azerrat, 2021). En relación a esto, se destaca un estudio realizado en Argentina, donde se objetivan los factores asociados a la población que es considerada de riesgo, principalmente enfatizando antecedentes de enfermedades orgánicas. Entre ellos se manifiesta la hipertensión arterial, diabetes; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; tuberculosis; enfermedad oncológica previa; y asma (Laurora, 2021).

Las acciones de la salud pública para la prevención y control del Covid-19 incluyeron medidas de prevención y control poblacional entre las que destacan: a) inteligencia epidemiológica, la cual incluye no sólo la estrategia de vigilancia poblacional sino también, ante la imposibilidad real de identificación de todos los casos positivos, la puesta en práctica de estrategias de vigilancia centinela y la vigilancia basada en eventos; b) medidas de mitigación de la propagación de la epidemia, tales como el distanciamiento social, la restricción del movimiento declarando situación de cuarentena y a su vez medidas de higiene como el lavado de manos y el uso de tapabocas, c) fortalecimiento de la capacidad de atención médica en los sistemas de salud e incremento de la capacidad de prevención de la transmisión en los servicios de salud; y) desarrollo de vacunas profilácticas contra Covid-19, así como la generación de agentes terapéuticos. Todas estas acciones se implementaron rápidamente desde la perspectiva multidisciplinaria y multisectorial de la salud pública para contener, prevenir y controlar la epidemia (Lazcano Ponce, 2020).

Pero si hablamos de la búsqueda del cumplimiento de estas medidas implementadas, observamos que están influidas por diversas condiciones psicosociales. Según Cuadra-Martínez (2020), la adherencia a las me-

didadas puede verse influida por las siguientes variables:

- La transmisión de la información sobre las medidas y la capacidad de recepción por parte de la población.
- La evaluación de la adecuación por parte de la población.
- Las características de la relación interpersonal entre quienes dan las medidas y los que las reciben.
- Los factores psicosociales que favorecen o limitan la adherencia a las distintas medidas.

La falta de cumplimiento de las normas establecidas por la autoridad sanitaria durante la pandemia puede estar dada, posiblemente, por el no haber tenido en cuenta cada una de estas variables anteriormente nombradas a la hora de enunciar las medidas de seguridad. A su vez, dentro de dichas variables, un punto que no se tuvo en cuenta fue el impacto psicológico durante el distanciamiento social en la cuarentena, ya que la misma ha tenido un efecto negativo en la salud mental de las personas generando una mayor prevalencia de síntomas mentales, como angustia, ansiedad, tristeza, bajo autoestima, ira, rabia, aislamiento, bajo estado de ánimo, entre otros (Larios-Navarro et al., 2020). Alomo (2020), manifiesta que el impacto psicológico de las medidas de confinamiento es producido por diversos factores, destacando desde la duración del mismo hasta el temor a contagiarse, como así también la frustración, o los cambios en la rutina diaria, entre otros.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó, ya desde el 2006, respecto de la vulnerabilidad psicosocial de las personas y la forma en que incide la misma en la salud mental individual y comunitaria ya que, ésta, favorece u obstaculiza el cuidado de la salud. Esta vulnerabilidad es definida como la condición interna de un sujeto que corresponde a su disposición intrínseca de ser dañado bajo el producto de la interacción de diversos factores. Habitualmente no es una sola de estas condiciones la que determina el grado de vulnerabilidad, sino que es la conjunción de ellas en determinadas circunstancias. Dentro de los factores destacados podemos nombrar la edad y el sexo, los antecedentes de enfermedades físicas y/o psíquicas, las condiciones económicas y sociales y los antecedentes de eventos traumáticos, entre otros (Pan American Health Organization, 2006).

En el presente contexto surge el desafío de lograr una perspectiva de la salud pública comprendiendo a la misma, más allá de la mera prevención de los contagios, como un derecho fundamental que exige acciones

integrales que brinden herramientas para disminuir las consecuencias acarreadas por las propias normativas empleadas para la reducción de contagios (Villagra, 2020). Resulta inevitable entonces entender la complejidad de los factores sociales e individuales en las reacciones de la población frente a las medidas decretadas.

Algunas variables sociodemográficas se identificaron como causales del desencadenamiento de diferentes conductas y la generación de autopercepciones sobre cómo se iba transitando la pandemia. De estas, se identificaron que, a mayor nivel de escolaridad, como así también pertenecer al sexo femenino, eran variables que favorecían a percibir el riesgo y evaluación del manejo de la crisis, vinculándose con conductas prosociales y preventivas. Sin embargo, se destaca que a mayor edad existe asociación con la disminución en la adherencia a las normativas (Valdez, 2020). En concordancia con esto, González (2021) manifiesta que el aumento de la edad, una menor escolarización y/o ser de sexo masculino se vinculaba con un menor respeto en las normas. A su vez, el padecimiento de enfermedades orgánicas propias o el pertenecer al grupo de riesgo aumentaba la adherencia a las medidas de seguridad.

La carencia de investigaciones sobre la adherencia a las políticas generadas y la influencia de las mismas sobre los comportamientos psicológicos y sociales, otorga relevancia al presente trabajo como un antecedente para estudios locales. La mayoría de los estudios se centran en poblaciones de riesgo, concentrándose en edades que representan periodos vitales infanto-juveniles y de ancianidad. Debido a esto urge analizar cómo se ve influenciada la población de adultos y adultos jóvenes que se han excluido de estos grupos de evaluación.

Materiales y método

Se realizó un estudio cuantitativo, exploratorio de diseño retrospectivo transversal, con alcance descriptivo-correlacional.

La muestra estuvo conformada por 704 personas de la ciudad de Córdoba, Argentina. Se utilizó un muestreo no probabilístico, intencional, donde el criterio de inclusión fue estar comprendido entre 20 y 60 años, y residir en la ciudad de Córdoba. El muestreo se realizó durante la fase cinco (nueva normalidad) de la pandemia en el año 2021.

Se entrenó a 70 estudiantes voluntarios, participantes del proyecto de extensión "Educando para la Salud" de la Universidad Nacional de Córdoba, en la toma de cuestionarios. Se les indicaron los criterios de inclusión y exclusión de la muestra.

Se optó por excluir a los adultos mayores a 60 años, ya que fueron considerados el principal grupo de riesgo (Villagra, 2020). Los niños y adolescentes menores a 20 años se encuentran todavía en periodos de la vida críticos, en la conformación de su personalidad y desarrollo orgánico; por lo cual, tampoco fueron incluidos, a fin de disminuir las variables que complejizan aún más la muestra. Una vez obtenida la información se sistematizó por medio del programa informático spss v23.

Se utilizó un cuestionario sociodemográfico, la escala de estrés percibido PSS-10, y se construyó un cuestionario para registrar los cambios en los comportamientos, estilos de vida y percepciones, en relación a la pandemia y las disposiciones político sanitarias en torno a las mismas (ver Anexo). Así, se indagó sobre aspectos sociodemográficos, la adherencia a normativas y disposiciones políticas, percepción de riesgo de contagio, estrategias de afrontamiento y búsqueda de apoyo durante las fases anteriores de la pandemia.

El cuestionario construido "ad hoc", fue sometido a pruebas de validez interna a través de un examen Inter jueces. Los diversos ítems se sometieron a una planilla de registro de escala tipo Likert con variación del 1 al 5 donde se evaluó, gramática de la consigna, comprensión, y pertinencia teórica.

Los puntajes obtenidos oscilaron entre puntuaciones de 4 (bueno) y 5 (muy bueno), los cuales fueron sometidos a un Alpha de Cronbach.

Los resultados se establecen por encima del punto 0.80 lo cual manifiesta alto grado de acuerdo entre los jueces.

Resultados obtenidos por medio del análisis Alpha de Cronbach:

- Redacción y gramática: 0,82
- Comprensión: 0,88
- Pertinencia y adecuación teórica: 0,93
- Puntaje total del cuestionario: 0,96

Análisis de datos

Se aplicaron estadísticas descriptivas. Mediante el programa informático spss v23, se aplicaron tablas de doble entrada por las cuales se obtuvo asociaciones en las variables dicotómicas a través de la prueba de χ^2 a fin de conocer si existe asociación entre las mismas, y el coeficiente de contingencia de Pearson para saber la fuerza de correlación de las mismas. En las variables de nivel ordinal o superior se utilizó el Rho de Spearman y la prueba de χ^2 para explorar la fuerza y dirección de asociación de las variables.

Resultados

Los presentes resultados se manifiestan en primera instancia a través de datos descriptivos con el fin de caracterizar la muestra, y luego a través de análisis inferenciales y de correlación entre variables.

Cambios conductuales y emocionales en pandemia asociados a factores sociodemográficos

Se obtuvieron asociaciones significativas:

1. La búsqueda de apoyo/ayuda: dentro de la presente variable se vislumbra que la muestra en su mayoría no busco o pidió ayuda en el actual contexto de pandemia.
2. El miedo al contagio: la muestra vislumbra que la mayoría tuvo miedo leve al contagio, seguido de la ausencia de miedo.
3. Adhesión a las disposiciones políticas sanitarias: se manifiesta la concentración de la muestra en relación al respeto en mayor medida a las políticas adoptadas para la disminución de la transmisión del virus Sars Covid-19.

La *Tabla 1* muestra los datos de interés obtenidos mediante el cuestionario sociodemográfico, con sus respectivas frecuencias. Los antecedentes psiquiátricos considerados fueron los siguientes: depresión, trastornos asociados a la ansiedad, trastornos asociados al estrés, bipolaridad, TOC, otros. Los antecedentes de salud fueron los siguientes: hipertensión arterial, diabetes, gastritis, cáncer, patologías asociadas al metabolismo del colesterol, otros).

La edad de la muestra estudiada con sus tendencias de medida central, estableciendo una media de 30,31; con una desviación estándar de 8,20; la moda en la muestra es de 25 años; y una mediana de 27 años.

Análisis de correlación

Se analizaron las relaciones y asociaciones entre las variables pertinentes los aspectos psicosociales y sociodemográficos, en torno a las variables conductuales estudiadas.

Los análisis se realizaron mediante el coeficiente de contingencia de Pearson, y la prueba de χ^2 cuadrado para las variables cualitativas operacionalizadas mediante una tabla de doble entrada 2×2 . En las variables de nivel ordinal o superior, se utilizó la prueba Rho de Spearman.

La *Tabla 2* manifiesta las variables asociadas a la búsqueda de apoyo. Se manifiestan en todas las categorías una fuerza de correlación débil.

Tabla 1. Variables sociodemográficas cualitativas

Variable	Categorías	n	%
Sexo	Femenino	240	34,1
	Masculino	464	65,9
Escolaridad	Primario completo	6	0,9
	Secundario incompleto	24	3,4
	Secundario completo	158	22,4
	Universitario/terciario incompleto	297	42,2
Pertenece a población de riesgo	Universitario/terciario completo	219	31,1
	Sí	67	9,5
Padres pertenecientes a población de riesgo	No	637	90,5
	Sí	376	53,4
	No vive/ No tengo	294	41,8
Hermano perteneciente a población de riesgo	No vive/ No tengo	34	4,8
	Sí	104	14,8
	No	567	80,5
Pareja perteneciente a población de riesgo	No vive/ No tengo	33	4,7
	Sí	43	6,1
	No	409	58,1
Carnet de Vacunación contra el Sars-Covid-19	No vive/ No tengo	252	35,8
	Sin dosis	35	5
	1 dosis	48	6,8
Infección previamente por Covid	2 dosis	621	88,2
	Sí	228	32,4
	No	368	52,3
	No sé	46	6,5
Antecedente psiquiátrico	Creo que sí pero no me testeé	62	8,8
	Sí	132	18,8
Antecedentes de salud	No	572	81,2
	Sí	188	26,7
	No	516	73,3

Tabla 2. Correlaciones significativas entre búsqueda de apoyo/ayuda, y variables sociodemográficas, y antecedentes de salud personal

		Buscó apoyo	No buscó ayuda o no sabía dónde buscar	Valor chi 2	Coefficiente de contingencia	Significación bilateral	gl
Sexo	M	65	175	16,000	0,149	0,000	1
	F	197	267				
Grupo familiar/ Pareja de riesgo	Sí	170	92	8,560	0,110	0,003	1
	No	174	342				
Antecedentes de salud	Sí	88	100	10,101	0,119	0,001	1
	No	174	342				
Antecedente psiquiátrico	Sí	73	59	22,746	0,177	0,000	1
	No	189	383				

Tabla 3. Correlaciones significativas entre cumplimiento de la normativa político sanitaria, variables sociodemográficas, y antecedentes de salud personal

		Respeto	No respeto	Valor chi 2	Coefficiente de contingencia	Significación bilateral	gl
Sexo	M	184	56	9,663	0,116	0,002	1
	F	399	65				
Grupo familiar/ Pareja de riesgo	Sí	349	58	5,846	0,091	0,016	1
	No	234	63				

Tabla 4. Correlaciones significativas entre sentimientos de temor/miedo, variables sociodemográficas, y antecedentes de salud personal

		Leve o nulo	Moderado o pánico	Valor chi 2	Coefficiente de contingencia	Significación bilateral	gl
Sexo	M	205	35	8,393	0,109	0,004	1
	F	353	111				
Grupo familiar/ Pareja de riesgo	Sí	307	100	8,616	0,110	0,003	1
	No	251	46				

La *Tabla 3* objetiva las variables asociadas al grado de respeto ante las disposiciones político sanitarias. Se manifiestan en las categorías “miedo a contagiarse”, y “sexo” fuerza de correlación débil. En el resto de las variables presentadas la fuerza de correlación es muy débil, sin embargo, tienen una asociación significativa.

La *Tabla 4* manifiesta las variables asociadas al miedo en relación al contagio. Se manifiestan en ambas categorías una fuerza de correlación débil. Siendo el grupo femenino el que manifestó mayor intensidad al miedo al contagio en comparación del grupo masculino.

La *Tabla 5* vislumbra las asociaciones obtenidas mediante correlaciones bivariadas sin recategorización de variables, usando las mismas de nivel ordinal u superior.

Debido al nivel de análisis se integran los puntajes obtenidos mediante el cuestionario de estrés percibido pss-10. Se observa que a mayor estrés percibido mayor es la búsqueda de apoyo por parte de la muestra, a su vez que correlaciona inversamente con el aumento de la edad, por lo cual la población más joven manifiesta mayores niveles de estrés. En relación al miedo, si bien la asociación con el estrés percibido es significativa su correlación es muy débil.

Se observa mayor fuerza de correlación en relación al miedo al contagio y respeto de la normativa político sanitaria.

La escolaridad, y la edad; manifiestan una fuerza de correlación muy débil y directa con el respeto y cumplimiento de las normativas sanitarias. La edad en

relación a la búsqueda de apoyo manifiesta una fuerza de correlación muy significativa e inversa, lo cual infiere que a mayor edad la muestra estudiada tuvo una tendencia a buscar menos apoyo. La escolaridad se correlaciona con una fuerza muy débil y directa en relación a la búsqueda de apoyo. En relación a la búsqueda de apoyo el estrés percibido manifiesta una correlación muy débil y directa.

Podemos observar correlaciones muy débiles y directas vinculadas al miedo a contagiarse, en las cuales observamos las siguientes variables no mencionadas anteriormente: edad; búsqueda de apoyo; y escolaridad.

Discusión

El presente estudio es de carácter exploratorio por lo cual es necesario perfilar futuras investigaciones que permitan describir mejor la influencia de determinantes psicosociales en la adherencia a normativas políticas sanitarias, y la búsqueda de apoyo ante la adversidad. Es necesario aspirar a modelos explicativos que identifiquen factores predictores de dichos comportamientos y las consecuencias de las mismas sobre la población e individuos.

En relación a la adhesión a las normativas políticas sanitarias resulta importante destacar que no hay diferencias significativas entre aquella parte de la muestra que pertenece al grupo de riesgo, con los que no. Este detalle nos permite especular que la población que se encuentra más vulnerable debido a sus antecedentes de salud se expone igual que aquella parte de la muestra que no presenta tal condición, lo cual

Tabla 5. Correlaciones de adherencia a las disposiciones políticas sanitarias, búsqueda de apoyo y determinantes psicosociales de nivel ordinal o superior

		Respeto a las disposiciones políticas sanitarias	Miedo a Contagiarse	Búsqueda de apoyo	'Pss10
Edad	Coefficiente de correlación Rho de Spearman	0,141**	0,135**	-0,105**	-0,092*
Escolaridad	Coefficiente de correlación Rho de Spearman	0,146**	0,090*	0,109**	0,014
Respeto a las disposiciones políticas sanitarias	Coefficiente de correlación Rho de Spearman	1,000	0,296**	0,017	-0,031
Miedo a contagiarse	Coefficiente de correlación Rho de Spearman	0,296**	1,000	0,165**	0,090*
Búsqueda de apoyo	Coefficiente de correlación Rho de Spearman	0,017	0,165**	1,000	0,183**
Pss10	Coefficiente de correlación Rho de Spearman	-0,031	0,090*	0,183**	1,000

I Pss10: Cuestionario de Estrés Percibido. * La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral). ** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

no solo supone un mayor riesgo a su propio bienestar, sino también, un mayor uso de recursos de las instituciones para su atención. Respecto a la adhesión a las normativas y su asociación con la escolaridad, el presente estudio presenta una correlación positiva. De acuerdo con esto, Diaz (2021) apela a explicaciones multicausales, destacando, la falta de conocimiento sobre la reglamentación lo cual generaría una inadecuada operacionalización de la misma, y el desconocimiento sobre la gravedad del contexto y enfermedad, produciendo la disminución de percepción de riesgo de la misma y tasa de contagio.

En relación al sexo, se exhibe concordancia con estudios realizados en el inicio de la pandemia por Etxebarrieta (2020) donde se obtuvo que las mujeres contestaron más afirmativamente que los hombres, afirmando que el confinamiento era necesario y que recriminar comportamientos no adecuados de la población era beneficioso para combatir la pandemia.

Se exhibe compatibilidad de resultados asociados a la edad con los obtenidos por Etxebarrieta (2020), donde señala que las personas menores de 25 años otorgan menor importancia a las normas sociales que aquellas mayores, concluyendo que las personas jóvenes presentan comportamientos predictores de riesgo porque perciben las normas sociales de un modo más flexible.

La búsqueda de apoyo en conocidos o profesionales, vislumbra asociación con el nivel de escolaridad, a medida que el nivel es mayor se observa una búsqueda de apoyo más eficaz.

Aquellos participantes de sexo mujer, o que tenían un grupo familiar o pareja de riesgo, antecedentes de salud, o psiquiátricos, y mayor miedo a contagiarse; buscaron más apoyo en conocidos y profesionales

que los que no cumplían con dichas condiciones. En el caso de aquellos que poseen dichos antecedentes desconocemos porque estos grupos presentaron dicha asociación, si bien podemos especular a que dadas sus condiciones tengan mayor predisposición a buscar ayuda, y que hayan apelado en el pasado fuera del contexto pandémico a la misma siendo ya parte de su repertorio conductual.

El presente estudio obtuvo una correlación positiva entre el estrés y la búsqueda de apoyo, coincidiendo con el trabajo de Andrades Tobar (2021). El autor explica esto recurriendo a la teoría de la comparación social de Festinger, en donde especula que las personas mediante la búsqueda de información pueden reducir la incertidumbre y validar las propias reacciones.

El miedo al contagio mostró diferencias en cuanto al sexo, y a la presencia de grupos familiares o parejas de riesgo. El grupo femenino manifestó mayor porcentaje en relación al miedo a contagiarse que el sexo masculino; al igual que aquellos que tenían familiares (madre, padre o hermano) o pareja. Respecto a los miedos relacionados al coronavirus Sandín et al., (2020) distingue cuatro categorías según su relación con: el contagio, enfermedad y muerte, la carencia de bienes para satisfacer necesidades, el aislamiento social, el trabajo y la pérdida de ingresos.

En relación a la percepción del estrés se encuentran correlaciones directas y significativas con el miedo al contagio y la búsqueda de apoyo. No obstante, se vislumbró una asociación significativa pero inversa con la edad, siendo a menor edad mayor nivel de estrés percibido, hecho que coincide con estudios realizados en España por Andrades Tobar (2021) donde se vislumbra mayores medidas de estrés, ansiedad y depre-

sión en las personas de menor edad. A su vez, Sandín et al. (2020) manifiesta que personas entre los 18 y 30 años presentaron niveles superiores de malestar emocional en comparación a otros rangos de edad. Los autores declaran que dada su etapa evolutiva, puede verse amenazado los proyectos vitales de los más jóvenes. Así también las relaciones sociales son vitales, las cuales dadas al confinamiento se vieron afectadas.

VARIABLES como la cantidad de vacunas, o haber estado infectado previamente por Covid-19; no establecieron asociaciones con ninguno de los comportamientos estudiados.

En este estudio a su vez, se manifiesta que el grupo masculino presenta menor adherencia a las normativas, menor temor al contagio, y menor búsqueda de apoyo. Estos aspectos son llamativos debido a que Laurora (2021) manifiesta que pertenecer al grupo masculino es un factor de riesgo vinculado a la intensidad de la enfermedad.

El estrés percibido y el miedo al contagio en relación a la búsqueda de apoyo coincide con lo propuesto por Mejía (2020) donde destaca que emociones como las anteriormente nombrada y la ansiedad, movilizan a todos los individuos a improvisar en sus repertorios de afrontamiento en relación al contexto actual. Ser mujer se manifiesta como un factor de riesgo al estrés, esto coincide con estudios en población española realizado por Sandín et al., (2020) en el que establece un perfil emocional asociado a Covid-19, sugiere un predominio de síntomas de estrés que es superior en mujeres. A su vez, Andrades Tobar et al., (2021) también obtuvo resultados similares, concordando en una asociación entre el sexo femenino y sintomatología compatible con estrés.

Las variables psicosociales y sociodemográficas estudiadas manifiestan influencia en el respeto y la adherencia a la normativa política, coincidiendo con lo propuesto por Cuadra-Martínez (2020), en donde explica que las mismas funcionan como moderadores en el cumplimiento de las normas.

En relación a las variables estudiadas y su relación con la escolaridad, el sexo y la edad, podemos interpretar lo postulado por Dammert Elejalde (2020), donde manifiesta que existen factores culturales que pueden promover una disminución de la adherencia a las normativas propuestas por los gobiernos. A su vez, se debe tener en cuenta la falta de comprensión o entendimiento en la correcta aplicación de y/o adherencia de normas e instrumentos para la mitigación del contagio comunitario. De la combinación de ambos hechos se podría explicar según el autor las fallas en las estrategias nacionales.

Debido a que tratamos fenómenos complejos y multicausales es importante indagar en futuros estudios en la temática para lograr políticas sanitarias eficaces y en toda la población contemplando que el cumplimiento de una misma medida está influido por múltiples variables sociodemográficas. Resulta importante indagar la existencia de influencia de otras variables como son las cognitivas, emocionales, conductuales, e influencia de medios y modos de comunicación. A su vez, es recomendable apelar a estudios cualitativos para comprender los mecanismos mediadores sin reducirnos a análisis estadísticos.

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

Referencias bibliográficas

- Alomo, M., Gagliardi, G., Pelocche, S., Somers, E., Alzina, P., & Prokopez, C. R. (2020). Efectos psicológicos de la pandemia COVID-19 en la población general de Argentina. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n3.28561>
- Andrades-Tobar, M., García, F. E., Concha-Ponce, P., Valiente, C., & Lucero, C. (2021). Predictores de síntomas de ansiedad, depresión y estrés a partir del brote epidémico de COVID-19. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 26(1). <https://doi.org/10.5944/rppc.28090>
- Azerrat, J. Martín, Ratto, María Celeste, & Fantozzi, Anabella. (2021). ¿Gobernar es cuidar?: Los estilos de gestión de la Pandemia en América del Sur: los casos de Argentina, Brasil y Uruguay. *Trabajo y sociedad*, 21(36), 146-173. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712021000100146&lng=es&tlng=es.
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E., y Reyes Luzardo, D.A. (2021). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, e2488. Recuperado de <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2488>
- Calcagno, A. E., Calcagno, A., & Calcagno, E. (2020). Impacto y medidas correctivas implantadas en Argentina en torno a la pandemia del coronavirus. *Economía UNAM*, (51), 126-135. <https://doi.org/10.22201/fe.24488143e.2020.51.551>
- Cuadra-Martínez, D., Castro-Carrasco, P. J., Sandoval-Díaz, J., Pérez-Zapata, D., & Mora Dabancens, D. (2020). COVID-19 y comportamiento psicológico: revisión sistemática de los efectos psicológicos de las pandemias del siglo XXI. *Revista médica de Chile*, 148(8), 1139-1154. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000801139>
- Dammert-Elejalde, R. (2020). Covid-19: Influencias socio culturales y adherencia a las estrategias gubernamentales de aislamiento social en el Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(4), 548-549. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v20i4.3044>
- Díaz Torres, M., & Paredes Tuanama, A. M. (2021). Nivel educacional y las normas emitidas por la pandemia del covid-19 en el Asentamiento Humano Lidmer Mari II, del distrito de Callería en el año 2020. Recuperado de <http://www.repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/501>
- Ettxebarrieta, G. R., Álvarez, M. Á. R., Izaguirre, E. P., & Santamaria, M. D. (2020). El papel de los medios de comunicación en situaciones de crisis sanitaria. La percepción de la población en torno al control y las normas sociales durante la pandemia del COVID-19. *Revista Latina de Comunicación Social*, (78), 437-456. <https://doi.org/10.4185/RLCS-2020-1484>
- González, C. M., Calleja, N., Meléndez, J. C., López, M. E. G., & Bravo, C. S. (2021). Adherencia a las medidas preventivas del COVID-19 en la población mexicana durante la segunda fase de la pandemia. [Adherence to COVID-19 preventive measures in Mexican population during the second

phase of the pandemic]. *Forhum International Journal of Social Sciences and Humanities*, 3(5), 129-142.

<https://doi.org/10.35766/j.forhum2021.03.05.8>

Larios-Navarro, A., Bohórquez-Rivero, J., Naranjo-Bohórquez, J., & Sáenz-López, J. (2020). Psychological impact of social isolation on the comorbid patient: on the subject of the COVID-19 pandemic. Impacto psicológico del aislamiento social en el paciente comórbido: a propósito de la pandemia COVID-19. *Revista Colombiana de psiquiatría (English ed.)*, 49(4), 227-228. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.07.002>

Laurora, Melisa, Gómez, Lara Victoria, Flamenco Marucco, Agustina, Santoro, Federico Martín, Ottonello, Fiorella, & Rearte, Ramiro. (2021). Factores de riesgo asociados a la mortalidad en personas con covid-19: estudio de supervivencia en Argentina, 2020. *Revista Argentina de Salud Pública*, 13(Supl. 1), 29. Recuperado en 06 de septiembre de 2022, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2021000200029&lng=es&tlng=

Lazcano-Ponce, E., & Alpuche-Aranda, C. (2020). Alfabetización en salud pública ante la emergencia de la pandemia por Covid-19. *Salud pública de México*, 62(3, may-jun), 331-340. <https://doi.org/10.21149/11408>

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

Mejía, C. R., Rodríguez-Alarcon, J. F., Garay-Rios, L., Enriquez-Anco, M. D. G., Moreno, A., Huaytan-Rojas, K., ... & Curioso, W. H. (2020). Percepción de miedo o exageración que transmiten los medios de comunicación en la población peruana durante la pandemia de la COVID-19. *Revista cubana de investigaciones biomédicas*, 39(2). Recuperado de <https://search.bvsalud.org/gim/resource/es/biblio-1126585>

Pan American Health Organization. (2006). Mental Health and Substance Use Unit. Protección de la salud mental en situaciones de epidemias. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud%20mental%20Esp.pdf>

Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1). <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>

Valdez, L. C., Gutiérrez, M. L. E., & Baena, V. G. (2020). Variables predictoras de las respuestas psicológicas ante Covid-19: un estudio en México. *Ciencia y Sociedad*, 45(3), 7-23. <https://doi.org/10.22206/cys.2020.v45i3.pp7-23>

Villagra, G. S. & Rodríguez, A. C. (2020). Estrategias de afrontamiento en tiempo de coronavirus., En Bergesio, L. & Persi, L., Pensando la pandemia en/desde Jujuy: reflexiones situadas. Tiraxi, Jujuy. Recuperado de <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/111813>

Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: an investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial medicine*, 4(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-4-6>

Zambrano, M. J. N., Naranjo, I. A. M., & Amores, R. E. R. (2020). Efectos de la pandemia en la familia y en la sociedad ecuatoriana. *Res Non Verba Revista Científica*, 10(2), 115-135. <https://doi.org/10.21855/resnonverba.v10i2.417>

Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., Zhao, X., Huang, B., Shi, W., Lu, R., Niu, P., Zhan, F., Ma, X., Wang, D., Xu, W., Wu, G., Gao, G. F., & Tan, W. (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *The New England Journal of Medicine*, 382, 727-733. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>

ANEXO

Cuestionario sociodemográfico

Nombre:

Edad:

Género:

- Masculino.
- Femenino.
- No binario.

Escolaridad:

- Primaria incompleta.
- Primaria completa.
- Secundaria incompleta.
- Secundaria completa.
- Terciario/universitario incompleto.
- Terciario/universitario completo.

Situación laboral:

- Desempleado, no se encuentra en búsqueda laboral.
- Desempleado en búsqueda laboral.
- Empleado en relación de dependencia (en negro).
- Empleado en relación de dependencia (en blanco).
- Trabajador independiente (Monotributista/Responsable Inscripto).

Pertenece a población de riesgo en relación al Covid-19:

- Sí.
- No.

Carnet de vacunación de Covid-19:

- Completo.
- Incompleto I sola dosis.
- Incompleto sin dosis.

Padre/madre perteneciente a población de riesgo:

- Sí.
- No.
- Mis padres no están vivos.

Hermano/a perteneciente a población de riesgo:

- Sí.
- No.
- No tengo hermanos.

Amigo/a significativo perteneciente a población de riesgo:

- Sí.
- No.
- No tengo amigos.

Pareja perteneciente a población de riesgo:

- Sí.
- No.
- No tengo pareja.

Usted tuvo Covid-19:

- Sí.
- No.
- Creo que sí pero no me diagnosticaron.
- No sé.

Antecedentes psiquiátricos/psicológicos:

- Depresión.
- Ansiedad (fobias, ataques de pánicos, agorafobia, etc.).
- TOC.
- Trastornos asociados al estrés.
- Bipolaridad.
- Otros.
- No tengo.

Antecedentes de salud:

- Hipertensión.
- Diabetes.
- Gastritis.
- Hipotiroidismo.
- Hipertiroidismo.
- Cáncer.
- Patologías asociadas al colesterol.
- Otros.
- No tengo.

Usted fuma o fumó durante el 2020:

- Sí.
- No.

Consumo o consumió drogas durante el 2020:

- Sí.
- No.

Consumo o consumió alcohol durante el 2020:

- Sí.
- No.

PSS-10

1. ¿En el mes pasado, usted ha estado más preocupado que a menudo debido a algo inesperado que le sucedió?
0= nunca 1= casi nunca 2= a veces 3= casi a menudo 4= muy a menudo
2. ¿En el mes pasado, con qué frecuencia usted ha sentido que NO podía controlar las cosas importantes en su vida?
0= nunca 1= casi nunca 2= a veces 3= casi a menudo 4= muy a menudo
3. ¿En el mes pasado, usted se ha sentido nervioso y “estresado”?
0= nunca 1= casi nunca 2= a veces 3= casi a menudo 4= muy a menudo
4. ¿En el mes pasado, usted se ha sentido confiado sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?
0= nunca 1= casi nunca 2= a veces 3= casi a menudo 4= muy a menudo
5. ¿En el mes pasado, con qué frecuencia usted ha sentido que las cosas iban a su manera?
0= nunca 1= casi nunca 2= a veces 3= casi a menudo 4= muy a menudo
6. ¿En el mes pasado, usted ha encontrado a menudo que no podía hacer frente a todas las cosas que tuvo que hacer antes?
0= nunca 1= casi nunca 2= a veces 3= casi a menudo 4= muy a menudo
7. ¿En el mes pasado, con qué frecuencia usted ha podido controlar irritaciones en su vida?
0= nunca 1= casi nunca 2= a veces 3= casi a menudo 4= muy a menudo
8. ¿En el mes pasado, cuán frecuente usted se ha sentido que estaba a cargo de todo?
0= nunca 1= casi nunca 2= a veces 3= casi a menudo 4= muy a menudo
9. ¿En el mes pasado, se enojó debido a cosas que estaban fuera de control?
0= nunca 1= casi nunca 2= a veces 3= casi a menudo 4= muy a menudo
10. ¿En el mes pasado, con qué frecuencia usted ha sentido que las dificultades eran tan grandes que no podría superarlas?
0= nunca 1= casi nunca 2= a veces 3= casi a menudo 4= muy a menudo

Escala de evaluación entre jueces expertos

Cuestionario de cambios asociados a la pandemia (AD HOC)

Se construyó y utilizó un cuestionario Ad Hoc con el fin de indagar el impacto de la pandemia COVID-19 sobre la rutina y los estilos de vida de la población.

Cuestionario de cambios asociados a la pandemia (AD HOC)

Puntúe en relación a los ítems el grado conformidad teniendo en cuenta la consigna y posibilidades de respuesta en torno a las categorías Redacción, Adecuación, y Pertinencia.

La población estudiada serán adultos de aproximadamente 20 a 45 años. Donde se busca indagar sobre los posibles cambios asociados a causa de la actual pandemia debido al virus SARS-Covid-19

Puntuaciones - 1= Insatisfactorio - 2= poco satisfactorio - 3= satisfactorio - 4= Bueno - 5= Muy bueno

ITEMS	Redacción y gramática	Comprensión	Pertinencia a la variable de estudio (cambios asociados a pandemia)	Observaciones (Opcional)
Item 1				
Item 2				
Item 3				
Item 4				
Item 5				
Item 6				
Item 7				
Item 8				
Item 9				

Cuestionario de cambios asociados a la pandemia (AD HOC)

ITEMS	Redacción y gramática	Comprensión	Pertinencia a la variable de estudio (cambios asociados a pandemia)	Observaciones (Opcional)
Item 10				
Item 11				
Item 12				
Item 13				

Cuestionario de cambios asociados a la pandemia (AD HOC)

Contestar los siguientes ítems teniendo en cuenta como era su vida, rutina y relaciones previamente al contexto actual de pandemia y responda pensando cómo dicho contexto incide o afecta a ellos.

1. PAREJA/VÍNCULOS AFECTIVOS (*cambios en su vínculo de pareja durante el contexto de pandemia*)

- Me separé.
- Hubo un aumento de tensión y discusiones.
- No hubo cambios.
- Mejoró un poco el vínculo (más diálogo, etc).
- Mejoró mucho el vínculo (aumento de proyectos, crecimiento)/Me puse en pareja.
- No tenía pareja previamente, y actualmente no tengo tampoco.
- Me separe y me junte con una nueva pareja.

2. RESPETÓ Y/O RESPETA LAS NORMAS DE DISTANCIAMIENTO SOCIAL (*uso de barbijo, limpieza de manos y superficies con alcohol, distanciamiento, etc.*) - Lo que sucedió la mayoría del tiempo

- No respeté (sin barbijo, fiestas clandestinas, reuniones sociales no aprobadas, etc.).
- Respeté muy poco (por exigencia de otros, ej: para ingresar en locales).
- Respeté inadecuadamente (barbijo mal puesto, sin distancia social, etc).
- Respeté en su mayoría.
- Respeté perfectamente.

3. TUVO O TIENE MIEDO DE CONTAGIARSE

- Nada de miedo.
- Miedo leve (pienso al menos una vez al día).
- Miedo moderado (pienso algunas veces, por lo menos 3).
- Miedo severo (no puedo dejar de pensar en ello).
- Pánico (no puedo hacer nada más que pensar en eso, me paraliza y me genera mucho malestar).

4. TUVO/TIENE UN SER QUERIDO CON COVID-19 (familiar o amigo)

- Sí.
- No.
- No sé.

5. TUVO ALGUNA PÉRDIDA O DUELO A CAUSA DEL COVID

- Sí.
- No.
- No sé.

6. AFRONTAMIENTO (*cómo atravesó las diversas experiencias durante el periodo de pandemia*)

- No pidió, ni sintió necesidad de pedir ayuda. Pudo solo.
- Identificó necesidad de ayuda pero no supo cómo pedirla ni a quién.
- Solicitó ayuda a familiares y amigos.
- Solicitó ayuda profesional (médicos, psicólogos, psiquiatras, apoyo religioso, coaching, etc.).

7. CAMBIOS LABORALES

- Hubo cambios en la modalidad de trabajo (presencial, online, mixta).
- No cambió.
- Perdí mi trabajo.
- Conseguí trabajo.

8. CAMBIOS LABORALES (*mejoró o no*)

- a. Desocupación - perdí mi trabajo.
- b. Reduje/Me redujeron el horario laboral.
- c. La carga horaria ni el trabajo cambiaron.
- d. Mejoró mi trabajo (Estoy más a gusto con mi dedicación horaria, o ingresos económicos).
- e. Hubo grandes mejoras (aumento salarial, ascenso, etc).

9. ACTIVIDAD FÍSICA

- a. Dejé de hacer actividad física.
- b. Reduje la actividad.
- c. Mantuve la actividad.
- d. Aumenté un poco.
- e. Aumenté mucho (hago más del doble).
- f. No hice ni hacía actividad física.

10. RECREACIÓN/ACTIVIDADES SOCIALES

- a. Suspendí todas las actividades.
- b. Realicé pocas actividades.
- c. No cambió.
- d. Aumenté (retomé al menos 1 salida a la semana).
- e. Aumenté bastante (más de 2 salidas a la semana).
- f. No realizaba actividades previas a la pandemia, y no realizo actualmente.

11. HÁBITOS ALIMENTICIOS

- a. Descuidé mucho mi alimentación (en calidad y cantidad, chatarra).
- b. Empeoró un poco (alterno entre comida sana y chatarra)
- c. Se mantuvo como antes.
- d. Mejoró (cantidad, variedad y calidad nutricional - cocina casera).
- e. Busqué asesoramiento profesional (nutricionista, cursos de cocina).

12. HÁBITOS DE CONSUMO (*tabaco, alcohol, drogas prescritas, drogas ilegales, compras, etc.*).

- a. Aumentó al doble o más.
- b. Aumentó menos del doble.
- c. Se mantuvo (si no consumía, no consumí; si consumía, consumí lo mismo).
- d. Disminuyó.
- e. Dejé de consumir.

13. SUEÑO/DESCANSO (*cantidad de horas y calidad*)

- a. Empeoró mi calidad de sueño y disminuyó la cantidad de horas.
- b. Empeoró en calidad o en cantidad de horas.
- c. Se mantuvo como era antes, no cambió en nada.
- d. Mejoró en calidad o en cantidad de horas.
- e. Mejoró en ambas.

Análisis sobre la prescripción de benzodiazepinas por médicos de familia en una muestra en Río de Janeiro

Analysis of the prescription of benzodiazepines by family physicians in a sample in Rio de Janeiro

Marina Valle¹, Rafaela Zorzanelli²

<https://doi.org/10.53680/vertex.v34i159.364>

Resumen

Este estudio cualitativo investigó los determinantes que pesan sobre la decisión de la prescripción de benzodiazepinas por médicos de familia, en el contexto de la atención primaria del municipio de Río de Janeiro. Con el fin de elaborar un análisis sobre cómo la prescripción es negociada entre médico y usuario, se reclutaron 12 médicos de familia de inserción en la estrategia salud de la familia. Los candidatos convocados aceptaron firmando el formulario de consentimiento informado y respondieron un cuestionario semiestructurado, que fue grabado y transcrito para su análisis, en el período de agosto a diciembre de 2017. El cuestionario abordó la percepción del médico sobre el uso de benzodiazepinas y las alternativas al mismo. Los entrevistados relataron predominio de prescripción de repetición, preocupación por la optimización y reducción de la dosis, cuando era posible. Se evidenció como motivo de uso: ansiedad, insomnio y síntomas depresivos. Quejas somáticas, dolor crónico, hipertensión arterial y dependencia se encontraron como motivos relacionados. La mayoría de los médicos propuso la alianza terapéutica como mecanismo para ofrecer alternativas que permitieran reducir el uso crónico de benzodiazepinas, a pesar de esta intervención alcanzar una baja tasa de éxito. Por tanto, los médicos entrevistados mostraron un compromiso con el uso racional y preocupación con el uso indiscriminado. La longitudinalidad en el cuidado se evidenció como principio directriz. El análisis de los efectos atribuidos a las BZD, como se devela en este dispositivo, promueve una discusión sobre el lugar de los medicamentos en la cultura y sus consecuencias en el abordaje del sufrimiento psíquico y mental.

Palabras clave: Benzodiazepinas - Atención primaria - Médicos de familia - Prescripción - Antropología del medicamento.

Abstract

This qualitative study researched the determinants influencing family physician's decision on benzodiazepine prescription in a primary care setting, in the city of Rio de Janeiro. An analysis was sought to be elaborated, on how the prescription is negotiated between physician and user. Twelve general practitioners settled in primary care were recruited, gave acceptance signing free and informed consent form, responding to a semi-structured questionnaire that was recorded and transcribed verbatim for analysis, from August to December 2017. The questionnaire addressed physicians' perception of complaints in benzodiazepines users, and alternatives offered instead of medicines. Anxiety and insomnia were cited as the most frequent reasons for use. There was also mention of nonspecific somatic complaints, chronic pain, arterial hypertension, and dependence. Most physicians proposed the therapeutic alliance as a mechanism for

RECIBIDO 29/8/2022 - ACEPTADO 21/10/2022

¹Maestría en Salud Colectiva. Médica psiquiatra del Núcleo de Atención a la Salud de la Familia del área programática 3.2. Rio de Janeiro, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3284-4596>

²Doutorado em Saúde Coletiva. Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva "Hésio Cordeiro". Universidade do Estado do Rio de Janeiro. <https://orcid.org/0000-0001-5964-9638>

Autora correspondiente:

Marina Valle

marinaavalle@gmail.com



offering alternatives to reduce the chronic use of benzodiazepines, despite this intervention achieving a low success rate. Longitudinal care was evidenced as a guiding principle. The analysis of the meanings attributed to BZD, as unveiled in this work, promotes a discussion about the place of medication in culture and its consequences in the approach to psychological and mental suffering.

Keywords: Benzodiazepines - Primary attention - General practitioners - Prescription - Anthropology of medicines.

Introducción

Esta investigación surgió a partir de la observación de la implementación de técnicas de deshabitación de benzodiazepinas (BZD) por los médicos de familia, testimoniadas en el trabajo compartido con los equipos de salud de la familia, en el municipio de Río de Janeiro. Caracteriza a este distrito una ampliación en el acceso a la atención primaria en el período 2008-2016 (Soranz et al., 2016), que trajo disponibilidad de psicofármacos en toda la red, entre otros cambios. La consulta médica para obtención de una receta de BZD (requisito obligatorio según la legislación brasileña), que era con el especialista, pasa a manos del médico de familia. El psiquiatra sale del consultorio del especialista y asume su función en colaboración con los equipos de salud de la familia, participando en consultas conjuntas y reuniones en el territorio, según el modelo de apoyo matricial (Campos, 1999; Fortes et al., 2014). El empleo de estrategias de discontinuación de BZD (Ashton, 2002), observado durante el trabajo compartido, se muestra como un campo privilegiado para investigar cómo entran en juego los efectos atribuidos al medicamento, por parte de médico y usuario. Esta investigación propone crear acciones de información, comunicación y educación en salud relacionadas al uso de BZD, pensadas inicialmente para el municipio de Río de Janeiro, pero aplicables a otros contextos.

El grupo farmacológico de las BZD se caracteriza por tratarse de medicamentos de gran utilidad en el corto plazo, ventaja que se traduce en el uso creciente desde su lanzamiento. El foco de esta investigación está centrado en el encuentro entre médico y paciente para la prescripción de BZD. Según el informe para uso racional de la Organización Mundial de Salud (OMS), más del 80% de las consultas que originaron la prescripción de BZD fueron de repetición, donde dos de tres prescripciones corresponden a uso en el largo plazo. El uso de BZD en mujeres es el doble que en hombres, y aumenta con la edad en ambos sexos. Los médicos generalistas son prescriptores de alrededor del 80% del volumen de BZD utilizado (WHO, 1996). El uso, originalmente puntual, se transforma en cró-

nico, fenómeno denominado como “entrada en el engranaje” por Neutel y Maxwell (1996), más frecuente a mayor edad de inicio del uso.

El peso de la entrada en el engranaje suele recaer sobre el prescriptor, aunque forme parte de un ensamble mayor. La influencia de “episodios índice” –productores de malestar relacionados con la prescripción– y cómo repercute sobre la forma de decidir la prescripción fue discutida por Bradley (1992). Greenalgh y Gill (1997) señalan que los pacientes que esperan una prescripción son los que tendrán mayor probabilidad de recibirla. Esta demanda se traduce en “presión para prescribir” sobre el médico. Lewis y Tully (2011) se refieren a la capitulación de los profesionales localizados en la emergencia, que se encuentran con el usuario en una situación puntual, de intenso compromiso funcional, siendo presionados para realizar una prescripción de BZD sin base en evidencias.

Este trabajo no busca encontrar particularidades entre la forma de prescribir de psiquiatras y médicos de familia (MF), sino que aprovecha la corresponsabilidad del trabajo compartido entre estas dos especialidades para dejar en evidencia la distancia entre los motivos de la prescripción para el médico y el usuario. El ahínco con el cual los MF colocan las estrategias de deshabitación de BZD en práctica no forma parte de la pauta del trabajo compartido. Este está, más bien, relacionado con la preocupación por los riesgos del uso de BZD a largo plazo, y se encuentra con una gran resistencia de parte de los usuarios. La forma como se entrelazan los conceptos sobre el valor del medicamento en el saber lego y el profesional, atraviesan el espacio de la consulta. Este trabajo busca dejar esos entrelazamientos en evidencia.

Materiales y método

El trabajo completo que da lugar al presente artículo se encuentra disponible para consulta (Valle, 2018). El mismo constituye un brazo de la investigación sobre actores clave en el uso de BZD, que incluye usuarios y prescriptores de BZD en Brasil (Zorzanelli, 2017). Para su realización se reclutaron MF (*ver Tabla 1*) con

inserción en unidades de atención primaria del municipio de Río de Janeiro. El cuestionario (*ver Figura 1*) y el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI) se incluyeron dentro del proyecto de investigación, que fue enviado y aceptado por la plataforma Brasil. El reclutamiento de los médicos participantes se realizó mediante la técnica de bola de nieve. Los candidatos fueron invitados a participar de la entrevista por e-mail, SMS o personalmente, siendo contactados para agendar entrevista, una vez demostrado su interés. Se verificó adhesión de todos los candidatos invitados, que respondieron con llamativo entusiasmo, de forma contraria a lo que ocurrió en el brazo anterior de la investigación, dedicada al estudio de usuarios de clonazepam (Marca, 2016). El reclutamiento, las entrevistas, su grabación, transcripción y traducción al español, fueron realizados por la primera autora. El levantamiento bibliográfico, la elaboración del cuestionario y el TCLI, y el análisis del material fueron realizados en conjunto con la investigadora responsable del proyecto (segunda autora).

Figura 1.

APÉNDICE C – Hoja de ruta simplificada

1. En primer lugar, cuénteme sobre su formación y qué lo llevó a la medicina familiar.
2. Las quejas por sufrimiento físico y psíquico (irritación, insomnio, ansiedad, etc.) son comunes en las consultas médicas. ¿Considera estas quejas frecuentes en su trabajo y el de sus colegas?
3. ¿Qué tipo de orientación reciben estas quejas?
4. ¿Cuál sería el perfil de quejas que percibe en el usuario de benzodiazepinas?
5. ¿Qué es más frecuente?:
 - El usuario que viene a repetir la prescripción y seguir usando BZDs.
 - El usuario que llega para ser evaluado y empezar a usar bajo su tratamiento.
6. Cuando el usuario lleva más de un año de uso de BZD, ¿cuáles son las especialidades que dieron lugar a esta prescripción?
7. ¿Cómo evalúa esa prescripción?
8. ¿Los usuarios a los que atiende utilizan BZD como droga principal o como adyuvante de otras drogas psicotrópicas?
9. ¿Los usuarios de BZD que atiende llegan con o sin diagnóstico DSM?
10. En los usuarios antiguos, ¿ve la expectativa de seguir obteniendo la receta? ¿Hay apertura para otros tratamientos o incluso para reducir o suspender el uso?
11. Basado en su experiencia, ¿tiene una opinión sobre el uso a largo plazo de BZD?
12. Dado que los usuarios crónicos dependen de la prescripción para obtener sus BZD, ¿a qué estrategias recurren para adquirir la receta?
13. ¿Percibe situaciones en las que siente menos libertad para proponer otras?
14. ¿Cree que el uso de BZD puede perjudicar al paciente?
15. ¿Implementa estrategias de discontinuación en su práctica clínica?
16. ¿Qué apoyo encuentra en los textos al respecto?
17. ¿Qué apoyo encuentra para los usuarios en la ESF/NASF?
18. El tema del uso de BZD, su uso abusivo y/o desmame están en la agenda de las discusiones de equipo, y/o en las reuniones de matriciamiento con las que ya tuvo contacto?

El interés de este estudio fue presentado a los participantes como sustentado por dos motivos principales: la brecha entre las expectativas del paciente y las del médico a la hora de prescribir (Britten & Ukoumunne, 1996; Greenalgh & Gill, 1997; Cockburn & Pitt, 1996) y la verificación de la implementación de estrategias de retirada de los BZD en la práctica de la entrevistadora. Los candidatos firmaron dos copias del TCLI aceptando su participación en la entrevista, que fue grabada y transcrita en forma íntegra para su análisis. El cuestionario fue elaborado buscando indagar: la presencia de prescripción de repetición, la prevalencia de síntomas aislados, quejas somáticas y/o diagnósticos psiquiátricos entre los usuarios, experiencia de discontinuación de BZD, estrategias no farmacológicas de enfrentamiento de los síntomas, dilemas, descontento y presión experimentados en la consulta. Las entrevistas tuvieron lugar de agosto a diciembre de 2017.

Algunos datos sociodemográficos:

Años de edad: _____ Género: M F
 Tipo de relación laboral: Estudiante Autónomo Ama de casa Trabajador con contrato laboral
 Empleado público Jubilado
 ¿Cuántas horas trabaja a la semana? _____
 Renta personal (por segmentos): Hasta R\$ 5.000 R\$ 5.000 a 10.000 R\$ 10.000 a R\$ 20.000 R\$ 20.000 a 25.000
 Superior a R\$ 25.000
 Renta de su familia: R\$ _____ ¿Cuántas personas viven en su casa? _____
 Barrio: _____ Municipio: _____ Ciudad: _____
 Nivel de estudios (esta parte se puede completar en base a la primera pregunta de la guía)
 Posgrado: _____ Área: _____
 Otros (cursos de formación, residencias): _____
 Maestría: _____ Área: _____
 Doctorado: _____ Área: _____
 ¡Muchas gracias por su colaboración!

Caracterización de la muestra

Se entrevistaron doce profesionales, once que desempeñaban funciones en unidades de salud y una en un consultorio itinerante. Tanto esas unidades de salud como los profesionales desempeñan sus funciones con financiamiento del sistema único de salud (SUS) brasileño. Dos entrevistadas no se encontraban en ejercicio profesional al momento de la entrevista, una de ellas por jubilación reciente y la otra de licencia por maternidad. Otras características demográficas de la muestra están detalladas en la tabla 1.

Resultados

Los entrevistados revelaron interés en la medicina de familia, en función del compromiso con la producción de salud, en forma general. Hubo menciones a la salud pública (E01; E11), determinantes sociales de la enfermedad (E05; E06), y al concepto ampliado de salud (E06) al referirse a esta elección. La mayor parte de los entrevistados concordó en una mejor capacidad de trabajo a partir de la visión ampliada, destacando la relación médico-usuario (E08) y la dimensión subjetiva de la práctica (E06). Una gran parte de los médicos

Tabla 1. Características demográficas de la muestra

	Sexo	Edad	Universidad	Año de graduación	Ingreso*	Vínculo laboral	Formación en Medicina de Familia
E01	F	61	Privada	1980	<5 SM	Jubilado/a	Especialización
E02	F	32	Pública	2011	<5 SM	Lic. maternidad	Residencia/Master
E03	F	28	Pública	2013	10 a 20 SM	Contratado/a	Especialización
E04	M	33	Privada	2012	5 a 10 SM	Contratado/a	Residencia
E05	F	26	Pública	2015	<5 SM	Becario/a	Residencia en curso
E06	F	30	Pública	2015	5 a 10 SM	Becario/a	Residencia en curso
E07	F	28	Pública	2015	5 a 10 SM	Becario/a	Residencia en curso
E08	M	25	Privada	2016	10 a 20 SM	Becario/a	Residencia en curso
E09	F	26	Pública	2015	10 a 20 SM	Becario/a	Residencia en curso
E10	F	37	Pública	2003	10 a 20 SM	Contratado/a	Residencia
E11	M	29	Pública	2012	10 a 20 SM	Contratado/a	Residencia
E12	F	55	Pública	1988	10 a 20 SM	Contratado/a	Especialización

*en salarios mínimos (SM corresponde a R\$954 en el año 2017).

relató que la BZD es usada como fármaco principal (no hacen uso de otros psicofármacos), con predominio de indicación para síntomas puntuales. Todos los participantes creen en el efecto benéfico de los BZD cuando son utilizadas de forma puntual. En cuanto a los riesgos, las manifestaciones fueron variadas, con mención a caídas (E02; E05; E09; E11), demencia (E04; E05; E08; E09; E11) y dependencia (E01; E02; E04; E05; E07; E08; E11). Todos los médicos entrevistados perciben las quejas relacionadas al sufrimiento psíquico y mental como altamente frecuentes en las consultas de salud de la familia. Once de los doce prescriptores manifestaron que la renovación de la receta es más frecuente que la prescripción "de inicio" (E11). Un único médico colocó como observación que, dependiendo del territorio, algunos equipos tenían poblaciones con altísima prevalencia de consultas de primera vez, sin demanda de repetición aún. Estos hallazgos se encuentran de acuerdo con el informe para el uso racional de BZD de la OMS (WHO, 1996).

Sobre el prescriptor que dio origen a la primera receta de BZD, la mayor parte de los médicos refieren que los especialistas son los que más prescriben BZD (E02; E03; E04; E05; E06; E08; E09; E11; E12). Los trabajadores de áreas próximas al hospital psiquiátrico, o que reciben egresos de ambulatorios de salud mental, creen que la prescripción proveniente de psiquiatras es muy frecuente (E01; E10). Uno de los entrevistados mencionó la prescripción de autoría de los clínicos generalistas (E07). Entre los especialistas mencionados, además de los psiquiatras, fueron citados cardiólogos (E02; E03; E04) y los médicos que atienden en servicios de emergencias (E05).

De forma general, los entrevistados manifestaron que el porcentaje de usuarios que solicita (espontáneamente) suspensión o reducción es mínimo, y pocos aceptan considerar la propuesta de retirada del médico. Once médicos manifestaron que se sentían en condiciones de proponer estrategias de discontinuación.

Todos los entrevistados mencionaron el trabajo en colaboración con el núcleo de apoyo a la salud de la familia (NASF), como eje principal del dispositivo de apoyo matricial. Apareció una divergencia en cuanto a si el NASF cumple o no su misión. Una parte de los entrevistados cuenta con el NASF como dispositivo colaborador fundamental en la continuidad del cuidado (E02; E03; E04; E05; E06; E07; E10; E11). Otros se quejaron de los equipos NASF por estar poco presentes (E07; E08; E09), debido a problemas en el tejido del trabajo conjunto entre NASF y los equipos de

salud de la familia (E01), colaboradores que median más que los médicos de familia consultantes (E10) y falta de apoyo en los casos no graves (E12).

Análisis de los resultados

De acuerdo con el análisis de los datos surgidos de las entrevistas, se optó por la organización de los fragmentos recabados en cuatro ejes: sobre la presión por la prescripción, criterios para evaluación del uso, alternativas a la renovación automática y el medicamento como talismán.

Sobre la presión por la prescripción

La presión se manifestó como afecto incómodo experimentado por los profesionales en el momento de decidir la renovación de la prescripción. Así fue relatado:

E01: "Ahí, no hay diálogo. Él está allí, y yo soy el mostrador de recetas"; "si le negás la receta, sos un monstruo"; "me siento obligada".

E02: "Hay pacientes con los que tenés una buena relación, la relación se termina cuando les decís que vas a... hay gente que se queja, llama para denunciar, reclama...".

E05: "Cuando se presenta un paciente que nunca vi en la vida, que no tiene nada en la historia clínica, soy bien clara. Digo: no voy a renovar. Tiemblo, el corazón se acelera porque los pacientes se ponen nerviosos. La gente se pone nerviosa...".

E06: "Es muy difícil cuando llega un paciente, no lo conocés o en la historia no dice nada sobre él y quiere una renovación. Si no le das una receta, te pega. En ese nivel, así... difícil".

E09: "Ya llega haciendo revuelo en el pasillo, revuelo en la recepción. Ya viene nervioso porque se pone nervioso sin medicación. Y ahí, ya se genera ese clima (tenso)... en fin, él ya va a ver cómo hace para lograr esa medicación de alguna forma".

Algunos relatos evidencian una presión más sutil:

E02: "Ellos no quieren, por ejemplo, una receta sellada con fecha. "No le pongas fecha, poné dos comprimidos por día". "Si ponés un comprimido a la noche, piden que pongas dos".

E05: "Generalmente lo dejan para el final de la consulta, y depende del caso, ¿no? Lo dejan para el final, la demanda oculta, que es aquello de lo que, de hecho, quieren hablar".

Los fragmentos a seguir reflejan la presión en relación al sentimiento de vaciamiento de la consulta a partir de la demanda de receta de BZD:

E04: "A veces conversamos entre nosotros, y parece

que estamos haciendo el trabajo de narcotraficantes. Que es solo prescribir una medicación, solo dar un remedio, sin de hecho hacer la consulta, sin abordar".

E07: "Yo me siento un poco manipulado, a veces, cuando un paciente llega a la unidad para renovar su prescripción de benzodiazepina".

En el próximo párrafo aparece la presión del usuario junto con la presión del contexto de trabajo cotidiano: "Pero cuando estoy en el consultorio, atrasado, con mucha gente esperando y los pacientes tirándome todo encima, pienso: flaco, voy a darte un dulce ya" (E11).

Junto con la capitulación (Lewis & Tully, 2011), los profesionales manifiestan perder sus argumentos contra la prescripción empírica por las exigencias a las cuales están sometidos. A modo de síntesis, E12 denuncia: "Me parece totalmente errado, pero ¿qué tenemos para ofrecer?".

E04 da un ejemplo de cómo experimenta la presión cuando la BZD se establece como fin (y no como medio) de la consulta: "Se crea la expectativa de que el remedio es la solución de los problemas. Eso reverbera en otras cosas. Llega aquí con la presión alta y quiere un remedio para la presión. No piensa en modificar el estilo de vida, disminuir la sal en la dieta, hacer actividad física, perder peso. Quiere un remedio. Porque viene con ese bagaje de qué es un remedio".

Criterios de evaluación del uso

A partir del malestar por la prescripción de repetición, los médicos se proponen indagar sobre los motivos de uso para evaluar la adecuación de la dosis. Con los usuarios que no estaban en uso de BZD, la actitud frente a las quejas de ansiedad e insomnio (motivos de uso clásicos) fue ofrecer escucha y alternativas no farmacológicas:

E07: "Entonces, yo estoy acostumbrado a inducir a esas personas a que ellas mismas identifiquen actividades donde puedan relajarse. Sea la lectura de un libro, escuchar música, caminar por la playa".

E05: "Creo que escuchar. Tener una actitud empática. Siempre trato de trabajar con *insight*. Que la propia persona lleve a un plano superior ese proceso que está viviendo. Tratamos de construir autonomía, para que pueda vivir con eso en su contexto".

E03: "Yo, particularmente, oriento higiene del sueño, no tomar café, evitar alimentos que dificultan el sueño. Indico Passiflora, medicamentos naturales. Converso con el paciente para iniciar una psicoterapia primero, antes de comenzar con una medicación".

E12: "Cuando veo que están queriendo llorar, sacar

para afuera. Listo. Se desarma, y acomoda todo. Veo que muchas veces esa angustia se transforma en agresividad contra una institución, un médico. Ahí, provocho al paciente, llora y termina. Sale un ángel de mi consultorio".

Cuando se trata de pacientes que están en uso de BZD, se observó intención de estrechar la relación médico-paciente para indagar sobre el motivo de uso, conforme los siguientes relatos:

E04: "El intento de formar un vínculo va a ser mi principal estrategia para disminuir dosis".

E02: "Hoy en día, renuevo con la intención de comenzar una deshabitación más adelante, más que dar por primera vez".

E05: "En realidad, el intento es formar un vínculo. Va a ser mi principal estrategia para disminuir la BZD y hasta para evaluar mejor si de hecho esa BZD está indicada".

Se evidencia una preocupación por profundizar la comprensión de la queja, para que el usuario pueda colocarse en otra posición respecto de la misma: "Gran parte de lo que hacemos con relación a esos síntomas es hacer que el paciente haga un *insight* sobre la percepción de esos sentimientos que tiene" (E04). Ese abordaje resulta similar al de E05, cuando menciona escuchar la queja para que sea llevada a un plano superior, y así, construir autonomía. La misma médica amplía su estrategia, más adelante: "En realidad, todas las veces que esas recetas llegan a mí para que las renueve, lo hago con la intención de entender qué relación las personas establecen con el uso de la medicación, siempre explicando los riesgos" (E05).

Se observó que los médicos abordan el motivo de uso con cierta desconfianza sobre el motivo que originó la primera indicación: "Para mí, ellos se autoevalúan. O algún médico llegó y dijo que era depresión. Pero no es algo cerrado, siguiendo los criterios" (E09). Otro ejemplo: "Yo siempre renuevo las recetas. Y la gente cuando viene a pedir, es medicación. Es siempre con ese discurso: 'ya tomo hace 20 años'; 'ya tomo hace 10 años' y siempre es una historia confusa, nunca entendés porqué la toma" (E06).

El uso crónico, en un contexto de repetición automática de la receta, no facilita llegar a esa información: "Los que vienen derivados de cardiología, dermatología... muchos no tienen diagnóstico. El diagnóstico generalmente lo hacemos acá. Muchos ya hacen uso hace años y sin diagnóstico" (E02).

Los profesionales entrevistados evidenciaron preocupación por el uso de BZD que enmascara un cuadro

psiquiátrico o clínico no tratado, o un cuadro psiquiátrico secundario a dolor crónico, que se revela a partir de estrechar el vínculo. Conforme relato de E02: "Lo más frecuente es llegar con contexto de cuadro psiquiátrico que no es diagnosticado y es tratado por otro especialista nada-que-ver-con-eso, porque el señor tiene un dolor articular, y le hacen diagnóstico de fibromialgia, y ahí, hace el tratamiento con BZD, pero no tratando el contexto del dolor somático sino del dolor físico". E03 relata un ejemplo similar: "Yo tengo un caso de psoriasis. Y por el hecho de que la paciente es muy ansiosa, no controla la psoriasis y el dermatólogo prescribió la BZD". E03 relata el caso de una usuaria en la cual percibe dependencia, donde la dificultad para la discontinuación ofrece otra dimensión del problema al profesional tratante: "Actualmente tengo una paciente que estaba tomando 2mg de mañana y 2mg de noche. No disminuye, no puede. Hace todo al contrario, dice que se siente mal. Cuando decimos que (el tratamiento) está haciendo algún efecto, no puede salir a la calle. Puede haber una depresión ahí, pero por el uso de BZD, ya se tornó dependiente".

De forma análoga, E02 apunta a cierta manipulación en algunos casos: "La gran mayoría no quiere parar, sabotea los intentos, te dicen que no va a funcionar. El grado de dependencia es tan grande que acaban boicoteándose...".

El motivo de uso no siempre es identificado, como se verifica en los siguientes párrafos: "Entiendo que tal vez alguien no escuchó de qué se trataba, solo pasó un remedio. Y a la persona le gusta, ¡claro! Le gusta y quiere seguir" (E06). También: "Es complicado porque él sabe que funciona. Sabe que si está resfriado, y pide una dipirona, o un ibuprofeno, funciona. Entonces, ya pasó por esa experiencia muchas veces, o porque tomó por cuenta propia o porque fue prescripto" (E011).

Los entrevistados también perciben que el lugar del medicamento precisa mantenerse para que el paciente tenga acceso al tratamiento:

E02: "Ya me pasó de tener un paciente que usa mal la BZD, que tiene otras comorbilidades, graves también. Y yo pensar que era una dosis alta, y tratar de retirar. Pensar en eso mucho tiempo, tratar de construir un vínculo, de más seguridad de él conmigo y pensar. Eso ya me pasó. ¡No me siento culpable por dejar una dosis alta por un tiempo, si ya estubo por tanto tiempo! Se puede esperar un poquito, porque eso comprometería otras cuestiones".

Alternativas a la renovación automática

El medicamento tiene importancia crucial para todos los entrevistados, expresado en la frase "sabemos que

el remedio es un punto en el cuidado" (E06). Ese sentido aparece en todas las entrevistas, y las alternativas no son al medicamento sino a su renovación automática. Eso puede implicar una reducción, sustitución o inclusión de otro dispositivo (mencionado como "dispositivo ansiolítico" por E12). De acuerdo con la desenvolvura de cada uno para escuchar e intervenir, algunos médicos relatan cómo se autorizan en esa función: "Somos de la atención primaria, queremos ofrecer un cuidado integral, abordar cuestiones familiares, de comunidad, sociales y del trabajo" (E06).

E07 relata que cuenta con el apoyo de la psicoterapia para que sus propias intervenciones ganen valor: "Usan la BZD y hacen terapia comportamental. Y así, yo logro que en el próximo encuentro lo que digo tenga más fuerza".

E08 mencionó auriculoterapia, y E11 prácticas complementarias, como herramientas auxiliares del médico de familia, empleadas como alternativas para alojar las quejas somáticas y difusas.

Otra herramienta a la cual algunos médicos recurren es vigilar el tiempo de uso: "Hago planilla, veo cuándo empezó a usar para ver cuándo tengo que deshabituarse" (E03); o el monitoreo en conjunto con la farmacia: "Tenemos un movimiento como equipo, identificar esos pacientes que usan con la farmacia, y que vuelvan a consulta, para ver cómo está ese uso, ver cómo está esa medicación en la vida de esa persona" (E06).

En los siguientes dichos, E12 observa que la discontinuación no se justifica en el contexto clínico de algunos casos: "Voy a ser sincera, tomo una paciente de 80 u 85 años de edad, que usa BZD hace 50 años, y dudo mucho sobre cuál será el beneficio de una suspensión en ese momento. Sería una deshabituación que duraría un año o dos, a veces con varias recaídas y con un beneficio mínimo. Entonces, lo que hacés en esos casos, es una reducción de daños: lo rotás a una BZD de vida media más larga, reducís la dosis, garantizás que ese paciente esté seguro, con un acompañante en casa". E02 y E11 también mencionan "reducción de daños" de acuerdo con las prioridades de cada caso, cuando la reducción no es posible o no tiene sentido.

E02 menciona actividades de grupo como dispositivo alternativo: "Tenemos actividades con personas mayores, una población que usa mucho BZD. Tenemos el gimnasio, que los hace moverse, no solo con actividad física, sino también con paseos. Muchas veces un anciano deprimido no sale de casa, no tiene función (...). Hay lugares donde hay terapia ocupacio-

nal, apoyo con psicoterapia, otras estrategias, hasta el médico mismo" (E02).

Otro ejemplo fue dado por E03: "Inserción en el Gimnasio Carioca. O en el grupo, nomás. Tenemos el grupo de las Traviesas (traducido del original "Arteiras") en nuestra unidad. Nosotros les mandamos pacientes. Primero, apostamos a que hagan actividad física, o el grupo (de las Traviesas), con ese objetivo, de cambiar la rutina".

E11 recurre a la colaboración del equipo de apoyo como alternativa de abordaje no farmacológico de las quejas: "Ofrecemos interconsultas, algún espacio con psicólogo, con el kinesiólogo, o con el profesor de educación física para hacer alguna actividad. La cosa va... no digo resolviéndose, pero se encamina".

E12 recurre al NASF después de haber intentado resolver por ella misma algunas cuestiones: "Entonces, la violencia, la forma de presentación agresiva, el paciente muchas veces está con un cuadro desesperante y yo no me doy cuenta".

Las estrategias de deshabitación implican tanto al médico como al equipo ESF/NASF: "Hay un grupo terapéutico en la unidad, que hace un poco ese papel. Logré deshabituarme a una paciente a partir de la convivencia en ese grupo terapéutico. Pero tuve que darle una mega atención semana por semana, ¿no? En ese tiempo se creó una situación de dependencia emocional conmigo" (E08).

La longitudinalidad en el cuidado y el trabajo en equipo aparecen como piezas fundamentales para que el médico pueda apostar a la deshabitación: "En la atención primaria tenemos la longitudinalidad, ¿no es cierto? Conocemos a las personas. Entonces, con esos pacientes con los que ya tengo contacto, la conversación sobre desprescripción no los inhibe" (E06).

El hecho de que el medicamento capture algo del médico con él (Van der Geest & Whyte, 1989) muestra sus dos caras: libera del médico y lleva un rastro de él, como ilustrado en el siguiente párrafo: "La benzodiazepina es usada como sintomático. Porque está con insomnio, porque está nervioso, porque... no es para tratar nada específicamente. Es para manejar el síntoma" (E04); "Decimos: te voy a dar 10 comprimidos para que vuelvas a consulta, para hablar de ese remedio" (E04).

El medicamento como talismán

En la muestra estudiada se observan referencias al medicamento como talismán, que aparecen bajo el nombre de "muleta" (E02; E05), "elefante rosa" (E02) o "bastón" (E08) en las entrevistas. La convicción de la superficialidad o insuficiencia del BZD para dar cuenta del sufrimiento psíquico y mental es clara en estos testimonios:

"El principal desafío, en realidad, es el manejo...

¿De qué forma la persona lidia con el sufrimiento que hace que necesite usar esa BZD? ¿Por qué necesita ese auxilio, esa muleta?" (E05).

"Existe una banalización del uso, como si no hubiese ningún riesgo, ningún efecto colateral, y eso fue la resolución de los problemas de la vida de todo el mundo. Un gran elefante rosa delante de todo el mundo" (E02).

"Más como un bastón. Pero al mismo tiempo es complicada esa muleta. Está ahí. Entonces no puedo llegar con la intención de sacar ese bastón sin ofrecer otras posibilidades" (E08).

Se observó un cuestionamiento al uso de BZD para tratar síntomas secundarios a cuestiones sociales:

"Sabemos que Brasil es uno de los países que prescriben más BZD en el mundo. Entonces nos preguntamos: ¿Es por nuestra condición social, que hace que la gente se enferme más? ¡Prescribimos tanto! No estamos dándonos cuenta de los problemas sociales que tenemos, entonces, terminamos dando una muleta... Para mí, el uso prolongado terminó transformándose en una muleta para las personas que tienen un gran sufrimiento por sus problemas comportamentales y problemáticas sociales" (E02).

"A veces la red no me posibilita ofrecer otras posibilidades, como psicoterapia. Y a veces el propio contexto social de la persona no me lo permite" (E08).

"Veo mucho la cuestión de enfermar por la violencia... 'Ah, mi hijo murió'. 'Hubo tiros' y toma remedio" (E06).

En algunos dichos, el médico se queja porque la BZD es demandada como una solución rápida, mágica o única: "Ella llega acá con la presión alta y quiere un remedio para la presión (...) Trae ese bagaje de qué es un remedio" (E04); "Existe el momento en que el medicamento tiene que usarse, pero no hay filtro. Es siempre el plano A, nunca el plano C" (E06).

En ciertas situaciones en que el motivo de uso no logra ser esclarecido, el médico se refiere al "uso sintomático": "La BZD es usada como sintomático. Porque está con insomnio, está nervioso, porque... No es para tratar nada específicamente, es para lidiar con el síntoma" (E04). En otras, el motivo dado es simple apego: "Pero él está apegado a eso, acaba induciendo a hacer la prescripción, ¿no? A pesar de que yo pienso que él no necesita la medicación en ese momento" (E07).

Discusión

La lectura de los ejes de análisis propuestos permite trazar un itinerario en la negociación entre médico y usuario. El prescriptor relata sufrir presión por parte del usuario, desde el primer gesto que sugiere una

interrogación sobre el motivo de uso de la BZD. El médico se ve obligado a realizar una pequeña torsión para mitigar el rechazo del paciente, proponiendo saber más sobre el uso. Al pasar los motivos del usuario por el tamiz del uso racional, el médico relativiza la indicación (proponiendo alternativas al fármaco), verifica real indicación o una indicación que cubre otras necesidades. La renovación deja de ser automática, y el médico de familia logra recuperar su lugar en la cadena de producción de cuidado.

El beneficio a partir del uso puntual, que ninguno de los participantes cuestiona, la entrada en el engranaje del uso y su contribución a la polifarmacia, conforme al fenómeno del envejecimiento, son las preocupaciones centrales de los profesionales entrevistados. El ahínco con el cual se proponen las estrategias de desprescripción de BZD está relacionado con los principios que fundamentan la práctica de la medicina de familia. Las tentativas frustradas de desprescripción, que denominan de “sabotaje”, hablan de la intimidad del usuario con su medicamento.

A pesar de que este trabajo no tiene como objeto de estudio al usuario en particular, es posible inferir que el uso racional, la dependencia y el abuso, términos médicos que orientan la comprensión sobre el uso de BZD, se encuentran bien distantes de la percepción del usuario. Parte del poder de los medicamentos vendidos bajo receta, cargado de simbolismos mágicos, emana del ritual de la prescripción. Otra parte del encanto de los medicamentos guarda relación con su efecto farmacológico, en tanto productor de alivio. El médico, eslabón obligado para su obtención, transmite algo del poder de curar en el medicamento. Una vez transmitido, ese rastro pasa a ser parte del medicamento, ejerciendo ese mecanismo de por sí, liberando al usuario de la dependencia del médico (Van der Geest & Whyte, 1989). Las representaciones, efectos y significados que los usuarios atribuyen a los medicamentos se revelan bajo la amenaza de la pérdida de su encanto, como cuando los médicos sugieren una reducción. Comportamientos frecuentemente evidenciados en la clínica, como la automedicación o la adhesión irregular, son testimonio del poder liberador del medicamento. El límite trazado por el uso racional, aunque orientador, no aproxima al médico a esa particularidad fundamental entre el usuario y su medicamento.

Resulta interesante que cuando el médico ofrece retorno próximo al paciente, provoca un movimiento de vacilación sobre el fármaco liberador y el auto-diagnóstico, en una especie de mecanismo que sería

recíproco de lo formulado por Van der Geest y Whyte, sirviéndose de la prescripción para recolocar el mecanismo en funcionamiento. La reducción de la dosis, incluso la suspensión, no sólo comprometen al medicamento, sino también al médico.

En el relato de los entrevistados, se hace mención a los portadores de trastornos mentales entre los usuarios de BZD como siendo mal identificados dentro de la muestra. Cuando consultan al médico de familia, estos pacientes hacen menciones puntuales de sus síntomas, mimetizándose dentro del conjunto de usuarios. Dice E12: “sin diagnóstico (...) Tanto que tenemos una subpoblación de ‘atención en salud mental’ como indicador, que no estamos ni cerca del mínimo, tanto que tuvimos que (reabrir los registros electrónicos y) empezar a completar el CID. No era compatible con el número de medicamentos que salía (de la farmacia)” (E12). El indicador “pacientes en cuidado compartido en salud mental/usuarios de BZD” sirve para vigilar la proporción de usuarios de BZD que no tiene tratamiento ni apoyo para cuidar de su padecimiento psíquico, cualquiera sea. Orlandi y Noto (2005) encontraron que apenas un 2% de los usuarios de BZD habían tenido consulta con un médico (de cualquier especialidad) en los últimos 12 meses. La frecuencia del relato de que las BZD fueron inicialmente cedidas por un amigo o pariente, por motivos relacionados a violencia urbana u otros mal caracterizados, en el contexto de subfinanciamiento de la salud pública brasileña, invitan a pensar en las BZD como un “tónico para la salud mental en la ausencia de otros tratamientos más efectivos” (Azevedo et al., 2016).

De acuerdo con la encuesta realizada por el Consorcio de la OMS para la Salud Mental Mundial (Demyttenaere et al., 2004), 35 al 50% de los pacientes con necesidades de atención para su sufrimiento psíquico no recibieron tratamiento, siendo ese porcentaje aún mayor (76 a 85%) cuando se trataba de los países en desarrollo. Llamativamente, los pacientes con cuadros leves, o que presentaban síntomas sin llegar a configurar un diagnóstico, tuvieron pleno acceso a tratamiento. Esta paradoja, observable en la clínica, donde los que más necesitan tienen mayor dificultad para llegar al tratamiento, está relacionada con el empobrecimiento en los lazos de los sujetos con mayor vulnerabilidad psíquica y social. Relatos como el de E12 reflejan preocupación por la población que tiene las mayores dificultades para el acceso, que son los que llegan con cuadros más graves, o en situación de crisis.

Algunos estudios realizados en Brasil indican una alta prevalencia de uso de BZD en la población feme-

nina y en mayores de 60 años (Alvarenga et al., 2007; Nordonet al., 2009, Telles Filho et al., 2011; Alvarenga et al., 2014). El análisis de las entrevistas permite distinguir varias referencias a la población femenina, portadora de enfermedades crónicas, que va de la media a la tercera edad. Existen inequidades estructurales en la capacidad de acceso a tratamiento de algunos grupos de la población. Los portadores de enfermedades mentales son uno de esos grupos. La sobre representación de la población femenina en esta muestra puede indicar la dificultad de la población masculina para obtener acceso (Rogers & Pilgrim, 2009).

El modelo de corresponsabilización entre el equipo de salud de la familia y el especialista tiene a la integralidad como principio directriz. Ésta se caracteriza por la longitudinalidad en el cuidado, junto a la integración entre profesionales y servicios, en sus diferentes niveles de atención. La facilidad para el acceso y la transformación del modelo de atención en salud mental se tornan prioritarios para disminuir el impacto de la laguna en la asistencia (Patel & Prince, 2010). La integralidad y el abordaje centrado en la persona producen una reconfiguración en la comprensión sobre el sufrimiento, su dimensión social y biográfica (Fortes et al., 2014). La forma en que el profesional aloja la queja en la consulta señala una forma de comprensión distinta de la de los manuales de clasificación diagnóstica.

El psicofármaco puede ser no sólo un mecanismo para “doparse”, como dicta la comprensión tradicional sobre el abuso de drogas. Las sustancias pueden ser usadas para socializar, competir o ser protagonista en la pequeña revolución cotidiana de levantarse e ir al trabajo (Ehrenberg, 2009). La proximidad del usuario con su “droga” subordina la cura a la autosuficiencia y desdibuja el límite entre lo normal y lo patológico, interrogando sobre el sentido de la cura en medicina (Collins, 2006).

Conclusión

La frecuencia de la consulta para renovación de BZD podría leerse como parte de un fenómeno contemporáneo, que tiene al medicamento como centro. La prescripción parece caer en el lugar de mero acto burocrático, no merecedor de obligatoriedad. Muy por el contrario, se trata de recolocar la prescripción como acto príncipes de la práctica médica, culminación de un proceso decisorio complejo, con consecuencias a largo plazo en la vida del usuario.

En la concepción tradicional del encuentro médico/paciente encontramos una brecha estructural,

donde se destaca la pérdida de autonomía del paciente a partir de su padecimiento. No obstante, el recorte investigado revela un gran malestar de los médicos que, empeñados en trabajar en un modelo de promoción de la salud, sienten su capacidad de trabajo reducida por la presión para prescribir.

La lección que nos queda a los psiquiatras, que tenemos en el prescribir nuestra gran herramienta, es que existe un núcleo de saber simplificado en nuestros intercambios, que permanece desconocido. Un universo de significados atribuidos se teje en torno del efecto de los psicofármacos. A pesar de ser muy estudiados desde el punto de vista farmacológico, la repercusión con la que estos efectos colorean nuestra práctica no ocupa el mismo lugar en la investigación farmacéutica. De forma similar a la dificultad para alcanzar la objetividad en nuestras clasificaciones, tanto el sufrimiento psíquico como su alivio continúan en la carrera por la búsqueda de una definición. De ahí que los tónicos para la salud mental, sean las benzodiazepinas o el fármaco del momento, en un itinerario como el descripto, no deberían sorprendernos.

El psiquiatra que comparte su trabajo con el equipo de salud ve su práctica reconfigurada, ganando nuevos bríos. Si el medicamento es apenas un punto en esa cadena de producción, el cuidado compartido, en equipo y longitudinal favorecen el acceso a la atención, con mejor aprovechamiento de los recursos.

Este modelo, a pesar de ser promisorio, no es suficiente para mejorar el acceso a tratamiento de los usuarios de BZD. El trabajo en red pierde fuerza con la rotatividad y la fragilidad contractual de los profesionales. Los desafíos son grandes, pero la inversión en la formación humana de los médicos de familia muestra sus frutos.

Conflictos de intereses: las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimiento: a Maria Laura Ducca, por la revisión del castellano.

Referencias bibliográficas

- Alvarenga, J. M.; Giacomini, K. C.; de Loyola Filho, A. I.; Uchoa, E.; Firmo, J. O. A. (2014). Uso crónico de benzodiazepínicos entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, v.48, n.6, p.866-872. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004986>
- Alvarenga, J. M., Loyola Filho, A. I., Firmo, J. O., Lima-Costa, M. F., & Uchoa, E. (2008). Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*, 30(1), 7-11. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462006005000062>

- Ashton, H. (2022). Benzodiazepines, how they work and how to withdraw. Newcastle University: Institute of Neuroscience. Disponible en: <http://www.benzo.org.uk/manual/>. Acceso en agosto 2022.
- Azevedo, A. J. P.; Araújo, A. A.; Ferreira, M. A. F. (2016). Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.21, n.1, p.83-90. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.15532014>
- Bradley, C. (1992). Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners. *British Journal of General Practice*, 42, 454-458.
- Britten, N., & Ukoumunne, O. (1997). The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a question naire survey. *BMJ (Clinical research ed.)*, 315(7121), 1506-1510. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7121.1506>
- Campos, G.W.S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):393-403, <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>.
- Cockburn, J.; Pitt, S. (1997). Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations. *British Medical Journal*; 315:520-3. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7107.520>
- Collin, J. (2006). Une épistémologie médicale en changement: Raisonnements thérapeutiques entre science et croyances. En: Collin, J.; Otero, M.; Monnais, L. (Eds.). Le médicament au coeur de la socialité contemporaine: regard croisés sur un objet complexe. Presses de l'université Du Quebec, p. 129-151.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J. P., Angermeyer, M. C., Bernert, S., de Girolamo, G., Morosini, P., Polidori, G., Kikkawa, T., Kawakami, N., Ono, Y., Takeshima, T., Uda, H., Karam, E. G., Fayyad, J. A., Karam, A. N., Mneimneh, Z. N., ... WHO World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21), 2581-2590. <https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2581>
- Ehrenberg, A. (2009). O cérebro social: quimera epistemológica e verdade sociológica? *Revista Periferia*, V. 1, N. 2.
- Fortes, S., Menezes, A.; Athié, K., Chazan, L.F.; Rocha, H.; Thiesen, J.; Ragoni, C.; Pithon, T.; Machado, A. (2014). Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. *Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 24 [4]: 1079-1102. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400006>
- Greenhalgh, T., & Gill, P. (1997). Pressure to prescribe. *BMJ (Clinical research ed.)*, 315(7121), 1482-1483. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7121.1482>
- Lewis, P. J., & Tully, M. P. (2011). The discomfort caused by patient pressure on the prescribing decisions of hospital prescribers. *Research in social & administrative pharmacy: RSAP*, 7(1), 4-15. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2010.02.002>
- Marca, R. G. C. (2016). Análise de relatos de usuários de clonazepam no estado do Rio de Janeiro: um estudo exploratório. 2016. 179 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Neutel, C.I., Maxwell C.J. (1996). The Benzodiazepine Tread mill-Does One Prescription Lead to More? *Pharmacoeconomics and drug safety*, Vol. 5: 39-42.
- Nordon, D. G.; Akamine, K.; Novo, N. F.; Hubner, C. von K. (2009). Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v.31, n.3, p.152-158.
- Orlandi, P.; Noto, A. R. (2005). Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.13, número especial, p.896-902.
- Patel, V., & Prince, M. (2010). Global mental health: a new global health-field comes of age. *JAMA*, 303(19), 1976-1977. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.616>
- Rogers, A.; Pilgrim, D. (2009). A sociological view of mental health and illness. En: Gask, L.; Lester, H.; Hendrick, T. Pelever, R. (Eds.). Primary Care Mental Health. *RC Psych Publications*, p.40-56.
- Soranz, D., Pinto, L. F., & Penna, G. O. (2016). Themes and Reform of Primary Health Care (RCAPS) in the city of Rio de Janeiro, Brazil. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciencia & saude coletiva*, 21(5), 1327-1338. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.01022016>
- Telles Filho, P. C. P.; Chagas, A. R.; Pinheiro, M.L.P.; Lima, A.M.J.; Durão, A.M.S. (2011). Utilização de benzodiazepinas em ancianos de uma estratégia de saúde familiar: implicações para enfermagem. *Esc Anna Nery (impr.) jul-set*; 15 (3):581-586. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000300020>
- Valle, M. A. (2018). Análise da prescrição de benzodiazepínicos pelo médico de família em uma amostra no município do Rio de Janeiro. Brasil, 2018. 97 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Van der Geest, S.; Whyte, S. R. (1989). The charms of medicines: metaphors and metonyms. *Medical Anthropology Quarterly*, v.3, n.4, p.345-367.
- World Health Organization. (1996). Programme on substance abuse: rational use of benzodiazepines. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65947>
- Zorzaneli, R. T. (2017). Usos do clonazepam no Brasil: práticas de usuários e prescritores. Projeto de pesquisa. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Significaciones y prácticas en torno al trabajo de mujeres externadas de un hospital neuropsiquiátrico de la provincia de Buenos Aires, Argentina

Meanings and practices about work of women discharged from a psychiatric hospital of Buenos Aires province, Argentina

María Isabel Hartfiel¹, Sara Ardila-Gómez²

<https://doi.org/10.53680/vertex.v34i159.365>

Resumen

Introducción: El trabajo es central para la inclusión social de personas que tuvieron internaciones psiquiátricas prolongadas. Por ello es necesario generar conocimientos locales sobre estos procesos en personas que han sido externadas, como parte de la reforma de la atención en salud mental en Argentina. Así, el objetivo de este estudio fue describir las significaciones y las prácticas de mujeres que tuvieron internaciones psiquiátricas prolongadas en el Hospital “José A. Estéves” de la Provincia de Buenos Aires, Argentina, acerca de su inclusión en el mercado laboral, a partir de su externación. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo de tipo mixto, tomando como caso al grupo de mujeres que eran acompañadas por el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida del Hospital “José A. Estéves”, en el año 2018. Se analizaron datos cuantitativos de todo el grupo (n=69) y se realizaron entrevistas semi-estructuradas con nueve señoras. **Resultados:** El 74% de las mujeres realizó algún trabajo desde su externación, aunque al momento del estudio, solo el 33% lo hacía. Los trabajos que desarrollaban correspondían a niveles ocupacionales elementales o de bajo nivel de competencia, mayoritariamente en un programa asistido de trabajo. Después de la internación, los trabajos obtenidos fueron menos calificados, más informales y menos expuestos al público que los desempeñados antes de la internación. **Discusión y conclusiones:** La internación psiquiátrica prolongada constituye un corte significativo en la trayectoria laboral de las personas. Pese al valor de las experiencias laborales de quienes logran conseguir un trabajo tras la internación, tales experiencias no implican, mayoritariamente, avances sobre el mercado formal.

Palabras clave: Salud mental - Trabajo - Integración social - Hospitales psiquiátricos.

Abstract

Introduction: Work is central to the social inclusion of people who have had long-term psychiatric hospitalizations. In the context of the mental health care reform in Argentina, it is important to produce local knowledge about work inclusion of people discharged from psychiatric hospitals. The objective of this study was to describe the meanings and practices of women who had long-term psychiatric hospitalizations at the José A. Estéves Hospital in the Province of Buenos Aires, Argentina, regarding their inclusion in the labor market, once they return to live in the community. **Methods and materials:** Descriptive mixed-methods study. The case of the Assisted Discharge and Rehabilitation Program of José A. Estéves Hospital, which accompanied 69 women in the year 2018, was analyzed. For quantitative analysis the

RECIBIDO 22/10/22 - ACEPTADO 02/01/23

¹Licenciada en Sociología. Directora Asociada del Hospital Estéves. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Docente Adjunta, Universidad Nacional “Arturo Jauretche”, Buenos Aires; Argentina. ORCID: 0000-0003-3882-7727

²Doctora en Salud Mental Comunitaria. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones, Argentina. CONICET, Argentina. ORCID: 0000-0002-0022-7438

Autora correspondiente

Sara Ardila-Gómez

saraardi.cursos@gmail.com

Institución en la que se realizó la investigación: Programa de Rehabilitación y Externación Asistida, Hospital “José A. Estéves”, Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires, Argentina.



data of the 69 women was analyzed, and for qualitative analysis a sample of nine women were interviewed. Results: 74% of women did some work after their discharge, although at the moment of the study only 33% were working. The jobs they carried out corresponded to elementary and low-competence occupational levels, mostly in a supported work program. After the psychiatric hospitalization, jobs obtained were less qualified, more informal and less exposed to the public than those held before the hospitalization. Discussion and conclusions: Prolonged psychiatric hospitalization is a significant break in people's work trajectories. Despite the value of work experiences after having a psychiatric hospitalization, those experiences mainly correspond to the informal sector of the economy.

Keywords: *Mental Health - Work - Social Integration - Psychiatric Hospitals.*

Introducción

La reforma de la atención en salud mental, que implica una perspectiva comunitaria y se enmarca en el enfoque de derechos, se inició hace varias décadas a nivel mundial y regional, siendo a la fecha distintos los niveles de avance e implementación de la misma (World Health Organization, 2021). Argentina no ha sido la excepción, contándose en el país experiencias de reforma innovadoras, heterogéneas y fragmentadas en distintos espacios del territorio nacional (Cáceres et al., 2009; Cohen y Natella, 2013; Pellegrini, 2009; Centro de Estudios Legales y Sociales [CELS], 2015).

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010), su reglamentación (2013) y la Convención Internacional Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, a la que Argentina suscribió en el año 2008, obligan a la sustitución de los hospitales neuropsiquiátricos de todo el país, por servicios en hospitales generales y dispositivos de base comunitaria. Los grandes hospitales neuropsiquiátricos aún ocupan un lugar central en las respuestas que se le da a la población desde el sistema de salud, a más de una década de sancionada la Ley Nacional de Salud Mental. Por ejemplo, de acuerdo con el censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental, en el año 2019 eran 12.035 las personas internadas en todo el país en las instituciones especializadas en salud mental, el 53% llevaban internadas dos años o más y el 25% cursaban una internación de 11 años o más (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2019).

La inclusión social de personas que han permanecido durante años internadas en instituciones neuropsiquiátricas, es un desafío que comparten los dispositivos de acompañamiento comunitario. El trabajo constituye un ámbito vital de socialización de los sujetos y resulta central por lo tanto, para su inclusión social. Quienes regresan a la vida comunitaria después de prolongadas internaciones comparten esa necesidad, no solo como sostén económico, sino como ám-

bito que habilita un reconocimiento social y de logros personales. El trabajo es uno de los ejes sobre los que se estructura la vida cotidiana, y en consecuencia, sobre los que se asienta la rehabilitación psicosocial (Saraceno y Montero, 1993; Saraceno, 1995).

La inclusión laboral de personas con padecimiento mental resulta ser una materia pendiente a nivel internacional y no se cuenta con datos confiables que muestren la magnitud del problema. El Informe Mundial sobre la Discapacidad (Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, 2011) da cuenta sobre la problemática general y no específicamente de las personas con discapacidad psicosocial y su inclusión laboral, sin embargo, permite tener algunos datos de referencia. Allí se muestra que, en 27 países, las personas definidas con discapacidad y en edad de trabajar lo hacen en un 44% de los casos, en comparación con el resto de la población de la misma edad que lo hace en un 75%, mostrando que tienen peores oportunidades de acceso. En Argentina los datos son similares, siendo la tasa de empleo de las personas identificadas como con alguna discapacidad del 44,6%, mientras que en la población general representa el 61,7% (INDEC, 2010). Cabe señalar que una de las barreras que enfrentan las personas con discapacidad para conseguir un empleo se refiere a los prejuicios del mercado laboral, que reflejan los prejuicios de la sociedad. Pese a la evidencia existente respecto a los beneficios de emplear a personas con discapacidad, como parte de una fuerza laboral diversa, muchos empleadores consideran que las personas con discapacidad son menos productivas y creen que los costos para realizar adaptaciones en los puestos laborales pueden ser altos, desconociendo que tienden a ser mínimos. Estos prejuicios están particularmente asentados en el caso de personas con condiciones de salud mental, lo cual las lleva a ocultar sus problemáticas, o bien a no buscar empleo (International Labor Organization y Organization for Economic Co-operation and Development, 2018).

En los países latinoamericanos el mercado de trabajo es sumamente restrictivo y cada vez son mayores los requisitos que se solicitan para su ingreso. Porras (2013) plantea que los estudios referidos al mercado laboral deben siempre considerar las transformaciones acaecidas en la sociedad en general y en sus sistemas de producción. Las minorías son siempre las más afectadas cuando los empleos son escasos (Sen, 2008). Investigaciones desarrolladas en distintos países latinoamericanos muestran cómo en contextos de mercados de trabajo restrictivos para la población general es aún más complejo el acceso por la condición de discapacidad y aún es más para las mujeres con discapacidad, que son quienes consiguen menos trabajo (Espinosa, 2016; Esteban y Jordán de Uríes, 2006; Mascayano, 2013). Esteban y Jordán de Uríes (2006) sostienen que quienes logran desarrollar y mantener un trabajo lo hacen porque han tenido experiencias laborales anteriores, porque trabajan en algo que les gusta, porque cuentan con apoyos o porque trabajan con la referencia de un equipo de salud. Un análisis sobre experiencias en México señala, como los empleos con apoyo logran mejores resultados cuantitativos en la inserción laboral, aunque lo hacen en peores condiciones de trabajo y menores salarios (Mascayano, 2013). Un estudio multicéntrico realizado en Brasil, en 26 instituciones de salud mental, mostró como la separación temporal o definitiva del trabajo se asocia a la baja escolaridad, al número de internaciones a lo largo de la vida y al diagnóstico de trastorno mental grave (Avila, De Paula y Mark, 2017). García (2014) sostiene que las experiencias de inserción laboral que se realizan en Brasil, terminan siendo por lo general precarias, discontinuas e informales.

En Argentina los trabajos de investigación que analizan experiencias de inclusión social en salud mental son escasos, y las prácticas no han sido suficientemente acompañadas de análisis sistemáticos (Ardila-Gómez et al., 2016), o bien hacen parte de la literatura gris. Algunas investigaciones, que muestran aspectos vinculados a lo laboral, describen experiencias con diversos resultados. Tisera (2013) presenta un estudio cualitativo realizado con pacientes de pre-alta de un hospital neuropsiquiátrico de la Ciudad de Buenos Aires, y allí se evidencia como la internación resultó ser un corte en su trayectoria laboral y cuanto mayor fue el tiempo de duración o la frecuencia de las internaciones, mayor resultó ser la discontinuidad y frustración para la búsqueda de trabajo. El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS, 2015) mostró

resultados de un estudio realizado con personas usuarias de servicios de salud mental de diferentes provincias, donde el 77% de las personas entrevistadas trabajaban antes de ser internadas y al momento del estudio lo hacían solo el 38,9% y un escaso 13,03% hacía alguna actividad laboral en el mercado, por fuera de talleres o actividades promovidas desde los dispositivos asistenciales. Describen además que quienes trabajaban lo hacían con estándares inferiores a los previstos legalmente, por menos dinero y peores situaciones contractuales. Algunos trabajos muestran las experiencias de empresas sociales, siendo los resultados en general valiosos, pero atados a los cambios en modelos económicos nacionales y las crisis cíclicas a los que estas empresas no siempre pueden hacer frente (Zamarchi, 2007; Fernández, Gaviglio y Adur, 2012; Yujnovsky, 2016).

El proceso de transformación de la atención en salud mental, que con distintos niveles de avance según su región, viene atravesando Argentina, requiere analizar experiencias con las particularidades de nuestro contexto socio-histórico y cultural. La experiencia que aquí se analiza es la del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) del Hospital "José A. Estéves", un neuropsiquiátrico de mujeres ubicado en la Provincia de Buenos Aires. El programa viene desarrollándose desde el año 1999 y su objetivo es "promover y sostener la externación de pacientes internados en los hospitales psiquiátricos de la provincia que carecen de soportes familiares y económicos, organizando redes asistenciales y sociales que actúen como soportes del proceso" (Cáceres et al., 2009, p. 299).

El objetivo de este trabajo, que constituye una presentación parcial de resultados de una tesis de maestría, es analizar los significados y prácticas de las mujeres que han salido de una internación prolongada en el Hospital Estéves, acerca de su inclusión en el mercado laboral.

Materiales y métodos

El diseño fue descriptivo, de tipo mixto. Los datos obtenidos mediante fuentes primarias, a través de técnicas cualitativas, fueron complementados con fuentes secundarias de datos cuantitativos. El propósito fue interpretar la complejidad del tema propuesto analizando los discursos de las mujeres externadas y entendiéndolos en el contexto del que son parte. El estudio se realizó durante el año 2018, y los datos analizados contemplaron el periodo del programa al momento de la investigación (1999-2018).

El universo de estudio fueron las mujeres externadas del Hospital “José A. Estéves” a través del PREA a octubre de 2018, siendo estas 69. El Hospital Estéves es un neuropsiquiátrico de la Provincia de Buenos Aires inaugurado en 1908, que llegó a alojar a 2500 mujeres para 1968 (Vainer, 2005) y que según el dato disponible más reciente, de diciembre de 2020, aloja 525 mujeres (Departamento de Estadística, Hospital “José A. Estéves”, 2020).

El PREA del mismo hospital, trabaja desde 1999 acompañando en el contexto comunitario, a mujeres que se externan del hospital y que así lo requieren. Las diversas acciones de acompañamiento están a cargo de equipos interdisciplinarios que trabajan desde una sede externa al hospital. Los equipos combinan estrategias clínicas psicoterapéuticas y psiquiátricas, con el abordaje de las problemáticas convivenciales y la inserción barrial y comunitaria (Riva Roure et al., 2019).

Los datos cuantitativos se construyeron a partir de la base general de información con que cuenta la institución. La misma fue actualizada y corregida para este estudio. Se analizaron variables sociodemográficas como edad y nivel educativo; otras referidas a tiempos de internación y externación y de la historia laboral como tipos de trabajo antes y después de la internación. Se utilizaron para el análisis estadísticos descriptivos.

Los datos cualitativos fueron construidos a partir de entrevistas semiestructuradas con señoras que vivían en la comunidad tras haber estado internadas prolongadamente. La muestra para éstas fue intencional, basada en el análisis de datos secundarios de la totalidad de la población asistida por el PREA. Se realizó un muestreo de variación máxima (Patton, 2002) buscándose casos ricos en información y variados en experiencias: en cuanto a edad, nivel educativo, tipo de trabajo, tipo de actividad, en relación de dependencia o autónomo, variedad en tiempo de trabajo y de externación del hospital. El total de la muestra fue de nueve personas. Para el análisis de las entrevistas se realizó una matriz, construida a partir de dimensiones que concentraban ideas significativas de los discursos, es decir, las categorías fueron inductivas. El análisis fue realizado por la investigadora MH y la categorización fue discutida con SA.

En cuanto a las consideraciones éticas, se contemplaron los principios básicos de respeto de las personas, beneficencia y justicia, de acuerdo la normativa ética nacional vigente (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2011). Las participantes firmaron un consentimiento informado en donde se les explicaban los objetivos y alcances del estudio.

Resultados

Los resultados se organizan en tres secciones. En la primera se presenta la caracterización general del universo de mujeres externadas y que estaban siendo acompañadas por el PREA en Octubre de 2018. En la segunda se describen los datos referidos a la inclusión laboral del mismo grupo de mujeres. En la tercera se analizan los discursos provenientes de las entrevistas con las nueve mujeres seleccionadas, en torno a sus trayectorias laborales, obstáculos y facilitadores para la obtención de un trabajo, dificultades en el sostén de los puestos de trabajo y proyecciones.

Características de las mujeres bajo programa

Un total de 69 mujeres vivían en la comunidad externadas a través del PREA al momento del estudio, es decir, en octubre de 2018. De ellas, 63 convivían en 19 casas alquiladas por el programa y seis lo hacían con familiares o amigos. En cuanto al tiempo de externación, más de la mitad de las mujeres externadas 58% (n=40) vivían desde hace once años o más en la comunidad en el marco del programa, y el 81% (n=56) desde hacía más de siete años (PREA, 2018).

Por otro lado, el promedio de años de internación de mujeres externadas bajo programa era de 8,8 años. Un 28% (n=19) mujeres habían pasado once o más años internadas en la institución y solo el 4% (n=3) estuvo internada un año o menos.

El promedio de edad de las mujeres era de 60 años. El 74% (n=51) se encontraba en edades pre-jubilatorias o jubilatorias (55 años o más). Ninguna de las mujeres era menor a 35 años, momento vital en que el ingreso al mercado de trabajo es más accesible. En cuanto al nivel educativo, el mayor número de mujeres 30% (n=21) había logrado como máximo nivel educativo primario completo, y las restantes se distribuían en forma pareja entre los restantes niveles educativos.

La totalidad de las mujeres tenía certificado de discapacidad. El 48% (n=33) tenía pensión por discapacidad y las restantes jubilación, ya sea ordinaria, de ama de casa o derivada, por lo que todas contaban con un ingreso. En cuanto a la cobertura social el 45% (n=31) de las mujeres tenían PAMI, otro 45% (31) Programa Federal Incluir Salud y el 10 % (7) restante se repartía entre diversas obras sociales (IOMA, OSFE, Policía). Los datos se resumen en la tabla 1 (ver Tabla 1).

Las mujeres externadas y el trabajo

En cuanto a la experiencia laboral, el 74% (n=51) de las mujeres había realizado algún trabajo desde su externación del hospital, aunque al momento del estudio,

Tabla 1. Características de las mujeres usuarias del PREA (n=69), Octubre 2018

Edad	n	%
Menos de 35 años	0	–
35 a 44 años	7	10%
45 a 54 años	11	16%
55 a 64 años	30	44%
65 años o más	21	30%
Nivel educativo		
Sin instrucción	1	2%
Primario incompleto	6	9%
Primario completo	21	30%
Secundario incompleto	12	17%
Secundario completo	12	17%
Terciario/Universitario incompleto	8	12%
Terciario/Universitario completo	7	10%
Sin dato	2	3%
Tiempo de externación		
< de 3 años	6	9%
3 a 6 años	7	10%
7 a 10 años	16	23%
11 y más	40	58%
Residencia		
En casas convivenciales PREA	63	91%
Con familiares	4	6%
Con amigos	2	3%
Certificado Único de Discapacidad		
Sí posee	69	100%
No posee	0	–
Seguridad Social		
Pensión por discapacidad	33	48%
Jubilación	36	52%
Cobertura en Salud		
Únicamente pública	0	–
Obra Social	69	100%

Fuente: Elaboración propia basada en datos secundarios del PREA-Hospital Estéves, 2018.

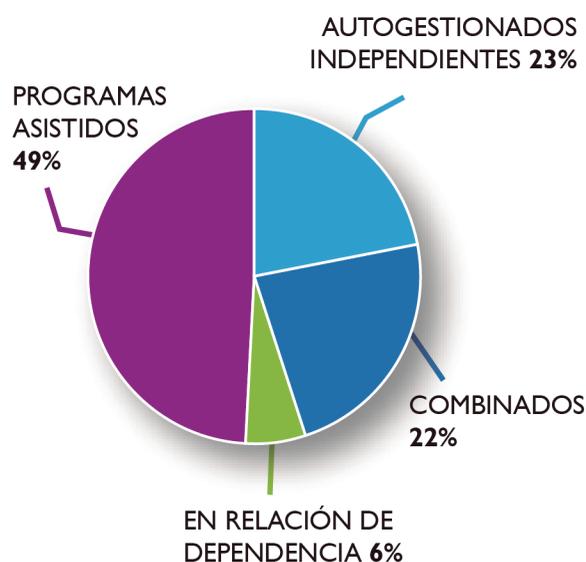
solo el 33% (n=23) lo hacía. Un número importante se había interesado por el trabajo y había logrado darle algún curso a dicho interés, pero no habían podido o no habían deseado, darle continuidad al mismo.

El tipo de actividad que realizaban las mujeres externadas en estudio, según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones, era de niveles ocupacionales elementales o de bajo nivel de competencia

(Organización Internacional del Trabajo, 2007). En cuanto a la clasificación de formas de trabajo, de las 51 mujeres que tuvieron algún trabajo desde su externación, un 49% (n=25) lo hizo bajo un programa asistido, esto es: programas nacionales o provinciales de empleo o empresas sociales, que el programa propiciaba, gestionaba o estimulaba, como formas de inclusión laboral. Por su parte, un 23% (n=12) de las mujeres había realizado trabajos autogestionados e informales: ventas por catálogo, cuidados de personas, producciones artesanales y venta de las mismas. Un 6% (n=3) había obtenido trabajos en relación de dependencia, todas contratadas por el Hospital Estéves o por empresas que brindan servicios al mismo, en tareas de limpieza, cocina o administrativas. Un 22% (n=11) habían combinado formas de trabajo, por ejemplo, en un primer momento en programas asistidos y luego en relación de dependencia o por cuenta propia, o realizando en forma paralela trabajos por cuenta propia mientras mantenían alguno de los otros formatos (ver Figura 1).

Resulta interesante analizar comparativamente en qué trabajaron con anterioridad a la internación y en qué lo hacían al momento del estudio. El trabajo en actividades de limpieza, en ventas, el trabajo administrativo, el cuidado de personas y el trabajo de modista se mantuvieron en ambos momentos. Ninguna de las mujeres volvió a trabajar en bares o fábricas, donde

Figura 1. Distribución del tipo de trabajo de mujeres que habían trabajado desde su externación a través del PREA-Hospital Estéves (n=51), Provincia de Buenos Aires, Argentina, 2018



Fuente: Elaboración propia basada en datos secundarios del PREA-Hospital Estéves, 2018.

antes de la internación sí se desempeñaron. Las tres mujeres con estudios universitarios, que desarrollaban sus profesiones antes de la internación, no continuaron con esa tarea hasta el momento de realización de este relevamiento. Las seis mujeres que eran docentes de nivel primario/secundario o en institutos de arte, no continuaron con la actividad, y solo una, con poca asiduidad, dio clases particulares.

Puede observarse que luego de la externación habían obtenido trabajos menos calificados, más informales y menos expuestos al público. También más autogestionados o asistidos y promovidos desde el programa y menos empleos en relación de dependencia e independientes del programa o el hospital (ver Figura 2).

El tiempo de externación parece ser un factor de aumento en la posibilidad de conseguir trabajo. Si se analiza la situación de las mujeres que se externaron en los tres años previos al momento del estudio, el 50% trabajó en algún momento y 50% no lo hizo. Si se observa a quienes se habían externado desde hacía

más de 7 años al momento del estudio, el porcentaje se incrementa: el 76% (n=42) había trabajado en algún momento mientras que el 24% (n=13) no.

Percepciones en torno al trabajo

A pesar de sus referentes madres, que en su mayoría no trabajaban fuera del hogar, todas las mujeres entrevistadas habían ingresado al mundo laboral fuera del hogar desde muy jóvenes, entre los 10 y 17 años de edad, con excepción de aquellas que se criaron en instituciones o en la calle desde pequeñas:

“Yo quería buscar un trabajo, no quedarme en casa como mi mamá” (Valentina, 62 años).

La mayoría tuvieron sus primeros trabajos ligados a tareas administrativas, cadetas, promotoras, planchadoras, cuidado de niños, vendedoras y dos lo hicieron en quintas familiares. Para varias, este primer trabajo significó tener que dejar de estudiar el secundario o ver frustrada su idea de seguir en otros niveles educativos; para otras, el esfuerzo de hacer ambas cosas. En sus experiencias iniciales las búsquedas de trabajo aparecen muy ligadas a los vínculos familiares y vecinales que resultan fuente de información y recomendación fundamental para obtenerlo:

“Estaban necesitando una persona y una vecina le habló de mí” (Victoria, 51 años).

“Mi tía me dijo: ¿Querés trabajar o seguir estudiando? Y no, yo quería trabajar” (Esperanza, 57 años).

Los primeros trabajos significaron para ellas aprendizajes concretos como viajar, relacionarse, cumplir horarios, acomodar, limpiar y también otros descubrimientos como el gusto, el disfrute de realizar una actividad, la satisfacción de ser reconocido por otro en un hacer:

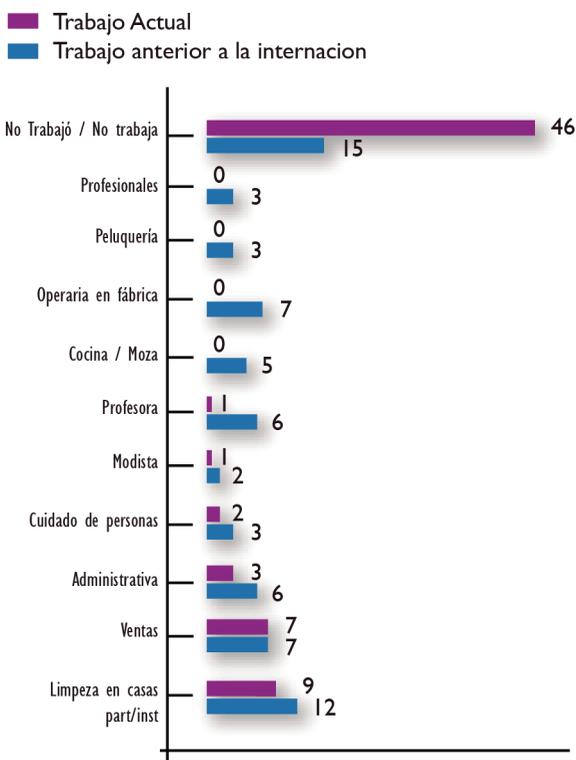
“Significaron una disciplina, un conocimiento. Sí, me daba satisfacción. Me gustaba, me gustaba ir haciéndolo, ir creando, estaba en mí...” (Victoria, 51 años).

“Era hermoso, era muy lindo, sentía que volaba en el escenario, sentía un placer” (Alma, 54 años).

“De todo trabajo que tuve, algo aprendí” (Amparo, 38 años).

Para muchas de ellas el matrimonio o la llegada de un hijo, marcó un cambio en relación a lo laboral, pareciendo reproducirse las historias que habían tenido sus padres. Muchas de ellas asumen las tareas del hogar y la maternidad, abandonando sus puestos de trabajo, incluso aquellas mujeres para las que el trabajo resulta central en sus vidas. Puede verse en los discursos de varias entrevistadas como aparece ligado a su condición de mujeres un primer corte en sus trayectorias laborales.

Figura 2. Análisis comparativo antes y después de la internación, según tipo de trabajo, de mujeres externadas a través del PREA-Hospital Estéves (n=69), Provincia de Buenos Aires, Argentina, 2018



Fuente: Elaboración propia basada en datos secundarios del PREA-Hospital Estéves, 2018.

“Mi marido era machista, no quería que trabajara, que la plata la traía él. ‘Con qué necesidad le vas a pagar a una niñera’, me decía” (...) *“Y yo extrañaba trabajar” (Luz, 54 años).*

Un segundo corte en sus trayectorias laborales aparece con la enfermedad, identificándolo como un círculo del que no logran salir: enfermedad, empeoramiento de la situación laboral, profundización de la enfermedad, pérdida de trabajo.

“Después cuando cerraron el bazar estuve deprimida. Porque yo cuando me quedaba sin trabajo me deprimía” (Luz, 54 años).

“Pasé por una depresión muy brava, ahí dejé de trabajar y me internaron” (Milagros, 38 años).

“Me querían declarar insana, no pudieron hacerlo. El perito vio cómo vivía y dijo: ‘Esta señora no está para internar’. Al año siguiente me quedo sin trabajo, sin dinero. Iba con mi hijo a comer a las ollas populares. Todo esto en el 99. Mi hermana reabre el juicio aprovechando que yo no tenía abogado. Vienen a mi casa. No tenía luz, no tenía gas. No tenía más trabajo. Como yo no me quise ir con mis padres me mandaron al Moyano” (Alma, 54 años).

La internación aparece como cierre de una etapa donde se puede observar la pérdida de contactos, de apoyos, de recursos económicos adecuados, de relaciones interpersonales que les facilitaban la continuidad laboral.

Sin embargo, también durante la internación, las mujeres entrevistadas rescataron aspectos que las mantenían a salvo, siendo el trabajo una de ellas. En sus discursos, lo laboral aparece siempre asociado a aspectos beneficiosos, saludables, siempre ligado a lo que les permite seguir, a lo que las motiva diferenciándose del no hacer.

“Era una ayuda, aparte me sentía ocupada. Sino una persona no soporta tanto tiempo encerrada” (Luz, 54 años).

“No tenía tiempo para pensar cosas que uno no tiene que pensar o cosas que a veces uno se acuesta y dice: bueno, me relajo, duermo, porque ya bastante estuve todo el día” (Milagros, 38 años).

Cuando se les consultó acerca de cómo imaginaban su vida afuera, una vez externadas y cómo se proyectaban desde lo laboral para ese momento, varias respondieron que no podían imaginarse afuera, no podían pensar lo laboral porque no podían imaginarse vivir fuera del hospital psiquiátrico.

El trabajo durante la internación no aparecía como generador de oportunidades, o de aprendizajes que

abrieran posibilidades laborales de inserción en el mercado una vez externadas. Sin embargo, significaba en ellas un motor para poder vivir mejor ese tiempo, ya sea porque lo sentían como una mejor ocupación del tiempo, por las relaciones que generaban, los objetos materiales que podían alcanzar e incluso la mirada distinta que les generaba frente al personal hospitalario.

La incorporación en el mercado de trabajo no es una dificultad con la que se encuentren exclusivamente las personas que han estado internadas. Sin embargo, quienes han padecido internaciones prolongadas acopian una multiplicidad de obstáculos. Las propias barreras como la falta de deseo o el temor a enfrentar la búsqueda por no sentirse capaces de lograrlo, los temores a los avatares que pueda significar el trabajo, la falta de redes sociales perdidas en los años de internación que muchas veces son habilitadores de búsquedas posibles. A esto se le suman otros obstáculos que podríamos señalar como “organización de la vida como paciente”: turnos, grupos terapéuticos, controles médicos, visitas domiciliarias, que no siempre se adaptan a las necesidades sociales-laborales de la persona, sino que tienen una centralidad en la vida de estas mujeres, tornándose un limitante en su desarrollo laboral:

“El mercado de trabajo y algo personal que es que yo, tengo una vez por semana que venir a recibir medicación, una vez para ver al médico, tengo que hacer el análisis porque yo tomo Clozapina (...) Yo tenía ansiedad y a la vez no me ocupaba porque tenía miedo” (Alma, 54 años).

Otros obstáculos ligados al pasado hospitalario y la edad también jugaban un rol importante:

“Sí, la economía del país que está terrible, mi brazo que ahora estoy mejor pero con cuidado, la edad puede ser, ahora piden gente joven. Y pasar por una internación eso mucho no hay que decirlo” (Valentina, 62 años).

Hablar de trabajo es hablar de relaciones sociales. La cuestión laboral es una cuestión relacional, ámbito de socialización, participación activa en la vida comunitaria y reconocimiento de los otros. Sostiene Saraceno (1995) que el trabajo en el afuera de la institución manicomial implica un proceso de restitución de la subjetividad, de recuperación de derechos y ciudadanía.

A todas las mujeres entrevistadas se les consultó a modo de reflexión y después de analizar su propia trayectoria laboral, qué significaba para ellas el traba-

jo. Las palabras más frecuentes que aparecieron como calificativos fueron: bueno, alegría, ganas, hermoso, saludable, plenitud, orgullo, valoración, reconocimiento:

“El trabajo es algo bueno, es una disciplina, una mejora económica, te eleva la autoestima, te favorece” (Victoria, 51 años).

“Primero que uno se siente útil. Cumple una función. Aliviana el trabajo de secretaría. Las relaciones con la gente, amplía mis horizontes” (Alma, 54 años).

“Estoy satisfecha conmigo misma, que me demostré que podía trabajar” (Esperanza, 57 años).

“Sentirme plena. Sentirme ser humano, plena, completa y viva” (Valentina, 62 años).

Todas las connotaciones fueron positivas y muchas lo relacionaron con la vida social y la inclusión: sentirme ser humano, tener más vida social, útil, plena. Volver a sentirse parte del mundo social, sentirse como “otros”, de los que se sentían diferentes. El trabajo parecía habilitar ese acceso y por eso también aparecían las ideas de plenitud, de orgullo de sí mismas, de sentirse útiles para otros:

“Es el reconocimiento, eso me da una satisfacción tremenda. El trabajo me llena, algo que me llena de orgullo, es como una vanidad. Saber que sirvo para algo, que me reconocen. Significa poder tratar con otras personas y saber que mi esfuerzo, no solo mental sino físico, tiene una reparación económica” (Esperanza, 57 años).

“Es una motivación para cualquier persona para tener una vida social, para tener el ego alto” (Amparo, 38 años).

“Lo mejor de un trabajo es que te valoren” (Luz, 54 años).

Dos participantes logran dar definiciones de lo que para ellas significa el trabajo como forma de inclusión social:

“Es importante el trabajo cuando uno sale porque te sentís de nuevo un ser humano perteneciente a la sociedad” (Valentina, 62 años).

“Yo ahora ando por la calle y veo que la gente va y viene al trabajo y yo también lo hago. Me siento una más. Es como que me reinserté. Me fui de la condición de indigente” (Alma, 54 años).

En otras mujeres aparecieron fuertemente asociados el trabajo y la salud, siendo este una herramienta que las rescataba de la enfermedad y potenciaba su bienestar:

“Verdaderamente salí adelante, pude mejorar de lo que estaba. Mi mente se enfocó en otras cosas (...). Como siempre digo, estoy más tranquila. Al no estar

pensando en cosas que no tengo que pensar” (Milagros, 38 años).

“Trabajar para mí es salud. Salud y sentirse valorada, útil” (Luz, 54 años).

Otra participante no había trabajado antes de su internación y después de pasar por la experiencia de trabajar lo eligió también como forma de vivir mejor. Al momento de realizar la entrevista se encontraba sin trabajo y dijo sentirse más cansada desde que no lo tenía:

“A veces el trabajo me resulta más fácil y me da más alegría, más ganas (...) trabajar es bueno, para la salud también. Ahora me siento más cansada” (Libertad, 40 años).

Si el trabajo para algunas de estas mujeres tiene un valor tan grande, la lucha por tenerlo y mantenerlo aparece como un proyecto central en su vida:

“Lo mejor de un trabajo es tenerlo. (...) Es hermoso trabajar. (...) Para mí es muy importante proteger ese trabajo que te dan, protegerlo” (Milagros, 38 años).

Discusión

Los resultados presentados previamente abren tres ejes de discusión posibles. El primero es el de la significación central que el trabajo tiene para la recuperación de derechos ciudadanos y como estrategia de inclusión social en personas que han padecido largas internaciones. Como se señaló, las significaciones de las personas entrevistadas en relación al trabajo fueron positivas y vinculadas a la inclusión y vida social. Plantea Neffa (2015) que el trabajo excede el esfuerzo físico y cognitivo, poniendo en juego también saberes y aprendizajes, aspectos psíquicos, afectivos, relacionales y de comunicación con compañeros y superiores. A su vez, los discursos de las mujeres entrevistadas muestran que el trabajo les da lugar como sujetos activos de la recuperación de su propia salud, en términos de autonomía y de restitución de su lugar como sujetos sociales, retomando las ideas de Sousa Campos (2009).

En la misma línea, Amarante (2009) plantea que el trabajo en el proceso de externación no debe ser concebido como una actividad terapéutica, ni como una forma de ocupación del tiempo ocioso sino como una estrategia de ciudadanía y emancipación social. Las mujeres en sus discursos dan cuenta de la importante significación que ha tenido el trabajo en sus trayectorias y en esta nueva etapa de sus vidas.

Sin embargo, las políticas que puedan dar respuestas globales a esta problemática resultan al pare-

cer insuficientes. Como se observó en los resultados, la inserción laboral posterior a la internación resulta dificultosa pero posible, e implica por lo general una precarización en las condiciones de trabajo. Se observan variables que se vinculan a la situación laboral tales como la edad y el tiempo de externación. También, se deben considerar otros obstáculos a la hora de incluirse en el mercado de trabajo: capacitación formal e informal, acceso a nuevas tecnologías, dificultad en el acceso al mercado por falta de redes vinculares, etc... A partir de ello es necesario interrogarse: ¿Qué nuevas políticas públicas podrían acompañar estos procesos? ¿Qué otras estrategias podrían generarse para sortear cada uno de ellos y facilitar el acceso a trabajos genuinos que refuercen los derechos ciudadanos de estas personas?

A estos obstáculos se le suman los producidos por la institucionalización. El encierro institucional despoja a los sujetos de la posibilidad de imaginar, de desear, de proyectar. Como sostiene Goffman (1972), no se trata de una pertenencia institucional, sino de formas de absorción de los sujetos. La externación es un proceso complejo que implica desandar mucho de lo que el paso por el hospital psiquiátrico ha generado. Implica recorrer un camino de desinstitucionalización pasando de prácticas afianzadas por los años en la incapacidad y la segregación, a ámbitos de creciente autonomía e integración al mundo social. La externación puede ser entendida como la construcción de un proyecto de regreso a la vida fuera del manicomio. "Este proceso está atravesado por variadas barreras interpersonales, institucionales y sociales. Pensar en salir implica la movilización de algo del deseo que no fue arrasado por la desubjetivación propia del encierro" (CELS, 2015). El trabajo es parte de la compleja reconstrucción de la vida social después de prolongadas internaciones, aspecto fundamental para la recuperación de proyectos de vida y derechos ciudadanos.

El segundo eje de discusión, y muy vinculado al anterior es que como se observó, la mayoría de los trabajos tras la externación estaban vinculados a programas de apoyo a trabajo (ver Figura 1), por lo cual, si estas personas logran acceso a través de trabajos asistidos, empleos con apoyos, planes de capacitación, ¿cómo se produce un salto de estas políticas al mercado competitivo? ¿Qué estrategias de paulatina autonomía de estos programas necesitamos generar para que estos sujetos accedan al mercado de trabajo?, ¿podremos pensar en políticas con niveles decrecientes de apoyo en lo laboral? ¿Políticas laborales que brinden herramientas para que cada sujeto pueda ir apropián-

dose de ellas en un camino de creciente autonomía?

El tercer eje de discusión se refiere a la condición de género, que pareciera reforzar todas las situaciones de vulnerabilidad, produciéndose aún más segregación por su condición de mujeres. Como se observó, se trataba de mujeres que por su generación y posiblemente condición de clase, fueron mujeres trabajadoras, a diferencia de sus propias madres, pero que para muchas de ellas, el matrimonio y la maternidad implican una ruptura en sus trayectorias laborales. Al respecto, Lamas (1995) señala que muchas mujeres se ven ante la situación de abandonar el mercado de trabajo, por sus responsabilidades domésticas, en años esenciales del ciclo vital.

Las inquietudes aquí planteadas exceden la capacidad de respuesta de este trabajo y abren el juego al planteo de investigaciones que logren sistematizar las variadas experiencias de nuestro país en torno al trabajo y la inclusión social en el campo de la salud mental, en el contexto de las transformaciones que propone la Ley Nacional de Salud Mental.

Conclusiones

Las mujeres entrevistadas señalan la enorme importancia que ha tenido el trabajo en los diferentes periodos de sus vidas. Para la mayoría hubo dos cortes en su trayectoria laboral, uno ligado a la condición de género, el casamiento, la maternidad y los roles asignados y socialmente esperados, y otro ligado a la aparición de la enfermedad y la internación prolongada. Ambos se superponen como capas de segregación, que dificultan las ya complejas formas de acceso al mercado laboral que se le presentan a todos los sujetos en nuestro contexto socioeconómico.

Durante la internación, el trabajo aparece en sus discursos como fuente de significaciones positivas en lo referente a la autovaloración y la autoestima, a la mirada valorativa de los otros sobre ese hacer y en definitiva como habilitador para pensarse en el afuera institucional.

Los obstáculos para el acceso a un trabajo son múltiples, pese a ellos las mujeres una vez externadas logran conseguirlo y valoran enormemente esas oportunidades, pero lo hacen mayormente en puestos informales o ligados a programas institucionales, encontrando dificultades para dar otros pasos de mayor autonomía. Se trata de experiencias valiosas, pero con temporalidad limitada o de enorme precariedad, que en la mayoría de los casos no implica avances sobre el mercado formal. Los trabajos logrados son menos ca-

lificados y más informales, que los que habían tenido antes de la internación y también de menor exposición: las profesionales, las docentes ya no trabajan de eso, quienes fueron vendedoras en comercios antes de la internación, posterior a ella venden por catálogo. El contexto de la economía general puede dar parte de esta respuesta pero, sin duda, las particularidades que atraviesan estas mujeres las colocan en un camino con mayores obstáculos que al resto de los sujetos, no sólo para obtener trabajo sino para mantenerlo en el tiempo y como fuente de ingreso que de respuesta sostenida a sus necesidades.

Cuando hablamos de trabajo, hablamos de recuperación de un derecho que se torna recuperador de múltiples derechos y por lo tanto clave en el acceso a ciudadanía para miles de personas que se encuentran internadas o que han padecido internaciones prolongadas. Sin duda, es un aspecto en el que estamos en deuda, pero contamos también con un recorrido de múltiples experiencias que se vienen transitando en el territorio. Esto nos coloca ante una temática clave y de enorme potencial en los procesos de transformación en salud mental que se vienen instrumentando.

Conflicto de intereses: M. H. era la coordinadora del Centro Comunitario Libremente, en el cual funciona el PREA-Estéves, al momento del desarrollo de la investigación. S. A. G. declara no tener conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

Amarante, P. (2009) *Superar el Manicomio*. Editorial Topia.

Ardila-Gómez, S., Hartfiel, M.I., Fernández, M., Ares Lavalle, G., Borelli, M., Stolkner, A. (2016) El desafío de la inclusión en salud mental: Análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales. *Salud Colectiva*, 12(2): 265-278.

<http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1000>

Ávila, A., De Paula, E., Crosland Guimarães, M. D. (2017). Transtornos mentales e inserção no mercado de trabalho no Brasil: um estudo multicêntrico nacional. *Cuadernos de Saúde Pública*, 33 (3), e00166815.

<https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00166815>

Cáceres, C., Druetta, I., Hartfiel, M., Riva Roure, M.R. (2009). El P.R.E.A., una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiatría*; 20(86): 299-307.

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). (2015). Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio. CELS. <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/cruzar-el-muro-desafios-y-propuestas-para-la-externacion-del-manicomio/>

Cohen, H., Natella, G. (2013). *La desmanicomialización. Crónica de la reforma de salud mental en Río Negro*. Lugar Editorial.

Departamento de Estadística, Hospital José A. Estéves. (2020). *Informe Estadísticas Hospitalarias*.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019). Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental-2019.pdf>

Espinosa Acuña, Ó. (2016). Participación laboral de personas en situación de discapacidad. Análisis desde un enfoque de género para Colombia. *Economía: Teoría y práctica*, [en línea] (45), pp. 137-167. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281148561006>

Esteban, B., Jordán de Uries, B. (2006). Empleo con apoyo para personas con discapacidad intelectual y para personas con enfermedad mental. *Siglo Cero, revista española sobre discapacidad intelectual*. 37(2):63-78.

https://sid-inico.usal.es/idsocs/F8/ART9054/siglocero_218_old.pdf

Fernández, E., Gaviglio, A., Adur, G. (2012). Un análisis sobre la participación en emprendimientos productivos en salud mental en el marco de la economía social en Ciudad de Buenos Aires, Argentina. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 12 (2). <https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/25306/26629>

García, V. (2014). Panorama de la inclusión de discapacitados en el mercado laboral en Brasil. *Trabajo Educación Salud*; 12(1):165-187.

Goffman, E. (1972). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). Censo Nacional de Población y Vivienda. Disponible en:

<https://www.indec.gob.ar/bases-de-datos.asp?solapa=5>

International Labor Organization and Organization for Economic Co-operation and Development. (2018). Labour market inclusion of people with disabilities. First Meeting of the G20 Employment Working Group. 20 - 22 February 2018, Buenos Aires, Argentina.

https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---inst/documents/publication/wcms_646041.pdf

Lamas, M. (1995). La perspectiva de género. *Revista de Educación y Cultura de la sección 47 del SNTE*. Disponible en:

https://www.ses.unam.mx/curso2007/pdf/genero_perspectiva.pdf

Mascayano Tapia, F., Lips Castro, W., Moreno Aguilera, J. (2013). Estrategias de inserción laboral en población con discapacidad mental: una revisión. *Salud Mental*. 36(2):159-165.

<https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n2/v36n2a9.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. (2011). Guía para Investigaciones en Salud Humana. Ministerio de Salud de la Nación.

Neffa, J. (2015). Introducción al concepto de condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT). Disponible en:

<http://www.vocesenelfenix.com/content/introducci%C3%B3n-al-concepto-de-condiciones-y-medio-ambiente-de-trabajo-cymat>

Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial. (2011). Informe Mundial sobre la Discapacidad.

https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf?ua=1

Organización Internacional del Trabajo. (2007). Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones.

<https://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/isco/index.htm>

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3era edición). SagePublications.

Pellegrini, J. L. (2009). El proceso de transformación institucional del Hospital Psiquiátrico de San Luis. *Vertex Rev. Arg. Psiquiat*; 20(88): 432-439.

Porras Velásquez, N. (2013). Inserción laboral y salud mental: una reflexión desde la psicología del trabajo. *Fundación Universitaria Los Libertadores*; 8(2): 98-117. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4630497>

Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (2018). Base de Datos.

República Argentina. (2008). Ley 26.378 Apruébase la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006. Recuperado el día 27 de octubre de 2015 de: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>

República Argentina. (2010). Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013 Cap. I-IV Recuperado el 27 de octubre de 2015 de: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=16773&word=>

- Riva Roure, M. R., Hartfiel, M., Irachet, V., Cáceres, C. (2019). Logros y obstáculos en 20 años de trabajo del programa de rehabilitación y externación asistida del Hospital José A. Estévez en Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. *Haceres colectivos: Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina* (pp. 71-80). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/haceres-colectivos-2019.pdf>
- Saraceno, B., Montero, F. (1993). *La rehabilitación entre modelos y prácticas*. En: Aparicio, V. (Org.) *Evaluación de Servicios en Salud Mental*. (pp. 313-312). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Saraceno, B. (1995). *La liberación de los pacientes psiquiátricos: De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. Editorial Pax.
- Sen, A. (2000). Social exclusion: concept, application and scrutiny. Social Development Papers No 1. Manila: Office of Environment and Social Development, Asian Development Bank. <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/29778/social-exclusion.pdf>
- Sousa Campos, G. W. (2009). *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Lugar Editorial. <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/15>
- Vainer, A. (2005). *Sociedad de locos*. Editorial Topia.
- Tisera, A., Leale, H., Lohigorry, J., Pecarek, A., Joskowicz, A. (2013). Salud Mental y desinstitucionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. Facultad de Psicología, UBA. *Anuario de investigaciones*. 20: 251-258. <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuin/v20n1/v20n1a25.pdf>
- World Health Organization. (2021). *Mental health atlas 2020*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
- Yujnovsky, N. (2016). Emprendimientos productivos en Salud Mental. Del hospital monovalente a la comunidad. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 2 (1) <http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar/volumen%202.html#>
- Zamarchi, M., Jester, A. (2007). La cooperación social y la inserción laboral. *Salud y drogas*, 7(1):177-185. Instituto de Investigación de Drogodependencias España. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83970112>

Tiempos de lectura de oraciones con lenguaje inclusivo en español: un estudio psicolingüístico

Reading times of sentences with inclusive language in Spanish: a psycholinguistic study

Ana Zarwanitzer¹, Carlos Gelormini-Lezama²

<https://doi.org/10.53680/vertex.v34i159.366>

Resumen

Introducción: El lenguaje inclusivo se manifiesta en español en el uso de los morfemas -e y -x, en lugar del masculino genérico. Este estudio aborda el procesamiento de oraciones con lenguaje inclusivo desde la perspectiva de la psicología cognitiva experimental y con las herramientas metodológicas de la psicolingüística. **Método:** con un experimento de lectura a ritmo personal se examinó la diferencia en los tiempos de lectura de oraciones con masculino genérico y oraciones con lenguaje inclusivo. Participaron 69 hablantes monolingües de español rioplatense: 38 jóvenes (entre 18 y 30 años: 23 mujeres y 15 varones) y 31 adultos (entre 31 y 60 años: 12 mujeres y 19 varones). **Resultados:** las oraciones con lenguaje inclusivo se leyeron más lentamente que las correspondientes oraciones con masculino genérico. Crucialmente, las variables edad y género no produjeron diferencias significativas. **Discusión:** estos resultados sugieren que la lectura de oraciones con lenguaje inclusivo conlleva un mayor costo de procesamiento y que este cambio lingüístico se encuentra en etapas muy iniciales.

Palabras clave: Psicolingüística - Procesamiento de oraciones - Cambio lingüístico - Lenguaje inclusivo - Género.

Abstract

Introduction: Inclusive morphemes in Spanish, -e y -x, have begun to be used in place of generic masculine forms. In this study, we look at the processing of sentences with inclusive language from the perspective of experimental cognitive psychology and with the methodological tools of psycholinguistics. **Methods:** a sentence-by-sentence self-paced reading experiment examined the difference in reading times between sentences containing the traditional, masculine, generic form and sentences with gender inclusive language. The experiment was carried out in 69 monolingual speakers of River Plate Spanish: 38 young adults (between 18 and 30 years: 23 women and 15 men) and 31 older adults (between 31 and 60 years: 12 women and 19 men). **Results:** sentences with inclusive language were read more slowly than sentences with the generic masculine form. Surprisingly, neither age nor gender were found to have significant effects. **Discussion:** these results suggest that reading sentences with inclusive morphemes results in a higher processing cost and that this language change is in its very early stages.

Keywords: Psycholinguistics - Sentence Processing - Language Change - Inclusive Language - Gender.

RECIBIDO 15/12/2022 - ACEPTADO 12/02/2022

¹Universidad Torcuato Di Tella, Universidad de San Andrés. Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-4466-8155>

²Director de la Licenciatura en Comunicación, Departamento de Ciencias Sociales, Universidad de San Andrés. Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-1605-229X>

Autor correspondiente:

Carlos Gelormini-Lezama

cgelormini@udesa.edu.ar



Introducción

En el contexto de un debate global, en los últimos años, una porción de la población argentina comenzó a involucrarse de manera masiva en movimientos que luchan por los derechos de las mujeres y personas de género no binario. Cada vez más, en todas sus provincias, se presentan denuncias por casos de violencia de género. El registro nacional de femicidios reportó un promedio de 275 femicidios por año desde 2010 hasta 2019 (Ferreira, 2020). Desde 2015 hasta el presente, miles de mujeres reclaman justicia bajo la consigna *Ni Una Menos*, en conjunto por la legalización del aborto, recientemente aprobada. En este contexto, el lenguaje inclusivo en español aparece como una de las múltiples maneras de exigir igualdad de género.

En diferentes ámbitos de la sociedad argentina nuevas variantes neutras comenzaron a circular. Su introducción suscitó adhesiones, pero también duras críticas y controversias. Muchas universidades, instituciones estatales y organizaciones privadas lo adoptaron oficialmente. En contraposición, algunas personalidades políticas y literarias, como el Premio Nobel Mario Vargas Llosa, y la Real Academia Española (RAE) manifestaron su rotunda oposición al considerar que el lenguaje no sexista no integra el sistema morfológico del español y que empobrece la lengua española. Arturo Pérez-Reverte, argumentó: “Estoy a favor del lenguaje inclusivo de género, pero otra cosa es la estupidez de decir *todos*” (Gaffoglio, 2019). En Argentina, hubo profesores desvinculados de escuelas y alumnos desaprobados por utilizarlo en clases y exámenes, junto a peticiones al Congreso para prohibir su uso en documentos oficiales y escuelas. Este rechazo puede ser enmarcado dentro de la lógica de los cambios lingüísticos, en general. Uno de los fundadores de la sociolingüística, Labov (2001), enunció su *Principio de la Edad de Oro*:

En algún momento del pasado, el lenguaje estaba en un estado de perfección. Se entiende que, en tal estado, cada sonido era correcto y hermoso, y cada palabra y expresión era precisa y apropiada. Además, el declive de ese estado ha sido regular y persistente, por lo que cada cambio representa un alejamiento de la edad de oro, en lugar de un regreso a ella. Cada nuevo sonido se escuchará como feo, y cada nueva expresión se escuchará como impropia, inexacta e inapropiada (Labov, 2001, p. 514).

Quienes promueven un lenguaje no sexista encuentran en él un gesto inclusivo para los géneros que no se ven representados en el lenguaje genérico (Crawford & Gentry, 1989; Penfield, 1987). Así, el lenguaje

inclusivo sería un modo de denunciar la desigualdad social que atraviesan mujeres y géneros disidentes, configurada a lo largo de la historia (Van Dijk, 2015). Sus detractores sostienen, en cambio, que el lenguaje inclusivo aparece como una moda política en contra del *fluir natural* del lenguaje. Se añade que el lenguaje inclusivo va en contra de la economía lingüística ya que en algunos casos genera frases más largas cuando existen opciones más breves. Se argumenta que como el lenguaje no determina el pensamiento, el lenguaje inclusivo no puede generar cambios en la percepción que se tiene de la mujer o suscitar actitudes más inclusivas, por lo que no se justifica como elemento de lucha (Pinker, 1995). Lakoff (1973) ya había planteado que el cambio social crea el cambio lingüístico, y no al revés.

En el español rioplatense, los morfemas de género en sustantivos plurales animados los identifican como masculinos (-o) o femeninos (-a). El masculino en español también se utiliza tradicionalmente como el género neutro para referirse a colectivos mixtos o para casos en los que se desconoce el género del referente. Frente a ello, se introdujeron nuevas variantes no sexistas para referirse a grupos mixtos, como forma de incluir a todas las personas independientemente de su identificación de género (Bengoechea, 2009, 2011). Las fórmulas inclusivas promovidas en el español son diversas, algunas más acordes al lenguaje oral y otras al escrito, entre ellas la -e y la -x. La primera opción se utiliza tanto en el lenguaje oral como en el escrito, mientras que la segunda es impronunciable y, por lo tanto, se restringe exclusivamente al lenguaje escrito.

Mientras se percibe en cierto modo una revolución en el lenguaje, el inclusivo en español no aparece como una propuesta del todo novedosa. En diferentes idiomas, el lenguaje inclusivo existe hace años. Un caso similar al español es la adopción del pronombre inclusivo *hen* en sueco para sustituir al pronombre masculino *han* para referirse a grupos mixtos. Utilizando un experimento de lectura a ritmo personal, Vergoossen (2019) no encontró diferencias significativas entre las velocidades de lectura del pronombre *hen* en comparación con los pronombres tradicionales *han* y *hon*.

Un segundo ejemplo es la adopción del pronombre *they* en inglés para referirse indistintamente a cualquier género, dejando cada vez más de lado las fórmulas *he* or *she* o *s/he*. MacKay y Fulkerson (1979) y Penfield (1987) sugirieron que el uso del pronombre *they* para referirse a grupos mixtos induce representaciones masculinas. Presentaron a los participantes frases escritas y orales que contenían pronombres genéricos

e inclusivos en inglés y les pidieron que las asociaran con imágenes de mujeres, hombres o grupos mixtos. La mayoría de ellos vinculó el pronombre inclusivo a imágenes de hombres, lo que sugeriría que todavía no desempeña una función verdaderamente inclusiva.

Arnold, Mayo y Dong (2020) comprobaron la incidencia de dos factores en la respuesta al *they* singular: el contexto lingüístico que rodea a la persona a la que se refiere el pronombre *they* y el anuncio explícito del pronombre con el que la persona desea ser nombrada. Se pidió a los participantes que leyeran historias y respondieran preguntas sobre un personaje identificado con los pronombres *they/them*, presentando un contexto de un único personaje o junto con otros dos personajes identificados con los pronombres *she/her* y *he/him*. A la mitad de los participantes se les anunció de antemano los pronombres de cada personaje y a la otra mitad no. Los investigadores descubrieron que los contextos de un solo personaje y la introducción explícita del pronombre del referente suscitan respuestas más acertadas para el *they* singular.

Las investigaciones sobre cambio lingüístico muestran que éste es un fenómeno que depende de una variedad de factores. En el caso específico del lenguaje inclusivo, la variable edad aparece como una variable sociolingüística relevante, ya que éste circula principalmente en redes sociales, manifestaciones públicas, escuelas y ámbitos académicos, todos ellos lugares con un porcentaje de población joven importante. Además, la variable género resulta particularmente relevante dado que el lenguaje inclusivo se originó primeramente en torno a los movimientos feministas, donde las mujeres e identidades no binarias participan activamente. En relación a la variable edad, hay, además, evidencia de que los jóvenes leen más rápido que los adultos (Feld y Sommers, 2009; Hartley, Stojack, Mushaney, Annon y Lee, 1994; Wei y Ma, 2016) y que lideran los cambios lingüísticos (Cheshire, 2005).

Así, las variables género y edad aparecen, de modo general, como posibles predictores del cambio lingüístico. Pero en este caso en particular, se agrega, además que el lenguaje inclusivo circula más entre los jóvenes y que se originó en torno a la lucha de las mujeres por la igualdad. Específicamente en relación a la variable género, la paradoja de Labov (1990) afirma que “mientras en una estratificación sociolingüística estable, los hombres utilizan una mayor frecuencia de formas novedosas que las mujeres, en la mayoría de los cambios lingüísticos, las mujeres utilizan una mayor frecuen-

cia de las formas entrantes” (Labov, 1990, p. 205). Los estudios sobre el pronombre singular *they* en inglés demostraron que las mujeres son menos propensas a adoptarlo como palabra neutra para referirse a grupos mixtos, aunque al mismo tiempo son las que lo interpretan en mayor medida como una opción inclusiva, mientras que es más común que los hombres relacionen el pronombre neutro con interpretaciones masculinas (Fisk, 1985; Hamilton, 1991; Moulton, Robinson y Elias, 1978; Penfield, 1987; Sniezek y Jazwinski, 1986; Stericker, 1981; Switzer, 1990; Wise y Rafferty, 1982).

El objetivo de nuestro estudio fue investigar el procesamiento de oraciones que contienen el morfema masculino *-o* para referirse a grupos mixtos frente a las nuevas formas inclusivas *-e* y *-x*, tomando en consideración las variables edad y género. Puntualmente, nos propusimos responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo procesan los hablantes de español rioplatense las oraciones con morfemas inclusivos? Las hipótesis de este estudio, motivadas en la introducción precedente son:

1. Los tiempos de lectura de las oraciones con los morfemas inclusivos *-e* y *-x* serán mayores que los tiempos de lectura de las oraciones que contienen el morfema masculino *-o*. Dado que el procesamiento de las oraciones no depende exclusivamente de lo que estamos leyendo, sino de lo que ya hemos leído, y dado que el lenguaje inclusivo es un cambio lingüístico reciente, los lectores no han tenido el mismo nivel de exposición. Por lo tanto, el procesamiento descendente tendería a desfavorecer al lenguaje inclusivo (Kintsch, 2005).
2. Los tiempos de lectura de los adultos serán mayores que los de los jóvenes (Feld y Sommers, 2009; Hartley, Stojack, Mushaney, Annon y Lee, 1994; Wei y Ma, 2016).
3. Los participantes jóvenes favorecerán más las variantes inclusivas que los adultos.
4. Las participantes mujeres favorecerán más las variantes inclusivas que los varones.
5. Las oraciones con el morfema inclusivo *-x* se procesarán más lentamente que aquellas con el morfema *-e*, dado que la *-x* genera palabras impronunciables.

Metodología

Para responder a la pregunta de investigación desde la psicolingüística, utilizamos el paradigma de lectura a ritmo personal.

a. Participantes

El experimento se llevó a cabo en 69 participantes hablantes nativos del español rioplatense. El primer grupo se compone de 38 participantes jóvenes de entre 18 y 30 años de edad, de los cuales 23 son mujeres y 15 varones. El segundo grupo se compone de 31 participantes adultos de entre 31 y 60 años, de los cuales 12 son mujeres y 19 varones.

b. Materiales

Se diseñó un conjunto de 36 ítems para presentar a los participantes, 18 ítems experimentales y 18 de control. La Tabla 1 presenta un ítem experimental de muestra. Cada ítem se compone de un breve discurso formado por dos oraciones coherentemente ligadas: la oración 1, idéntica en las tres condiciones, presenta un contexto de tiempo y lugar/hecho, sin ningún sustantivo genérico, ni inclusivo; la oración 2 contiene un sustantivo animado en plural en alguna de las tres condiciones -o, -e, -x, generando tres condiciones.

Tabla 1. Ítem experimental de muestra en las tres condiciones (-o, -e y -x).

Condición	
-o	Estuvo lloviendo toda la mañana. Mis hijos prefieren quedarse en casa.
-e	Estuvo lloviendo toda la mañana. Mis hijes prefieren quedarse en casa.
-x	Estuvo lloviendo toda la mañana. Mis hijxs prefieren quedarse en casa.

Al finalizar la lectura de la oración 2 se presentó una pregunta para responder por “sí” o por “no” referida a las oraciones 1 y 2 para corroborar su comprensión y asegurar que efectivamente los participantes estuvieran leyendo y procesando su significado.

c. Diseño

El experimento siguió un diseño mixto de medidas repetidas, de modo que cada participante fue evaluado en las tres posibles condiciones. La distribución del material se ejecutó siguiendo un cuadrado latino, que permite que cada participante sea expuesto a todos los ítems y a todas las condiciones sin instancias de repetición de las oraciones. Es decir, cada ítem experimental fue presentado a cada participante en una sola condición, de modo que cada sujeto experimental leyó 6 ítems en la condición -o, 6 en la condición -e y 6 en la condición -x, además de los 18 ítems de control. Dado que cada uno de los 18 ítems experimentales

fue presentado a cada participante en una sola condición, todos los ítems en sus tres condiciones fueron evaluados en la totalidad de los participantes. Tanto la condición de la oración 2 de cada ítem experimental, como el orden de aparición de los 36 ítems, fue aleatorio. La mitad de las preguntas de los ítems presentadas a cada participante tenía como respuesta “sí” y la otra mitad “no”. El experimento comenzó con una breve sesión de práctica de cinco ítems de relleno para que los participantes se familiarizaran con la tarea.

En resumen, el experimento examinó la diferencia en los tiempos de lectura de oraciones con sustantivos animados en plural con el morfema masculino -o y los nuevos morfemas inclusivos, -e y -x. El software E-Prime registró el lapso de tiempo en milisegundos desde el momento en el que a los participantes se les presentaba la oración 2 y el momento en que presionaban la barra espaciadora al terminar de leerla para avanzar hacia la pregunta. De este modo, el experimento manipuló la variable independiente intrasujeto “tipo de morfema” (-o, -e, -x) y dos variables independientes intersujeto: “edad” (jóvenes, adultos) y “género” (mujeres, varones). La variable dependiente fue el tiempo en milisegundos de lectura de la oración 2, es decir, la oración en la que se encontraba el masculino genérico o alguna de las dos instancias de morfemas inclusivos.

d. Procedimiento

Cada participante fue evaluado de manera individual y aislada en una única sesión experimental de duración aproximada de diez minutos, a través del software E-Prime, en una computadora con sistema Windows. Las instrucciones en la pantalla de la computadora indicaban: “En este experimento usted va a leer textos compuestos de dos oraciones que serán presentadas una por una. Por favor, lea cada oración tan rápido como pueda, pero asegurándose de entender el significado. Al final de cada par de oraciones deberá contestar una pregunta de comprensión por “sí” o por “no”. Al leer las oraciones mantenga el dedo índice de la mano con la que escribe sobre la barra espaciadora. Use la barra para avanzar a la oración siguiente y contestar “sí”, y la tecla “shift” para contestar “no”. Presione la barra espaciadora para comenzar una sesión de práctica.” Al leer el enunciado y presionar la tecla de la barra espaciadora de la computadora, al participante se le presentaba automáticamente la oración 1 del primer ítem de la sesión de práctica. Luego de leerla debían presionarla nuevamente para avanzar hacia la oración 2, y lo mismo para avanzar hacia la pregunta de comprensión, referida a las dos oraciones presenta-

das anteriormente. Tras contestar la pregunta por “sí”, con la barra espaciadora, o por “no”, con la tecla shift, automáticamente aparecía en pantalla el enunciado “Presione la barra espaciadora para continuar”, y así pasar al ítem siguiente. El procedimiento funcionó de la misma manera para los ítems experimentales como para los ítems de control. Al terminar con los 36 ítems aparecía en pantalla el enunciado “Fin del experimento. Muchas gracias por su participación”, y el programa se cerraba automáticamente.

e. Consideraciones éticas

Este experimento se realizó en conformidad con la Declaración de Helsinki. Se obtuvo el consentimiento informado electrónico de cada participante antes de iniciar el estudio. Los participantes tenían la libertad expresa de retirarse en cualquier momento del experimento sin proporcionar ninguna justificación. Todos los datos de los participantes fueron procesados en forma anónima no siendo posible asociar los datos con las personas que los originaron.

Resultados

La Tabla 2 muestra la media del tiempo de lectura de todos los participantes de la oración 2 en las tres posibles condiciones.

Se realizó un análisis de la varianza (ANOVA) mixto con el ajuste de Bonferroni. Para la realización del ANOVA consideramos únicamente aquellos participantes que hubieran obtenido al menos un 80% de respuestas correctas a la pregunta de comprensión. Con el software SPSS excluimos los datos que se alejaran dos desviaciones estándar de la media de cada participante. El propósito fue replicar los procedimientos estándar en estudios de procesamiento de oraciones y eliminar los factores de distracción que pudieran haber estado presentes en el momento de lectura de la oración 2.

En primer lugar, el ANOVA mixto demostró un efecto principal del tipo de morfema sobre los tiempos de lectura de todos los participantes, tal que las oraciones con morfemas inclusivos (-e y -x) fueron leídas más lentamente que aquellas con el morfema

masculino genérico (-o), $F(2, 130)=23,497, p<0,001$.

En segundo lugar, el ANOVA reveló un efecto principal de la edad de los participantes sobre los tiempos de lectura de la oración 2, $F(1, 65)=22,976, p<0,001$, de modo que los jóvenes leyeron todas las condiciones más rápido que los adultos. Sin embargo, no fue un efecto derivado de una condición específica, ya que la interacción entre la variable edad y condición no fue significativa, $F(2, 130)=0,451, n.s.$

Por último, el ANOVA demostró que no hay un efecto principal de la variable género sobre el tiempo de lectura de la oración 2 de los participantes, $F(1, 65)=0,034, n.s.$, de modo que mujeres y varones leyeron todas las oraciones de manera similar. Tampoco fue significativa la interacción entre el género y la condición de la oración 2, $F(2, 130)=0,591, n.s.$ El patrón en los tiempos de lectura fue el mismo al interior de ambos grupos, siendo más veloz la opción genérica que las dos inclusivas.

El test de comparación por pares con el ajuste de Bonferroni indicó: (a) una diferencia significativa entre los tiempos de lectura de la oración 2 en la condición -o ($M=2079,5, DT=652,13$) y la condición -e ($M=2651,623, DT=880,49$): $t(130)=6,12, p<0,001$; (b) una diferencia significativa entre los tiempos de lectura de la oración 2 en la condición -o ($M=2079,5, DT=652,13$) y la condición -x ($M=2547,788, DT=866,49$): $t(130)=5,54, p<0,001$; (c) la diferencia entre los tiempos de lectura de la oración 2 en la condición -e ($M=2651,623, DT=880,49$) y la condición -x ($M=2547,788, DT=866,49$): $t(130)=0,909$, no alcanzó a ser significativa.

Discusión

La investigación realizada tuvo como objetivo explorar el procesamiento de oraciones con lenguaje inclusivo. A continuación, regresaremos a las hipótesis planteadas en función de los resultados obtenidos para verificar, puntualmente, si pudieron o no ser confirmadas. Pondremos en contexto estos resultados, plantearemos posibles interpretaciones y propondremos finalmente futuras posibles investigaciones para contrastar los resultados obtenidos.

Tabla 2. Media de tiempos de lectura de la oración 2 en milisegundos en sus tres condiciones

Condición	Todos los participantes	Jóvenes	Adultos	Mujeres	Varones
-o	2080	1788	2414	2060	2141
-e	2652	2261	3042	2697	2605
-x	2548	2197	2950	2610	2537

Los datos dieron sustento a la hipótesis 1 dado que las oraciones con los morfemas inclusivos *-e* y *-x* fueron leídas con más lentitud que aquellas con la *-o* masculina genérica. Los mayores tiempos de lectura de las oraciones con lenguaje inclusivo pueden deberse a diversos factores: una menor exposición a los morfemas inclusivos cuya circulación es reciente, el vínculo del lenguaje inclusivo con posiciones que rivalizan con convenciones de la sociedad argentina fuertemente arraigadas, la interpretación de los morfemas inclusivos como un error ortográfico, o simplemente, que estas formas son todavía procesadas como una anomalía. Estos resultados difieren de los del estudio de Vergoossen (2015) sobre la utilización del *hen* inclusivo en sueco, que es procesado de manera similar a las opciones genéricas *han* y *hon*. También se diferencian de los resultados de Arnold, Mayo y Dong (2020) sobre el uso del pronombre singular *they* en inglés.

La hipótesis 2 quedó también comprobada dado que los tiempos de lectura de los adultos fueron mayores en todas las condiciones. La confirmación de esta hipótesis, aunque refleja un fenómeno conocido, tiene valor en tanto manifiesta la validez externa y solidez de los resultados obtenidos. Los adultos leyeron todas las oraciones más lentamente que los jóvenes, replicando un resultado del procesamiento de oraciones en general, independientemente del fenómeno de cambio lingüístico e independientemente también de la lengua en cuestión.

Los resultados menos esperados y tal vez por ello más destacados y relevantes para el análisis son, sin embargo, los referentes a las hipótesis 3, 4 y 5. Ninguna de estas hipótesis encontró comprobación en este experimento.

La hipótesis 3 que predecía una ventaja para los jóvenes en el procesamiento de las oraciones con morfemas inclusivos no se comprobó. Los jóvenes leyeron más rápido todas las oraciones, como se acaba de mencionar respecto de la hipótesis 2, pero no leyeron más rápido las oraciones con lenguaje inclusivo en particular. Los jóvenes y los adultos procesan el lenguaje inclusivo de modo similar. Este resultado sugiere que una mayor exposición a formas nuevas no determina necesariamente cómo será su procesamiento.

De modo similar, la hipótesis 4 que predecía una ventaja para las mujeres en el procesamiento del lenguaje inclusivo no se comprobó. Los tiempos de lectura no fueron significativamente influenciados por la variable género. El género de los participantes tampoco afectó el procesamiento de las oraciones genéricas

en relación a las inclusivas, sino que, contrariamente a nuestra cuarta hipótesis, mujeres y varones las procesaron de manera similar. Aunque que las mujeres lideren el movimiento feminista en donde se originó y sean quienes adoptan las nuevas formas en la mayoría de los cambios lingüísticos (Labov, 1990), esto no se tradujo en una mayor facilidad en el procesamiento del lenguaje inclusivo.

Respecto a nuestra hipótesis 5, no se encontraron diferencias significativas entre los tiempos de lectura de las oraciones que contienen los nuevos morfemas inclusivos *-e* y *-x*. Sin embargo, hubo una leve ventaja, que en nuestro experimento no alcanzó niveles de significatividad estadística, a favor de la *-x*. La interpretación de esta leve ventaja queda abierta a futuras investigaciones. Sin embargo, es posible que la *-e* pudiera confundirse en un primer momento con cualquier otra palabra que sea fonotáctica y ortográficamente aceptable mientras que la *-x* no. Tal vez, en ese sentido, la identificación del morfema inclusivo *-x* entre menos en conflicto que la *-e* con los procesos de lectura habituales en español. La *-x*, al trasgredir de forma manifiesta una regla ortográfica del español, evidencia que se trata de una palabra inclusiva, sin que se presente la posibilidad de confundirla con otra. En relación a ello, un futuro estudio debería incorporar una cuarta condición con un error ortográfico (por ejemplo, *-p*, *hijps*) para despejar la cuestión. De todas maneras, la ventaja de la *-x* permite hipotetizar que tal vez sea ésta y no la *-e* la variante que podría transformarse en el estándar inclusivo en el español escrito.

Este estudio muestra que, independientemente del uso, el procesamiento del lenguaje inclusivo no discrimina ni por edad, ni por género. Nuestros resultados muestran que el lenguaje inclusivo es aún procesado con mayor dificultad que el masculino genérico tanto por varones como por mujeres, por jóvenes y adultos. Sin embargo, este mayor costo de procesamiento es compatible con dos interpretaciones que ameritarán nuevos estudios: (1) la incorporación de morfemas inclusivos no refleja un cambio lingüístico natural y por ese motivo se procesa con mayor lentitud; o (2) el lenguaje inclusivo se encuentra en etapas muy iniciales y por ese motivo genera una demora en el procesamiento. Para dirimir esta cuestión será necesario evaluar el procesamiento de oraciones con lenguaje inclusivo a lo largo del tiempo. La historia de las lenguas muestra que algunos cambios perduran y otros no. Si las formas inclusivas llegan a formar parte verdaderamente de la gramática mental de los lectores, esto se refle-

jará en los tiempos de lectura. Futuros estudios, con un mayor número y variedad de hispanohablantes podrán determinar la suerte del lenguaje inclusivo en español. En el corte sincrónico y parcial que refleja este estudio, las formas inclusivas generan una demora en el procesamiento de oraciones.

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

Referencias bibliográficas

- Arnold, J., Mayo, H. y Dong, L. (2020). *Personal pronouns matter: Singular they understood better after explicit introduction* [presentación en congreso]. 33ª Conferencia Anual de CUNY Human Sentence Processing, UMass Amherst, Massachusetts (Estados Unidos).
- Bengoechea, M. (2009). Sexismo (y economía lingüística) en el lenguaje de las noticias: Inercias e incorporaciones igualitarias. En P. Fernández Martínez e I. Blanco Alfonso (Eds.). *Lengua y televisión*, 32-62. Fragua.
- Bengoechea, M. (2011). Non-sexist Spanish policies: An attempt bound to fail? *Routledge, Taylor & Francis Group*, 12(1), 35-53. <https://doi.org/10.1080/14664208.2010.541389>.
- Crawford, M. y Gentry, M. (1989). *Gender and thought: Psychological perspectives*. Springer-Verlag.
- Cheshire, J. (2005). Syntactic variation and beyond: Gender and social class variation in the use of discourse-new markers. *Journal of Sociolinguistics* (9), 479-508. <https://doi.org/10.1111/j.1360-6441.2005.00303.x>.
- Feld, J. E. y Sommers, M. S. (2009). Lipreading, processing speed and working memory in younger and older adults. *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, 52(6), 1555-1565. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2009/08-0137\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2009/08-0137)).
- Ferreira, S. (2020). *Registro nacional de femicidios del observatorio MuMaLá*. Libres del Sur. <http://libresdelsur.org.ar/noticias/registro-nacional-de-femicidios-del-observatorio-mumala/>.
- Fisk, W. R. (1985). Responses to "neutral" pronoun presentations and the development of sex-biased responding. *Developmental Psychology*, 21(3), 481-485. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.21.3.481>.
- Gaffoglio, L. (2019). *Arturo Pérez-Reverte: "Estoy a favor del lenguaje inclusivo pero otra cosa es la estupidez de decir 'todes'"*. Infobae. <https://www.infobae.com/america/cultura-america/2019/04/28/arturo-perez-reverte-hoy-el-hombre-esta-agotado-como-limon-de-paella-ya-se-ha-escrito-to-do-sobre-el/>.
- Hamilton, M. C. (1991). Masculine bias in the attribution of personhood: People = male, male = people. *Psychology of Women Quarterly*, 15(3), 393-402. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1991.tb00415.x>.
- Hartley, J. T., Stojack, C. C., Mushaney, T. J., Annon, T. A. K. y Lee, D. W. (1994). Reading speed and prose memory in older and younger adults. *Psychology and Aging*, 9(2), 216-223. <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.9.2.216>.
- Kintsch, W. (2005). An overview of top-down and bottom-up effects in comprehension: The CI perspective, discourse processes. *Routledge, Taylor & Francis Group*, 39(2-3), 125-128. <https://doi.org/10.1080/0163853X.2005.9651676>.
- Labov, W. (1990). The intersection of sex and social class in the course of linguistic change. *Language Variation and Change*, 2(2), 205-254. <https://doi.org/10.1017/S0954394500000338>.
- Labov, W. (2001). *Principles of linguistic change, volume II: Social factors*. Nueva Jersey: Wiley-Blackwell.
- Lakoff, R. (1973). Language and Woman's Place. *Language in Society*, 2(1), 45-80.
- MacKay, D. G. y Fulkerson, D. C. (1979). On the comprehension and production of pronouns. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 18(6), 661-673. <http://mackay.bol.ucla.edu/1979%20Pronouns%201979%20jvlyb.pdf>.
- Moulton, J., Robinson, G. M. y Elias, C. (1978). Sex bias in language use: "Neutral" pronouns that aren't. *American Psychologist*, 33(11), 1032-1036. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.33.11.1032>.
- Penfield, J. (1987). *Women and language in transition*. State University of New York Press.
- Pinker, S. (1995). *El instinto del lenguaje*. Alianza.
- Sniezek, J. A. y Jazwinski, C. H. (1986). Gender bias in english: In search of fair language. *Journal of Applied Social Psychology*, 16(7), 642-662. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1986.tb01165.x>.
- Stericker, A. (1981). Does this "he or she" business really make a difference? The effect of masculine pronouns as generics on job attitudes. *Sex Roles*, 7(6), 637-641. <https://doi.org/10.1007/BF00291751>.
- Switzer, J. Y. (1990). The impact of generic word choices: An empirical investigation of age- and sex-related differences. *Sex Roles*, 22(1-2), 69-82. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00288155>.
- Van Dijk, T. A. (2015). Critical discourse studies: A Sociocognitive approach. En R. Wodak & M. Meyer (eds.). *Methods of critical discourse studies*, 62-85. Sage.
- Vergoossen, H.P. (2019, 7 de marzo). *Cognitive demands of gender-neutral language: The new genderless pronoun in the Swedish language and its effect on reading speed and memory* [presentación en congreso]. 3ra Convención Internacional de Ciencias Psicológicas. Palais des Congrès Paris, París (Francia).
- Wei, C. y Ma, M. (2016). Influences of visual attention and reading time on children and adults, reading & writing quarterly. *Routledge, Taylor & Francis Group*, 33(2), 97-108. <https://doi.org/10.1080/10573569.2015.1092100>.
- Wise, E. y Rafferty, J. (1982). Sex bias and language. *Sex Roles*, 8(12), 1189-1196. <https://doi.org/10.1007/BF00287945>.

Tercer Consenso Argentino sobre el manejo de los Trastornos Bipolares. Segunda Parte A: Tratamiento integral de los trastornos bipolares en el adulto

Third Argentine Consensus statement on management Bipolar Disorders. Section 2 A: Comprehensive treatment of the bipolar disorders in adults

Marcelo Cetkovich-Bakmas¹, Andrea Abadi², Sebastián Camino³, Gerardo García Bonetto⁴, Luis Herbst⁵, Eliana Marengo⁶, Fernando Torrente⁷, Tomás Maresca⁸, Julián Bustin⁹, Carlos Morra¹⁰, Ricardo Corral¹¹, Daniel Sotelo¹², Sergio Strejilevich¹³, Julián Pessio¹⁴, Juan José Vilapriño¹⁵, Manuel Vilapriño¹⁶, Gustavo Vázquez¹⁷, Alejo Corrales¹⁸

<https://doi.org/10.53680/vertex.v34i159.367>

Resumen

Este documento corresponde a la segunda parte del Tercer Consenso Argentino sobre el manejo de los trastornos bipolares, enfocada en sintetizar la evidencia actualizada sobre los abordajes terapéuticos de esta patología en los pacientes adultos. Siguiendo la metodología descrita en la primera 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 generó esta sección A del segundo documento que abarca el tratamiento integral de las personas adultas que padecen este trastorno. Durante la etapa de debate y discusión de estas guías, se decidió incorporar algunos puntos que estimamos serán de gran utilidad para el equipo interdisciplinario encargado del manejo de pacientes con trastornos bipolares. En tal sentido, en la sección A

RECIBIDO 12/12/2022 - ACEPTADO 20/02/2022

¹Investigador del Instituto de Neurociencias Cognitivas y Traslacionales (INCYT), CONICET-Fundación INECO-Universidad Favaloro. Buenos Aires, Argentina.

²Directora del Departamento de Psiquiatría infanto-juvenil de INECO. Docente de la Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina.

³Área Asistencia e Investigación en Trastornos del Ánimo. Hospital "Braulio A. Moyano", Buenos Aires, Argentina.

⁴Director GCPS.A. Investigaciones Clínicas, Instituto Médico DAMIC, Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, Córdoba, Argentina.

⁵Médico psiquiatra. Buenos Aires, Argentina.

⁶Área Asistencia e Investigación en Trastornos del Ánimo. Directora de área PRYMA.

⁷Investigador del Instituto de Neurociencias Cognitivas y Traslacionales (INCYT), CONICET-Fundación INECO-Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina.

⁸Presidente de la Asociación Argentina de Psiquiatría Biológica (AAPB).

⁹Institute of Cognitive and Translational Neurosciences (INCYT), Fundación INECO-Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina.

¹⁰Director del posgrado de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Córdoba, Argentina.

¹¹Director de la Fundación para el Estudio y Tratamiento de las Enfermedades Mentales (FETEM). Jefe de Docencia e Investigación del Hospital de Salud Mental "J. T. Borda". Profesor de Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Presidente de la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP). Buenos Aires, Argentina.

¹²Magíster en Psiconeurofarmacología. Área de Neurociencias, Centro Médico Luquez. Córdoba, Argentina.

¹³Área, Asistencia e Investigación en Trastornos del Ánimo. Presidente del Capítulo Argentino de ISBD.

¹⁴Departamento de Psiquiatría de Instituto de Neurología INECO Cognitiva. Profesor de la Universidad Favaloro. Buenos Aires, Argentina.

¹⁵Profesor adjunto de Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo (UNCUYO), Director médico de la Clínica Del Prado. Mendoza, Argentina.

¹⁶Presidente de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).

¹⁷Department of Psychiatry, School of Medicine, Queen's University. Kingston, Ontario, Canada.

¹⁸Magíster 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.

Autor correspondiente:

Alejo Corrales

alejocorrales@hotmail.com

Lugar de realización del estudio: Asociación Argentina de Psiquiatría Biológica.



de la segunda parte de este documento, se podrán encontrar las recomendaciones generales para el uso de las guías de tratamiento, los niveles de evidencia disponibles para sustentar las recomendaciones, las consideraciones generales del tratamiento de los trastornos bipolares, el fenómeno de pseudorresistencia y adherencia al tratamiento, las consideraciones generales sobre el abordaje psicológico, así como el tratamiento a largo plazo de los trastornos bipolares.

Palabras clave: Trastornos bipolares - Guías basadas en la evidencia - Consenso de expertos - Estabilizadores del ánimo - Litio - Antidepresivos - Antipsicóticos.

Abstract

This document constitutes the second section A of the Third Argentine Consensus on the Management of Bipolar Disorders, focused on synthesizing the most updated evidence on therapeutic approaches for adult patients. The aim of this section (2A) is to provide therapeutic recommendations for managing bipolar disorders in adults. In addition, the scope of this current manuscript outlines recommendations on the use of treatment guidelines, levels of evidence available to support these recommendations, general considerations for the treatment of bipolar disorders, the so-called pseudoresistance and adherence to treatment, general considerations on psychological therapies, as well as long term treatment of bipolar disorders.

Keywords: Bipolar disorders - Evidence base guidelines - Experts consensus - Mood stabilizers - Antidepressants - Antipsychotics.

Consideraciones generales acerca de los Trastornos Bipolares (TB)

Los TB son enfermedades recurrentes, incapacitantes y potencialmente letales que, en forma general, comienzan temprano en la vida. De este modo, su diagnóstico plantea múltiples desafíos en el momento de iniciar el tratamiento de un paciente, tanto en el primer episodio como en los subsiguientes (Thase, 2006).

Los síntomas suelen tener un gran impacto sobre el funcionamiento, el trabajo, las aspiraciones educativas y la calidad de vida de los pacientes, y pueden elevar de un modo sustancial el riesgo de suicidio, especialmente durante los episodios depresivos con o sin características mixtas (Culpepper, 2014).

En este contexto, los episodios iniciales de depresión suelen ser mal diagnosticados, lo que puede retrasar el inicio del tratamiento y eventualmente aumentar la probabilidad de que las intervenciones farmacoterapéuticas se basen solo en la prescripción de antidepresivos (Thase, 2006).

Es preciso, entonces, establecer que para instaurar un tratamiento efectivo desde el comienzo se debe abordar al paciente de una manera multidimensional, pudiendo contemplar o incluir variadas modalidades terapéuticas, como el tratamiento psicofarmacológico, las psicoterapias individuales y grupales, la psicoeducación, las intervenciones familiares y sociales, la mejora de los hábitos de vida e incluso algunas técnicas somá-

ticas (esto es, la estimulación cerebral profunda, la estimulación magnética transcraneal, la estimulación del nervio vago o el electroshock), teniendo siempre presentes los grados de evidencia de la eficacia de cada una de ellas (McAllister-Williams et al., 2020).

En el momento de organizar inicialmente el abordaje del paciente es necesario contemplar que existe un elevado porcentaje de abandonos del tratamiento, y que este no se circunscribe únicamente a las aproximaciones farmacoterapéuticas sino que también puede hacerse extensivo a todas las modalidades implementadas. Por lo tanto, es preciso reforzar todas aquellas medidas tendientes a consolidar una adecuada adherencia al tratamiento, como es el caso de las entrevistas con los familiares (o, en su defecto, con los cuidadores del paciente) o los monitoreos terapéuticos de fármacos (Chakrabarti, 2016).

En resumen, antes de iniciar el tratamiento de un paciente diagnosticado con TB, es necesario considerar que:

1. Esta enfermedad suele tener un origen multicausal, que incluye aspectos genéticos, epigenéticos, neurobiológicos, psicológicos y ambientales. Por tanto, es necesario instrumentar un tratamiento que contemple e incluya a esta diversidad de factores y que se dirija a corregir o, cuando menos, a reducir el impacto funcional de la inestabilidad de ánimo/humor.

2. La selección de los tratamientos debe fundamentarse en aquellos que dispongan de evidencia, y que resulten eficaces no solo en tratar los episodios agudos sino también en el mantenimiento a largo plazo y en la prevención de recurrencias. De tal forma, es sumamente importante evaluar y considerar tanto el perfil de las comorbilidades clínicas como el perfil de los eventos adversos del tratamiento y las preferencias de los pacientes con el fin último de reducir el riesgo de abandono.
3. Para evaluar las modificaciones del estado del ánimo de manera retrospectiva, se sugiere enfáticamente la utilización de herramientas de registro del estado de ánimo, como los diarios del humor (en inglés, *mood charts*). La desestimación de estos instrumentos puede impactar en la eficacia de las intervenciones terapéuticas e impedir que se alcancen los mejores resultados posibles.
4. Esta patología está vinculada con un elevado índice de comorbilidades médicas –en especial, psiquiátricas–, que se han descrito hasta en el 70 % de los pacientes (Keck et al., 2006). A este respecto, es posible mencionar que debido a la importancia y a la severidad de las manifestaciones sintomáticas del TB, se sugiere abordar generalmente su tratamiento de manera prioritaria por sobre las demás comorbilidades, con excepción de aquellas que, como el abuso de sustancias, puedan ser tratadas de manera simultánea. Asimismo, es de importancia subrayar que muchas de las comorbilidades pueden modificar la historia natural de la enfermedad, su respuesta al tratamiento y su pronóstico. Sin embargo, en ocasiones, el tratamiento del TB suele mejorar las enfermedades comórbidas.
5. Si bien el objetivo ha sido históricamente lograr la estabilidad anímica, conviene aclarar que, con base en el adelanto de las investigaciones y del conocimiento, actualmente la finalidad del tratamiento es la recuperación funcional de los pacientes. Dicho de otro modo, lo deseable es alcanzar, dentro de lo posible, el mismo nivel de funcionamiento previo a la aparición de los síntomas. Por lo tanto, todas las estrategias terapéuticas deben dirigirse a alcanzar esa meta.
6. El tratamiento farmacoterapéutico de la enfermedad puede asociarse a un incremento de manifestaciones clínicas generales, por lo que resulta necesario establecer, desde el inicio, una adecuada supervisión médica acompañada de exámenes periódicos de laboratorio. Adicionalmente, se debe tener en cuenta que, en ocasiones, los controles

bioquímicos necesarios para realizar los monitoreos de seguridad del tratamiento psicofarmacológico pueden ser específicos para los principios activos de los medicamentos indicados.

7. El tratamiento integral de esta patología generalmente incluye recursos psicoterapéuticos, los que deben contar con evidencia positiva de eficacia en el marco del diagnóstico. Conjuntamente, se pueden incorporar distintas estrategias terapéuticas como los grupos de apoyo y la psicoeducación, entre otras.

Recomendaciones generales para el uso de las guías

1. Evaluación clínica necesaria antes del inicio del tratamiento

Para llevar a cabo las recomendaciones de este Consenso es indispensable una adecuada evaluación psiquiátrica del paciente que conduzca a:

- Establecer o corroborar el diagnóstico de los TB y determinar el tipo.
- Establecer el tipo de episodio afectivo en curso (maníaco, hipomaníaco o depresivo) y la fase en la cual se pone en marcha el tratamiento.
- Definir la gravedad del cuadro, así como sus especificadores. Para esto, es necesario poner particular atención en la pesquisa de signos y síntomas del polo opuesto con el fin de confirmar la presencia de especificador mixto.
- Contextualizar el estado actual en un marco evolutivo, estableciendo antecedentes de viraje, frecuencia, tipo de ciclado y progreso general del cuadro.
- Realizar un análisis detallado de los antecedentes de los tratamientos llevados a cabo, donde se incluya el tipo de respuesta y/o la aparición de efectos adversos.
- Detectar la presencia de comorbilidades, tanto clínicas como psiquiátricas, en especial el abuso de sustancias.
- Evaluar las particularidades del *insight* del paciente, su conciencia respecto de la enfermedad y las características del cumplimiento de los tratamientos con el fin de valorar el grado de adherencia.
- Indicar una evaluación médica y bioquímica completa de acuerdo con las singularidades de cada persona diagnosticada.

2. Inicio del tratamiento

Las recomendaciones de este Consenso deben ser entendidas como esquemas de inicio (es decir, están dirigidas a pacientes que no se encuentran en trata-

miento en el momento de su instauración). En el caso de que ya se encuentren en tratamiento y estén cursando alguno de los episodios enumerados, la primera medida será optimizar el esquema terapéutico (esto es, evaluar si el régimen es acorde con las características del episodio, verificar que las dosis indicadas sean las adecuadas y corroborar que el paciente cumpla con el tratamiento). De lo contrario, se debe proceder a la modificación de ese esquema.

3. Fases evolutivas de los TB

Los TB son patologías crónicas sumamente heterogéneas, tanto en su presentación como en su curso evolutivo. Como se mencionó, antes del inicio de alguno de los tratamientos recomendados en este Consenso, es necesario establecer el tipo de episodio y su momento evolutivo. Estas guías concentran sus recomendaciones en dos fases particulares de la enfermedad: a) los episodios agudos; y b) el tratamiento de mantenimiento.

Pseudorresistencia en los TB

1. Definición

La pseudorresistencia consiste en la aparente falta de respuesta al tratamiento (Fekadu et al., 2018). Por un lado, puede ocurrir porque el diagnóstico es incorrecto, el medicamento prescrito es inapropiado, o bien, la dosis o la duración de su prescripción son insuficientes. Por otra parte, puede estar vinculada con la falta de adherencia. No obstante, también se la ha relacionado con la presencia de eventos medioambientales estresantes, así como con factores farmacocinéticos que afectan la biodisponibilidad del principio activo utilizado (tales como ciertas interacciones que modifican la actividad del citocromo P450). En algunas oportunidades, los efectos adversos farmacológicos enmascaran la respuesta clínica (por ejemplo, apatía por antipsicóticos) o empeoran el curso del desorden bipolar (por ejemplo, inestabilidad anímica en el contexto del hipotiroidismo producido por el uso del litio). Como se verá más adelante, las comorbilidades –tanto psiquiátricas como no psiquiátricas, pero especialmente las cardiometabólicas– pueden impactar negativamente sobre el curso del TB, generando una aparente falta de respuesta al tratamiento estabilizante del humor.

2. Adherencia en los TB

La falta de adherencia a la medicación es uno de los mayores retos en el manejo terapéutico de las enfermedades mentales graves, incluidos el TB y la esquizofrenia (Inoue et al., 2021).

La definición más aceptada de adherencia al tratamiento es la propuesta por la OMS, que la especifica como el grado en que la conducta de una persona se corresponde con las recomendaciones del agente de salud (WHO, 2003). Este término puede referirse a la administración de un fármaco, al cambio de un hábito de vida e incluso a la participación activa en el contexto de un tratamiento psicológico. Esta definición implica un compromiso activo por parte del paciente en el tratamiento, lo que la diferencia del mero cumplimiento.

Respecto de los TB, se estima que menos de la mitad de los pacientes adhieren plenamente al tratamiento farmacológico (Levin et al., 2016). Además, la falta de adherencia rara vez es un fenómeno del tipo “todo o nada”, sino que los pacientes habitualmente muestran una adherencia “parcial” o “intermitente” que cambia con el tiempo (Julius et al., 2009; Vieta et al., 2012). En un metaanálisis reciente sobre enfermedades mentales graves –que incluyó 73.250 personas con TB–, la tasa de no adherencia fue del 44 %, algo menor a la de la esquizofrenia (56 %) y a la que se verifica en el tratamiento del trastorno depresivo mayor (50 %) (Semahegn et al., 2020).

Conocer con mayor profundidad las consecuencias de la mala adherencia a la medicación debería motivar a los profesionales a investigarla y combatirla. En este sentido, se la ha asociado no solo con un aumento de las recaídas, del suicidio y de los intentos de suicidio, sino también con un mayor número de internaciones, con un aumento de costos indirectos –principalmente por ausencia laboral–, con problemas de vivienda y hasta con mayores inconvenientes con la ley (Bauer et al., 2019; Levin et al., 2016). La discontinuación abrupta del litio se asocia con más recaídas maníacas y depresivas que la discontinuación gradual y que no haber hecho ningún tratamiento (Baldessarini et al., 1999). Así, los síntomas ocasionados por la interrupción de la administración de los medicamentos podrían, al menos en parte, explicar el aumento de sus apariciones en pacientes no adherentes (Levin et al., 2016).

En ocasiones, suele ser difícil diferenciar la adherencia inadecuada de la falta de respuesta terapéutica (Velligan et al., 2009). La falta de reconocimiento de un escaso cumplimiento del paciente respecto de las pautas sobre su medicación puede conducir al uso de dosis más altas, al cambio de fármacos e inclusive a implementar regímenes de tratamiento cada vez más complejos, lo que, en definitiva, termina por comprometer la adherencia aún más (Bauer et al., 2019).

Debido a que la adherencia es a la vez un fenómeno complejo y un factor cardinal para obtener los

mejores resultados en el tratamiento de los TB, es importante comprender qué aspectos del paciente, del tratamiento, del proveedor de atención médica y/o del contexto socioambiental tienen mayor impacto y, de esta manera, poder diseñar intervenciones adecuadas para cada individuo diagnosticado (Leclerc et al., 2013). En la *Tabla 1* se enumeran algunos de los factores relacionados con la falta de adherencia farmacológica reportados en la mayoría de los estudios.

Existen diversos métodos para detectar la falta de adherencia a la medicación, y cada uno de ellos cuenta con sus propias limitaciones y dificultades. Por un lado, los métodos directos incluyen el recuento de comprimidos remanentes, el uso de pastilleros electrónicos, la determinación de niveles plasmáticos de principios activos (o sus metabolitos) y, finalmente, el retiro de medicamentos en países que cuentan con

sistemas centralizados de farmacias. Por otro lado, los métodos indirectos consisten en reportes de pacientes, uso de cuestionarios autoadministrados y entrevistas, tanto a los individuos diagnosticados como a sus allegados (Leclerc et al., 2013). Sin embargo, la opción más fiable suele ser la combinación del estudio de los niveles plasmáticos (de sustancias tales como el litio, ácido valproico, carbamazepina, etc.) con métodos indirectos (como los reportes mediante diversas escalas o la entrevista con el paciente y las personas cercanas) (Berk et al., 2010).

Mejorar la adherencia es un desafío clínico complejo, no solo debido a la dificultad para identificarla sino también a la cantidad de factores de riesgo que se deben considerar y a los resultados contradictorios que han evidenciado diversos estudios específicamente diseñados para optimizarla (Berk et al., 2010; Loots

Tabla 1. Factores vinculados con la falta de adherencia farmacoterapéutica

Factores del paciente	Demográficos ^a (varón ^b , joven, soltero, vivir solo).
	Relacionados con el TB (edad temprana de inicio ^c , diagnóstico reciente ^c , tendencia a recaída maníaca o episodios mixtos, ciclado rápido).
	Escasa conciencia de la enfermedad.
	Disfunción cognitiva (principalmente disfunción ejecutiva).
	Autoestigma.
	Falta de conocimiento sobre el curso de la enfermedad y la necesidad de tratamiento, incluso estando asintomático.
	Creencia de no necesitar medicamentos si no presenta síntomas o que el TB no requiere fármacos.
	Preocupaciones sobre efectos adversos.
	Creencia de que los medicamentos no funcionarán.
	Temor a hacerse dependiente de los medicamentos.
	Creencia de que no es natural o saludable tomar medicamentos para mantener el ánimo estable.
	Comorbilidad con abuso de sustancias (especialmente alcohol), ansiedad y trastorno de la personalidad.
Factores del tratamiento	Reacciones adversas a medicamentos (aumento de peso, deterioro cognitivo, síntomas depresivos, sedación, disfunción sexual, fatiga, disfunción cognitiva, efectos adversos motores, efectos adversos hormonales).
	Altos costos o dificultad para pagar el tratamiento.
	Polifarmacia, esquemas terapéuticos complejos, varias tomas de medicación al día.
	Falta de eficacia o empeoramiento de síntomas.
	Tipo de medicación (peores tasas de adherencia en antidepresivos y antipsicóticos típicos).
Factores del profesional	Mala relación médico-paciente.
	Prescripciones poco claras.
	Ausencia de toma de decisiones junto al paciente.
Factores socioambientales	Bajo soporte social.
	Nivel educacional bajo ^c .
	Familiares o allegados que desalienten el uso de medicación.
	Sistema de salud poco accesible (pocos profesionales, dificultad en el transporte).

Nota. ^aCuando es significativa, la relación entre factores demográficos y adherencia es débil. ^bResultados contradictorios en algunos estudios y, en otros, las mujeres tienen menos adherencia. ^cResultados contradictorios en algunos estudios (Leclerc et al., 2013; Levin et al., 2016; Prajapati et al., 2021).

et al., 2021). La psicoeducación, las entrevistas motivacionales, los incentivos financieros, las estrategias de tratamiento cognitivo-conductual, las intervenciones familiares y diferentes combinaciones de estas técnicas pueden ser eficaces para mejorar la adherencia farmacoterapéutica en el TB (Levin et al., 2016; Loots et al., 2021).

Las intervenciones más eficaces comprenden técnicas de psicoeducación que tienen en cuenta las creencias y los conocimientos de los pacientes afectados por esta enfermedad, en especial aquellas que son breves y están exclusivamente destinadas a mejorar la adherencia (MacDonald et al., 2016). A continuación se discuten las recomendaciones más importantes vinculadas con esta variable.

- Recordar la importancia y la alta prevalencia de la falta de adherencia.
- Tener en cuenta que los agentes de salud tienden a sobrestimar la adherencia a la medicación (Chauhan et al., 2022; Osterberg y Blaschke, 2005).
- Establecer una buena alianza terapéutica que permita crear con el paciente un ámbito donde se puedan discutir libremente cuestiones relacionadas a la adherencia (Chakrabarti, 2018).
- Reconocer actitudes del paciente hacia la medicación y hacia la enfermedad que puedan atentar contra la adherencia al tratamiento.
- Establecer, junto al paciente, una rutina sobre cómo, cuándo y dónde debe tomar la medicación.
- Incluir a familiares o allegados en el monitoreo de la adherencia al tratamiento.
- Tratar de simplificar lo máximo posible los esquemas de administración de los medicamentos.
- En los pacientes con problemas cognitivos podría ser útil implementar el uso de pastilleros (Leclerc et al., 2013; Levin et al., 2016).

Abordaje psicológico de los TB

En los últimos años se ha expandido la base respecto de la evidencia para la inclusión de intervenciones psicoterapéuticas como parte del tratamiento integral de los TB. En este sentido, desde la publicación del Segundo Consenso Argentino sobre el Tratamiento de los TB (Strejilevich et al., 2010) se incrementó ampliamente el número de estudios controlados y aleatorizados sobre la eficacia de los procedimientos psicológicos vinculados con el tratamiento farmacológico. Además, este crecimiento se ha visto reflejado en la publicación de nuevos metaanálisis que sintetizan la evidencia de estas intervenciones en el abordaje de las diferentes fases de la enfermedad (Oud et al., 2016; MacDonald et al., 2016; Ye et al., 2016; Chiang et al., 2017; Chatterton et al., 2017; Chu et al., 2018; Xuan et al., 2020; Miklowitz et al., 2021; Yilmaz et al., 2022).

En todos los casos, se trata de intervenciones psicológicas concretamente diseñadas para el abordaje del TB y son administradas simultáneamente con el

tratamiento farmacológico de base. Del conjunto de las revisiones se desprende que existe evidencia consistente sobre los efectos beneficiosos de las intervenciones psicológicas específicas para reducir las recurrencias y mejorar la estabilidad de los pacientes a largo plazo. A este respecto, el tratamiento psicológico con base en la psicoeducación y en el desarrollo de estrategias activas de afrontamiento puede considerarse un componente basado en la evidencia que otorga efectos aditivos al tratamiento farmacológico y debe considerarse su indicación toda vez que sea posible. Sin embargo, en el caso de las fases agudas, la evidencia sobre la utilidad de las intervenciones psicoterapéuticas es menos consistente y sus beneficios se focalizan mayormente en la estabilización de la sintomatología residual interepisódica.

En las secciones correspondientes a cada fase del tratamiento se discutirán particularmente los hallazgos de las diferentes revisiones y se formularán las recomendaciones pertinentes.

Niveles de evidencia y de recomendación

Hasta el presente, y con base en los resultados de las investigaciones de las diferentes aproximaciones farmacoterapéuticas utilizadas para el tratamiento del TB, en estas guías se ha consensado una clasificación que justifica su rigor en la evidencia publicada. Por ejemplo, en la *Tabla 2*, se especifica en cada nivel el tamaño mínimo de las muestras de los ensayos clínicos aleatorizados y controlados (RCT, por sus siglas en inglés) (*ver Tabla 2*).

La clasificación final de las recomendaciones en primera, segunda o tercera línea tiene en cuenta los niveles de evidencia para la eficacia, el aval clínico basado en la experiencia y la clasificación de seguridad,

de tolerancia y el riesgo de potencial viraje anímico relacionado con el tratamiento (ver Tabla 3). De forma adicional, las clasificaciones jerárquicas que se enumeran en las tablas sobre las recomendaciones de primera y segunda línea para la manía aguda, la depresión y el tratamiento de mantenimiento del TB fueron organizadas teniendo en cuenta el impacto de cada tratamiento en las diferentes fases de la enfermedad.

Además, es preciso tener en cuenta que cuando un tratamiento se menciona como monoterapia implica que puede ser utilizado por sí solo o conjuntamente con otras terapias en curso, incluso si no hay estudios específicos que demuestren la eficacia de esa combinación. En esta situación se asume que el tratamiento anterior fue parcialmente efectivo y que la adición de un nuevo agente brindará beneficios de una manera aditiva o sinérgica. En contraste, los agentes enumerados específicamente como terapia combinada pueden no contar con evidencia sobre su eficacia como monoterapia y/o pueden presentar algún problema de seguridad si se los indica como tales (por ejemplo, los antidepresivos), y solo se recomienda su uso combinado con agentes que cuentan con evidencia.

Tratamiento farmacológico longitudinal de los TB

1. Introducción

Hasta el presente, el único que ha demostrado efecti-

vidad como monoterapia en el tratamiento longitudinal de los TB es el farmacológico. Otros tratamientos –como la psicoeducación o el tratamiento electroconvulsivo– han confirmado eficacia, pero como tratamientos adjuntos. En consecuencia, y a la luz del conocimiento y la evidencia actuales, este Consenso refuerza el principio que establece que las intervenciones farmacoterapéuticas longitudinales de los TB deben considerarse como la base del tratamiento de estas patologías.

2. Concepto clínico-terapéutico del tratamiento longitudinal

En la mayoría de las guías de prácticas clínicas, este apartado es denominado “tratamiento de mantenimiento”, y suele incluirse luego de las recomendaciones para el tratamiento de los episodios maníacos y depresivos. De algún modo, la lógica de este criterio queda sustentada si se entiende que, una vez superado los episodios agudos, el siguiente objetivo del tratamiento es mantener al paciente libre de estos episodios. No obstante, aunque este concepto en sí mismo no es erróneo, resulta limitado respecto de los conocimientos clínicos vigentes y potencialmente puede determinar errores terapéuticos, en especial si se tiene presente que el objetivo principal del tratamiento de los TB es promover y brindar una recuperación funcional a las personas afectadas.

Si bien no existen conocimientos acabados o con-

Tabla 2. Clasificación y definición de los niveles de evidencia

Nivel	Evidencia
1	Metaanálisis con un intervalo de confianza estrecho o estudios clínicos controlados y aleatorizados (RCT), doble ciego (DB) replicados, que incluyen placebo o un control activo como comparador (n ≥ 30 en cada brazo de tratamiento).
2	Metaanálisis con un intervalo de confianza amplio o RCT, DB replicados con placebo o un control activo como comparador (n ≥ 30 en cada brazo de tratamiento).
3	Por lo menos con un RCT, DB con placebo o control activo como comparador (n = 10-29 en cada brazo activo de tratamiento) o información administrativa del sistema de salud.
4	Ensayos clínicos, reportes anecdóticos u opinión de expertos.

Tabla 3. Clasificación y definición para las líneas terapéuticas por nivel de evidencia

Línea	Nivel de evidencia
Primera	Evidencia nivel 1 o nivel 2 sobre eficacia + aval clínico sobre seguridad/tolerancia y ningún riesgo de cambio relacionado con el tratamiento ^a .
Segunda	Evidencia nivel 3 o superior sobre eficacia + aval clínico de seguridad/tolerancia y bajo riesgo de cambio relacionado con el tratamiento ^a .
Tercera	Evidencia nivel 4 o superior para eficacia + aval clínico para seguridad/tolerancia.
No recomendado	Nivel de evidencia 1 por falta de eficacia o evidencia nivel 2 por falta de eficacia + opinión de experto.

Nota. ^aEl texto específicamente remarcará cuando la sugerencia no cuente con aval clínico para seguridad/tolerancia o riesgo de cambio relacionado con el tratamiento.

cluyentes sobre los mecanismos fisiopatogénicos de los TB, hay cierto consenso respecto de algunos aspectos básicos que revelan fallas de los sistemas cerebrales que regulan la normal fluctuación de sistemas homeostáticos vinculados con la energía, el ánimo, el humor y otros ritmos biológicos (Merikangas et al., 2016; Wirz-Justice, 2006). En efecto, esta hipótesis está respaldada por una serie de elementos clínicos de relevancia terapéutica que se mencionan a continuación: a) el tiempo que las personas afectadas por los TB están expuestas a síntomas anímicos subsindrómicos –en especial depresivos– a lo largo de la evolución de los TB I y II es ampliamente mayor al tiempo en el que experimentan episodios (Judd et al., 2003); b) el predictor clínico de recuperación funcional más potente es el tiempo que transcurre sufriendo síntomas depresivos subsindrómicos (Keck et al., 1998; Burdick et al., 2022); c) aún luego de controlados los episodios, las personas afectadas por TB continúan experimentando fluctuaciones subsindrómicas de su sintomatología (Bonsall et al., 2012); d) el tiempo en el que experimentan estas fluctuaciones anímicas presenta una significativa correlación con el nivel de recuperación funcional alcanzado, mientras que la intensidad de los episodios no (Strejilevich et al., 2013); e) más del 40 % de las personas afectadas por TB presentan disfunciones cognitivas que persisten inclusive luego de controlados los episodios y los síntomas subsindrómicos de la enfermedad (Ehrlich et al., 2022); f) estas disfunciones cognitivas presentan una correlación significativa e independiente respecto del nivel de recuperación funcional alcanzado (Martino et al., 2009); y g) tanto la desregulación de los mecanismos homeostáticos mencionados como las fallas cognitivas encontradas en sujetos afectados por TB estarían presentes previamente al inicio de los episodios anímicos, durante los períodos intercríticos y, potencialmente, aun luego de haber sido controlados (Bonsall et al., 2012; Martino et al., 2015).

En consecuencia, si bien puede resultar sencillo de entender y fácil de monitorear un concepto de trata-

miento de mantenimiento de los TB que solo tenga como objetivo primario evitar nuevos episodios anímicos, esta idea deja de lado los elementos clínicos que han demostrado estar estrechamente correlacionados con el nivel de recuperación funcional alcanzado. Además, el momento de aparición, la prevalencia y el hecho de que la inestabilidad anímica y las fallas cognitivas primarias pueden estar sobrerrepresentados en familiares no afectados ubican a estos elementos más cerca del potencial *core* clínico de los TB, y ocupan un lugar primario y/o precedente respecto de los episodios en la hipotética cadena de eventos fisiopatológicos de estos trastornos.

Por las razones discutidas anteriormente, en este Consenso se utilizará el siguiente concepto clínico terapéutico para el tratamiento farmacológico longitudinal de los TB.

Siguiendo este concepto, en estas guías se ha decidido añadir un nuevo ítem para el análisis de la evidencia sobre el tratamiento longitudinal, que se suma a los de “prevención de manía” y “prevención de depresiones”. En efecto, este ha sido denominado “tratamiento longitudinal integral” y tiene como objetivo sintetizar la evidencia, la experiencia y/o la opinión de los autores en relación a la eficacia de los diferentes tratamientos en la prevención de episodios, pero también en el control de síntomas interepisódicos y la inestabilidad. En este marco, también se ha agregado la valoración del impacto cognitivo/conductual de cada tratamiento como nueva categoría en la valoración de seguridad. Finalmente, se han indexado las recomendaciones para el tratamiento longitudinal, precediendo a aquellas destinadas al tratamiento de los episodios.

2.1 Ventajas y desventajas de este concepto

La asunción de este concepto implica ventajas y desventajas que el profesional de la salud debe conocer. Entre las ventajas, la más importante es que integra aquellos elementos clínicos que, hasta este momento,

- El objetivo final del tratamiento longitudinal de los TB es lograr la recuperación funcional del paciente.
- Los objetivos del tratamiento longitudinal a nivel clínico se fundamentan en modificar el curso de la enfermedad, con el fin de controlar los episodios en un marco de: 1) eutimia (control de los síntomas subsindrómicos); 2) estabilidad (control de las fluctuaciones anímicas interepisódicas); y 3) preservación cognitiva.
- El tratamiento longitudinal debe considerarse como “el tratamiento de los TB” y, por ende, iniciarse desde el mismo momento en el que se arriba al diagnóstico.
- El tratamiento de los episodios agudos debe subordinarse, en su estrategia, al tratamiento longitudinal. En consecuencia, se debe privilegiar en la selección de la terapéutica aquellas estrategias que sean eficaces para el tratamiento del episodio y que, además, presenten evidencia adecuada para el tratamiento longitudinal de los TB.

han mostrado mayor correspondencia con el nivel de recuperación funcional alcanzado durante el tratamiento. Así, el médico es alentado a integrarlos en el balance necesario para planear y monitorear un tratamiento. Por ejemplo, esta concepción permite entender que si el tratamiento de mantenimiento consigue evitar nuevos episodios –pero se incrementa el tiempo que transcurre con síntomas subsindrómicos– probablemente no se logre una recuperación funcional. De la misma manera, un tratamiento que controle los episodios y síntomas –pero, a la vez produzca efectos cognitivos adversos significativos– también tendrá altas probabilidades de no lograr esa recuperación.

Por otra parte, esta forma de concebir el tratamiento longitudinal de los TB implica una actualización conceptual que prepara al profesional para cuando, en un futuro cercano, se puedan incluir herramientas y parámetros de sistemas de monitoreo provenientes del uso de *wereables*, como *smartphones* y otros dispositivos móviles (Insel, 2018). Estas aproximaciones, actualmente en fases de prueba y desarrollo, podrían brindar datos continuos respecto del ánimo y el humor de las personas en tratamiento ya que proporcionarían un monitoreo detallado de los elementos clínicos interepisódicos aquí brevemente discutidos (Faurholt-Jepsen et al., 2015).

Sin embargo, asumir este concepto de tratamiento implica también una serie de desventajas que inexorablemente deben ser tenidas en cuenta. En primer lugar, es necesario aceptar que, en el momento actual, esto implica convivir con una reducción en la cantidad y la calidad de la evidencia disponible respecto del tratamiento continuo de los TB. En los últimos veinte años, la mayoría de los estudios destinados a evaluar la eficacia de los tratamientos en el período intercrítico de esta patología ha utilizado metodologías cuyo objetivo principal fue evaluar el tiempo transcurrido entre episodios, sin tener en cuenta los síntomas subsindrómicos, la inestabilidad del humor y la cognición. En segundo lugar, existen muy pocos datos respecto del impacto de diferentes tratamientos en el nivel de recuperación alcanzado. Finalmente, y como se discute a continuación, para poder utilizar un concepto ampliado de tratamiento longitudinal de los TB, el profesional de la salud debe ampliar también el conjunto de parámetros clínicos con los cuales monitorear los resultados de sus esfuerzos terapéuticos.

3. Inicio y monitoreo del tratamiento longitudinal

3.1 ¿Cuándo se debe comenzar el tratamiento farmacológico longitudinal de los TB?

El tratamiento longitudinal de los TB debe iniciarse tras el diagnóstico de la patología, independientemente de si se realiza durante un episodio agudo o durante un período intercrítico.

3.2. ¿Cuándo suspender el tratamiento farmacológico longitudinal?

Actualmente no se cuenta con tratamientos que determinen una corrección definitiva de los síntomas ocasionados por los TB. Por lo que, al igual que en otras enfermedades crónicas –como la hipertensión arterial o la migraña–, el tratamiento farmacológico debe ser continuo y acompañar al paciente a lo largo de todas las etapas de su vida. Esto implica adaptaciones debidas a las modificaciones generadas por el proceso normal de envejecimiento (por ejemplo, un ajuste de las dosis de los medicamentos antipsicóticos en relación con la normal disminución del *turnover* dopaminérgico determinado por la edad) o por modificaciones generadas durante ciclos vitales tales como el ovulatorio o eventos como el embarazo.

3.3 Parámetros clínicos sugeridos para monitorear la eficacia del tratamiento

En esta guía se considera que el principal objetivo del tratamiento de los TB es permitir que la persona afectada vuelva a presentar un nivel de funcionamiento psicosocial adecuado a sus potencialidades y equivalente al exhibido antes del inicio de la enfermedad. En efecto, esto es, en esencia, la definición de “recuperación funcional”. Habitualmente, el principal parámetro que se utiliza para evaluar la eficacia del tratamiento longitudinal de los TB –tanto en la investigación terapéutica como en el ámbito clínico– es el tiempo transcurrido entre episodios. Por un lado, para probar la eficacia de un tratamiento en la investigación, se utiliza la curva de sobrevida de Kaplan-Meyer como metodología estándar, en la cual se evalúa la capacidad para retrasar o evitar un nuevo episodio. Por el otro, en el ámbito clínico, se usa habitualmente un criterio similar al poner como objetivo principal del tratamiento longitudinal la prevención de nuevos episodios anímicos: el potencial sufrimiento, el peligro vital y la destrucción en la red sociolaboral que determinan los episodios maníacos y depresivos justifican sobradamente esto. Sin embargo, al tomar como parámetro principal la prevención de episodios, se deja de lado o se subestima la evaluación del tiempo transcurrido con síntomas, las fluctuaciones subsindrómicas y el funcionamiento cognitivo, variables que han demostrado

ser las que mejor se correlacionan con la recuperación funcional alcanzada a lo largo del tratamiento.

Por esta razón, los estudios observacionales realizados en poblaciones en condiciones de tratamiento usual tienen especial relevancia a la hora de ponderar la evidencia respecto del tratamiento longitudinal de los TB.

En el contexto clínico, una solución accesible es utilizar la técnica de gráfica del ánimo/humor como herramienta clínica estándar en el tratamiento de personas afectadas por TB (Yatham et al., 2018). Esta simple práctica, usada por Kraepelin, consiste en un asentamiento analógico visual que permite anotar fácilmente el tiempo y la intensidad con que un paciente sufre los diversos síntomas de la enfermedad a lo largo de su evolución. La gran ventaja de este sistema –por sobre aquellos que utilizan uno narrativo tradicional– es que permite al profesional acceder “de un solo vistazo” a largos períodos de evolución e integrar diversos parámetros clínicos y terapéuticos. Dicho de otro modo, facilita obtener una visión ampliada de la evolución de los trastornos y ayuda a comprender perceptivamente el resultado del tratamiento.

Por las razones expuestas, estas guías recomiendan fuertemente a los profesionales de la salud utilizar la técnica del gráfico del humor (*mood chart*) para el seguimiento cotidiano del tratamiento longitudinal de los TB.

En la actualidad, existe una amplia variedad de modelos de *mood charts* que pueden utilizarse de un modo verdaderamente satisfactorio.

3.4. Parámetros de seguridad para monitorear la eficacia del tratamiento longitudinal

Continuando con la metodología utilizada en el Consenso de 2010, y luego de haber sido replicada por otras guías, en este Consenso se emplea un esquema visual destinado a integrar la evidencia de eficacia y seguridad con el objetivo de facilitar su valoración por parte de los profesionales de la salud (Strejilevich et al., 2010a). Para tal fin, los potenciales efectos adversos de los diferentes tratamientos farmacológicos fueron divididos en: a) corto y largo plazo; y b) generales, extrapiramidales y metabólicos. Además, como novedad, en esta guía se incluye una ponderación de los efectos cognitivos y conductuales de los regímenes farmacoterapéuticos. Finalmente, se incorporó en esta integración de datos el nivel de seguridad de cada tratamiento en mujeres en edad reproductiva.

4. Tratamiento farmacológico longitudinal: análisis de la evidencia y de los niveles de recomendación

A la hora de evaluar la efectividad de un tratamiento que potencialmente deberá sostenerse por decenas de años, resulta crítico establecer tanto su eficacia como su seguridad. De este modo, con el fin de determinar los niveles de recomendación para el tratamiento longitudinal en este Consenso, se han sopesado estas dos variables críticas para cada tratamiento.

Al igual que en otros consensos, en estas guías se ha incorporado un orden jerárquico para establecer prioridades dentro de cada nivel de recomendación (Yatham et al., 2018). De este modo, aquellos fármacos analizados primero presentan un nivel jerárquico más alto de recomendación. No obstante, un tratamiento que presente nivel 1 de evidencia respecto de su eficacia para el tratamiento longitudinal puede ser considerado con nivel 2 de recomendación en virtud de su nivel de seguridad a largo plazo.

4.1. ¿Cuáles son los criterios que se deben tener en cuenta en el momento de elegir un fármaco para iniciar el tratamiento longitudinal?

Si el diagnóstico de TB se realiza durante un período intercrítico, el médico deberá elegir aquella opción terapéutica que posea mejor evidencia de eficacia para el tratamiento longitudinal integral y mayor seguridad en el largo plazo. En el caso de que el paciente sea una mujer joven en edad reproductiva, en la evaluación de seguridad deben incluirse los criterios *ad hoc* comprendidos en este Consenso.

Si el diagnóstico se realiza durante un episodio agudo, el tratamiento debe subordinarse, en la medida de lo posible, a las directivas generales para el tratamiento longitudinal. Esto implica que se debe priorizar la elección de aquellos fármacos que combinen evidencia para el tratamiento del episodio con la mejor evidencia para el tratamiento longitudinal.

El segundo elemento que el médico debe tener en cuenta a la hora de elegir un fármaco durante el tratamiento de un episodio agudo es su seguridad a largo plazo. De esta manera, si se está sopesando la elección de dos tratamientos (A y B, por ejemplo) con efectividad similar para el tratamiento del episodio agudo y para el tratamiento longitudinal, pero A tiene un buen perfil de efectos adversos de corto plazo y menor seguridad en el largo plazo, y B no tan bueno en el corto plazo, pero mayor seguridad que A en el largo plazo, B debería ser el tratamiento elegido. Esto es así

porque, más allá de la evidencia, la respuesta individual sigue siendo heterogénea y, en general, a nivel clínico, se respeta la regla implícita que establece que “el tratamiento que funciona no se cambia”. En otras palabras, si el médico eligiera A y el hipotético paciente respondiese favorablemente, tanto en el tratamiento del episodio como en el longitudinal, este debería continuarse a pesar de que, de haberse elegido B y el paciente haber respondido igualmente bien, hubiese tenido la posibilidad de soportar una carga menor de efectos adversos en el largo plazo (Coryell, 2009).

4.2. Litio

Actualmente, este Consenso considera que el litio es la primera opción para el tratamiento de los TB, tanto para la población general como para mujeres en edad reproductiva.

La cantidad y la calidad de la evidencia respecto del tratamiento longitudinal de los TB con litio en monoterapia lo pone por encima de las demás opciones terapéuticas disponibles (Tondo et al., 1998a; Miura et al., 2014; Kishi et al., 2021; Gomes et al., 2022). Por otra parte, pese a que, como todo tratamiento, presenta riesgos y efectos adversos significativos en el largo plazo –como su capacidad de producir hipotiroidismo y glomerulonefritis intersticial–, su nivel de seguridad metabólica (Gomes da Costa et al., 2022), cognitiva (Burdick et al., 2020), conductual (Szmulewicz et al., 2016) y confort a largo plazo, es mayor al de otras opciones terapéuticas.

Nivel de recomendación: I en población general.

Nivel de recomendación: I en mujeres en edad reproductiva.

Adicionalmente, existe evidencia consistente que muestra que el tratamiento con litio está asociado a un menor riesgo de muerte por suicidio (Smith y Cipriani, 2017). Esto sería independiente del efecto sobre las fluctuaciones anímicas e incluso se extendería a trastornos anímicos no bipolares (Tondo et al., 2020). Asimismo, una serie de datos coincidentes señalan que la exposición al litio –tanto si forma parte de un tratamiento como a aquel ingerido pasivamente en el agua o alimentos– estaría vinculado con un menor riesgo de padecer demencias tipo Alzheimer (Velosa et al., 2020).

Por estas razones, el litio debe ser considerado, en general, como la primera opción farmacoterapéutica. Es importante que el médico recuerde esto al inicio del tratamiento ya que, de resultar eficaz, la elección

de otra opción para el tratamiento longitudinal determinará el compromiso de continuarlo por un largo plazo y, consecuentemente, generar un costo mayor de efectos adversos que el que se hubiese obtenido al escoger el litio. Este concepto adquiere aún mayor relevancia en el caso del tratamiento de mujeres jóvenes en edad reproductiva, ya que el litio es el tratamiento considerado de mayor seguridad teratogénica.

Finalmente, un elemento importante para considerar al litio como primera elección en el tratamiento longitudinal de los TB es su relación costo/efectividad. A la mayor eficacia y seguridad del litio respecto de otras opciones terapéuticas se suma su menor costo: al momento de la elaboración de este Consenso, un tratamiento con litio con 900 mg/día presenta un costo 30 % menor al de un tratamiento con 200 mg/día de lamotrigina y 50 % menor al de uno con 300 mg/día de quetiapina.

Pocas razones pueden determinar que el litio no sea elegido como primera opción de tratamiento tales como: a) enfermedad renal severa o riesgo significativo de padecerla; y b) psoriasis severa.

4.2.1. Niveles de evidencia

Este Consenso considera que el litio es el único tratamiento que alcanza nivel 1 de evidencia respecto del tratamiento longitudinal integral. Los argumentos que sustentan este criterio se enumeran a continuación.

- Si bien la evidencia disponible respecto de la eficacia del litio sobre el control longitudinal de síntomas subsindrómicos es escasa, resulta significativamente mayor a la de todos los otros tratamientos disponibles. Como ejemplo, un estudio que comparó el litio con quetiapina en el tratamiento de mantenimiento luego del primer episodio maníaco encontró que, al año de seguimiento, el primero resultó más eficaz que la segunda en el control de síntomas maníacos y depresivos. Además, el nivel de recuperación funcional alcanzado fue notablemente mayor entre los pacientes tratados con litio que aquellos tratados con quetiapina (Berk et al., 2017).
- El litio presenta evidencia de mayor calidad que otras opciones terapéuticas porque su eficacia ha sido demostrada con diseños que no incluyen muestras enriquecidas y, en consecuencia, estos esquemas no se ven alterados por sesgos que afectan la validez interna de los resultados. Por ejemplo, en el estudio que probó la eficacia de quetiapina en la prevención de episodios en TB, los pacientes que ingresaron habían respondido a este principio

activo durante el tratamiento del episodio agudo, mientras que aquellos que no lo hicieron (es decir, aproximadamente el 50 %) fueron descartados. Por tanto, cuando estos pacientes entraron a la fase de seguimiento, unos fueron aleatorizados a continuar con el tratamiento con el que habían sido tratados exitosamente durante su último episodio, mientras que a los demás se les discontinuó rápidamente quetiapina y luego se les administró litio. No obstante, este último resultó equipotente a quetiapina (Weisler et al., 2011).

- c. A diferencia de otras opciones terapéuticas, la información acerca del litio proviene de estudios longitudinales observacionales de decenas de años de duración, tanto en monoterapia como en combinación con otros tratamientos. Recientemente, una revisión de estos estudios encontró que en ocho de los nueve seguimientos identificados –que incluyeron más de 1.400 pacientes– el tratamiento longitudinal con litio en monoterapia estuvo asociado con mejores resultados que valproato, lamotrigina, olanzapina, quetiapina, carbamazepina y varios antipsicóticos típicos y atípicos (Kessing et al., 2018).
- d. Existen estudios realizados con diseño en espejo y basados en técnicas de *mood charts* que permiten observar cambios significativos en el curso evolutivo de los TB durante el tratamiento con litio, con un nivel de calidad no disponible para otros tratamientos (Baastrup y Schou, 1967).
- e. Finalmente, un reanálisis de los estudios longitudinales de litio versus placebo y olanzapina –con una técnica destinada a evaluar la eficacia entre episodios– mostró que el litio disminuía la carga de síntomas depresivos intercríticos, mientras que lamotrigina y olanzapina no lo hacían (Tohen et al., 2018) (ver Tabla 4).

4.3. Lamotrigina

Este Consenso considera que lamotrigina tiene un nivel de recomendación 1 tanto para la población general

como para mujeres en edad reproductiva y que está por debajo del litio en su nivel de jerarquía. Si bien el nivel global de evidencia es inferior al de quetiapina, su nivel de seguridad y confort en el tratamiento longitudinal es claramente superior. Por otra parte, junto al litio, es una de las opciones terapéuticas de mayor seguridad para el tratamiento durante el embarazo.

Nivel de recomendación: I en población general.

Nivel de recomendación: I en mujeres en edad reproductiva.

4.3.1. Niveles de evidencia

Lamotrigina presenta nivel de evidencia 2 en el tratamiento longitudinal integral. Dos grandes ensayos controlados y aleatorizados de 18 meses de duración con este principio activo como monoterapia (50 y 200 mg/día) retrasaron significativamente el tiempo de intervención para un nuevo episodio de manía, hipomanía, depresión o episodios mixtos (Bowden et al., 2003; Calabrese et al., 2003). El hecho de que lamotrigina resultase eficaz en la prevención de episodios maníacos reviste un interés especial ya que, a diferencia de otros fármacos anticonvulsivantes usados en el tratamiento de los TB (como valproato y carbamazepina), lamotrigina tiene evidencia negativa en el tratamiento de la manía aguda (Glaxo Smith Kline, 2003, data on file). Análisis conjuntos de estos ensayos mostraron que lamotrigina sería más eficaz en la prevención de episodios depresivos que el litio y menos eficaz que este en la prevención de episodios maníacos. Los estudios de lamotrigina deben considerarse como “parcialmente enriquecidos” ya que, en su diseño, la fase *run-in* no fue incluida con el objetivo de aumentar la señal de la molécula en estudio sino de sortear la necesidad de titular lentamente este principio activo y evitar la aparición de reacciones cutáneas agudas en algunos pacientes (Goldsmith et al., 2004) (ver Tabla 5).

Tabla 4. Resumen de evidencia para el litio

Tratamiento longitudinal			Tratamiento episodios			Seguridad				
Integral	Prevención manías	Prevención depresiones	Maníaco	Depresivo	Mixtos	Grales.	MTB	SEP	CC	♀
●	●	●	●	●	◐	++	++	+	+	+

Nota. Grales.: efectos adversos generales; MTB: efectos adversos metabólicos; SEP: síntomas extrapiramidales; CC: efectos adversos cognitivos y conductuales; ♀: efectos adversos teratogénicos o de la mujer.

Tabla 5. Resumen de evidencia para lamotrigina

Tratamiento longitudinal			Tratamiento episodios			Seguridad				
Integral	Prevención manías	Prevención depresiones	Maníaco	Depresivo	Mixtos	Grales.	MTB	SEP	CC	♀
●	●	●	■	●	n/a	+	+	-	++	+

Nota. Grales.: efectos adversos generales; MTB: efectos adversos metabólicos; SEP: síntomas extrapiramidales; CC: efectos adversos cognitivos y conductuales; ♀: efectos adversos teratogénicos o de la mujer.

4.4. Quetiapina

En este Consenso se considera que quetiapina tiene nivel 1 de recomendación (siguiendo en orden jerárquico al litio y lamotrigina) y nivel 2 en mujeres en edad reproductiva, dado que puede aumentar el riesgo de desarrollar diabetes gestacional. Quetiapina no ha podido demostrar mayor eficacia que el litio (Berk et al., 2017; Weiss et al., 2011) y presenta un menor nivel de seguridad metabólico (Gomes da Costa et al., 2022; Suppes et al., 2013) y cognitivo (Szmulewicz et al., 2016) respecto de este último. Si bien quetiapina –a diferencia de lamotrigina– tiene una cantidad mayor de estudios y su evidencia se extiende al tratamiento de los episodios maníacos, su mayor carga de efectos adversos metabólicos y cognitivos a largo plazo la colocan por debajo de ella.

Nivel de recomendación: 1 en población general.

Nivel de recomendación: 2 en mujeres en edad reproductiva.

4.4.1. Niveles de evidencia

En este Consenso, quetiapina en monoterapia tiene nivel 3 de evidencia para el tratamiento longitudinal integral y nivel 1 para la prevención de episodios maníacos y depresivos. Este criterio de calificación está justificado por el hecho de que la evidencia de quetiapina en el tratamiento longitudinal se limita a un estudio de menos de 6 meses de duración y con una muestra altamente enriquecida, en donde se comparó esta sustancia versus litio y placebo. Si bien quetiapi-

na resultó más eficaz que el placebo en la prevención de episodios maníacos y depresivos, no superó al litio, pese al enriquecimiento de la muestra (Weiss et al., 2011). Por otra parte, un estudio con una población no enriquecida –que comparó litio versus quetiapina en el tratamiento longitudinal tras un primer episodio maníaco– mostró una clara superioridad del litio tanto para los síntomas maníacos y depresivos como para el nivel de recuperación funcional alcanzado (Berk et al., 2017). Si bien dos estudios de diseño enriquecido –que evaluaron la eficacia de quetiapina versus placebo como terapia adjunta al litio o valproato en el tratamiento de mantenimiento– encontraron una diferencia significativa en la prevención de episodios en aquellos pacientes que continuaron con quetiapina, esto no determinó una ventaja en su nivel de funcionamiento (Suppes et al., 2013) (ver Tabla 6).

4.5. Valproato

Para este Consenso, valproato presenta un nivel de recomendación 1 para el tratamiento longitudinal en la población general, ubicándose jerárquicamente por detrás del litio, lamotrigina y quetiapina. Sin embargo, presenta un nivel 4 de recomendación para el tratamiento longitudinal de mujeres diagnosticadas con TB y en edad reproductiva debido a sus graves efectos adversos teratogénicos y sobre el balance hormonal femenino.

Nivel de recomendación: 1 en población general.

Nivel de recomendación: 4 en mujeres en edad reproductiva.

Tabla 6. Resumen de evidencia para quetiapina

Tratamiento longitudinal			Tratamiento episodios			Seguridad				
Integral	Prevención manías	Prevención depresiones	Maníaco	Depresivo	Mixtos	Grales.	MTB	SEP	CC	♀
●	●	●	●	●	■	++	++++	++	++	++

Nota. Grales.: efectos adversos generales; MTB: efectos adversos metabólicos; SEP: síntomas extrapiramidales; CC: efectos adversos cognitivos y conductuales; ♀: efectos adversos teratogénicos o de la mujer.

4.5.1. Niveles de evidencia

Se ha determinado que el valproato tiene nivel de evidencia 3 para el tratamiento longitudinal integral, nivel 1 para la prevención de episodios maníacos y nivel 2 para la prevención de depresiones. Este juzgamiento de los niveles de evidencia puede resultar particularmente controversial (Yatham et al., 2018) ya que, si bien junto al litio, valproato es otro medicamento que ha sido probado en un estudio de mantenimiento con un diseño no enriquecido, al igual que el litio, no se diferenció del placebo. Posteriormente, la eficacia del valproato en mantenimiento ha sido probada en otros estudios de menor magnitud –que, a su vez, fueron metaanalizados por dos estudios– y se encontró que este fármaco es superior al placebo en la prevención de episodios de los TB: NNT = 8 (Cipriani et al., 2013); y NNT = 6 (Yee et al., 2021). En uno de ellos, la efectividad sobre la prevención de manías fue superior a la prevención de depresiones (Cipriani et al., 2013); en el otro, fue similar para ambos tipos de episodios (Yee et al., 2021). Además, un estudio observacional, académico, dedicado a comprobar la eficacia del tratamiento junto con el litio encontró que la combinación resultó menos eficaz que el litio en monoterapia en la prevención de episodios maníacos y especialmente en la prevención de episodios depresivos (Geddes et al., 2010) (ver Tabla 7).

4.6. Carbamazepina

Este Consenso considera que carbamazepina presenta nivel 1 de recomendación para la población general de sujetos masculinos y nivel 2 de recomendación para mujeres en edad reproductiva. Se lo considera jerárquicamente al mismo nivel que el valproato, aunque se admite que existe más experiencia práctica con este último principio activo. Una serie de observaciones clínicas no probadas adecuadamente recomiendan el uso de carbamazepina en aquellos pacientes que no han respondido al litio y presentan sintomatología atípica (por ejemplo, impulsividad marcada). Sus múltiples interacciones medicamentosas pueden determinar que el nivel de recomendación sea menor en aquellos pacientes polimedicados.

Nivel de recomendación: 1 en población general.

Nivel de recomendación: 2 en mujeres en edad reproductiva.

4.6.1. Niveles de evidencia

Carbamazepina fue el segundo fármaco que presentó evidencia positiva para el tratamiento longitudinal de los TB luego del litio, y su eficacia fue una de las fuentes de inspiración para la influyente hipótesis del *kindling* (Post et al., 1992). El hecho de que los primeros trabajos se hayan realizado en Japón y que los posteriores no hayan resultado de interés para la industria –dado que carbamazepina perdió tempranamente su patente– propició que los estudios de mantenimiento hayan sido mayormente académicos y con metodologías que dificultan las comparaciones con otros principios activos. Sin embargo, en una revisión reciente, Grunze y colaboradores destacan que, de todos modos, los datos disponibles que incluyen estudios controlados y aleatorizados contra placebo y litio son suficientes para categorizar a carbamazepina como un estabilizador del ánimo “clase A”; es decir, como una droga eficaz en el tratamiento de la manía y su prevención y que, al mismo tiempo, no causa depresión. Más aún, estos autores consideran que la evidencia de carbamazepina es superior a la del valproato (Grunze et al., 2021) (ver Tabla 8).

4.7. Aripiprazol

Nivel de recomendación: 2 en sujetos masculinos.

Nivel de recomendación: 2 en mujeres en edad reproductiva.

Este Consenso considera que aripiprazol presenta nivel de recomendación 2 tanto para la población general como para mujeres en edad reproductiva. Esto queda justificado por el hecho de que, en el estudio de mantenimiento, aripiprazol no fue más efectivo que el placebo en la prevención de depresiones. Por otro lado, si

Tabla 7. Resumen de evidencia para valproato

Tratamiento longitudinal			Tratamiento episodios			Seguridad				
Integral	Prevención manías	Prevención depresiones	Maníaco	Depresivo	Mixtos	Grales.	MTB	SEP	CC	♀
●	●	●	●	●	●	+++	+++	+	++	++++

Nota. Grales.: efectos adversos generales; MTB: efectos adversos metabólicos; SEP: síntomas extrapiramidales; CC: efectos adversos cognitivos y conductuales; ♀: efectos adversos teratogénicos o de la mujer.

Tabla 8. Resumen de evidencia para carbamazepina

Tratamiento longitudinal			Tratamiento episodios			Seguridad				
Integral	Prevención manías	Prevención depresiones	Maníaco	Depresivo	Mixtos	Grales.	MTB	SEP	CC	♀
●	●	●	●	●	●	+++	++	-	++	+++

Nota. Grales.: efectos adversos generales; MTB: efectos adversos metabólicos; SEP: síntomas extrapiramidales; CC: efectos adversos cognitivos y conductuales; ♀: efectos adversos teratogénicos o de la mujer.

bien su seguridad respecto de los efectos adversos metabólicos en el largo plazo podría ser mayor que la de quetiapina, su mayor capacidad de producir síntomas extrapiramidales y apatía compensan esa ventaja.

4.7.1. Niveles de evidencia

En este Consenso se considera que aripiprazol presenta grado de evidencia 3 para el tratamiento longitudinal integral, grado 1 para la prevención de manía y no presenta evidencia para la prevención de depresiones. En el estudio que permitió la aprobación del aripiprazol por parte de la *Food and Drug Administration* (FDA) para el tratamiento de mantenimiento del TB I, este antipsicótico resultó más eficaz que el placebo para prevenir episodios maníacos; sin embargo, no mostró el mismo perfil farmacoterapéutico para los episodios depresivos, aun cuando los pacientes hubiesen tenido un último episodio maníaco tratado exitosamente con aripiprazol. A esta limitación de su eficacia se suma que estos estudios fueron realizados en un plazo de seguimiento de 6 meses (es decir, un período de tiempo inadecuadamente corto para establecer mayores certezas respecto de su eficacia en el tratamiento longitudinal de los TB) (Keck et al., 2006; Keck et al., 2007) (ver Tabla 9).

4.8. Olanzapina

En esta guía se considera que olanzapina presenta un nivel 3 de recomendación tanto para la población general como para mujeres en edad reproductiva. Estos hechos están fundamentados en su bajo nivel de seguridad metabólica y sus desfavorables efectos cognitivos y conductuales en el largo plazo.

Nivel de recomendación: 3 en población general.

Nivel de recomendación: 3 en mujeres en edad reproductiva.

4.8.1. Niveles de evidencia

En este Consenso se considera que olanzapina presenta grado 2 de evidencia para el tratamiento longitudinal integral, grado 1 para la prevención de manía y grado 2 para la prevención de depresiones. A este respecto, es necesario entender que, si bien olanzapina tiene una cantidad de evidencia adecuada para la prevención de episodios, los estudios han sido realizados con un diseño altamente enriquecido (Tohen et al., 2005; Tohen et al., 2006). En un reanálisis –que utilizó la técnica MOAT del estudio de mantenimiento de olanzapina versus litio– se encontró que los pacientes en tratamiento con olanzapina pasaron más tiempo bajo síntomas de depresión que aquellos tratados con litio (Tohen et al., 2016) (ver Tabla 10).

4.9. Lurasidona como tratamiento adjunto

Nivel de recomendación: 3 en población general.

Nivel de recomendación: 3 en mujeres en edad reproductiva.

4.9.1. Niveles de evidencia

Para este Consenso, lurasidona presenta nivel 4 de evidencia tanto en el tratamiento longitudinal integral como en la prevención de episodios maníacos y depresivos.

Tabla 9. Resumen de evidencia para aripiprazol

Tratamiento longitudinal			Tratamiento episodios			Seguridad				
Integral	Prevención manías	Prevención depresiones	Maníaco	Depresivo	Mixtos	Grales.	MTB	SEP	CC	♀
●	●	■	●	■	●	++	+++	+++	+++	++

Nota. Grales.: efectos adversos generales; MTB: efectos adversos metabólicos; SEP: síntomas extrapiramidales; CC: efectos adversos cognitivos y conductuales; ♀: efectos adversos teratogénicos o de la mujer.

Tabla 10. Resumen de la evidencia para olanzapina

Tratamiento longitudinal			Tratamiento episodios			Seguridad				
Integral	Prevención manías	Prevención depresiones	Maníaco	Depresivo	Mixtos	Grales.	MTB	SEP	CC	♀
●	●	●	●	●	●	+++	++++	+++	+++	+++

Nota. Grales.: efectos adversos generales; MTB: efectos adversos metabólicos; SEP: síntomas extrapiramidales; CC: efectos adversos cognitivos y conductuales; ♀: efectos adversos teratogénicos o de la mujer.

Lurasidona ha demostrado eficacia en el tratamiento de los episodios depresivos y mixtos; no obstante, no ha sido ensayada en el tratamiento del episodio maníaco. Aunque se han iniciado estudios controlados y aleatorizados de mantenimiento con lurasidona en monoterapia, al momento de la elaboración de este Consenso sus resultados no están disponibles. Reportes respecto de pacientes que continuaron con lurasidona como medicamento adjunto tras el tratamiento de un episodio depresivo muestran que este principio activo podría mejorar el control de los síntomas y los episodios depresivos (Pikalov et al., 2017). Sin embargo, en el ensayo controlado y aleatorizado que evaluó su eficacia como tratamiento adjunto al litio o a valproato, lurasidona no se diferenció significativamente del placebo (Calabrese et al., 2017) (ver Tabla 11).

4.10. Medicamentos con evidencia nivel 4 en el tratamiento longitudinal de los TB

Existen algunos medicamentos con evidencia para el tratamiento de los episodios maníacos, depresivos y mixtos; sin embargo, no tienen evidencia experimental adecuada para el tratamiento longitudinal de los TB en monoterapia. De todos modos, algunos de ellos suelen ser habitualmente utilizados en el tratamiento y cuentan con el aval de la experiencia clínica, por lo que son considerados con nivel 3 de recomendación y nivel 4 de evidencia para el tratamiento longitudinal de los TB.

4.10.1. Cariprazina

Este principio activo tiene nivel 1 de recomendación y evidencia para el tratamiento longitudinal de los TB

y evidencia nivel 2 para el tratamiento de episodios maníacos, depresivos y mixtos en estudios de corto plazo (Calabrese et al., 2015; Early et al., 2020; McIntyre et al., 2020). Sin embargo, hasta el momento, no se dispone de datos respecto de estudios a largo plazo, aunque de la experiencia de su uso se desprende que podría cumplir un papel importante en el tratamiento de mantenimiento como medicamento adjunto a fármacos con nivel 1 de recomendación para el tratamiento longitudinal. La cariprazina presenta mayor seguridad metabólica y cognitiva en relación a otros antipsicóticos, pero un riesgo elevado de extrapiramidalismo (especialmente acatisia).

4.10.2. Clozapina

Clozapina carece de evidencia nivel 1 para el tratamiento de los TB. Sin embargo, existe un extendido consenso de la utilidad de este medicamento en casos resistentes a tratamientos con primer nivel de recomendación (Armitage et al., 2004; Fehr et al., 2005). Su elevado riesgo metabólico y sedación son los mayores factores limitantes de su uso.

4.10.3. Modafinilo

Modafinilo presenta nivel 3 de recomendación para el tratamiento longitudinal integral y nivel 1 de evidencia para el tratamiento de episodios depresivos (Szmulewicz et al., 2017). Un estudio abierto de 6 meses de duración encontró que el uso de este medicamento como tratamiento adjunto sería efectivo en el control de síntomas depresivos intercríticos (Ketter et al., 2016).

Tabla 11. Resumen de la evidencia para lurasidona como tratamiento adjunto

Tratamiento longitudinal			Tratamiento episodios			Seguridad				
Integral	Prevención manías	Prevención depresiones	Maníaco	Depresivo	Mixtos	Grales.	MTB	SEP	CC	♀
●	●	●	N/A	●	●	++	+++	+++	++	!?

Nota. Grales.: efectos adversos generales; MTB: efectos adversos metabólicos; SEP: síntomas extrapiramidales; CC: efectos adversos cognitivos y conductuales; ♀: efectos adversos teratogénicos o de la mujer.

4.10.4. Pramipexol

Pramipexol presenta nivel 3 de recomendación para el tratamiento longitudinal integral y nivel 1 de evidencia para el tratamiento de episodios depresivos (Szmulewicz et al., 2017; Tundo et al., 2019). Una revisión abocada al estudio de los efectos del pramipexol en el TB encontró que la conocida efectividad en los episodios depresivos se podría extender al tratamiento a largo plazo en combinación con otro fármaco (De'll'Osso et al., 2013), aunque con ciertos problemas en su tolerabilidad. Un análisis retrospectivo de pacientes bipolares tratados en forma prolongada con pramipexol (es decir, en promedio, por 9 meses) encontró que su uso podría ser seguro y generar efectos aditivos en el control de síntomas depresivos (El-Mallakh et al., 2010) (ver Tabla 12).

5. ¿Cómo y cuándo se debe considerar que el tratamiento longitudinal está resultando efectivo?

Para responder esta pregunta, es necesario recordar que el objetivo del tratamiento longitudinal es modificar el curso de la enfermedad, con el fin de moderar los episodios, en un marco de control de síntomas subsindrómicos, estabilidad y preservación cognitiva. Por lo tanto, lo primero que se debe definir es si el tratamiento está modificando de manera positiva el curso de la enfermedad, hecho que, en la práctica médica, puede resultar una tarea verdaderamente compleja. Los TB son sumamente heterogéneos en su evolución: mientras que un paciente puede tener un patrón que implique uno o dos episodios al año, otro puede presentar episodios cada dos o tres años. Por otro lado, algunas personas pueden sufrir episodios de gravedad y no presentar síntomas y mantenerse estables entre episodios; sin embargo, otras pueden exhibir epis-

dios de leves a moderados y sufrir una importante carga de síntomas subsindrómicos y alta inestabilidad del humor entre ellos (Martino et al., 2016). Por lo tanto, el profesional de la salud debe considerar la evolución previa al tratamiento longitudinal para definir la eficacia del tratamiento en curso, lo que resalta una vez más la conveniencia de usar la técnica de gráfico del humor o mood charts.

No obstante, cuando el tratamiento longitudinal se inicia luego de un primer episodio, el análisis mencionado no es viable ya que el paciente no posee un patrón evolutivo previo para realizar una correcta contrastación. En efecto, en estos casos, el médico debe contemplar esta situación y, en la medida de no presentarse nuevos episodios, privilegiar el manejo de la sintomatología subsindrómica y la inestabilidad del humor, ya que la ausencia de nuevos episodios podría deberse simplemente al perfil evolutivo de la enfermedad en esa persona en particular.

5.1. ¿Cuánto tiempo es necesario esperar para poder evaluar la eficacia del tratamiento longitudinal?

Hasta el presente no se ha establecido con precisión cuál es el tiempo mínimo de espera para definir si el tratamiento longitudinal está resultando efectivo. La experiencia clínica indica que, mientras que en algunos pacientes se puede observar rápidamente un cambio en su patrón evolutivo, otros, por el contrario, experimentan cambios progresivos que requieren más de un año para hacerse significativos.

La mayoría de los estudios aleatorizados y controlados que evaluaron los fármacos para el tratamiento de mantenimiento de los TB fueron realizados en períodos de seguimiento que no superan el año. Dicho de otro modo, la evidencia con la que se dispone actualmente respecto de estos medicamentos está limi-

Tabla 12. Resumen para medicamentos con evidencia nivel 4 en el tratamiento longitudinal de los TB

	Tratamiento longitudinal			Tratamiento episodios			Seguridad				
	Integral	Prevención manías	Prevención depresiones	Maníaco	Depresivo	Mixtos	Grales.	MTB	SEP	CC	♀
CPZ	■	■	■	●	●	◐	++	+++	+++	++	??
CZP	■	■	■	■	■	■	+++	++++	+	+++	+++
MDF	■	N/A	■	N/A	●	N/A	+	-	-	-	??
PMX	■	N/A	■	N/A	●	N/A	++	-	-	++	??

Nota. CPZ: cariprazina; CZP: clozapina; MDF: modafinilo; PMX: pramipexol; Grales.: efectos adversos generales; MTB: efectos adversos metabólicos; SEP: síntomas extrapiramidales; CC: efectos adversos cognitivos y conductuales; ♀: efectos adversos teratogénicos o de la mujer.

tada a esta ventana temporal y, por ende, se desconoce si una exposición más prolongada podría aumentar su eficacia o, en cambio, limitarla. El litio configura una excepción a esto último, ya que cuenta con datos provenientes de estudios observacionales realizados durante períodos prolongados (Baastrup y Schou, 1967; Kessing et al., 2018). En estos estudios, se puede observar que algunos pacientes presentan mejorías que se hacen evidentes más allá del primer año de exposición a este principio activo.

5.2. ¿Qué otros factores, además del fármaco elegido, pueden incidir en la eficacia del tratamiento longitudinal?

5.2.1. Nivel de cumplimiento del tratamiento

Como todo tratamiento médico, el primer factor que debe chequearse es el nivel de cumplimiento terapéutico. En este sentido, se calcula que menos del 40 % de las personas afectadas por TB tienen un adecuado cumplimiento del tratamiento (Colom et al., 2000) y cerca del 40 % se automedica (Strejilevich et al., 2013). Por esta razón es conveniente que, una vez que se ha iniciado el tratamiento longitudinal, se promueva el proceso psicoeducativo.

5.2.2. Manejo del nivel de hormonas tiroideas durante el tratamiento longitudinal

Los niveles de hormonas tiroideas deben ser monitoreados a lo largo del tratamiento longitudinal de los TB, especialmente en aquellos pacientes que están en tratamiento con litio. Este monitoreo no debe ser considerado solamente como el control de un efecto adverso sino más bien como el de una variable de importancia en el control de estos desórdenes. Un estudio longitudinal encontró que los niveles de tirotrófina (TSH) superiores a 2.4 μ IU/ml se asociaban a un riesgo mayor de sufrir recaídas depresivas (Frye et al., 2009). Además, un estudio aleatorizado y controlado de excelente diseño encontró que la prescripción de T4 resultó eficaz en el control de pacientes con ciclado rápido (Walshaw et al., 2018). Finalmente, otro estudio encontró que personas en tratamiento por TB con niveles anormalmente altos de TSH –pero niveles normales de hormonas T3 y T4– presentaban un rendimiento cognitivo significativamente menor que aquellas con niveles de TSH menores a 4 μ IU/ml (Martino y Strejilevich, 2015).

5.2.3. Fenómenos de discontinuación

Para evaluar la eficacia del tratamiento longitudinal, el

médico debe contemplar no solo los medicamentos de reciente prescripción sino también aquellos que eventualmente hayan sido retirados durante el proceso. En este contexto, un caso específico lo constituyen los medicamentos antidepresivos, ya que un porcentaje significativo de pacientes son diagnosticados con TB luego de haber recibido el diagnóstico de depresión mayor. En otras palabras, estas personas se encuentran bajo tratamiento con fármacos antidepresivos, y el inicio del tratamiento longitudinal de los TB no solo implica indicar un fármaco adecuado para esta patología sino también retirar los primeros, muchos de los cuales pueden generar fenómenos de discontinuación, incluso meses después de haberlos suprimido (Fava y Cosci, 2019). Por último, es necesario mencionar que los medicamentos antidepresivos pueden modificar de modo negativo el curso de la enfermedad, independientemente de la eficacia que pueda tener el tratamiento iniciado.

5.3 ¿Qué hacer ante la falta de respuesta en el tratamiento farmacológico longitudinal?

Una vez que se establece que el tratamiento longitudinal no está resultando eficaz, el médico puede tomar dos decisiones: a) cambiar de medicamento; o b) agregar un segundo medicamento. Si el fármaco que no resulta eficaz es alguno de los que tiene nivel 1 de recomendación y el paciente lo tolera adecuadamente, la estrategia se debería fundamentar en adjuntar un segundo fármaco con nivel 1 de recomendación para el tratamiento longitudinal. Esta aproximación farmacoterapéutica se basa en que una adecuada cantidad de evidencia muestra que la combinación de estos principios activos (litio, lamotrigina, valproato, quetiapina) determina una eficacia superior respecto del tratamiento en monoterapia. No obstante, el profesional de la salud debe ser consciente de que el incremento en la eficacia exhibido por el tratamiento combinado no resulta suficientemente considerable para utilizarlo desde el inicio. Por ejemplo, el estudio BALANCE (Geddes et al., 2010), diseñado para evaluar la eficacia del tratamiento combinado entre litio y valproato, encontró que el tratamiento en monoterapia con litio determinaba un riesgo de recaídas –de todo tipo– del 59 %, con valproato del 69 % y, con la combinación, del 54 %. Sin embargo, cuando se examinaron los resultados en la prevención de episodios depresivos, el riesgo con litio en monoterapia fue del 32 %, con valproato del 46 %, y con la combinación del 36 % (es decir, incluso superior a la del litio en monoterapia).

La elección del fármaco para combinar dependerá, lógicamente, del principio activo en uso y de las particularidades de cada caso. Por ejemplo, en una persona en tratamiento con litio en monoterapia –que luego de un tiempo de exposición, cumplimiento y niveles adecuados de hormona tiroidea– no logra controlar los episodios o la sintomatología depresiva subsindrómica, la elección adecuada para la combinación sería lamotrigina. Si, en cambio, no se logra un control adecuado de la sintomatología maníaca, la elección adecuada sería: a) valproato, si se trata de un paciente masculino; o b) quetiapina o aripiprazol, si se trata de una mujer joven en edad reproductiva.

Por otro lado, si el paciente se encuentra en tratamiento con un fármaco que está por debajo de otros en los niveles de recomendación (por ejemplo, aripiprazol u olanzapina), la conducta del médico debería ser cambiar este medicamento por uno de mayor nivel de recomendación comparativo (por ejemplo, litio).

Abordaje psicosocial en el tratamiento de mantenimiento de los TB

Tres metaanálisis recientes han evaluado los efectos de diversos tratamientos sobre la reducción de recurrencias (Chatterton et al., 2017; Miklowitz et al., 2021; Oud et al., 2016), y otros dos metaanálisis, los resultados de la terapia cognitivo-conductual en particular (Ye et al., 2016; Chiang et al., 2017).

En conjunto, existe evidencia acumulada suficiente de que los tratamientos psicoterapéuticos adjuntos a la farmacoterapia –es decir, aquellos estructurados y diseñados de manera específica para el tratamiento del TB– son eficaces para reducir las recurrencias de nuevos episodios en el corto plazo, y probablemente en el largo plazo también. El metaanálisis más reciente (Miklowitz et al., 2021) muestra que la combinación de psicoterapia específica con farmacoterapia se asocia con una reducción más efectiva de las recurrencias en comparación con la farmacoterapia y el tratamiento usual (OR = 0.56; IC 95 % = 0.43-0.74). Con respecto a la adherencia farmacoterapéutica, los resultados del metaanálisis de MacDonald y colaboradores de 2016 arrojaron evidencia sólida de que las intervenciones pueden mejorarla (OR = 2.27; IC 95 % = 1.45-3.56). El efecto observado fue equivalente a un aumento del doble en las probabilidades de adherencia en el grupo de intervención con respecto al grupo control. Los estudios con un seguimiento de dos años informaron efectos positivos y duraderos en la adherencia.

En cuanto a las modalidades de tratamiento, en primer lugar, la psicoeducación en diferentes formatos y, en segundo lugar, la terapia cognitivo-conduc-

tual cuentan con la mayor evidencia en lo que respecta al número de estudios y resultados positivos. Estos dos abordajes, por su parte, comparten varios componentes activos que explicarían su efectividad y que, por lo tanto, formarían el núcleo de las intervenciones psicoterapéuticas basadas en la evidencia para la prevención de las recurrencias en el tratamiento del TB, y son: a) la provisión de información sobre la enfermedad y el tratamiento; b) el refuerzo de la adherencia; c) la identificación de prodromos; d) el mantenimiento de ritmos regulares; y e) la práctica de habilidades para el manejo de la enfermedad y sus consecuencias.

Finalmente, en lo que respecta al formato de las intervenciones psicoterapéuticas, existen disparidades en cuanto a la evidencia. El metaanálisis de Oud y colaboradores de 2016 favorece el formato de administración individual, mientras que el de Miklowitz y colaboradores de 2021 sugiere que los formatos grupales y familiares podrían ser más efectivos. Más allá de la efectividad, desde el punto de vista de su eficiencia, las intervenciones basadas en esquemas grupales podrían presentar ventajas sobre las individuales. Asimismo, el formato grupal ha mostrado beneficios sostenidos en dos estudios en el largo plazo (Buizza et al., 2019; Colom et al., 2009). La opción familiar, por su parte, podría resultar la más conveniente en el caso de adolescentes y adultos jóvenes convivientes, sobre todo cuando existen dificultades en la adaptación o en la comunicación familiar. De cualquier modo, cuando las opciones grupales o familiares no son viables, la psicoeducación individual y la terapia cognitivo-conductual constituyen alternativas con evidencia favorable. A continuación se resumen las recomendaciones para el abordaje psicoterapéutico del TB en la fase de mantenimiento.

Junto con las estrategias psicoterapéuticas dirigidas a la estabilización y la remisión sintomática, en el campo de las intervenciones psicosociales se ha evaluado el uso de herramientas de remediación cognitiva para mejorar los déficits cognitivos asociados al curso del TB. Esta aproximación involucra el entrenamiento directo de las funciones cognitivas, así como la adquisición de estrategias compensatorias y su aplicación en circunstancias de la vida cotidiana. Hasta el momento de la generación de este Consenso, no existe un metaanálisis sobre este abordaje. Sin embargo, una revisión sistemática reciente (Miskowiak et al., 2022) identificó seis ensayos aleatorizados y controlados: dos de ellos registraron efectos positivos en las medidas cognitivas primarias y, los otros cuatro,

- Cuando el paciente se encuentra estable, iniciar el programa de psicoeducación, con énfasis en las prácticas activas de habilidades para el manejo de la enfermedad (estrategias para la adherencia farmacológica, identificación de prodromos, mantenimiento de ritmos regulares y manejo del estrés como componentes nucleares), además de la provisión de información.
- La psicoeducación grupal presenta ventajas en cuanto a la eficiencia, la socialización y los efectos a largo plazo.
- Considerar la psicoeducación familiar (incluido el paciente) en el caso de adolescentes y adultos jóvenes convivientes, sobre todo cuando existen problemas de adaptación, sobrecarga y/o comunicación familiar.
- En los casos donde la opción grupal no fuera posible por cuestiones operativas (es decir, no se cuenta con el número suficiente de pacientes, el espacio físico no es el adecuado o los profesionales no están entrenados en el manejo de grupos) considerar como opciones válidas la psicoeducación individual con práctica de habilidades de manejo de la enfermedad o la terapia cognitivo-conductual para el TB.

en las medidas cognitivas secundarias. Un único estudio evidenció mejorías funcionales en la vida diaria, mientras que otros dos mostraron solo mejorías subjetivas. En fin, la literatura es verdaderamente limitada aún y no es posible sacar conclusiones sobre su eficacia. En consecuencia, se recomienda la indicación de remediación cognitiva únicamente en pacientes que muestren déficit cognitivo notorio, una vez que se hayan considerado y descartado otros factores que puedan explicar este déficit.

Conflicto de intereses: los autores declaran haber recibido honorarios como consultores, investigadores o conferencistas con el siguiente detalle, Andrea Abadi de Tecnofarma-Asofarma-Raffo; Julián Bustin de Megalabs; Sebastián Camino no refiere; Marcelo Cetkovich-Bakmas, de Abbott, Janssen-Cilag, Pfizer, Raffo, Tecnofarma, Novo-Nordisk, Gador, Lundbeck y GSK; Ricardo Corral Speaker o consultor de Lilly, Novartis, GSK, Janssen, John Wyeth, Roche, Astrazeneca, Gador, Indeco, Roche, Pfizer, Casasco, Bristol Myers, Servier, Bagó, Sanofy Aventis, Pharmastar, Chobet, Baliarda, Lunbeck, Teva y Casasco; Alejo Corrales de Gador, Janssen, Lundbeck, Teva, Bago, Raffo, Glaxo Smith Kline, Baliarda y Casasco y honorarios académicos y de investigación de la Universidad de Aharus, Dinamarca; Gerardo Garcia Bonetto de Janssen, Lunbeck, Pfizer, Boehringer, Sunovion, Otsuka, Baliarda, Teva y Sunovion. Luis Herbst de Janssen, Astra, Raffo y Gador; Eliana Marengo de Elea; Tomás Maresca de Lilly, Gador, Abbott, Pfizer, Casasco y Novo Nordisk; Carlos Morra de Abbot, Janssen (Johnson & Johnson), Novartis, Lilly, Bristol Myers Squibb, Astrazeneca, Pfizer, GSK, Servier, Lunbeck, Boeringer Ingelheim, Lilly, Novartis, GSK, Janssen, John Wyeth, Roche, Astrazeneca, Gador, Roche, Pfizer, Casasco, Bristol Myers, Bagó, Chobet, Baliarda, Lunbeck y Teva; Juan Pessio no refiere; Daniel Sotelo de Janssen, GSK y Baliarda; Sergio Streljevich de Baliardía, Elea, TEVA, GSK, Janssen; Fernando Torrente no refiere; Gustavo Vázquez de AbbVie,

Allergan, CANMAT, Elea/Phoenix, Eurofarma, Gador, Janssen, Lundbeck, NeonMind Biosciences, Tecnofarma, Raffo, Otsuka, Psicofarma y Sunovion, y subvenciones para investigación de CAN-BIND, CIHR, PCH, KHSC y Queen's University; Juan José Vilapriño de Janssen, Lundbeck, Raffo, Baliarda, Gador, Pfizer, Pharmadorf y Bago; Manuel Vilapriño de Janssen, Lundbeck, Raffo, Baliarda, Gador y Montpellier.

Agradecimientos: los autores agradecen especialmente a la Mgtr. Amalia Beatriz Dellamea y al Dr. Diego Canseco, por sus aportes como editores científicos.

Referencias bibliográficas

- Armitage, R., Cole, D., Suppes, T., & Ozcan, M. E. (2004). Effects of clozapine on sleep in bipolar and schizoaffective disorders. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 28(7), 1065–1070. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2004.05.048>
- Baastrup, P. C., & Schou, M. (1967). Lithium as a prophylactic agents. Its effect against recurrent depressions and manic-depressive psychosis. *Archives of general psychiatry*, 16(2), 162–172. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1967.01730200030005>
- Baldessarini, R. J., Tondo, L., & Viguera, A. C. (1999). Discontinuing lithium maintenance treatment in bipolar disorders: risks and implications. *Bipolar disorders*, 1(1), 17–24. <https://doi.org/10.1034/j.1399-5618.1999.10106.x>
- Bauer, M., Glenn, T., Alda, M., Bauer, R., Grof, P., Marsh, W., Monteith, S., Munoz, R., Rasgon, N., Sagduyu, K., & Whybrow, P. C. (2019). Trajectories of adherence to mood stabilizers in patients with bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorders*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/s40345-019-0154-z>
- Berk, L., Hallam, K. T., Colom, F., Vieta, E., Hasty, M., Macneil, C., & Berk, M. (2010). Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder. In *Human Psychopharmacology* (Vol. 25, Issue 1, pp. 1–16). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/hup.1081>
- Berk, M., Daglas, R., Dandash, O., Yücel, M., Henry, L., Hallam, K., Macneil, C., Hasty, M., Pantelis, C., Murphy, B. P., Kader, L., Damodaran, S., Wong, M. T. H., Conus, P., Ratheesh, A., McGorry, P. D., & Cotton, S. M. (2017). Quetiapine v. lithium in the maintenance phase following a first episode of mania: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 210(6), 413–421. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.186833>
- Bonsall, M. B., Wallace-Hadrill, S. M., Geddes, J. R., Goodwin, G. M., & Holmes, E. A. (2012). Nonlinear time-series approaches in characterizing mood stability and mood instability in bipolar disorder. *Proceedings. Biological sciences*, 279(1730), 916–924. <https://doi.org/10.1098/rspb.2011.1246>

- Bowden, C. L., Calabrese, J. R., Sachs, G., Yatham, L. N., Asghar, S. A., Hompland, M., Montgomery, P., Earl, N., Smoot, T. M., DeVeugh-Geiss, J., & Lamictal 606 Study Group (2003). A placebo-controlled 18-month trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently manic or hypomanic patients with bipolar I disorder. *Archives of general psychiatry*, 60(4), 392–400. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.4.392>
- Buizza, C., Candini, V., Ferrari, C., Ghilardi, A., Saviotti, F. M., Turrina, C., Nobili, G., Sabaudo, M., & de Girolamo, G. (2019). The Long-Term Effectiveness of Psychoeducation for Bipolar Disorders in Mental Health Services. A 4-Year Follow-Up Study. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00873>
- Burdick, K. E., Millett, C. E., Russo, M., Alda, M., Alliey-Rodriguez, N., Anand, A., Balaraman, Y., Berrettini, W., Bertram, H., Calabrese, J. R., Calkin, C., Conroy, C., Coryell, W., DeModena, A., Feeder, S., Fisher, C., Frazier, N., Frye, M., Gao, K., Garnham, J., ... Kelsoe, J. R. (2020). The association between lithium use and neurocognitive performance in patients with bipolar disorder. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 45(10), 1743–1749. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-0683-2>
- Burdick, K. E., Millett, C. E., Yocum, A. K., Altimus, C. M., Andreassen, O. A., Aubin, V., Belzeaux, R., Berk, M., Biernacka, J. M., Blumberg, H. P., Cleare, A. J., Diaz-Byrd, C., Dubertret, C., Etain, B., Eyler, L. T., Forester, B. P., Fullerton, J. M., Frye, M. A., Gard, S., Godin, O., ... McClinnis, M. G. (2022). Predictors of functional impairment in bipolar disorder: Results from 13 cohorts from seven countries by the global bipolar cohort collaborative. *Bipolar disorders*, 24(7), 709–719. <https://doi.org/10.1111/bdi.13208>
- Calabrese, J. R., Bowden, C. L., Sachs, G., Yatham, L. N., Behnke, K., Mehtonen, O. P., Montgomery, P., Ascher, J., Paska, W., Earl, N., DeVeugh-Geiss, J., & Lamictal 605 Study Group (2003). A placebo-controlled 18-month trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently depressed patients with bipolar I disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 64(9), 1013–1024. <https://doi.org/10.4088/jcp.v64n0906>
- Calabrese, J. R., Keck, P. E., Jr, Starace, A., Lu, K., Ruth, A., Laszlovszky, I., Németh, G., & Durgam, S. (2015). Efficacy and safety of low- and high-dose cariprazine in acute and mixed mania associated with bipolar I disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(3), 284–292. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09081>
- Calabrese, J. R., Pikalov, A., Streicher, C., Cucchiaro, J., Mao, Y., & Loebel, A. (2017). Lurasidone in combination with lithium or valproate for the maintenance treatment of bipolar I disorder. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 27(9), 865–876. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.06.013>
- Chakrabarti, S. (2016). Treatment-adherence in bipolar disorder: A patient-centred approach. *World journal of psychiatry*, 6(4), 399–409. <https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i4.399>
- Chakrabarti, S. (2018). Treatment alliance and adherence in bipolar disorder. *World Journal of Psychiatry*, 8(5), 114–124. <https://doi.org/10.5498/wjp.v8.i5.114>
- Chatterton, M. L., Stockings, E., Berk, M., Barendregt, J. J., Carter, R., & Mihalopoulos, C. (2017). Psychosocial therapies for the adjunctive treatment of bipolar disorder in adults: Network meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(5), 333–341. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.195321>
- Chauhan, N., Chakrabarti, S., & Grover, S. (2022). Identifying Poor Adherence in Outpatients with Bipolar Disorder: A Comparison of Different Measures. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 13(1), 12–22. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1736155>
- Chiang, K.-J., Tsai, J.-C., Liu, D., Lin, C.-H., Chiu, H.-L., & Chou, K.-R. (2017). Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLOS ONE*, 12(5), e0176849. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176849>
- Chu, C.-S., Stubbs, B., Chen, T.-Y., Tang, C.-H., Li, D.-J., Yang, W.-C., Wu, C.-K., Carvalho, A. F., Vieta, E., Miklowitz, D. J., Tseng, P.-T., & Lin, P.-Y. (2018). The effectiveness of adjunct mindfulness-based intervention in treatment of bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 225, 234–245. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.025>
- Cipriani, A., Reid, K., Young, A. H., Macritchie, K., & Geddes, J. (2013). Valproic acid, valproate and divalproex in the maintenance treatment of bipolar disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013(10), CD003196. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003196.pub2>
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Benabarre, A., & Gastó, C. (2000). Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. *The Journal of clinical psychiatry*, 61(8), 549–555. <https://doi.org/10.4088/jcp.v61n0802>
- Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Palomino-Otiniano, R., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., & Martínez-Arán, A. (2009). Group psychoeducation for stabilized Bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 260–265. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040485>
- Coryell, W. (2009). Maintenance treatment in bipolar disorder: a reassessment of lithium as the first choice. *Bipolar disorders*, 11 Suppl 2, 77–83. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00712.x>
- Culpepper, L. (2014). The diagnosis and treatment of bipolar disorder: decision-making in primary care. *The primary care companion for CNS disorders*, 16(3), PCC.13r01609. <https://doi.org/10.4088/PCC.13r01609>
- Dell'Osso, B., & Ketter, T. A. (2013). Assessing efficacy/effectiveness and safety/tolerability profiles of adjunctive pramipexole in bipolar depression: acute versus long-term data. *International clinical psychopharmacology*, 28(6), 297–304. <https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e3283639015>
- Earley, W. R., Burgess, M. V., Khan, B., Rekeada, L., Suppes, T., Tohen, M., & Calabrese, J. R. (2020). Efficacy and safety of cariprazine in bipolar I depression: A double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Bipolar disorders*, 22(4), 372–384. <https://doi.org/10.1111/bdi.12852>
- Ehrlich, T. J., Ryan, K. A., Burdick, K. E., Langenecker, S. A., McClinnis, M. G., & Marshall, D. F. (2022). Cognitive subgroups and their longitudinal trajectories in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 146(3), 240–250. <https://doi.org/10.1111/acps.13460>
- El-Mallakh, R. S., Penagaluri, P., Kantamneni, A., Gao, Y., & Roberts, R. J. (2010). Long-term use of pramipexole in bipolar depression: a naturalistic retrospective chart review. *The Psychiatric quarterly*, 81(3), 207–213. <https://doi.org/10.1007/s11266-010-9130-6>
- Faurholt-Jepsen, M., Vinberg, M., Frost, M., Christensen, E. M., Bardram, J. E., & Kessing, L. V. (2015). Smartphone data as an electronic biomarker of illness activity in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 17(7), 715–728. <https://doi.org/10.1111/bdi.12332>
- Fava, G. A., & Cosci, F. (2019). Understanding and Managing Withdrawal Syndromes After Discontinuation of Antidepressant Drugs. *The Journal of clinical psychiatry*, 80(6), 19com12794. <https://doi.org/10.4088/JCP.19com12794>
- Fekadu, A., Donocik, J. G., & Cleare, A. J. (2018). Standardisation framework for the Maudsley staging method for treatment resistance in depression. *BMC Psychiatry*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1679-x>
- Fehr, B. S., Ozcan, M. E., & Suppes, T. (2005). Low doses of clozapine may stabilize treatment-resistant bipolar patients. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 255(1), 10–14. <https://doi.org/10.1007/s00406-004-0528-8>
- Geddes, J. R., Goodwin, G. M., Rendell, J., Azorin, J. M., Cipriani, A., Ostacher, M. J., Morriss, R., Alder, N., & Juszczak, E. (2010). Lithium plus valproate combination therapy versus monotherapy for relapse prevention in bipolar I disorder (BALANCE): a randomised open-label trial. *Lancet (London, England)*, 375(9712), 385–395. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61828-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61828-6)
- Goldsmith, D. R., Wagstaff, A. J., Ibbotson, T., & Perry, C. M. (2004). Spotlight on lamotrigine in bipolar disorder. *CNS drugs*, 18(1), 63–67. <https://doi.org/10.2165/00023210-200418010-00007>
- Gomes, F. A., Brietzke, E., Bauer, M., & Post, R. M. (2022). A call for improving lithium literacy among clinicians and patients. *International journal of bipolar disorders*, 10(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s40345-022-00250-y>

- Gomes-da-Costa, S., Marx, W., Corponi, F., Anmella, G., Murru, A., Pons-Cabrera, M. T., Giménez-Palomo, A., Gutiérrez-Arango, F., Llach, C. D., Fico, G., Kotzalidis, G. D., Verdolini, N., Valentí, M., Berk, M., Vieta, E., & Pacchiarotti, I. (2022). Lithium therapy and weight change in people with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 134, 104266. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.07.011>
- Grunze, A., Amann, B. L., & Grunze, H. (2021). Efficacy of Carbamazepine and Its Derivatives in the Treatment of Bipolar Disorder. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 57(5), 433. <https://doi.org/10.3390/medicina57050433>
- Inoue, T., Sano, H., Kojima, Y., Yamada, S., & Shirakawa, O. (2021). Real-world treatment patterns and adherence to oral medication among patients with bipolar disorders: A retrospective, observational study using a healthcare claims database. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17, 821–833. <https://doi.org/10.2147/NDT.S299005>
- Judd, L. L., Schettler, P. J., Akiskal, H. S., Maser, J., Coryell, W., Solomon, D., Endicott, J., & Keller, M. (2003). Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 6(2), 127–137. <https://doi.org/10.1017/S1461145703003341>
- Julius, R., Novitsky, M., & Dubin, W. (2009). Medication adherence: a review of the literature and implications for clinical practice. *J Psychiatr Pract.*, 15(1), 34–44.
- Keck, P. E., Jr, Calabrese, J. R., McIntyre, R. S., McQuade, R. D., Carson, W. H., Eudicone, J. M., Carlson, B. X., Marcus, R. N., Sanchez, R., & Aripiprazole Study Group (2007). Aripiprazole monotherapy for maintenance therapy in bipolar I disorder: a 100-week, double-blind study versus placebo. *The Journal of clinical psychiatry*, 68(10), 1480–1491. <https://doi.org/10.4088/jcp.v68n1003>
- Keck, P. E., Jr, Calabrese, J. R., McQuade, R. D., Carson, W. H., Carlson, B. X., Rollin, L. M., Marcus, R. N., Sanchez, R., & Aripiprazole Study Group (2006). A randomized, double-blind, placebo-controlled 26-week trial of aripiprazole in recently manic patients with bipolar I disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(4), 626–637. <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0414>
- Keck, P. E., Jr, McElroy, S. L., Strakowski, S. M., West, S. A., Sax, K. W., Hawkins, J. M., Bourne, M. L., & Haggard, P. (1998b). 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *The American journal of psychiatry*, 155(5), 646–652. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.5.646>
- Kessing, L. V., Bauer, M., Nolen, W. A., Severus, E., Goodwin, G. M., & Geddes, J. (2018). Effectiveness of maintenance therapy of lithium vs other mood stabilizers in monotherapy and in combinations: a systematic review of evidence from observational studies. *Bipolar disorders*, 10.1111/bdi.12623. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/bdi.12623>
- Ketter, T. A., Amchin, J., Frye, M. A., & Gross, N. (2016). Long-term safety and efficacy of armodafinil in bipolar depression: A 6-month open-label extension study. *Journal of affective disorders*, 197, 51–57. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.050>
- Kishi, T., Ikuta, T., Matsuda, Y., Sakuma, K., Okuya, M., Mishima, K., & Iwata, N. (2021). Mood stabilizers and/or antipsychotics for bipolar disorder in the maintenance phase: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Molecular psychiatry*, 26(8), 4146–4157. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-00946-6>
- Leclerc, E., Mansur, R. B., & Brietzke, E. (2013). Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: A comprehensive review. *Journal of affective disorders*, 149(1–3), 247–252. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.036>
- Levin, J. B., Krivenko, A., Howland, M., Schlachet, R., & Sajatovic, M. (2016). Medication Adherence in Patients with Bipolar Disorder: A Comprehensive Review. In *CNS Drugs* (Vol. 30, Issue 9, pp. 819–835). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/s40263-016-0368-x>
- Loots, E., Goossens, E., Vanwesemael, T., Morrens, M., van Rompaey, B., & Dilles, T. (2021). Interventions to improve medication adherence in patients with schizophrenia or bipolar disorders: A systematic review and meta-analysis. In *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 18, Issue 19. MDPI. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910213>
- MacDonald, L., Chapman, S., Syrett, M., Bowskill, R., & Horne, R. (2016). Improving Medication adherence in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis of 30 years of intervention trials. *Journal of affective disorders*, 194, 202–221. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.002>
- Martino, D. J., & Strejilevich, S. A. (2015). Subclinical hypothyroidism and neurocognitive functioning in bipolar disorder. *Journal of psychiatric research*, 61, 166–167. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.12.016>
- Martino, D. J., Marengo, E., Igoa, A., Scápola, M., Ais, E. D., Perinot, L., & Strejilevich, S. A. (2009). Neurocognitive and symptomatic predictors of functional outcome in bipolar disorders: a prospective 1 year follow-up study. *Journal of affective disorders*, 116(1–2), 37–42. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.10.023>
- Martino, D. J., Samamé, C., Ibañez, A., & Strejilevich, S. A. (2015). Neurocognitive functioning in the pre-morbid stage and in the first episode of bipolar disorder: a systematic review. *Psychiatry research*, 226(1), 23–30. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.044>
- Martino, D. J., Samamé, C., Marengo, E., Igoa, A., & Strejilevich, S. A. (2016). A critical overview of the clinical evidence supporting the concept of neuroprogression in bipolar disorder. *Psychiatry research*, 235, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.12.012>
- McAllister-Williams, R. H., Sousa, S., Kumar, A., Greco, T., Bunker, M. T., Aaronson, S. T., Conway, C. R., & Rush, A. J. (2020). The effects of vagus nerve stimulation on the course and outcomes of patients with bipolar disorder in a treatment-resistant depressive episode: a 5-year prospective registry. *International journal of bipolar disorders*, 8(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s40345-020-0178-4>
- McElroy, S. L., Weisler, R. H., Chang, W., Olausson, B., Paulsson, B., Brecher, M., Agambaram, V., Merideth, C., Nordenhem, A., Young, A. H., & EMBOLDEN II (Trial D1447C00134) Investigators (2010). A double-blind, placebo-controlled study of quetiapine and paroxetine as monotherapy in adults with bipolar depression (EMBOLDEN II). *The Journal of clinical psychiatry*, 71(2), 163–174. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04942gre>
- McIntyre, R. S., Suppes, T., Earley, W., Patel, M., & Stahl, S. M. (2020). Cariprazine efficacy in bipolar I depression with and without concurrent manic symptoms: post hoc analysis of 3 randomized, placebo-controlled studies. *CNS spectrums*, 25(4), 502–510. <https://doi.org/10.1017/S1092852919001287>
- Merikangas, K. R., Swendsen, J., Hickie, I. B., Cui, L., Shou, H., Merikangas, A. K., Zhang, J., Lamers, F., Crainiceanu, C., Volkow, N. D., & Zepurnikov, V. (2019). Real-time Mobile Monitoring of the Dynamic Associations Among Motor Activity, Energy, Mood, and Sleep in Adults With Bipolar Disorder. *JAMA psychiatry*, 76(2), 190–198. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3546>
- Miklowitz, D. J., Efthimiou, O., Furukawa, T. A., Scott, J., McLaren, R., Geddes, J. R., & Cipriani, A. (2021). Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: A Systematic Review and Component Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(2), 141–150. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2993>
- Miskowiak, K. W., Seeberg, I., Jensen, M. B., Balanzá-Martínez, V., del Mar Bonnin, C., Bowie, C. R., Carvalho, A. F., Dols, A., Douglas, K., Gallagher, P., Hasler, G., Lafer, B., Lewandowski, K. E., López-Jaramillo, C., Martínez-Aran, A., McIntyre, R. S., Porter, R. J., Purdon, S. E., Schaffer, A., ... Vieta, E. (2022). Randomised controlled cognition trials in remitted patients with mood disorders published between 2015 and 2021: A systematic review by the International Society for Bipolar Disorders Targeting Cognition Task Force. *Bipolar disorders*, 24(4), 354–374. <https://doi.org/10.1111/bdi.13193>
- Miura, T., Noma, H., Furukawa, T. A., Mitsuyasu, H., Tanaka, S., Stockton, S., Salanti, G., Motomura, K., Shimano-Katsuki, S., Leucht, S., Cipriani, A., Geddes, J. R., & Kanba, S. (2014). Comparative efficacy and tolerability of pharmacological treatments in the maintenance treatment of bipolar disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The lancet. Psychiatry*, 1(5), 351–359. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70314-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70314-1)
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*; 353(5):487–97. <https://doi.org/10.1056/NEJMra050100>

- Oud, M., Mayo-Wilson, E., Braidwood, R., Schulte, P., Jones, S. H., Morriss, R., Kupka, R., Cuijpers, P., & Kendall, T. (2016). Psychological interventions for adults with bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 208(3), 213–222. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.157123>
- Pikalov, A., Tsai, J., Mao, Y., Silva, R., Cucchiaro, J., & Loebel, A. (2017). Long-term use of lurasidone in patients with bipolar disorder: safety and effectiveness over 2 years of treatment. *International journal of bipolar disorders*, 5(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s40345-017-0075-7>
- Post, R. M., Susan, R., & Weiss, B. (1992). Sensitization, kindling, and carbamazepine: an update on their implications for the course of affective illness. *Pharmacopsychiatry*, 25(1), 41–43. <https://doi.org/10.1055/s-2007-1014386>
- Prajapati, A. R., Dima, A., Mosa, G., Scott, S., Song, F., Wilson, J., & Bhattacharya, D. (2021). Mapping modifiable determinants of medication adherence in bipolar disorder (BD) to the theoretical domains framework (TDF): A systematic review. In *Psychological Medicine* (Vol. 51, Issue 7, pp. 1082–1098). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001446>
- Semahegn, A., Torpey, K., Manu, A., Assefa, N., Tesfaye, G., & Ankomah, A. (2020). Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-020-1274-3>
- Smith, K. A., & Cipriani, A. (2017). Lithium and suicide in mood disorders: Updated meta-review of the scientific literature. *Bipolar disorders*, 19(7), 575–586. <https://doi.org/10.1111/bdi.12543>
- Strejilevich, S. A., Martino, D. J., Murru, A., Teitelbaum, J., Fassi, G., Marengo, E., Igoa, A., & Colom, F. (2013). Mood instability and functional recovery in bipolar disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 128(3), 194–202. <https://doi.org/10.1111/acps.12065>
- Strejilevich, S. A., Sarmiento, M. J., Scápola, M., Gil, L., Martino, D. J., Gil, J. F., & Gómez-Restrepo, C. (2013). Complementary and alternative medicines usage in bipolar patients from Argentina and Colombia: associations with satisfaction and adherence to treatment. *Journal of affective disorders*, 149(1-3), 393–397. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.029>
- Strejilevich, S., Vázquez, G., García Boneto, G., Zaratiegui, R., Vilapriño, J. J., Herbst, L., Silva, A., Lupo, C., & Cetkovich-Bakmas, M. (2010). [2nd Argentine consensus on the treatment of bipolar disorders 2010]. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 21 Suppl II Consenso, 3–55. <https://doi.org/10.1267/science.040579197>
- Suppes, T., Vieta, E., Gustafsson, U., & Ekholm, B. (2013). Maintenance treatment with quetiapine when combined with either lithium or divalproex in bipolar I disorder: analysis of two large randomized, placebo-controlled trials. *Depression and anxiety*, 30(11), 1089–1098. <https://doi.org/10.1002/da.22136>
- Szmulewicz, A. G., Angriman, F., Samamé, C., Ferraris, A., Vigo, D., & Strejilevich, S. A. (2017). Dopaminergic agents in the treatment of bipolar depression: a systematic review and meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 135(6), 527–538. <https://doi.org/10.1111/acps.12712>
- Szmulewicz, A., Samamé, C., Caravotta, P., Martino, D. J., Igoa, A., Hidalgo-Mazzei, D., Colom, F., & Strejilevich, S. A. (2016). Behavioral and emotional adverse events of drugs frequently used in the treatment of bipolar disorders: clinical and theoretical implications. *International journal of bipolar disorders*, 4(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s40345-016-0047-3>
- Thase M. E. (2006). Bipolar depression: diagnostic and treatment considerations. *Development and psychopathology*, 18(4), 1213–1230. <https://doi.org/10.1017/S0954579406060585>
- Tohen, M., Calabrese, J. R., Sachs, G. S., Banov, M. D., Detke, H. C., Risser, R., Baker, R. W., Chou, J. C., & Bowden, C. L. (2006). Randomized, placebo-controlled trial of olanzapine as maintenance therapy in patients with bipolar I disorder responding to acute treatment with olanzapine. *The American journal of psychiatry*, 163(2), 247–256. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.2.247>
- Tohen, M., Greil, W., Calabrese, J. R., Sachs, G. S., Yatham, L. N., Oerlinghausen, B. M., Koukopoulos, A., Cassano, G. B., Grunze, H., Licht, R. W., Dell'Osso, L., Evans, A. R., Risser, R., Baker, R. W., Crane, H., Dossenbach, M. R., & Bowden, C. L. (2005). Olanzapine versus lithium in the maintenance treatment of bipolar disorder: a 12-month, randomized, double-blind, controlled clinical trial. *The American journal of psychiatry*, 162(7), 1281–1290. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.7.1281>
- Tohen, M., Mintz, J., & Bowden, C. L. (2016). Analysis of bipolar maintenance treatment with lithium versus olanzapine utilizing Multi-state Outcome Analysis of Treatments (MOAT). *Bipolar disorders*, 18(3), 282–287. <https://doi.org/10.1111/bdi.12383>
- Tondo, L., Baldessarini, R. J., Hennen, J., & Floris, G. (1998). Lithium maintenance treatment of depression and mania in bipolar I and bipolar II disorders. *The American journal of psychiatry*, 155(5), 638–645. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.155.5.638>
- Tondo, L., Vázquez, G. H., & Baldessarini, R. J. (2021). Prevention of suicidal behavior in Bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 23(1), 14–23. <https://doi.org/10.1111/bdi.13017>
- Tundo, A., de Filippis, R., & De Crescenzo, F. (2019). Pramipexole in the treatment of unipolar and bipolar depression. A systematic review and meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 140(2), 116–125. <https://doi.org/10.1111/acps.13055>
- Velligan, D. I., Weiden, P. J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., Docherty, J. P., & Expert Consensus Panel on Adherence Problems in Serious and Persistent Mental Illness (2009). The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *The Journal of clinical psychiatry*, 70 Suppl 4, 1–48.
- Velosa, J., Delgado, A., Finger, E., Berk, M., Kapczinski, F., & de Azevedo Cardoso, T. (2020). Risk of dementia in bipolar disorder and the interplay of lithium: a systematic review and meta-analyses. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 141(6), 510–521. <https://doi.org/10.1111/acps.13153>
- Vieta, E., Azorin, J. M., Bauer, M., Frangou, S., Perugi, G., Martinez, G., & Schreiner, A. (2012). Psychiatrists' perceptions of potential reasons for non- and partial adherence to medication: results of a survey in bipolar disorder from eight European countries. *Journal of affective disorders*, 143(1-3), 125–130. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.041>
- Walshaw, P. D., Gyulai, L., Bauer, M., Bauer, M. S., Calimlim, B., Sugar, C. A., & Whybrow, P. C. (2018). Adjuvant thyroid hormone treatment in rapid cycling bipolar disorder: A double-blind placebo-controlled trial of levothyroxine (L-T4) and triiodothyronine (T3). *Bipolar disorders*, 20(7), 594–603. <https://doi.org/10.1111/bdi.12657>
- Weisler, R. H., Nolen, W. A., Neijber, A., Hellqvist, A., Paulsson, B., & Trial 144 Study Investigators (2011). Continuation of quetiapine versus switching to placebo or lithium for maintenance treatment of bipolar I disorder (Trial 144: a randomized controlled study). *The Journal of clinical psychiatry*, 72(11), 1452–1464. <https://doi.org/10.4088/JCP.11m06878>
- Wirz-Justice A. (2006). Biological rhythm disturbances in mood disorders. *International clinical psychopharmacology*, 21 Suppl 1, S11–S15. <https://doi.org/10.1097/01.yic.0000195660.37267.cf>
- World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization.
- Xuan, R., Li, X., Qiao, Y., Guo, Q., Liu, X., Deng, W., Hu, Q., Wang, K., & Zhang, L. (2020). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 290, 113116. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113116>
- Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. v., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., Sharma, V., Goldstein, B. I., Rej, S., Beaulieu, S., Alda, M., MacQueen, G., Milev, R. v., Ravindran, A., O'Donovan, C., McIntosh, D., Lam, R. W., Vazquez, G., Kapczinski, F., ... Berk, M. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 20(2), 97–170. <https://doi.org/10.1111/bdi.12609>

Ye, B.-Y., Jiang, Z.-Y., Li, X., Cao, B., Cao, L.-P., Lin, Y., Xu, G.-Y., & Miao, G.-D. (2016). Effectiveness of cognitive behavioral therapy in treating bipolar disorder: An updated meta-analysis with randomized controlled trials. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(8), 351–361.

<https://doi.org/10.1111/pcn.12399>

Yee, C. S., Vázquez, G. H., Hawken, E. R., Biorac, A., Tondo, L., & Baldessarini, R. J. (2021). Long-Term Treatment of Bipolar Disorder with Valproate: Updated Systematic Review and Meta-analyses. *Harvard review of psychiatry*, 29(3), 188–195. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000292>

Yilmaz, S., Huguet, A., Kisely, S., Rao, S., Wang, J., Baur, K., Price, M., O'Mahen, H., & Wright, K. (2022). Do psychological interventions reduce symptoms of depression for patients with Bipolar I or II Disorder? A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 301.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.112>

volver al índice

Herramientas para reducir errores de prescripción de psicofármacos en los adultos mayores

Tools to reduce prescribing errors of psychotropic drugs in older adults

María Delia Michat¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v34i159.368>

Resumen

Introducción: La prescripción inapropiada es un problema importante de atención psiquiátrica en adultos mayores. Factores tales como la alta proporción de personas mayores con alta prevalencia de trastornos mentales, los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, la multimorbilidad, la polifarmacia, la falta de evidencia en guías de tratamiento para esta población, el grado de desconocimiento del profesional; dan lugar a la propensión a cometer errores de prescripción de varios tipos. **Objetivo:** Revisar y resumir las herramientas de prescripción disponibles que pueden proveer soporte para mejorar las prácticas de prescripción en psicofarmacología del adulto mayor. **Método:** Se realizó una revisión bibliográfica de las herramientas para reducir errores de prescripción en adultos mayores: reconciliación farmacológica, chequeo de interacciones, prevención, detección y reversión de cascadas de prescripción y herramientas con criterios explícitos e implícitos ((Medication Appropriateness Index (MAI), Beers, Screening Tool of Older Person's Prescriptions (STOPP) / Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment (START), FORTA (Fit for TheAged), IFAsPIAM (Ingredientes Farmacéuticos Activos Potencialmente Inapropiados en Adultos Mayores)). **Resultados:** Se confeccionó un recorte que agrupa las recomendaciones en el ámbito de la psicofarmacología. **Conclusiones:** Al no existir herramientas específicas para mejorar las prácticas en psicofarmacología geriátrica, un compendio de sus recomendaciones puede resultar de orientación al psiquiatra de adultos mayores.

Palabras clave: Errores de prescripción - Gerontes - Psicofármacos en el anciano - Adultos mayores

Abstract

Introduction: *Inappropriate prescribing is a major problem in psychiatric care in older adults. Factors such as the high proportion of older people with a high prevalence of mental disorders, the physiological changes typical of aging, multimorbidity, polypharmacy, the lack of evidence in treatment guidelines for this population, the degree of professional ignorance; give rise to the propensity to make prescription errors of various kinds. Objective: To review and summarize the available prescription tools that can provide support to improve prescription practices in psychopharmacology of the elderly. Method: A bibliographic review of the tools to reduce prescription errors in older adults was carried out: pharmacological reconciliation, interaction check, prevention, detection and reversal of prescription cascades and tools with explicit and implicit criteria (MAI, Beers, STOPP/START, FORTA, IFAsPIAM). Results: A clipping was made that groups the recommendations in the field of psychopharmacology. Conclusions: As there are no specific tools to improve practices in geriatric psychopharmacology, a compendium of its recommendations can be of orientation to the psychiatrist of older adults.*

Keywords: Prescription errors - Potentially inappropriate medications - Elderly - Older adults

RECIBIDO 01/12/2022 - ACEPTADO 29/01/2023

¹Médica Especialista en Psiquiatría. Docente de Psicofarmacología del Instituto Superior de Formación de Postgrado, Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).

Correspondencia:

maria.delia.michat@gmail.com

Lugar de realización del trabajo: Cátedra de Psicofarmacología del Instituto Superior de Formación de Postgrado, Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).



Introducción

Dado que la población de adultos mayores se encuentra en constante crecimiento, la prescripción adecuada de psicofármacos en la población geriátrica resulta un desafío cotidiano. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial con más de 60 años aumentará del 12% al 22% (OMS, 2015). Según el estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina realizado en 2015, la prevalencia a lo largo de la vida para cualquier trastorno mental en individuos mayores a 65 años fue del 17.3% (Stagnaro et al., 2018).

El envejecimiento en sí mismo conlleva cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos importantes. Estos cambios implican modos particulares de considerar las prescripciones farmacológicas a nivel de posología, vías de administración, reacciones adversas, interacciones y toxicidad.

La multimorbilidad (padecer dos o más enfermedades crónicas simultáneas) se hace más frecuente conforme avanza la edad y es la principal causa de polifarmacia (Lavan et al., 2016). Un estudio argentino retrospectivo observacional de corte transversal analizó la prescripción en 179 adultos mayores quienes consumían regularmente seis o más fármacos por día (Marzi, 2013). Otro estudio exploratorio sobre consumo de sustancias psicoactivas en adultos mayores en Área Metropolitana realizado por la Sedronar en 2018 comunicó que el 44,9% de los encuestados refirió haber consumido alguna vez en la vida psicofármacos, el 23,6% al menos una vez durante el último año y el 19,7% usó psicofármacos en el último mes (Observatorio Argentino de drogas, 2018).

La escasa evidencia bibliográfica aplicada a esta población hace que las decisiones farmacoterapéuticas suelen basarse en conclusiones obtenidas de otro grupo etario: menores de 65 años.

La suma de estos factores: alta proporción de personas mayores, con alta prevalencia de trastornos mentales, multimorbilidad, polifarmacia, cambios fisiológicos propios del envejecimiento, falta de evidencia en guías de tratamiento para esta población; da lugar a la propensión a cometer errores de prescripción de varios tipos. La prescripción inadecuada es un factor de riesgo para interacciones droga-droga, interacciones fármaco-enfermedad, reacciones adversas a medicamentos, más hospitalizaciones y aumentos de costos para el sistema de salud (Lavan et al., 2016).

Resulta indispensable hacer más apropiadas las prácticas de prescripción, contemplando estas complejidades. Existen algunas herramientas disponibles para intervenir en la prevención de errores de prescripción en los adultos mayores. Aquí se hará foco en la prescripción de psicofármacos. Se analizarán los instrumentos no tecnológicos disponibles en la literatura para mejorar la idoneidad de la prescripción.

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica de las herramientas para reducir errores de prescripción en adultos mayores: reconciliación farmacológica; chequeo de interacciones; prevención, detección y reversión de cascadas de prescripción y herramientas con criterios explícitos e implícitos (MAI, Beers, STOPP/START, FORTA, IFAsPIAM). Posteriormente se compendió la información relevante al ámbito de la psicofarmacología.

Resultados

Errores frecuentes de prescripción de psicofármacos en adultos mayores

Una importante amenaza para la seguridad de los pacientes son los errores de medicación. Según el *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP)* un error de medicación incumbe a “cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Los errores debidos a fallos en la práctica profesional pueden involucrar procesos de prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización (NCCMERP, 2021). Aunque los errores de prescripción son sólo un tipo de errores de medicación, en la literatura suelen utilizarse como sinónimos. Surgen errores de prescripción significativos cuando, sin intención, se reduce la probabilidad de un tratamiento oportuno y efectivo o el riesgo de eventos adversos por medicamentos aumenta (Dean, 2000).

Los errores de prescripción suelen ser más importantes en admisiones hospitalarias, en mayores de 65 años y menores de 15 años (Avery et al., 2012). Los errores en adultos mayores efectúan el doble de daño que en otras poblaciones y representan casi el 50% de los errores fatales de medicación (Maidment, 2008). Un riesgo adicional lo encarnan los adultos mayores

con deterioro cognitivo, los que requieren de la asistencia de cuidadores (Maidment, 2008) y/o los usuarios de residencias geriátricas (Dean, 2000).

Dentro de las causas de los errores de prescripción, las características del prescriptor y del fármaco resultaron los factores más fuertemente asociados con la población de adultos mayores (Dean, 2000).

Los entornos estresantes de trabajo de los psiquiatras, la escasez de tiempo de consulta, las distracciones frecuentes y la falta de conocimiento pueden afectar los procesos de pensamiento y de toma de decisiones, resultando en factores predisponentes.

Los errores en la toma de decisiones en psiquiatría oscilaron entre el 12,5% y el 23,7% y los más comunes fueron recetar un régimen de dosis no recomendado para el medicamento y recetar un medicamento no aprobado por la autoridad sanitaria (Procyshyn, 2010). Los dos factores más comunes que conducen a errores en la toma de decisiones son la falta de conocimiento de los medicamentos recetados y del estado clínico del paciente. Una fuente identificada para este tipo de error de prescripción es la falta de experiencia del personal médico (Procyshyn, 2010).

Los errores en la toma de decisiones pueden ser una equivocación o una falta de habilidad. Las clasificaciones de los tipos de errores de prescripción nos ayudan a pensar dónde puede encontrarse el error. Se seguirá la taxonomía propuesta por el Consejo Nacional de Coordinación para el Informe y la Prevención de Errores de Medicamentos (NCCMERP, 2021).

Si se indica un medicamento erróneo, por ejemplo, puede haber sido debido a una selección inapropiada del medicamento, o indicar un medicamento innecesario o transcribir una receta de un medicamento diferente al que se eligió. Ejemplos de elecciones inapropiadas pueden ser: fármaco no adecuado para el diagnóstico, contraindicado por hipersensibilidad previa u otra causa, no sugerido por edad o patología de base o fármaco duplicado para ese objetivo terapéutico (NCCMERP, 2021). Este ítem se encuentra relacionado con el concepto de medicamento potencialmente inapropiado que se trabajará más adelante.

Otro tipo de error de prescripción es la omisión. El error puede ser la falta de prescripción de un medicamento necesario, sumado a otros errores como omitir aclararle al paciente la dosis (NCCMERP, 2021).

A estos errores, que involucran el accionar del médico, se le suman otros errores de prescripción como dosis incorrecta (mayor, menor, extra), frecuencia de administración errónea, forma farmacéutica errónea,

duración del tratamiento incorrecta, monitorización insuficiente del tratamiento (falta control médico, de laboratorio y/o de interacciones) (NCCMERP, 2021).

El problema de la prescripción potencialmente inadecuada de psicofármacos en adultos mayores

Una de las causas prevenibles de los eventos adversos a medicamentos en la población adulta mayor es la prescripción inapropiada. Prescribir es inapropiado cuando el riesgo de eventos adversos supera los beneficios clínicos (prescripción excesiva), cuando no se prescriben medicamentos potencialmente beneficiosos (prescripción insuficiente) o cuando la seguridad y eficacia de los medicamentos recetados no se controlan adecuadamente (Rongen, 2016).

Las medicaciones potencialmente inapropiadas (PIM, por sus siglas en inglés *potentially inappropriate medications*), se definen como medicamentos que son inefectivos o causan riesgos innecesarios (Koren, 2019). El uso de estos medicamentos se ha asociado a mayor tasa de ingresos hospitalarios, aumento del gasto directo, uso excesivo de atención médica, reacciones adversas a medicamentos, dependencia, efectos secundarios iatrogénicos, posible interacción farmacológica y empeoramiento de la función física (Fond, 2016).

Así como se ha dicho que los PIM aumentan la tasa de hospitalizaciones, se sabe también que la digoxina, insulina, warfarina, agentes antiplaquetarios y agentes hipoglucemiantes orales son los responsables de la mayoría de estas, 35 veces más probables de resultar en hospitalización que los PIM de los criterios de Beers (Antimisiaris, 2017).

La prescripción inadecuada de medicamentos en la vejez es altamente prevalente. En 2014, un estudio observacional de incidencia y retrospectivo argentino, que incluyó 586 pacientes adultos mayores de 64 años internados en un hospital de alta complejidad de la provincia de Buenos Aires, detectó que la incidencia de PIM según criterios de Beers fue 61.4% y del 65.4% según criterios STOPP. Al hacer un análisis de los datos de este estudio, 15 de 40, o sea el 37.5% de los fármacos involucrados en prescripción inapropiada de medicamentos fueron psicofármacos. Encabezan la lista las benzodiazepinas (clonazepam 11.5, diazepam 9.1%, clordiazepóxido 0.8%, alprazolam 0.4%, lorazepam 0.4%), le siguen los antidepresivos (amitriptilina 7.1%, clomipramina 2.8%, escitalopram 2%, imipramina 1.6%, paroxetina 0.8%, mirtazapina 0.4%), continuados por hipnóticos como zolpidem (2.4%) y, finalmente los antipsicóticos (haloperidol 0.8%, pro-

metazina 0.4%, quetiapina 0.4%). Con respecto al tipo de eventos adversos a medicamentos encontró con mayor frecuencia los debidos a psicofármacos, como deterioro del sensorio, delirium, entre otros (Fajreldines, 2016).

En otro estudio argentino que analizó 56952 prescripciones correspondientes a 2231 pacientes dispensadas a adultos mayores en la provincia de Santa Fe, la prevalencia de PIM fue de 72.75% según Beers y 71.13% según la Lista IFAsPIAM. Esta incidencia, mayor que en otros estudios, podría deberse en parte al uso de benzodiazepinas, sobreutilizadas en nuestro país (Chiapella, 2018). Como las prescripciones PIM más frecuentes fueron ansiolíticos, analgésicos, antiépilépticos y antipsicóticos, cabe tener en cuenta que nuestra especialidad se encuentra especialmente comprometida. De los datos de este estudio se desprende que el 8.89% de las prescripciones se debieron a ansiolíticos y antipsicóticos. Sumado a esto, ni la paroxetina ni la quetiapina fueron contempladas por la lista IFAsPIAM, lo que podría llegar a aumentar el porcentaje de uso de psicofármacos.

Métodos para reducir errores de prescripción de psicofármacos potencialmente inapropiados en los adultos mayores

Los médicos no pueden conocer todos los efectos secundarios dañinos y las interacciones de todos los medicamentos comúnmente recetados (Hategan, 2018). A esto se le suma, la brevedad de la visita al consultorio, de pacientes médicamente complejos, con múltiples especialistas que contribuyen a la polifarmacia (Antimisiaris, 2017). Entonces, el monitoreo rutinario de fármacos en la tercera edad se hace indispensable, incluyendo PIM y no PIM. Cualquier síntoma en un adulto mayor polimedicado debe ser interpretado como secundario a los fármacos.

La conciliación de fármacos; el chequeo rutinario de interacciones; la prevención, detección y reversión de cascadas de medicación y la detección de PIM y PPO a través de criterios implícitos y explícitos resultan estrategias de alto valor a la hora de reducir los errores de prescripción en adultos mayores ante la indicación de psicofármacos.

Son herramientas de apoyo a la toma de decisiones al sopesar riesgos y beneficios frente a un paciente individual. Los psiquiatras debieran integrar al menos una de estas herramientas de apoyo a la práctica de prescripción con adultos mayores. Estas estrategias mejorarán aún más cuando se sumen a la bibliografía estudios focalizados en la especialidad y locales.

Reconciliación farmacológica

Un primer paso, para colaborar con el proceso de elección de un fármaco consiste en utilizar el recurso de reconciliación de medicamentos. Se define como un proceso formal, interactivo y multidisciplinario que tiene en cuenta los tratamientos en curso y que el paciente suele administrarse, para trabajar sobre información compartida entre médico, paciente, acompañantes y otros profesionales tratantes (Berthe, 2017).

Al inicio se realiza la verificación, o sea se arma la lista de medicamentos que se utilizan actualmente. Esta lista precisa de medicamentos debe incluir medicamentos de venta libre, suplementos, productos a base de hierro y vitaminas, etc. Seguido a esto, se hace la aclaración y evaluación: cada medicamento, con su formulación y dosis, se verifica para determinar su idoneidad. El tercer paso es la reconciliación que compara los nuevos medicamentos recetados con los antiguos, documentando los cambios (Drenth-van Maanen, 2011). Permite detectar y corregir las discrepancias observadas entre la prescripción de medicamentos y el historial de medicamentos de un paciente y ponerlos todos juntos en la historia clínica o una receta. Es una manera de evitar errores de medicación relacionados con la falta de conocimiento del tratamiento habitual de un paciente (Berthe, 2017). Por último, se transmitirá la lista actualizada al paciente y/o proveedor de atención.

Para el paso inicial de la verificación se dispone de un instrumento estructurado desarrollado en Holanda en 2011 para adultos mayores llamado Cuestionario para la Historia Estructurada de Uso de Fármacos (Drenth-van Maanen, 2011).

Chequeo de interacciones frecuentes

Podríamos suponer que el chequeo rutinario de interacciones en cualquier chequeador online reconocido por la comunidad científica es un método para reducir errores de prescripción. Pero un estudio que examinó las características principales de 23 aplicaciones que ofrecen apoyo para la verificación de posibles interacciones farmacológicas, reveló una baja calidad de verificación, proporcionando información inexacta y potencialmente insegura. Esta preocupante situación se justificó en que estas identificaron poco más de la mitad de las interacciones farmacológicas investigadas y, de las identificadas, menos de la mitad describió correctamente las interacciones. Esto resulta en una amenaza importante para la seguridad del paciente (Kim, 2018).

Dentro de la herramienta explícita criterios de Beers marcan algunas interacciones farmacológicas psiquiátricas potencialmente importantes. Señalan

que cualquier combinación de tres o más de estos fármacos activos sobre el sistema nervioso central (SNC) (antidepresivos, antipsicóticos, antiepilépticos, benzodiazepinas y "drogas Z") puede aumentar el riesgo de caídas y de fracturas, recomendando minimizar el número de fármacos activos en el SNC (AGS Beers Criteria® Update Expert Panel, 2019).

Finalmente, puntúan evitar la interacción del litio con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y con diuréticos de asa dado que aumentan el riesgo de toxicidad por litio, sugiriendo monitorear litemias (AGS Beers Criteria® Update Expert Panel, 2019).

Prevención, detección y reversión de la cascada de prescripción

La polifarmacia racional e irracional es un tema serio y complejo que predispone a cometer errores de prescripción. Suele ser producto de al menos tres causas importantes: ausencia de evaluación crítica del tratamiento de la multimorbilidad, la falta de conciliación de esquemas terapéuticos y las cascadas de prescripción.

Las cascadas de prescripción son a su vez, causa de polifarmacia inapropiada. La polifarmacia conduce a efectos adversos que, muchas veces, hacen sospechar la existencia de una nueva condición que tratar, originando cascadas de prescripción. Se definen como el tratamiento farmacológico de un efecto secundario, malinterpretado como una nueva afección médica, insertando en el esquema farmacológico un medicamento potencialmente innecesario (Brath, 2018).

Para abordar las cascadas de prescripción se comienza por prevenirlas o evitarlas: priorizar el uso de tratamientos no farmacológicos, fortalecer la comunicación médico-paciente-cuidador, considerar si ese fármaco a recetar puede formar parte de una cascada de prescripción y comenzar a dosis bajas. Es útil revisar algún listado de medicamentos con efectos secundarios manifestados como síndromes geriátricos comunes y un listado de cascadas de prescripción comunes (Brath, 2018).

Por dar algunos ejemplos se mencionará que los medicamentos con propiedades sedantes, hipnóticas y anticolinérgicas, pueden provocar caídas; los anticolinérgicos, benzodiazepinas, antihistamínicos y antidepresivos tricíclicos pueden conducir a deterioro cognitivo; psicofármacos con propiedades alfabloqueantes, antidepresivos y sedantes pueden inducir incontinencia; anticolinérgicos y antidepresivos tricíclicos generar estreñimiento; diarrea producto de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina,

ansiolíticos y antipsicóticos y, hemorragia gastrointestinal por inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) (Kwan & Farrell, 2014).

Algunas cascadas de prescripción de frecuente aparición con psicofármacos son: deterioro cognitivo por amitriptilina que origina tratamiento con donepezilo; edema por gabapentina que conduce a diuréticos; parkinsonismo por antipsicóticos o litio que lleva a agentes antiparkinsonianos; incontinencia urinaria por agentes inhibidores de acetilcolinesterasa medicada con anticolinérgicos urinarios.

El paso siguiente consiste en la detección de un caso ya establecido de cascada de prescripción. Puede utilizarse aquí un cuestionario de cuatro preguntas diseñado en Argentina para determinar si un evento farmacológico adverso podría ser el resultado de una cascada de prescripción. Un puntaje total de cuatro o más sugiere que una cascada de prescripción fue la responsable del evento adverso (Ponte, 2017) (ver Tabla 1).

Se continuará evaluando la necesidad de cada medicamento, considerando riesgo y potencial deprescripción. El siguiente paso es revertir la cascada detectada a modo de cascada inversa, en un proceso de discontinuación programado y controlado (Brath, 2018).

Tabla 1. Score propuesto para definir la cascada de prescripción (Ponte, 2017)

Existencia de reacción adversa a medicamentos (RAM) esperada o desconocida	
Dudoso	0
Sí	1
Sí, pero mal interpretado	2
Acción seguida contra el RAM	
Interrupción del tratamiento	0
Continuó con reducción de dosis	1
Continuó sin cambios o con otro fármaco del mismo grupo	2
Existencia de un segundo tratamiento farmacológico para las RAM	
No	0
Sí	1
Resultado global de este nuevo tratamiento	
El paciente empeora o permanece sin cambios	1
Aparece una nueva RAM	2
La nueva RAM obliga a un tercer tratamiento farmacológico	3
Suma (el mínimo requerido es 4)	

Herramientas de prescripción implícitas y explícitas diseñadas para mejorar la idoneidad de la prescripción de medicación psiquiátrica en los adultos mayores

Las herramientas capaces de evaluar la calidad de prescripción en personas mayores se dividen dos tipos: explícitas e implícitas.

Las herramientas de prescripción explícitas, basadas en criterios, incluyen listas de medicamentos o clases de medicamentos a evitar porque tienen un mayor riesgo de resultados negativos en esta población. Surgen de revisiones de la literatura, opiniones de expertos y consensos (Drenth-van Maanen, 2018). Ejemplos de las anteriores son los criterios de Beers, los START y STOPP; FORTA e IFAsPIAM. En cambio, las herramientas de prescripción implícitas, basadas en juicios, no tienen criterios específicos para fármaco, enfermedad o grupo etario, se basan en el conocimiento y la experiencia del médico para evaluar la calidad de la prescripción (Drenth-van Maanen, 2018). MAI es el estándar de oro de estas herramientas.

Las herramientas implícitas requieren más tiempo para su aplicación, lo que las hace de uso limitado en el marco de consultas con tiempo reducido, quedando reservado casi exclusivamente a la investigación. Además, requieren de un médico capacitado en la obtención de la información clínica y manejo de evidencia para formular un juicio sobre la idoneidad o lo inapropiado de su indicación. Al evaluar a un medicamento por vez, no colabora en priorizar qué medicamentos deben cambiarse (Awad, 2019). Varios estudios han demostrado que detecta posibles errores de prescripción y predice resultados adversos para la salud (Lavan et al. 2016).

Las herramientas de prescripción explícita no requieren específicamente experiencia clínica, lo que las hace fáciles de usar por profesionales con menos experiencia. Sin embargo, una desventaja es que estas herramientas tienen una transferibilidad limitada entre países debido a las diferencias en las prácticas de prescripción y farmacopeas. Este tipo de herramientas requiere revisiones periódicas para estar al día con la evidencia clínica (Drenth-van Maanen, 2018) (ver Tabla 2).

Focalizando en los psicofármacos mencionados en las herramientas de prescripción explícitas

Al momento de la realización de esta revisión se encontraron herramientas para evaluar la prescripción de fármacos en adultos mayores, pero ninguna específica para valorar en uso de psicofármacos en la población gerontopsiquiátrica.

Se hará un recorte de estos criterios centrado en medicamentos de uso en psiquiatría, agrupando los criterios de las cuatro herramientas explícitas según los grupos farmacológicos y los comparará en sus recomendaciones. Se sintetizará la información perteneciente a esta especialidad surgida de los listados de criterios explícitos de Beers, STOPP/START, FORTA e IFAsPIAM (ver Tabla 3, Tabla 4, Tabla 5, Tabla 6).

Resumen de las tablas de recomendaciones

Dado que las benzodicepinas son las PIM más recetadas en tercera edad, la recomendación de evitar y de prescribir es la indicada. Podrían ser apropiadas para trastornos convulsivos (Beers, IFAsPIAM), trastorno del comportamiento del sueño con movimientos oculares rápidos (Beers), abstinencia de benzodicepinas (Beers), abstinencia de etanol (Beers), trastorno de ansiedad generalizada severo (Beers, IFAsPIAM) y anestesia periprocedimiento (Beers). Su uso no podrá prolongarse más allá de 4 semanas y deben discontinuarse paulatinamente (STOPP, IFAsPIAM). De tener que elegir alguna, lorazepam y alprazolam podrían llegar a tener el mejor perfil. Corresponde realizar monitoreo de efectos adversos (IFAsPIAM) y su administración será en dosis inferiores a la mitad de la usual en adultos jóvenes (IFAsPIAM)

Con relación a las “drogas Z”, surgen las mismas recomendaciones, evitar y de prescribir. Deben evitarse u omitirse en presencia de demasiados fármacos (FORTA) y administrar dosis inferior a la mitad de la usual en adultos jóvenes, durante corto tiempo monitoreando efectos adversos (IFAsPIAM). No hay preferencia por alguno.

Los criterios START recomiendan incluir anti-depresivos no tricíclicos en presencia de síntomas depresivos mayores persistentes y para la ansiedad grave persistente que interfiere con la independencia funcional. Recomiendan ISRS y, si los ISRS estuvieran contraindicados ISRN. FORTA e IFAsPIAM sugieren como alternativa terapéutica ISRS (citalopram, escitalopram, sertralina) para profilaxis y terapia para depresión moderada a mayor e inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (mirtazapina, venlafaxina). Encomiendan evitar inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), tricíclicos, paroxetina y fluoxetina (Beers, FORTA e IFAsPIAM). STOPP pide evitar los ISRS con hiponatremia significativa concurrente o reciente (sodio sérico < 130 mmol/l).

Para los antipsicóticos en general, Beers, STOPP, IFAsPIAM recomiendan evitar para los problemas conductuales de la demencia o el delirium salvo que

Tabla 2. Cinco herramientas para evaluar la calidad de prescripción en adultos mayores

Criterios de Beers (AGS Beers Criteria© Update Expert Panel, 2019)
<p><i>Autores:</i> American Geriatrics Society (AGS) (Mark Beers y colaboradores) / Origen: EE.UU. y Canadá / Primera publicación: 1991 / Última actualización: 2019.</p> <p><i>Contenido:</i> una lista de PIM a usarse con precaución o evitarse (una general y otra en enfermedades específicas); una lista de interacciones medicamentosas de importancia clínica y medicamentos que requieren un ajuste de dosis según la función renal en el adulto mayor. Fueron clasificados según su justificación, grado de recomendación, nivel de evidencia (alta / moderada / baja) y fuerza de la recomendación (fuerte o débil).</p>
Herramienta de detección de prescripciones en personas mayores (STOPP) / Herramienta de detección para alertar a los médicos sobre el tratamiento adecuado (START) (O'Mahony, 2015)
<p><i>Autores:</i> O'Mahony, D.; O'Sullivan, D.; Byrne, S.; O'Conner, M. N.; Ryan, C.; & Gallagher, P. / Origen: Irlanda / Primera publicación: 2008 / Última actualización: 2014 (Versión 2).</p> <p><i>Contenido:</i> Los criterios explícitos STOPP están delineados para detectar PIM comunes y prevenibles para la tercera edad. Se encuentran agrupados por sistemas fisiológicos. Los criterios START se focalizan en posibles omisiones en la prescripción. Este etiquetado, tanto positivo como negativo, consta de 114 criterios. Poseen una versión traducida oficialmente al español (Delgado Silveira, 2015).</p>
Apto para los ancianos (FORTA) (Pazan, 2022)
<p><i>Autores:</i> Pazan, F.; Weiß, C.; Wehling, M. / Origen: Alemania / Primera publicación: 2008 / Última actualización: 2021.</p> <p><i>Contenido:</i> Detecta tanto PIM como PPO. Las clasificaciones dependen de la indicación o diagnóstico: un medicamento puede recibir diferentes clasificaciones de FORTA en función de diferentes indicaciones. Las etiquetas van de A (indispensable) a B (beneficioso), C (cuestionable) y D (evitar).</p>
IFAsPIAM (Marzi, 2018)
<p><i>Autores:</i> Marzi, M. M.; Pires, M. S.; & Quaglia, N. B. / Origen: Argentina / Primera y única publicación: 2018.</p> <p><i>Contenido:</i> Lista consensuada por expertos nacionales a través de la técnica consenso Delphi (ninguno era psiquiatra o gerontopsiquiatra) de PIMs en adultos mayores. Clasificada en nueve grupos, donde el grupo N (sistema nervioso) incluyó más sustancias con desfavorable perfil beneficio/riesgo (60-47%), asociadas con efectos adversos anticolinérgicos, sedación prolongada, caídas, eventos cardiovasculares, parkinsonismo. La clasificación se hizo en una escala que fue desde A: Muy de acuerdo, su uso debe evitarse pues hay alternativas terapéuticas más seguras; B: De acuerdo, debería evitarse, pero no hay alternativas terapéuticas más seguras, sugiero administrarlo con precaución, D: En desacuerdo, el riesgo de uso en adultos mayores es comparable con el riesgo en adultos jóvenes; E: Totalmente en desacuerdo, el medicamento tiene alto margen de seguridad. La categoría C indicaba una posición neutral por no tener opinión sobre el medicamento a evaluar.</p>
Índice de Adecuación de la Medicación (MAI) (Hanlon, 1992)
<p><i>Autores:</i> Hanlon y colaboradores / Origen: EE. UU. / Primera y única publicación: 1992.</p> <p><i>Contenido:</i> Aborda diez aspectos de cada prescripción de medicamentos (indicación, eficacia, dosis, instrucciones correctas, instrucciones prácticas, interacciones fármaco-fármaco, interacciones fármaco-enfermedad, duplicación, duración y gasto), para poder identificar posibles errores de prescripción.</p>

las opciones no farmacológicas hayan fallado o no sean posibles y el adulto mayor esté amenazando con hacerse daño a sí mismo o a otros, padezca esquizofrenia o trastorno bipolar. Lo justifican por el mayor riesgo de accidente cerebrovascular, mayor tasa de deterioro cognitivo y mortalidad en personas con demencia (Beers) y por el riesgo de confusión, hipotensión, efectos secundarios extrapiramidales, caídas (STOPP). Los criterios STOPP suman evitar los neurólépticos como hipnóticos, salvo que el trastorno del sueño se deba a psicosis o demencia. Dentro del grupo, los especialmente evitables son antipsicóticos con mayor nivel anticolinérgico. Aunque con alto riesgo

de efectos extrapiramidales graves (STOPP), la risperidona queda como alternativa potable (IFAsPIAM). FORTA considera beneficioso el uso de quetiapina para tratamiento de trastorno bipolar.

Dentro de los estabilizadores, las advertencias se centran en la carbamazepina, porque puede exacerbar o producir hiponatremia o síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (Beers, IFAsPIAM) y disminuir la densidad mineral ósea, incrementar el riesgo de fracturas, producir deterioro cognitivo y trastornos en la marcha (IFAsPIAM). Litio aparece como beneficioso para FORTA, con los recaudos de las interacciones mencionadas más arriba (Beers).

Tabla 3. Recomendaciones para benzodiazepinas y drogas Z según Beers, STOPP/START, FORTA e IFAsPIAM

Benzodiazepinas	Recomendación	Fundamento	Detalle de la recomendación
Todas	EVITAR	<p>En adultos mayores existe mayor sensibilidad a las BZD y disminución del metabolismo de los agentes de acción prolongada (Beers). Aumentan el riesgo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> deterioro cognitivo (Beers, IFAsPIAM) delirium (Beers, STOPP) caídas (Beers, IFAsPIAM) fracturas (Beers, STOPP, IFAsPIAM) <p>accidentes automovilísticos (Beers, STOPP)</p> <ul style="list-style-type: none"> sedación prolongada (STOPP) pérdida de equilibrio (STOPP) ante suspensión brusca existe riesgo de síndrome de abstinencia (STOPP) 	<p>Suspensión gradual si el tratamiento ha superado las 4 semanas (STOPP, IFAsPIAM)</p> <p>Monitoreo de efectos adversos (IFAsPIAM)</p> <p>Administración en dosis inferior a la mitad de la usual en adultos jóvenes (IFAsPIAM)</p> <p>Podrían ser apropiadas para:</p> <ul style="list-style-type: none"> trastornos convulsivos (Beers, IFAsPIAM) trastorno del comportamiento del sueño con movimientos oculares rápidos (Beers) abstinencia de benzodiazepinas (Beers) abstinencia de etanol (Beers) trastorno de ansiedad generalizada severo (Beers, IFAsPIAM) anestesia periprocedimiento (Beers)
Alprazolam	EVITAR (Beers) / CUESTIONABLE (FORTA) / EVITAR, PERO NO HAY ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS MÁS SEGURAS (IFAsPIAM)		
Lorazepam	EVITAR (Beers) / CUESTIONABLE (FORTA) / EVITAR, PERO NO HAY ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS MÁS SEGURAS (IFAsPIAM)		
Oxazepam	EVITAR (Beers, FORTA) / EVITAR, PERO NO HAY ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS MÁS SEGURAS (IFAsPIAM)		
Clonazepam	EVITAR (Beers, FORTA) / EVITAR, PERO NO HAY ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS MÁS SEGURAS (IFAsPIAM)		
Diazepam	EVITAR (Beers, FORTA, IFAsPIAM)		
Triazolam	EVITAR (FORTA)		
Bromazepam	EVITAR (IFAsPIAM)		
Flunitrazepam	EVITAR (IFAsPIAM)		
Clordiazepóxido	EVITAR (IFAsPIAM)		
Hipnóticos	Recomendación	Fundamento	Detalle de la recomendación
Todos (agonistas del receptor de benzodiazepinas no benzodiazepínicos o "drogas Z")	EVITAR (Beers)	<p>Aumentan el riesgo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> alteración cognitiva (IFAsPIAM) delirium (Beers) caídas (Beers, IFAsPIAM) fracturas (Beers, IFAsPIAM) accidentes automovilísticos (Beers) aumento de visitas y hospitalizaciones a la sala de emergencias (Beers) mejora mínima en la latencia y duración del sueño (Beers) depresión (IFAsPIAM) reacciones psiquiátricas paradójicas (IFAsPIAM) 	<p>Deben evitarse u omitirse en presencia de demasiados fármacos (FORTA)</p> <p>Administrar (IFAsPIAM):</p> <ul style="list-style-type: none"> dosis inferior a la mitad de la usual en adultos jóvenes durante corto tiempo monitorear efectos adversos
Zolpidem	EVITAR (Beers) / CUESTIONABLE (FORTA) / EVITAR, pero no hay alternativas terapéuticas más seguras (IFAsPIAM)		
Zopiclona	CUESTIONABLE (FORTA) / EVITAR, pero no hay alternativas terapéuticas más seguras (IFAsPIAM)		
Eszopiclona	EVITAR (Beers) / EVITAR, pero no hay alternativas terapéuticas más seguras (IFAsPIAM)		
Zaleplon	CUESTIONABLE (FORTA) / EVITAR, pero no hay alternativas terapéuticas más seguras (IFAsPIAM)		

Tabla 4. Recomendaciones para antidepresivos según Beers, STOPP/START, FORTA e IFAsPIAM

Antidepresivos	Recomendación	Fundamento	Detalle de la recomendación
IMAO (tranilcipromina)	EVITAR, pues hay alternativas terapéuticas más seguras (IFAsPIAM)	Crisis hipertensivas, hemorragia cerebral e hipertermia maligna (IFAsPIAM)	
Tricíclicos (Amitriptilina, Clomipramina, Imipramina, Nortriptilina)	EVITAR (Beers) / EVITAR en demencia, glaucoma de ángulo estrecho, trastornos en la conducción cardíaca, prostatismo o antecedentes de retención urinaria (STOPP) / EVITAR como tratamiento antidepresivo de primera línea (STOPP) / CUESTIONABLE (FORTA) tratamiento de depresión / EVITAR, pues hay alternativas terapéuticas más seguras (IFAsPIAM)	Propiedades altamente anticolinérgicas (Beers, FORTA, IFAsPIAM) Propiedades sedantes (Beers, IFAsPIAM) Hipotensión ortostática (Beers, IFAsPIAM) Alteración cognitiva (IFAsPIAM) Prolongación del intervalo QT, riesgo de arritmia ventricular y muerte súbita cardíaca (IFAsPIAM)	
Paroxetina	EVITAR (Beers) / EVITAR con hiponatremia significativa concurrente o reciente (sodio sérico < 130 mmol/l) (STOPP)	Propiedades altamente anticolinérgicas (Beers) Propiedades sedantes (Beers) Hipotensión ortostática (Beers)	
Fluoxetina	EVITAR (FORTA) debido a las interacciones farmacológicas / EVITAR con hiponatremia significativa concurrente o reciente (sodio sérico < 130 mmol/l) (STOPP) / EVITAR, pues hay alternativas terapéuticas más seguras (IFAsPIAM)	Estimulación excesiva del SNC (insomnio, agitación, confusión, náuseas, mareos) y provocación de hiponatremia (IFAsPIAM)	
Citalopram	EVITAR con hiponatremia significativa concurrente o reciente (sodio sérico < 130 mmol/l) (STOPP) / BENEFICIOSO (FORTA) para profilaxis y terapia para depresión moderada a mayor / CUESTIONABLE (FORTA) para tratamiento de síntomas depresivos dentro de los conductuales y psicológicos en la demencia (BPSD)		Incluir antidepresivos no tricíclicos en presencia de síntomas depresivos mayores persistentes e ISRS (ISRN o pregabalina si los ISRS está contraindicados) para la ansiedad grave persistente que interfiere con la independencia funcional (START)
Escitalopram			
Sertralina			Como alternativa terapéutica sugieren IRSS (citalopram, escitalopram, sertralina) y IRSN (mirtazapina, venlafaxina) (IFAsPIAM)
Mirtazapina	CUESTIONABLE (FORTA) para profilaxis y terapia para depresión moderada a mayor (con trastornos del sueño, falta de apetito, inquietud por la noche) a dosis bajas / CUESTIONABLE (FORTA) síntomas depresivos dentro de los conductuales y psicológicos en la demencia (BPSD) a dosis de 15-45 mg / día		
Venlafaxina	CUESTIONABLE (FORTA) para profilaxis y terapia para depresión moderada a mayor / EVITAR (FORTA) para BPSD		
Duloxetina	CUESTIONABLE (FORTA) para profilaxis y terapia para depresión moderada a mayor / EVITAR (FORTA) para BPSD		
Trazodone	CUESTIONABLE (FORTA) para BPSD y trastornos del sueño / EVITAR (FORTA) para profilaxis y terapia para depresión moderada a mayor		
Agomelatina	EVITAR (FORTA) para tratamiento de la depresión		

Tabla 5. Recomendaciones para antipsicóticos según Beers, STOPP/START, FORTA e IFAsPIAM

Antipsicóticos	Recomendación	Fundamento	Detalle de la recomendación
Todos	EVITAR (Beers)	Mayor riesgo de ACV, mayor tasa de deterioro cognitivo y mortalidad en personas con demencia (Beers). Riesgo de confusión, hipotensión, efectos secundarios extrapiramidales, caídas (STOPP)	Evitar para los problemas conductuales de la demencia o el delirium salvo que las opciones no farmacológicas hayan fallado o no sean posibles y el adulto mayor esté amenazando con hacerse daño a sí mismo o a otros. Excepción para tratamiento de esquizofrenia o trastorno bipolar (Beers, STOPP, IFAsPIAM). Evitar los neurolépticos como hipnóticos, salvo que el trastorno del sueño se deba a psicosis o demencia (STOPP)
Clorpromazina	EVITAR (Beers) / EVITAR (STOPP) en prostatismo o retención urinaria / EVITAR, pues hay alternativas terapéuticas más seguras (IFAsPIAM)	Efectos antimuscarínicos moderados-graves (STOPP, IFAsPIAM) Sedantes (STOPP) Riesgo de efectos extrapiramidales (IFAsPIAM)	Evitar como tratamiento de primera línea, existen alternativas más seguras y eficaces (STOPP)
Clozapina	EVITAR (Beers) / EVITAR (STOPP) en prostatismo o retención urinaria / EVITAR (FORTA) para delirios y alucinaciones / EVITAR, pues hay alternativas terapéuticas más seguras (IFAsPIAM)	Efectos antimuscarínicos moderados-graves (STOPP) Sedantes (STOPP) Agranulocitosis (IFAsPIAM) Miocarditis (IFAsPIAM)	
Levo/promazina	EVITAR (Beers) / EVITAR (STOPP) en prostatismo o retención urinaria / EVITAR, pero no hay alternativas terapéuticas más seguras (IFAsPIAM)	Efectos antimuscarínicos moderados-graves (STOPP, IFAsPIAM) Sedantes (STOPP, IFAsPIAM) Riesgo de efectos extrapiramidales (IFAsPIAM) Hipotonía (IFAsPIAM)	Evitar como tratamiento de primera línea, existen alternativas más seguras y eficaces (STOPP) Monitorear función neurológica y cardiovascular (IFAsPIAM)
Zuclopentixol	EVITAR (Beers) / EVITAR (STOPP) en prostatismo o retención urinaria	Efectos antimuscarínicos moderados-graves (STOPP) Sedantes (STOPP)	
Risperidona	EVITAR (STOPP) en parkinsonismo o enfermedad demencia por cuerpos de Lewy / CUESTIONABLE (FORTA) para delirios y alucinaciones y agitación y agresividad / EVITAR, pero no hay alternativas terapéuticas más seguras (IFAsPIAM)	Riesgo de efectos extrapiramidales graves (STOPP)	Administrar la dosis efectiva más baja (IFAsPIAM)
Olanzapina	EVITAR (STOPP) en parkinsonismo o enfermedad demencia por cuerpos de Lewy / CUESTIONABLE (FORTA) para delirios y alucinaciones / EVITAR, pero no hay alternativas terapéuticas más seguras (IFAsPIAM) / EVITAR para agitación psicomotriz en demencia	Efectos antimuscarínicos (IFAsPIAM) Riesgo de efectos extrapiramidales (IFAsPIAM) Sedantes (IFAsPIAM) Hipotonía (IFAsPIAM)	Administrar la dosis efectiva más baja (IFAsPIAM) Monitorear función neurológica y cardiovascular (IFAsPIAM)
Quetiapina	BENEFICIOSO (FORTA) para tratamiento de trastorno bipolar / CUESTIONABLE (FORTA) para los síntomas psicóticos y agresivos de BPSD		

Tabla 5. Recomendaciones para antipsicóticos según Beers, STOPP/START, FORTA e IFAsPIAM (Continuación tabla 5 - pág. 80)

Antipsicóticos	Recomendación	Fundamento	Detalle de la recomendación
Haloperidol	EVITAR (STOPP) en parkinsonismo o enfermedad demencia por cuerpos de Lewy / EVITAR (FORTA) para delirios y alucinaciones / EVITAR, pero no hay alternativas terapéuticas más seguras (IFAsPIAM)	EVITAR (STOPP) en parkinsonismo o enfermedad demencia por cuerpos de Lewy / EVITAR (FORTA) para delirios y alucinaciones / EVITAR, pero no hay alternativas terapéuticas más seguras (IFAsPIAM)	Administrar la dosis efectiva más baja (IFAsPIAM) Monitorear función neurológica y cardiovascular (IFAsPIAM)
Aripiprazol	EVITAR (STOPP) en parkinsonismo o enfermedad demencia por cuerpos de Lewy / EVITAR (FORTA) para delirios y alucinaciones / EVITAR, pero no hay alternativas terapéuticas más seguras (IFAsPIAM) / EVITAR para agitación psicomotriz en demencia		Administrar la dosis efectiva más baja (IFAsPIAM)
Asenapina	EVITAR (STOPP) en parkinsonismo o enfermedad demencia por cuerpos de Lewy / EVITAR, pero no hay alternativas terapéuticas más seguras (IFAsPIAM)	Riesgo de efectos extrapiramidales graves (STOPP, IFAsPIAM) Sedantes (IFAsPIAM) Hipotonía (IFAsPIAM) Deterioro cognitivo (IFAsPIAM) Prolongación del intervalo QT (IFAsPIAM)	Usar sólo en episodios psicóticos agudos (IFAsPIAM) Monitorear función neurológica y cardiovascular (IFAsPIAM)
Paliperidona	EVITAR (STOPP) en parkinsonismo o enfermedad demencia por cuerpos de Lewy / EVITAR, pero no hay alternativas terapéuticas más seguras (IFAsPIAM) / EVITAR para agitación psicomotriz en demencia	Riesgo de efectos extrapiramidales graves (STOPP)	Administrar la dosis efectiva más baja (IFAsPIAM)
Trifluoperazina	EVITAR, pues hay alternativas terapéuticas más seguras (IFAsPIAM)	Efectos antimuscarínicos (IFAsPIAM) Riesgo de efectos extrapiramidales (IFAsPIAM)	
Tioridazina	EVITAR, pues hay alternativas terapéuticas más seguras (IFAsPIAM)	Efectos antimuscarínicos (IFAsPIAM) Riesgo de efectos extrapiramidales (IFAsPIAM) Prolongación del intervalo QT (alto riesgo de arritmia ventricular, torsades de pointes y muerte súbita cardíaca) (IFAsPIAM)	
Pipotiazina	EVITAR, pues hay alternativas terapéuticas más seguras (IFAsPIAM)	Efectos antimuscarínicos (IFAsPIAM) Riesgo de efectos extrapiramidales (IFAsPIAM)	
Ziprazidona	EVITAR, pues hay alternativas terapéuticas más seguras (IFAsPIAM)	Efectos antimuscarínicos (IFAsPIAM) Riesgo de efectos extrapiramidales (IFAsPIAM) Prolongación del intervalo QT (IFAsPIAM)	

Tabla 6. Recomendaciones para estabilizadores según Beers, STOPP/START, FORTA e IFAsPIAM

Estabilizadores	Recomendación	Fundamento	Detalle de la recomendación
Carbamazepina	Usar con PRECAUCIÓN (Beers) / EVITAR (FORTA) / EVITAR, pero no hay alternativas terapéuticas más seguras (IFAsPIAM)	Exacerba o produce hiponatremia o síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (Beers, IFAsPIAM) Disminución de la densidad mineral ósea, incremento del riesgo de fracturas, deterioro cognitivo, trastornos en la marcha (IFAsPIAM)	Sugieren monitorear la natremia (Beers) Administrar con precaución en pacientes con desequilibrios del medio interno (hiponatremia) (IFAsPIAM)
Litio	BENEFICIOSO (FORTA)		
Lamotrigina	CUESTIONABLE (FORTA)		
Ácido valproico	CUESTIONABLE (FORTA)		

Un grupo no mencionado en las tablas, los inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezilo, rivastigmina, galantamina), son recomendados por START para la enfermedad de Alzheimer leve-moderada o la demencia por cuerpos de Lewy (rivastigmina).

Conclusiones

Para poder cumplir con dos de los principios éticos a la hora de medicar: buscar alivio a través del fármaco (los PIM son inefectivos, los PPO son potencialmente necesarios) y no dañar (los PIM causan riesgos innecesarios) requerimos el apoyo de herramientas estructuradas.

Si bien estas herramientas pueden resultar inadecuadas a los tiempos de consulta, requerir de mucha capacitación en el caso de las implícitas y de criterio para adecuar las recomendaciones de las explícitas al caso particular, todas estas han demostrado mejorar las prácticas reduciendo los errores de prescripción.

Al no existir herramientas específicas para mejorar las prácticas en psicofarmacología geriátrica, un compendio de sus recomendaciones puede resultar de orientación.

Contemplar una posible integración de las herramientas disponibles para evaluar la lista de medicamentos, para detectar cascadas de prescripción y revertirlas, para chequear interacciones y para detectar el uso de PIM y la falta de PPO en adultos mayores es una cuenta pendiente, especialmente en nuestra especialidad.

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

Agradecimientos: a la Dra. Catalina Berman Vallejo por ceder sus derechos para poder escribir este artículo. Al Dr. Rubén Barenbaum y a los directivos del Curso Su-

perior de Psicofarmacología Clínica de APSA, Dra. Gabriela Jufe, Dr. Sergio Halsband, Dra. Irene Elenitza y Dr. Federico Rebok por ser impulsores de este artículo.

Referencias bibliográficas

- Antimisiaris, D., & Cutler, T. (2017). Managing Polypharmacy in the 15-Minute Office Visit. *Primary care*, 44(3), 413–428. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.04.003>
- Avery, A. A., Barber, N., Ghaleb, M., Dean Franklin, B., Armstrong, S., Crowe, S., Dhillon, S., Freyer, A., Howard, R., Pezzolesi, C., Serumaga, B., Swanwick, G., & Talabi, O. *Investigating the prevalence and causes of prescribing errors in general practice: the PRACtICE Study*. General Medical Council, 2012. 227 p.
- Avila-Beltrán, R., García-Mayo, E., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Avila-Funes, J. A. (2008). Geriatric medical consultation is associated with less prescription of potentially inappropriate medications. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(9), 1778–1779. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01836.x>
- Awad, A., & Hanna, O. (2019). Potentially inappropriate medication use among geriatric patients in primary care setting: A cross-sectional study using the Beers, STOPP, FORTA and MAI criteria. *PloS one*, 14(6), e0218174. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218174>
- Berthe, A., Fronteau, C., Le Fur, É., Morin, C., Huon, J. F., Rouiller-Furic, I., Berlioz-Thibal, M., Berrut, G., & Lepelletier, A. (2017). Medication reconciliation: a tool to prevent adverse drug events in geriatrics medicine. Conciliation médicamenteuse : un outil de lutte contre le risque iatrogène en gériatrie. *Geriatric et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 15(1), 19–24. <https://doi.org/10.1684/pnv.2016.0642>
- Brath, H., Mehta, N., Savage, R. D., Gill, S. S., Wu, W., Bronskill, S. E., Zhu, L., Gurwitz, J. H., & Rochon, P. A. (2018). What Is Known About Preventing, Detecting, and Reversing Prescribing Cascades: A Scoping Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(11), 2079–2085. <https://doi.org/10.1111/jgs.15543>
- By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel (2019). American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(4), 674–694. <https://doi.org/10.1111/jgs.15767>
- Chiapella, L. M. (2018). *Medicamentos Potencialmente Inapropiados en adultos mayores de la ciudad de Rosario, Argentina: estudio transversal utilizando los criterios de Beers 2015 y la Lista IFAsPIAM*. Mendoza: Universidad Nacional de Rosario.

- Dean, B., Barber, N., & Schachter, M. (2000). What is a prescribing error?. *Quality in health care : QHC*, 9(4), 232–237. <https://doi.org/10.1136/qhc.9.4.232>
- Delgado Silveira E, Montero Errasquin B, Muñoz García M, Vélez-Díaz-Pallarés M, Lozano Montoya I, Sánchez-Castellano C, Cruz-Jentoft AJ. (2015). Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*;50(2): 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.10.005>
- Drenth-van Maanen, A. C., Spee, J., van Hensbergen, L., Jansen, P. A., Egberts, T. C., & van Marum, R. J. (2011). Structured history taking of medication use reveals iatrogenic harm due to discrepancies in medication histories in hospital and pharmacy records. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(10), 1976–1977. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03610.11.x>
- Drenth-van Maanen, A. C., Leendertse, A. J., Jansen, P. A. F., Knol, W., Keijsers, C. J. P. W., Meulendijk, M. C., & van Marum, R. J. (2018). The Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing (STRIP): Combining implicit and explicit prescribing tools to improve appropriate prescribing. *Journal of evaluation in clinical practice*, 24(2), 317–322. <https://doi.org/10.1111/jep.12787>
- Fajreldines, A. I. (2016). Prescripción inapropiada en adultos mayores hospitalizados. *Medicina* (B. Aires) vol.76 no.6: 362-368.
- Fond, G., Fajula, C., Dassa, D., Brunel, L., Lançon, C., & Boyer, L. (2016). Potentially inappropriate psychotropic prescription at discharge is associated with lower functioning in the elderly psychiatric inpatients. A cross-sectional study. *Psychopharmacology*, 233(13), 2549–2558. <https://doi.org/10.1007/s00213-016-4312-z>
- Hanlon, J. T., Schmader, K. E., Samsa, G. P., Weinberger, M., Uttech, K. M., Lewis, I. K., Cohen, H. J., & Feussner, J. R. (1992). A method for assessing drug therapy appropriateness. *Journal of clinical epidemiology*, 45(10), 1045–1051. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(92\)90144-c](https://doi.org/10.1016/0895-4356(92)90144-c)
- Hategan, A. B. (2018). *Geriatric Psychiatry: A Case-Based Textbook*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-67555-8>
- INDEC. (2012). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010: censo del Bicentenario: resultados definitivos*. Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- Kim, B. Y., Sharafoddini, A., Tran, N., Wen, E. Y., & Lee, J. (2018). Consumer Mobile Apps for Potential Drug-Drug Interaction Check: Systematic Review and Content Analysis Using the Mobile App Rating Scale (MARS). *JMIR mHealth and uHealth*, 6(3), e74. <https://doi.org/10.2196/mhealth.8613>
- Koren, G., Nordon, G., Radinsky, K., & Shalev, V. (2019). Clinical pharmacology of old age. *Expert review of clinical pharmacology*, 12(8), 749–755. <https://doi.org/10.1080/17512433.2019.1632188>
- Kwan, D., & Farrell, B. (2013). Polypharmacy: Optimizing Medication Use in Elderly Patients. *Pharmacy Practice*; Apr/May:20–25.
- Lavan, A. H., Gallagher, P. F., & O'Mahony, D. (2016). Methods to reduce prescribing errors in elderly patients with multimorbidity. *Clinical interventions in aging*, 11, 857–866. <https://doi.org/10.2147/CIA.S80280>
- Maidment, I. D., Haw, C., Stubbs, J., Fox, C. Katona, C. & Franklin, B. D. (2008). Medication errors in older people with mental health problems: a review. *International journal of geriatric psychiatry*, 23(6): 564–573. <https://doi.org/10.1002/gps.1943>
- Marzi, M. M., Diruscio, V. A., Núñez, M. H., Pires, M. S., Quaglia, N. B. (2013). Análisis de la prescripción de medicamentos en una comunidad geriátrica Argentina. *Revista médica de Chile*, 141(2): 194–201.
- Marzi, M. M., Pires, M. S., & Quaglia, N. B. (2018). Ingredientes Farmacéuticos Activos Potencialmente Inapropiados en Adultos Mayores: Lista IFAsPIAM: Panel de Consenso Argentino. *Value in health regional issues*, 17, 38–55. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2017.10.002>
- NCCMERP. (4 de 12 de 2021). *The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention*. Obtenido de: <https://www.nccmerp.org/>
- Observatorio Argentino de drogas. (2018). *Estudio exploratorio sobre consumo de sustancias psicoactivas en adultos mayores en Área Metropolitana*. CABA: Sedronar.
- O'Mahony, D., O'Sullivan, D., Byrne, S., O'Connor, M. N., Ryan, C., & Gallagher, P. (2015). STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age and ageing*, 44(2), 213–218. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu145>
- OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ediciones Organización Mundial de la Salud.
- Pazan, F., Weiss, C., Wehling, M., & FORTA (2022). The FORTA (Fit for The Aged) List 2021: Fourth Version of a Validated Clinical Aid for Improved Pharmacotherapy in Older Adults. *Drugs & aging*, 39(3), 245–247. <https://doi.org/10.1007/s40266-022-00922-5>
- Ponte, M. L., Wachs, L., Wachs, A., & Serra, H. A. (2017). Prescribing cascade. A proposed new way to evaluate it. Prescripción en cascada. Una nueva propuesta para evaluarla. *Medicina*, 77(1), 13–16.
- Procyshyn, R. M., Barr, A. M., Brickell, T., & Honer, W. G. (2010). Medication errors in psychiatry: a comprehensive review. *CNS drugs*, 24(7), 595–609. <https://doi.org/10.2165/11533710-000000000-00000>
- Reason J. (2000). Human error: models and management. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7237), 768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Rongen, S., Kramers, C., O'Mahony, D., Feuth, T. B., Olde Rikkert, M. G., & Ahmed, A. I. (2016). Potentially inappropriate prescribing in older patients admitted to psychiatric hospital. *International journal of geriatric psychiatry*, 31(2), 137–145. <https://doi.org/10.1002/gps.4302>
- Stagnaró, J. C., Cía, A., Vázquez, N. ., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E. ., Sustas, S. E., Medina Mora, M. E. ., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S., & Kessler, R. . (2019). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vertex Revista Argentina De Psiquiatría*, 29(142, nov.-dic.), 275–299. Recuperado a partir de <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/256>
- Steinman, M. A., Beizer, J. L., DuBeau, C. E., Laird, R. D., Lundebjerg, N. E., & Mulhausen, P. (2015). How to Use the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria-A Guide for Patients, Clinicians, Health Systems, and Payers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(12), e1–e7. <https://doi.org/10.1111/jgs.13701>

Cuando los procedimientos judiciales facilitan el abandono. Nuevas formas de *Ghosting*

When legal procedures facilitate abandonment. New forms of Ghosting

Gustavo A. Delucchi¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v34i159.369>

Resumen

El *ghosting* (fantasmeo o desaparición) se estableció como una forma de terminación de relaciones breves y sin compromiso. Consiste simplemente en cortar todo tipo de comunicación y no dar señales de vida de forma abrupta. Por otro lado, los informes psicológicos en los tribunales de familia, habitualmente se limitan a transcribir los dichos de las partes entrevistadas, sin efectuar ningún otro acto profesional que no sea el mero relato. Esto, sumado al no seguimiento de los procedimientos de la ley, terminan facilitando el cese abrupto no de relaciones cortas, sino parejas de larga data, o hasta inclusive matrimonios, mediante exclusiones de hogares o imposición de perímetros de exclusión, con las innumerables consecuencias para la persona *ghosteada* y la familia. Se intenta advertir, sobre la necesidad de la realización de verdaderos informes periciales, que ayuden a los magistrados a mejorar la toma de decisiones, que no faciliten la finalización abrupta de relaciones familiares de larga data.

Palabras Clave: Fantasmeo - Abandono - Exclusión del hogar - Informe psicológico - Fuero de Familia.

Abstract

Ghosting has become a way to end abruptly short/casual relationships. It is the practice of ending a personal relationship suddenly and without explanation withdrawing from all communication. Nowadays at family courts, the quality of psychology expert witness reports is limited to transcribe the interviewed person words, without applying any professional method tending to elaborate a diagnosis. On the other side, usually the formal procedures mandated by the law are not followed, may be due to the excessive amount of work. These two reasons lead to impose home exclusion or different kind of restrictions to see one or more members of the family, measures that facilitate de abrupt termination of the family bond, developing serious psychological consequences to the excluded person. Attempts are made to warn about the need for real expert reports that help judges to improve decision-making, to not facilitate long term family relationships ending.

Key Words: *Ghosting - Abandonment - Home exclusion - Psychological Expert Report - Family Court.*

RECIBIDO 25/08/2022 - ACEPTADO 20/10/2022

¹Profesor Adjunto de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Ex Perito del Tribunal de Familia n° 1, Dep-
to. Judicial La Plata, Prov. de Buenos Aires, Argentina. ORCID: 0000-0003-2771-1980

Correspondencia:
gad@med.unlp.edu.ar



Ghosting. Breve reseña

El *Ghosting* (fantasmear en inglés), es una forma de disolución de relaciones que ocurre en ausencia de la “persona fantasmada” (la llamaremos, en este artículo, *cancelada*). Consiste en terminar unilateralmente una relación abruptamente sin dar la cara, sin hablar, sin ni siquiera dar una mínima explicación. Sencillamente “se desaparece” o se “cancela” a la otra persona.

Ingresó al “diccionario urbano” en el 2006 (Dictionary, 2007), haciendo exclusiva referencia a la cancelación de contactos de chateo. Pero el avance de la tecnología y aplicaciones, sumado al cambio en la forma de relacionarse, han llevado a que el *ghosting* sea, en la actualidad, una prominente estrategia de resolución de relaciones de predominancia cibernética (Powell et al., 2021).

Si bien comenzó en el ámbito virtual, hoy también se ha extendido a relaciones de parejas “de la vida real”, muy frecuente y hasta aceptado por los *millennials* más jóvenes y *centennials*, en las relaciones cortas o de “poca responsabilidad afectiva”, e incluso se ha comenzado a extender a las relaciones de largo tiempo de duración, en las que hasta se ha llegado a convivir, estando o no casado, transformándose esto en una inaudita nueva forma de abandono.

El que desaparece suele tener, cuanto menos, una actitud irresponsablemente egoísta, ya que poco le importa los sentimientos y lo que le ocurra al otro. Usualmente, suelen ser individuos con diversos trastornos de personalidad, o de cuadros psicopatológicos mayores.

Reacción de la persona ghosteada (cancelada)

No me referiré aquí a las relaciones virtuales o relaciones cortas donde no ha habido involucramiento afectivo, sino más bien a *relaciones amorosas estables* que son “canceladas” repentinamente.

Si bien recién ahora empieza a haber algunos datos empíricos, sobre las reacciones de las personas canceladas, la psicología social ha examinado y lo ha relacionado con el ostracismo: el uso del silencio para tratar a otra persona. La persona que lo padece, puede reaccionar en forma extremadamente negativa, con consecuencias nefastas.

Para graficar parte de estas consecuencias vemos que, independientemente del sufrimiento intrínseco, el dolor físico siempre es “entendible” cuando existen situaciones tangibles que explican su génesis, como lesiones de distintas partes del cuerpo, ya sea generadas

por traumatismos o enfermedades graves tales como cáncer, enfermedades traumato-neurológicas u otras.

Los eventos como el abandono, suelen ser muy angustiosos, a pesar de la falta de una causa tangible por el observador externo. No existía prueba objetiva de la “metafórica pata de elefante” que oprime el pecho de la persona angustiada. Pero ya a fines del otro siglo se acuñó el concepto de “dolor social” (Panksepp, 1998). Incluso dos décadas antes se había descripto que los circuitos cerebrales involucrados en la angustia de separación representan una elaboración evolutiva de una red de dolor basada en endorfinas (Herman y Panksepp, 1978). MacDonald y Leary argumentan que cuando se refieren a las reacciones de abandono social como un dolor agónico o incapacitante, la expresión va más allá de la metáfora (MacDonald y Leary, 2005).

En pocas palabras, la “cancelación” o rechazo social produce reacciones cerebrales similares al dolor físico. Esto ha sido demostrado incluso con estudios de resonancia magnética cerebral funcional, en las que al mapear cerebros de individuos “cancelados” muestran la activación de áreas somato-sensoriales de la corteza y la ínsula dorsal posterior, áreas usualmente estimuladas cuando se someten a individuos a dolor físico (Krosset et al., 2011). Este descubrimiento viene a mostrar la evidencia, pero a nivel molecular, sobre por qué “duele” el pecho frente al abandono.

El mal momento que pueda pasar “el fantasma” por tener que explicar su decisión de alejarse, no tiene comparación con el profundo desasosiego que desemboca en extrema angustia, conducente a la desesperante e interminable espera de resolución del duelo, resolución que se prolonga por el desconocimiento de lo ocurrido, cual cónyuge de familiar dado por muerto al desaparecer en el mar, que aún después de años se sobresalta con un ruido, ilusionado de que quien ya no está más irrumpa repentinamente.

Reacción del “fantasma”

Las investigaciones sobre la visión de diferencias individuales en rasgos de personalidad o inteligencia muestran entidades variables: estáticas o maleables. Así, se pueden describir personas con *mentalidad fija*, a la que se asocia una menor resiliencia, o personas con *mentalidad en crecimiento*, que suelen tener menos desesperanza, entre otros características (Burnette, 2013).

Hay estudios que evalúan la aceptabilidad de esta forma de desvincularse (*ghosting*) en relaciones afectivas. Así el 22% de individuos con mentalidad fija

encuentran aceptable al *ghosting* como una forma de terminar relaciones cortas, mientras que no se demostró aceptación de este método en personas con mentalidad en crecimiento (Freedman et al., 2019).

Ley 12569 (Prov. de Bs. As.) sobre violencia familiar

En la provincia de Buenos Aires, la Ley 12569 sobre Violencia Familiar dice en su Artículo Primero: *A los efectos de la aplicación de la presente Ley se entenderá por violencia familiar, toda acción, omisión, abuso, que afecte la vida, libertad, seguridad personal, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, de una persona en el ámbito del grupo familiar, aunque no configure delito* (Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires 2005).

No se me ocurriría cuestionar la necesidad de la ley, pero hasta aquí la sola manifestación de algún tipo de violencia dispararía una medida protectora, si no fuera porque en el Art. 8 y la modificación por la Ley 14.509, *se establece que el Juez o Jueza interviniente deberá requerir un informe efectuado por profesionales de diversas disciplinas o equipo transdisciplinario para determinar los daños físicos y/o psíquicos, económicos o de otro tipo sufridos por la víctima, la situación del peligro y medio social y ambiental del grupo familiar. La interesada podrá solicitar otros informes técnicos. El juez o jueza podrá solicitar, o considerar como presentado en el caso de que se acompañe a la denuncia, el informe producido por profesionales o instituciones públicas o privadas idóneas en la materia, que satisfagan los requisitos del párrafo anterior. Dicho informe diagnóstico será remitido al juez o jueza requirente en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas, a efectos de que pueda aplicar otras medidas, interrumpir o hacer cesar alguna de las mencionadas en el artículo 7°.*

Y es aquí a donde quiero dirigir mis observaciones. La ley está para proteger a quien sufre la violencia, pero hemos encontrado que se efectúan informes técnicos elaborados por psiquiatras, pero fundamentalmente psicólogos/as, que, cuanto menos, no dedican tiempo suficiente o que carecen de conocimientos necesarios. Otras veces los informes técnicos se hacen meses después de que el juez imponga la exclusión.

Expondremos aquí tres causas recientes que resultaron en consecuencias nefastas, por el imponer medidas apuradas, ya sea por falta de informe técnico o asesoramiento ineficiente de peritos que no realizaron su trabajo con la *expertise* adecuada.

Caso TT

El primero es el caso en donde una persona de 82 años es excluida automáticamente de su hogar (nuevo tipo de “cancelación” potenciada judicialmente) a mediados de 2021 por orden judicial, por las denuncias de su cónyuge (la Sra. TT en adelante), luego que la denunciante fuera entrevistada en el juzgado, quien decía haber sido víctima de constantes maltratos, torturas y demás penurias. Durante 8 meses, y en plena pandemia, comenzó el derrotero de un octogenario, al que no le fue fácil ubicarse cómodamente en alguna vivienda, al tiempo de ser arrancado de su hogar por una medida judicial, lo que, además, le ocasionó sendos síntomas ansiosos y depresivos graves.

Tuvo que viajar en 2 oportunidades desde Estados Unidos su hija y, mediante un nuevo expediente judicial, logró que se entrevistase nuevamente a su madre, y con otro informe, aunque ambiguo, el juez pudo disponer la evaluación psiquiátrica de la Sra. TT. Resultó que padecía un Trastorno de Ideas Delirantes Persistentes (F22 del CIE 10) (WHO, 1993) de 40 años de evolución, con ideas delirantes **inverosímiles** fácilmente diagnosticables por un estudiante de medicina. A saber, entre otra infinidad de ideas delusivas, la Sra. TT decía que el esposo tenía la capacidad de matar gente, pero haciéndolo con su cerebro: él lograba que murieran de muerte natural para no dejar prueba alguna (SIC).

Esta historia terminó con un buen final debido a la naturaleza de la enfermedad la Sra. TT, que luego de tan solo 10 días de internación, restituyó su delirio *ad integrum* y retornó feliz al hogar con su esposo. Pero el daño psicológico a este, su patrimonio y su familia ya estaba hecho.

Caso EMP

En el caso de la Srta. EMP, se elaboró un informe cuanto menos apurado, que le sirvió al magistrado para imponerle un perímetro de exclusión a su pareja, quien había sido denunciado por “haberle gritado violentamente, insultándola” (SIC).

Bastaron esas 4 palabras para apuradamente imponer un perímetro, que, de haber contado con un informe técnico concienzudo, hubieran también encontrado que la denunciante padece un Trastorno de Ideas Delirantes Persistentes (F22 del CIE 10), o al menos se hubiesen planteado el diagnóstico diferencial con Trastorno Facticio (F68.1 del CIE 10), además de enterarse de que en dos ocasiones anteriores recurrió a “cancelar” a sus parejas cuando sus ideas delusivas de infidelidad eran imposibles de controlar. También se hubiesen en-

terado de que era ella quien amenazaba a su pareja de “descuartizarlo del ombligo a la garganta” si se enteraba de que hubiese cometido algún acto de infidelidad.

Nuevamente no se tuvo en cuenta al denunciado, que quedó con el descripto dolor por el abandono, desencadenante de una profunda angustia que debió ser medicada para mitigar, entre otras cosas, sus ideas suicidas.

Caso MB

Las cuestiones como las ejemplificadas no son privativas de la provincia de Buenos Aires. Llegó a mi conocimiento el caso de MB, varón de 55 años que vivía con su familia en una provincia puntana, y también fue excluido abruptamente por la denuncia inverosímil de su esposa. Decisión judicial “avalada” por el “relato de la psicóloga”. Informe hecho sin haber entrevistado a MB, quedando este abruptamente desguarnecido a cientos de kilómetros del familiar más cercano y con el agravante de padecer una depresión bipolar tipo 2.

Pasaron ya dos años, y los tiempos de la justicia han hecho que, además de tener que trasladarse hasta La Plata para pedir alojamiento a su familia de origen, también haya perdido el trabajo por el traslado, y todavía no ha logrado restablecer el contacto con sus hijos.

Discusión

Al menos algunos miembros del cuerpo técnico de los juzgados de familia parecen realizar entrevistas, que independientemente de que sean telefónicas, carecen del estándar de procedimientos científico-profesionales. A modo de ejemplo, además de durar menos de 30 minutos, también he observado que se interrumpen las entrevistas por los niños que tienen a su cuidado. De esta manera y remitiendo informes donde, por ejemplo, **se copia y se pega**, sin tener siquiera la delicadeza de borrar el apellido del demandado del documento copiado, y no advertir que el demandado del documento pegado, describió exactamente lo contrario al del documento fuente. Así, es más fácil desligarse de la obligación informando en forma automática, que dedicar un tiempo serio a la tarea del perito interviniente.

Independientemente de la falta de profesionalidad, preocupa que los jueces tengan la costumbre de aceptar estos informes, donde además el perito psicólogo se remite exclusivamente a transcribir lo escuchado en las entrevistas, sin mayor aporte profesional. Peor aún para el caso que ni siquiera se requieren los informes previstos en el Artículo 8 y 11 de la ley, donde si estos informes existieran, a las 48 hs de tomada la medida

por la que se excluye a una parte, podría ser rectificada para el caso que correspondiere. *Más grave aún resulta la falta de requerimiento de los informes interdisciplinarios previstos en los artículos 8 y 11 de la Ley 12.569, cuya oportuna elaboración y conclusiones, a las 48 horas de tomada la medida de exclusión a una parte, podría ser rectificada en caso de corresponder.*

Al menos en los casos mencionados los informes carecían de la estructura básica que debería tener todo informe de un experto. Ninguno contaba con antecedentes clínicos de importancia, ni utilizaban técnicas con evidencia científica que investigara el constructo que se pretendía evaluar. Mucho menos se exploró el estado de salud actual, ni se dieron consideraciones psiquiátrico o psicológico forenses. Hoy sorprende la habitualidad con que se presentan informes periciales con un grado de escasez de profesionalidad inaudito, al menos en el fuero de familia, aunque esto se evidenciaba desde hace años, pero en forma más excepcional, aunque no menos grave, al punto de que hubo jueces que al solicitar una pericia psiquiátrica aceptaron que sus peritos presenten informes “evaluando un certificado médico”, en lugar de entrevistar a la demandada.

Nuevamente, jamás se piensa en las consecuencias de la persona excluida, aun cuando el juez tiene la herramienta que le brinda el propio Artículo 11 de la ley mencionada, donde dice: *El juez o jueza interviniente citará a las partes y en su caso al Ministerio Público, a audiencias separadas, bajo pena de nulidad, en días y horas distintas, la que deberá tomar personalmente bajo pena de nulidad, dentro de las 48 horas de ordenadas las medidas del artículo 7º, o si no se adoptara ninguna de ellas, desde el momento que tomó conocimiento de la denuncia.* Pero esta herramienta no suele ser utilizada.

Ciertamente que los ejemplos citados son casos diferentes, y que seguramente van más allá de la definición actual de *ghosting*. Pero el *ghosting* de una relación virtual o de muy poca duración seguramente no desencadene la cascada de reacciones y consecuencias descriptas. Otra cosa ocurre en relaciones afectivas con compromiso, o al decir actual, en las que se entiende que debería haber responsabilidad afectiva, como las mencionadas en los casos anteriores.

El Poder Judicial está para impartir Justicia justa, no a la ligera o a medias, en las que equivocadamente se protege erróneamente a una parte, sin tener en cuenta a la otra, por no emplear la metodología adecuada o por hacerlo extemporáneamente. De esta forma *la Justicia se pone a disposición del abandono intencional* cometido por personas incapaces o de quienes

están en su sano juicio, pero con mentalidad fija con segundas intenciones, entre tantos otros casos.

El juez necesita de un cuerpo técnico que trabaje a conciencia, no solo transcribiendo relatos de lo que las partes narran, y que conozca sus limitaciones, para poder así requerir interconsultas con profesionales que tengan la capacidad de efectuar diagnósticos para los que ellos no están capacitados.

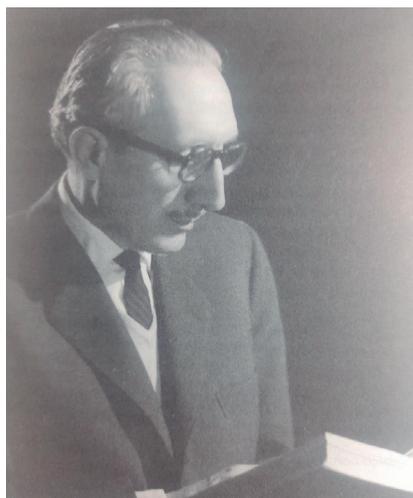
Esta comunicación pretende hacer reflexionar a jueces y al cuerpo técnico sobre la tarea que están realizando, dado que seguramente desconozcan las reacciones al rechazo, reacciones extremas y que anulan la funcionalidad del rechazado. De parecer exagerado, recomendamos la lectura de “Sumándole Insulto a la Lesión. Teoría del dolor social y Respuestas a la Exclusión Social” (MacDonal y Shaw, 2005), al tiempo que nos ponemos a disposición para brindar las explicaciones que estimen necesarias.

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

Agradecimientos: *En memoria del Dr. José Luis Bombelli, cuyos procedimientos no se apartaban de la ley, y le aportaba humanidad a la frialdad de la norma.*

Referencias bibliográficas

- Burnette, J. L., O'Boyle, E. H., VanEpps, E. M., Pollack, J. M., & Finkel, E. J. (2013). Mind-sets matter: a meta-analytic review of implicit theories and self-regulation. *Psychological bulletin*, 139(3), 655–701. <https://doi.org/10.1037/a0029531>
- Dictionary, U. (2007). Urban Dictionary. <https://doi.org/10.5860/choice.45-0019>
- Freedman, G., Powell, D. N., Le, B., & Williams, K. D. (2019). Ghosting and destiny: Implicit theories of relationships predict beliefs about ghosting. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(3), 905–924. <https://doi.org/10.1177/0265407517748791>
- Herman, B. H., & Panksepp, J. (1978). Effects of morphine and naloxone on separation distress and approach attachment: Evidence for opiate mediation of social affect. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 9(2), 213–220. [https://doi.org/10.1016/0091-3057\(78\)90167-3](https://doi.org/10.1016/0091-3057(78)90167-3)
- Kross, E., Berman, M. G., Mischel, W., Smith, E. E., & Wager, T. D. (2011). Social rejection shares somatosensory representations with physical pain. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108(15), 6270–6275. <https://doi.org/10.1073/pnas.1102693108>
- MacDonald, G. K., & Rachel Shaw, S. (2005). Adding insult to injury. Social Pain theory and response to social exclusion. In W. Williams, KD Forgas, JP von Hippel (Ed.), *The social outcast: Ostracism, social exclusion, rejection, & bullying*. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7198.1632>
- MacDonald, G., & Leary, M. R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, 131(2), 202–223. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.2.202>
- Panksepp, J. (1998). Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions. In Oxford University Press.
- Powell, D. N., Freedman, G., Williams, K. D., Le, B., & Green, H. (2021). Ghosting as a relationship dissolution strategy in the technological age. *Journal of Social and Personal Relationships*, 38(7), 2225–2248.
- Senado y Camara de Diputados de la Prov. de Bs. As. Ley 12569 Violencia Familiar. (2005).
- WHO. (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. In *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*.



Bartolomé Llopis (1905 –1966)

EL RESCATE Y LA MEMORIA

La Psicosis Única en el Siglo XX El pensamiento de Bartolomé Llopis: de la psicopatología a la nosografía

Norberto Aldo Conti

<https://doi.org/10.53680/vertex.v34i159.357>



Bartolomé Llopis nació en Villajoyosa, Alicante, el 29 de abril de 1905 en una familia de ocho hijos en donde el padre era abogado. Recibió una buena educación y a los 15 años comenzó a trabajar como telegrafista consiguiendo un traslado a Madrid a los 20 años que le permitió comenzar a estudiar medicina. En 1929, aún como estudiante, comenzó a concurrir a la Sala de Psiquiatría del Hospital Provincial de Madrid dirigida por José Sanchis Banus a quién, junto con Gonzalo Rodríguez Lafora y José Miguel Sacristán, considerará como sus maestros en psiquiatría. En 1931 completa la carrera de medicina y continúa su actividad profesional en el Hospital Provincial donde colabora con Rodríguez Lafora en el dictado de cursos sobre la especialidad. En 1934 se afilia a Izquierda Republicana y en 1937 es nombrado Capitán Médico y Jefe de los Servicios Psiquiátricos del Ejército del Centro. Finalizada la Guerra Civil padeció un “proceso de depuración” que fue atemperado por las declaraciones a su favor de individuos franquistas a quienes había protegido, a su propio riesgo, durante la conducción republicana, no obstante debió vivir, como tantos otros, el “exilio interior” que se prolongó entre 1940 y 1944 durante el cual no pudo ejercer la medicina y, teniendo cuatro hijos pequeños, trabajó como telegrafista padeciendo penurias económicas y espirituales dominadas por el desprecio y la marginación a los que fue sometido. Cumplido este período volvió a ejercer su profesión y en 1947 ganó el cargo de Jefe Clínico del Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial. En 1950 también regresó de su exilio en México Rodríguez Lafora, esto significó un gran estímulo para Llopis quien acompañó a su maestro en 1954 cuando este pudo reanudar la publicación de la revista “Archivos de Neurobiología” publicando Llopis, en ese mismo año, su trabajo titulado “La Psicosis Única” en los dos primeros números de la revista. Habiendo cedido gustosamente su cargo de Jefatura a Rodríguez Lafora, quien lo ostentaba desde antes de la guerra civil, se dedica los siguientes años a trabajar intensamente en sus escritos hasta que, en 1962, es nombrado Director del Hospital Psiquiátrico de Alcohete, en Guadalajara cargo al que renuncia en 1964, año en que se le diagnostica un carcinoma pulmonar, desde entonces se dedica a trabajar intensamente en la preparación de un libro titulado *Introducción dialéctica a la psicopatología*, abocado a esta actividad fallece el 20 de abril de 1966, su hijo Rafael Llopis lo publicará finalmente en 1970.

Obras de Bartolomé Llopis en torno a la Psicosis Única

- Llopis, B. (1940) "La psicosis pelagrosa, la psicopatología general y la nosología psiquiátrica", *Acta Española Neurológica y Psiquiátrica*, I (3-4): 174-93
- Llopis, B. (1941) "Algunas consideraciones generales sobre la pelagra", *Revista Clínica Española* (4)
- Llopis, B. (1943) "Los trastornos psíquicos en la pelagra (Enfermedad de Casal)", *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4 (1-2): 7-31.
- Llopis, B. (1946) *La psicosis pelagrosa. Un análisis estructural de los trastornos psíquicos*, Barcelona-Madrid-Valencia, Científico Médica.
- Llopis, B. (1946) "Relaciones recíprocas entre pelagra y psicosis", *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 5 (4): 229-34
- Llopis, B. (1950) "La psychose pellagreuse et les problèmes psychiatriques", *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, 66: 172-92.
- Llopis, B. (1954) "La psicosis única" *Archivos de Neurobiología*, 17 (1): 3-41
- Llopis, B. (1954) "La psicosis única (Conclusión)" *Archivos de Neurobiología*, 17 (2): 141-63
- Llopis, B. (1954) "Las ideas de celos de los bebedores" en: *Curso de Neuropsiquiatría forense y criminología*, Madrid, Marbán: 109-28
- Llopis, B. y Llopis, R. (1959) "Sobre la delusión de los litigantes (Dos casos clínicos)", *Archivos de Neurobiología*, 22 (1): 1-18
- Llopis, B. (1959) "The axial síndrome common to all psychoses", *Psychoanalysis and the Psychoanalytic Review*, 46 (3-4): 2-32
- Llopis, B. (1960) "Das allen Psychosen gemeinsame Axialsyndrom" *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete*, 28 (2).
- Llopis, B. (1961) "Sobre la delusion y la paranoia", *Archivos de Neurobiología*, 24 (4): 321-60
- Llopis, B. (1970) *Introducción dialéctica a la psicopatología*, Morata, Madrid.
- Llopis, B. (2003) *La psicosis única*, Escritos escogidos, Triacastela, Madrid.

Acerca de la Psicosis Única: revisando conceptos

Difícil es imaginar un término más omnipresente y esquivo que el de "psicosis" en el desarrollo de la psiquiatría moderna desde sus inicios en las postrimerías del siglo XVIII hasta el presente. Para una breve arqueología del mismo creemos necesario buscar su punto de origen para luego recorrer el camino que el mismo tomó a lo largo del siglo XIX.

Es William Cullen (1710-1790), uno de los médicos más influyentes de su generación, quien propone, en su libro "*Instituciones de la medicina práctica*" (1776), el término Neurosis definido como "Afecciones del sentimiento y del movimiento, sin fiebre y sin lesión aparente de los órganos". Para Cullen la alteración de la energía nerviosa, proveniente del sistema nervioso central, era causa de los trastornos mentales pero también de otras afecciones del organismo, aquí el término *neurosis* remite a un sentido etiológico y abarca diversas enfermedades. De manera que la alteración de la energía nerviosa puede producir alteraciones mentales pero también de otros órganos de la economía.

Philippe Pinel, muy crítico del sistema clasificatorio *more botánico* de Cullen, en su "*Nosografía filosófica*" (1798), acepta sin embargo el grupo de las neurosis como gran familia abarcativa e introduce el término *alienación mental* para nombrar, dentro de aquél universo, a las *alteraciones mentales*; interesa destacar aquí que esta nueva denominación pineleana de la locura (*folie*) mantendrá en su pensamiento una unidad fundamental más allá de sus presentaciones clínicas, quedando entonces emparentada con el concepto de psicosis única que advendrá al campo psiquiátrico poco tiempo después.

Justamente será Ernst Feuchtersleben (1806-1849), en su *Manual de Psicología Clínica* (1845) quién introducirá el término *psicosis* como una afección nerviosa que modifica la conducta diferenciándola de las afecciones nerviosas que afectan al cuerpo. Tenemos así que el conjunto de las afecciones nerviosas, que habían sido definidas por Cullen como *neurosis*, se dividen en las que afectan la conducta, entendidas ahora como psicosis y pertenecientes al campo de la psiquiatría y las que afectan al cuerpo (movimiento) que serán objeto de la incipiente neurología.

Con Joseph Guislain (1797-1860) comienza el proceso de conceptualización de la psicosis única; en sus *Lecciones Clínicas* (1833) considera que todos los trastornos anímicos (locura) se inician de la misma manera: a partir de una alteración morbosa de la sensibilidad a la que define con el neologismo *frenalgia* (dolor moral, anímico o mental) y luego ella da paso a todos los demás comportamientos clínicos descriptos: manía, melancolía, demencia "y una multitud de otras formas mixtas y complejas" a partir de un proceso que llama de *metamorfosis* entre unas y otras formas.

Wilhelm Griesinger (1817-1868), en su *Tratado de las Enfermedades Mentales* (1845), hace suyo el concepto de *frenalgia* como forma común de inicio de la locura y propone un ordenamiento clínico que de la *frenalgia* pasa sucesivamente a la hipocondría, melancolía, manía (*Tobsucht*), locura sistematizada (*Verrücktheit*) y demencia agitada (*Verwirrtheit*) o demencia apática (*Blödsinn*). Vemos así perfectamente delimitado el gran círculo de la psicosis que, con algunas variantes, se seguirá en la corriente unicista a lo largo del siglo XIX. Pero la riqueza del texto

de Griesinger va más allá de este ordenamiento, en efecto, propone que el grupo de trastornos ligados al afecto: frenalgia, hipocondría, melancolía y manía son trastornos primarios que conllevan una alteración funcional sin daño orgánico y por lo tanto son reversibles con restitución *ad integrum* y los trastornos ligados al pensamiento, *Verrücktheit* y demencia, son trastornos secundarios que comportan una alteración orgánica y por lo tanto una vez instaurados no retrogradan, solo se cronifican llevando en última instancia a la muerte.

Heinrich Neumann (1814-1884), en su *Manual de Psiquiatría* (1859), propone un ordenamiento parecido, dentro también de un modelo unitario de locura, en el cual siempre se inicia con un episodio melancólico al cual sigue otro delirante con agitación (furor) y luego una fase de turbación prolongada para finalmente alcanzar la demencia.

En Karl Kahlbaum (1828-1899) encontramos un pensamiento de continuidad y ruptura. Por un lado se reconoce deudor del pensamiento de Neumann, como lo expresa en su texto *Clasificación de las enfermedades mentales* (1863) y también lo es de Griesinger por el notable paralelismo que presenta con este autor respecto al tratamiento del inicio de las psicosis en la pubertad y el uso del concepto de metamorfosis del yo. En esta línea de pensamiento se inscribe su descripción de la *Vesania Típica* a la que considera la variedad más típica de los trastornos anímicos, la cual se desarrolla en cuatro estadios: *stadium melancholiae*, *stadium maniae*, *stadium perturbationis* y *stadium demantiae*, aquí se ve claramente la continuidad con sus predecesores tanto en el ordenamiento secuencial de las fases, que corresponden a las descripciones de Griesinger y Neumann, como también en la consideración del inicio de todos los cuadros en la alteración sensible como lo reconoce en sus referencias a la *frenalgia* de Guislain. Por otro lado no considera, como sus predecesores, que esta forma de *Einheitspsychose* agote el campo de la psiquiatría sino que propone la existencia de otras formas de trastornos en donde lo característico no es la afectación total de la personalidad y su evolución por etapas hasta el deterioro final y la muerte, sino una afectación parcial (cercana a las monomanías de Esquirol) que puede interesar a la afectividad, el pensamiento o la voluntad y a las que llama en conjunto *vecordias*, distinguiendo en relación al campo afectado, la distimia, la paranoia y la diastrophia. Finalmente nos dirá que las vecordias son trastornos parciales, permanentes y continuos. Solo vamos a recoger aquí la idea de que las vesanias y las vecordias son cuadros cualitativamente diferentes, mientras las vesanias se ciñen al ordenamiento de la psicosis única las vecordias rompen con el mismo al atomizarse y abandonar cualquier descripción evolutiva que permita algún tipo de *metamorfosis* entre ellas. Vemos así que en Kahlbaum hay continuidad de la psicosis única en las vesanias y surgimiento de las enfermedades mentales como entidades clínico evolutivas discretas (Lanteri-Laura 2000) en las vecordias.

El aislamiento temprano de la paranoia por Kahlbaum (1863) significó, a nuestro entender, el inicio del ocaso de la *psicosis única* en la hermenéutica de la locura, con ella se inicia un debate intenso acerca de la pertenencia o no de estos cuadros al círculo de la *Einheitspsychose*, los seguidores de Kahlbaum propondrán, sobre el modelo de las vecordias, que la paranoia es una *die primarè Verrücktheit* o sea una afección primaria del pensamiento no dependiente de una primera fase sensitiva o afectiva (frenalgia) a la manera del modelo de Griesinger, en esta dirección van los trabajos de Hoffman y Snell, esta línea de pensamiento se vio fortalecida por el reconocimiento por parte de Greisinger (1867) de la existencia de la *primarè Verrücktheit*. Finalmente, en el Congreso de Psiquiatría de Berlín de 1893 la paranoia fue definida como una enfermedad primaria de la razón.

Ya para entonces comenzaba a cobrar envergadura y reconocimiento en el espacio europeo la obra nosográfica de Emil Kraepelin (1856-1926) quien a lo largo de las diferentes ediciones de su Tratado de Psiquiatría (1883-1926) va construyendo una trama discreta de diversos trastornos clínico evolutivos que se alejan definitivamente de la unidad de la psicosis única.

Vemos entonces que el centro de la disputa entre estas dos posiciones en torno a la naturaleza de la locura está dado a lo largo de la segunda mitad del Siglo XIX, como bien la describen dos importantes representantes de ambas posiciones, por un lado Heinrich Neumann, quien afirma en 1859: “No podemos creer en el progreso real de la psiquiatría hasta que se haya tomado la decisión general de arrojar por la borda las clasificaciones.” Y por otro lado Jean Pierre Falret, quien en el prefacio de su *Sobre las enfermedades mentales y los asilos de alienados* (1864) dice: “Se ha querido estudiar la locura como enfermedad única en lugar de buscar en ese grupo vasto y mal delimitado especies verdaderamente distintas, caracterizadas por un conjunto de síntomas y un curso determinado.”

Interesante ejercicio epistémico resulta pensar como, observando las mismas descripciones clínicas, dos tradiciones diferentes desarrollan diferentes conceptualizaciones acerca de la locura, unos entendiéndolas como fases evolutivas de un único trastorno: la *psicosis única*, y otros observando entidades discretas: los trastornos clínico evolutivos, que se afianzarán como *enfermedades mentales*.

La Psicosis Única en el pensamiento de Bartolomé Llopis

El punto de partida de las investigaciones de Llopis que desembocan en su concepción psicopatológica acerca de la Psicosis Única es una gran cantidad de casos de pelagra observados durante la Guerra Civil Española en los cuales sistemáticamente describe una serie de alteraciones psiquiátricas que acompañan al cuadro somático. Esta experiencia, que comienza hacia 1938, queda en el centro de sus investigaciones (1940), (1941), (1943), (1946), (1950), hasta que en 1954 publica la versión final de la misma en las dos primeras entregas de los *Archivos de Neurobiología* bajo el título de Psicosis Única, son más de 15 años de maduración de esa experiencia liminal.

Nadie mejor que José Lázaro explica el planteo psicopatológico de Llopis, en su cuidada introducción al volumen sobre los escritos escogidos de nuestro autor, allí dice: *“La experiencia determinante de toda su obra fue la observación de 118 casos de síndromes pelagrosos producidos por la desnutrición en Madrid durante los años de la guerra civil. Los síntomas neurológicos, digestivos y dérmicos típicos de la pelagra se acompañaban de una gran variedad de trastornos psíquicos, que Llopis describió y analizó minuciosamente. Estas manifestaciones proteiformes, derivadas de una etiología carancial común a todas ellas, le llevaron a una conclusión que se convertiría en el núcleo de su pensamiento como psicopatólogo: en las psicosis pelagrosas podían observarse todos los trastornos mentales que la psicopatología entonces vigente consideraba **endógenos**, pero su causa no era desconocida, pues se trataba de una avitaminosis. Por consiguiente el planteamiento de Bonhoeffer (que identificó una **reacción exógena** inespecífica, capaz de explicar que un mismo síndrome psicótico apareciese como consecuencia de diversas enfermedades somáticas) podía extenderse a toda la psicopatología y postular una causa orgánica (conocida, por ejemplo, en la pelagra, o desconocida, por ejemplo, en la esquizofrenia) capaz de desencadenar **el síndrome axil común a todas las psicosis**. Al igual que un mismo cuadro psicótico podía ser originado por distintas causas somáticas, una misma causa (la pelagra) podía estar detrás de diversos cuadros.*

Este síndrome axil sería el trastorno mental básico cuyos diferentes grados y cuyas diferentes manifestaciones circunstanciales habrían sido erróneamente identificadas, a lo largo de la historia, como distintas enfermedades mentales. Las aparentes diferencias cualitativas entre distintos casos clínicos resultarían ser, en realidad, variaciones cuantitativas del mismo trastorno fundamental primario.” (Lázaro, J. Estudio Introductorio, en Llopis, B. La Psicosis única, Escritos escogidos, Triacastella, Madrid, 2003, pp. 41.)

En definitiva, lo que la psiquiatría del siglo XIX describió como psicosis única Llopis lo reactualiza desde el análisis psicopatológico como *síndrome axil a todas las psicosis*, lo que subyace a las clasificaciones sintomáticas es pensado por el autor como un proceso que afecta, por las más variadas causas, al estado y al contenido de la conciencia, allí está la esencia de la locura para Llopis y el análisis de esos procesos en el contexto histórico del concepto de psicosis única constituyen los fragmentos que enmarcan esta presentación.

La actualidad de esta apasionante discusión que ya lleva casi dos siglos de existencia está expresada en los alternantes desarrollos producidos durante el siglo XX entre propuestas categoriales y dimensionales cuya extensión y profundidad exceden largamente a nuestro cometido. No obstante nos gustaría cerrar la misma con un fragmento de un encuentro de reflexión sobre estos temas ocurrido sobre fin de siglo y que involucra a importantes referentes de la psiquiatría:

“¿Forman los trastornos psicóticos un continuum o son, a pesar de la falta de límites claros, entidades distintas? ¿Con qué base podríamos aceptar que existe continuidad entre los trastornos psicóticos? ¿Solo con la sintomatología? ¿O quizás también con la continuidad de la predisposición genética? ¿O de otras dimensiones, como la biología o la farmacología? ¿Es cierto que está totalmente equivocada la vieja idea de una Einheitspsychose?

“El estado actual de nuestro conocimiento no es concluyente. La hipótesis de un continuum de las psicosis endógenas puede que sea demasiado simple, pero aún no ha sido refutada ... Hasta que tengamos datos mejores podemos asumir que todos tenemos razón y estamos en desacuerdo, o, más probablemente, que todos estamos equivocados y en desacuerdo.” (Marneros et al., 1995)

Bibliografía

- Berrios G. y Fuentenebro, F. (1996) *Delirio, Historia, Clínica y Metateoría*, Trotta, Madrid.
- Conti, N. (1996) "Jean Pierre Falret", en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría* Vol. VII, pp. 226-228.
- Conti, N. (2006) Historia conceptual del trastorno bipolar, en Akiskal, Cetcovich Bakmas, García Boneto, Vazquez y Strejilevich (eds). *Trastornos Bipolares*, Panamericana, Buenos Aires.
- Conti, N. (2008) De la Alienación a las Enfermedades Mentales en Alemania: Karl Kahlbaum, un pensamiento de cambio, en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XIX, pp. 228-230.
- Conti, N. (2009) Psicosis Delirantes Crónicas, en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XX, pp. 187-199.
- Conti, N. (2010) Emil Kraepelin: la consolidación de las Enfermedades Mentales, en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XXI, pp. 314-316.
- Conti, N. (2011) "El modelo psicopatológico de Griesinger en su Patología y Terapéutica de las Enfermedades Mentales" en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XXII, pag. 72-73.
- Griesinger, W. (1997) *Patología y Terapéutica de las Enfermedades Mentales*, Polemos, Buenos Aires (traducción de la edición francesa de 1865).
- Huertas, R. (1999) Nosografía y antinosografía en la Psiquiatría del siglo XIX: en torno a la psicosis única, en *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XIX, 69, pp. 63-79.
- Huertas, R. (2004) *El siglo de la clínica*, Frenia, Madrid.
- Kahlbaum, L. (1995) *Clasificación de las Enfermedades Psíquicas*, Dor, Madrid (traducción de la edición alemana de 1863).
- Marneros, A.; Andreasen, N. y Tsuang, M. (eds) (1995) *Psychotic Continuum*, Berlin, Springer-Verlag.
- Stagnaro, JC. (1997) Presentación, en Griesinger, W., *Patología y Terapéutica de las Enfermedades Mentales*, Pólemos, Buenos Aires.

La psicosis única (fragmentos)

Tomado de: Llopis, B. (1954) Arch. de Neurobiología, 17 (1): 3-41 y 17 (2): 141-63

¿Es peculiar a cada entidad nosológica una precisa y determinada sintomatología psíquica o, por el contrario, sólo es factible clasificar los síntomas en síndromes inespecíficos, es decir, capaces de presentarse en cualesquiera entidades nosológicas? O lo que viene a ser lo mismo: los síntomas psíquicos, ¿son producidos y configurados, en cada caso, por la causa patogenética correspondiente o no representan más que posibilidades de reacción preexistentes, que pueden ponerse de manifiesto por las causas más diversas?

Esta cuestión ha sido y sigue siendo todavía el problema crucial de la psiquiatría. Cualquier investigación psiquiátrica que no sea demasiado superficial tropezará indefectiblemente con él. Nosotros nos lo hemos planteado con motivo de nuestras investigaciones sobre la psicosis pelagrosa y hemos llegado en nuestras conclusiones no sólo a negar la especificidad de los verdaderos síntomas psíquicos, sino también a resucitar, con ciertas limitaciones, la vieja teoría de la psicosis única, teoría que había permanecido arrumbada desde hace casi un siglo.

A la palabra «psicosis» va ligada una cierta ambigüedad. Puede emplearse para designar sólo el conjunto de manifestaciones psíquicas de una enfermedad, con exclusión de la «somatosis» o enfermedad somática fundamental. Pero generalmente se usa, en

un sentido amplio, para calificar a la enfermedad en su totalidad, y se habla, por ejemplo, de las manifestaciones somáticas o de la fisiopatología de las psicosis. En esta última acepción no es posible, naturalmente, hablar de «psicosis única». Hay, sin duda, múltiples y heterogéneas enfermedades con manifestaciones psíquicas (¿habrá alguna enfermedad que no las tenga?). Únicamente dando a la palabra el primer significado es posible el empleo correcto de tal expresión.

Al hablar, pues, de psicosis única se quiere expresar que los síntomas psíquicos son siempre los mismos en las más diversas enfermedades; que el cerebro, de cuya afección directa o indirecta dependen siempre aquellos síntomas, tiene, igual que los demás órganos, las mismas respuestas para todas las agresiones. Pero significa también que entre todas estas respuestas hay una continuidad, una transición insensible; que los diversos cuadros psicóticos no representan más que grados diversos de intensidad del mismo trastorno fundamental.

Durante toda la historia de la psiquiatría científica esta concepción unitaria ha pugnado con la tesis de la pluralidad de las psicosis. Nos parece interesante, para que se pueda juzgar la situación actual del problema, dar un resumen de su evolución histórica. Para ello hemos procurado buscar las fuentes originales, aunque no en todos los casos lo hemos conseguido. Por

otra parte, hemos tenido que limitamos a los autores que consideramos más representativos. Creemos que una mirada retrospectiva es interesante, y mucho más en una ciencia como la psicopatología que, a pesar de muchos pedantescos optimismos, apenas ha logrado en medio siglo algunos pocos avance positivos. Considerar que las ideas dominantes en la actualidad, por ser las más modernas, han de ser las mejores, puede ser un error de graves consecuencias para una orientación seria y fecunda. Por lo menos, conviene contrastar constantemente tales ideas con las concepciones pretéritas. En la evolución de estas ciencias, que por su naturaleza escapan a una fácil comprobación objetiva, se emprenden muchas veces caminos erróneos, que hay que abandonar más tarde. Esto creemos, por ejemplo, que ha de suceder con el llamado «psicoanálisis» (con esta fantástica mitología de símbolos y de complejos que, después de la psiquiatría, intenta invadir ahora la medicina interna), aunque quizá el día que se abandone deje en nuestro haber el residuo de algún conocimiento positivo. Pero también muchas veces, por motivos injustificados, se abandonan caminos que es preciso, más tarde, buscar de nuevo, para reemprender la ruta exacta. Esto acontece, a nuestro juicio, con la tesis de la psicosis única.

Dividiremos nuestro trabajo en dos partes: en la primera, expondremos las vicisitudes por que ha atravesado la tesis de la psicosis única, y en la segunda, resumiremos nuestros puntos de vista personales sobre este problema.

I. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE PSICOSIS ÚNICA

Los primeros indicios de la psicosis única *Areteo de Capadocia*

La idea de la psicosis única, como dice Birnbaum, fue esbozada ya a fines del siglo I, por Areteo de Capadocia. Para éste, la melancolía sería la forma fundamental de la locura, de la cuál derivarían todas las otras variedades. «Las formas de la locura –decía– son muchísimas en especie, pero pertenecen a un solo género, ya que todas son enajenación mental con ausencia de fiebre.» Dividía la alineación mental en melancolía y manía. La melancolía era causada por la bilis negra que, subiendo hacia el estómago, engendraba flatulencias, al mismo tiempo que afectaba al espíritu. Por eso en la antigüedad se llamaba a estos enfermos, indiferentemente, melancólicos o ventosos. El paso de la melancolía a la manía se explicaba, según Areteo, por la agravación de

la enfermedad debida a la acción simpática que ejerce sobre el cerebro la bilis negra retenida en el estómago y los hipocondrios. Según se desprende de estas breves consideraciones, pueden verse simultáneamente, en Areteo de Capadocia, los gérmenes de los conceptos de psicosis maníaco-depresiva y de psicosis única.

Chiarugi

La idea de que, en el curso de la misma enfermedad, pueden sucederse estados psíquicos completamente diferentes fue defendida, en Italia, en 1784, por Chiarugi, que distinguía tres formas de locura: la melancolía (delirio parcial, es decir, limitado a pocos objetos), la manía (delirio general unido a osadía y cólera) y la demencia (delirio general o casi general con irregularidad en las facultades cognoscitivas y volitivas y con ausencia de emociones). Las tres formas se mezclarían entre sí, se sucederían o engendrarían unas a otras.

Lamentamos no poseer una información más completa sobre los puntos de vista de este autor.

Esquirol

La psiquiatría científica se inició en Francia gracias a la formidable labor descriptiva de Pinel y de Esquirol. La psiquiatría clínica, en sus comienzos, ha sido casi puramente descriptiva.

(...)

Él distinguía perfectamente la locura de sus formas de manifestación. Así, dice textualmente: «La locura puede afectar sucesiva y alternativamente todas estas formas: la manía, la monomanía y la demencia se reemplazan, se complican en el curso de una misma enfermedad, de un mismo individuo.» Por lo tanto, para él, la manía, la monomanía y la demencia, en primer lugar, no son entidades nosológicas, sino sólo formas, es decir, síndromes, y en segundo lugar, son formas en las que cabe una transición de unas a otras. En este sentido, puede considerarse a Esquirol como uno de los primeros representantes, en los tiempos modernos, de la tesis de la psicosis única. Es curioso que pueda decirse de un mismo autor, por una parte, que ha creado tantas unidades nosológicas como enfermos y, por otra, que ha fundido todas las entidades nosológicas en una sola psicosis. En realidad, ni las formas de la locura ni la locura misma pueden considerarse, estrictamente tomadas, como enfermedades o entidades nosológicas. El propio Esquirol, al hablar de las causas de la locura, dice que su etiología

es tan numerosa como variada. Pero la consideración etiológica es fundamental para la delimitación de las entidades nosológicas. Si la locura obedece a causas tan numerosas como variadas, es porque no se trata de una entidad nosológica, sino de un síndrome. De otro modo tendría que haber tantas locuras, como factores etiológicos. Tal fue, como veremos después, la hipótesis de trabajo de Kraepelin. Pero Esquirol no decía esto, sino que la locura –en singular– se puede producir por las más diversas causas y puede manifestarse también en las más diversas formas. Con la terminología actual podría expresarse el pensamiento de Esquirol diciendo que la psicosis es un síndrome común a muchas enfermedades y que este síndrome puede adoptar o pasar sucesivamente por formas diversas, o también que la locura es un síndrome básico o fundamental, divisible en síndromes subordinados, es decir, algo así como los síndromes de primer y de segundo orden de Hoche.

Georget

Georget, discípulo de Esquirol, desarrolló con mayor precisión el concepto de la unidad de todas las psicosis en su libro *De la folie*, publicado en 1820, antes que el propio libro de su maestro, que apareció en 1838. Criticó a Pinel por limitarse a «coleccionar hechos y atreverse poco» y defendió el criterio de que la enfermedad mental es, sin duda, una enfermedad cerebral idiopática con una gran variedad de manifestaciones, que no serían, sin embargo, enfermedades independientes. «Puede verse –decía– una serie de tipos intermedios, lo que garantiza que hay una transición imperceptible entre una y otra forma de enfermedad mental.»

Guislain

En Bélgica, J. Guislain (1797-1860) defendió también la tesis de la transformación sucesiva de las entonces llamadas frenopatías. Para él, toda enajenación es una *frenalgia*, «un dolor del sentido que determina las afecciones y las emociones». Tal *frenalgia* puede constituir la enfermedad entera; entonces representa la melancolía afectiva, la melancolía sin delirio. Pero generalmente es el fenómeno inicial, que se encuentra en el período prodrómico de las afecciones. La alegría morbosa es un fenómeno secundario. Posteriormente, todavía aparecen los desórdenes de las ideas (ideas delirantes), y si el proceso llega a su máxima intensidad, la demencia. Es decir, primero surgen los trastornos del sentimiento y, después, los de la razón. Dice:

En muchos casos la metamorfosis se completa en poco tiempo, a veces hasta es instantánea: pasa del tono

grave al agudo en algunos días, en pocas horas. Parece que la nueva forma absorbe y neutraliza a la antigua; ésta reaparece frecuentemente más tarde, en la época de la convalecencia. Cuando el mal invade las ideas, abandona a menudo los sentimientos.

Guislain interpreta las transformaciones que sufren las frenopatías, con criterio localizador cerebral, como el resultado de una «locomoción morbosa».

Cuando la enfermedad se transforma es preciso admitir, o bien que el mal cambia de lugar, o que aumenta de intensidad en uno u otro órgano del cerebro. [...] Las diversas formas frenopáticas deben tener asiento diverso en los sistemas nerviosos cerebrales. No es probable que la melancolía ocupe el mismo departamento que las alucinaciones. No puede suponerse que la manía erótica tenga su asiento allí donde se manifiestan, por ejemplo, las impulsiones destructoras.

Especialmente a través de Guislain la idea de psicosis única ejerció una profunda influencia en la psiquiatría alemana. Sus defensores más desatados, en Alemania, fueron: Zeller, Neumann, Griesinger y Arndt. También Hagen y Gudeen se mostraron partidarios de ella.

Zeller

Zeller decía en 1840:

Según nuestras más recientes observaciones, la melancolía es también la forma fundamental de la mayor parte de las enfermedades mentales; de manera que es necesario considerar como excepción los casos en los cuales no se encuentra. Los desórdenes de la inteligencia son tan débilmente pronunciados en el estadio del primer desenvolvimiento de la melancolía que aparecen solamente como un cambio sobrevenido en el conjunto de los sentimientos afectivos de la individualidad, del lado anímico de la personalidad, como un estado de pasión o como una depresión apática que no afecta nada al pensamiento, a la facultad de hablar y a los actos, que, por el contrario, puede comunicar a estas facultades, a estos actos, un grado de exaltación anormal.

Como agravaciones sucesivas de la melancolía (*Schwermut*), se producirían la manía (*Tollheit*), la paranoia (*Verrücktheit*) y, por fin, la demencia (*Blödsinn*). Estas no serían más que cuadros de estado o cuadros clínicos (*Zustandbilder*) de un solo proceso patológico fundamental.

Neumann

El más apasionado defensor de esta tesis fue Heinrich Neumann. Decía este autor en su tratado, publicado en 1859: «No podemos creer en un progreso real de

la psiquiatría hasta que se haya tomado la decisión general de arrojar por la borda todas las clasificaciones.» «Sólo hay una clase de perturbación mental y la llamamos locura.» Según la opinión de Neumann, no se dan formas ningunas de perturbación psíquica, sino sólo *estadios* de un solo y el mismo proceso patológico. De una *distimia* melancólica se desarrolla el *stadium maniacum*, consistente en delirio con agitación maníaca. Después de éste, si no tiene lugar la curación o la muerte, sigue un estadio de debilidad de las funciones mentales y una cierta perversidad, que él llama, por muy diferentes que puedan ser sus cuadros externos, confusión o paranoia. Finalmente, si tampoco entonces se inicia la mejoría, se pasa a la demencia, con destrucción completa de todas las funciones psíquicas normales. Frente a los demás autores, que suelen considerar la melancolía como un *stadium prodromorum*, Neumann no la considera como un estadio especial, alegando que puede observarse no sólo antes de la aparición del delirio, sino también durante y después de éste, es decir, en cualquiera de los estadios de la locura. Llega incluso a la opinión de que la melancolía no pertenecería en absoluto al trastorno psíquico como enfermedad, sino que estaría basada en otras circunstancias accesorias, como, quizá, el temperamento habitual del individuo enfermo.

La actitud de Neumann frente a la posibilidad de clasificar las enfermedades mentales era excesivamente dogmática. Dice:

La clasificación tiene lugar sólo donde hay géneros, y los géneros no existen sin generación. Donde no hay ninguna generación –y conocemos muy pocas enfermedades (las decididamente contagiosas) en las que tenga lugar este proceso– no hay ningún género. Consecuentemente, con respecto a las perturbaciones psíquicas no hay ningún género (porque no hay enfermedades psíquicas contagiosas), sino sólo individuos que deben ser reconocidos aisladamente.

Esta afirmación es hija, sin duda, del excesivo entusiasmo con que se dejó arrebatar la medicina de entonces por el descubrimiento de los gérmenes patógenos.

(...)

Griesinger

La idea de la psicosis única alcanzó su máximo esplendor bajo la gran influencia de Griesinger, a quien consideran los psiquiatras alemanes como el fundador de la verdadera psiquiatría científica. Griesinger comienza su famoso tratado de psiquiatría, publicado

en 1861, sentando estas dos rotundas afirmaciones: 1.a La locura no es, en sí misma, más que un síntoma. 2.a Este síntoma no puede ser provocado más que por una afección del cerebro.

Respecto a la clasificación, dice: «El establecimiento de los diversos grupos de enfermedades mentales sólo puede realizarse desde un punto de vista sintomatológico»; «sólo desde éste puede justificarse su existencia». Lamenta la imposibilidad de una clasificación basada en la esencia de las enfermedades mentales (que él identifica con las alteraciones anatómicas del cerebro) y se resigna a una clasificación en «complejos sintomáticos» o, como él prefiere decir, «formas» de trastornos psíquicos. Tales formas se ordenan en dos grandes grupos: uno de perturbaciones afectivas y otro de perturbaciones del pensamiento y de la voluntad. Dice:

La observación muestra además que los estados contenidos en el primer grupo preceden, en la mayoría de los casos, a los estados de la segunda serie; que los últimos, habitualmente, sólo aparecen como consecuencia y terminación de los primeros, en enfermedades cerebrales no curadas.

Por otra parte, sigue diciendo Griesinger, *dentro del primer grupo, en un estudio estadístico más amplio, se muestra de nuevo una cierta y determinada sucesión de las formas aisladas de los estados afectivos y se obtiene un modo de consideración de la locura que, en sus formas distintas, reconoce estadios distintos de un proceso patológico, el cual, ciertamente, puede ser modificado, interrumpido, alterado, por los más variados acontecimientos patológicos intercurrentes, pero, en general, sigue una marcha constante, que puede conducir hasta la destrucción completa de la vida psíquica. [...] La locura es una enfermedad curable, casi exclusivamente dentro de aquel primer grupo de anomalías mentales primitivas (afectivas), pero con el desarrollo de los trastornos secundarios se hace incurable. Aquella primera serie contiene las formas de la melancolía, de la manía y del delirio; la segunda serie, las formas de la paranoia y de la demencia.*

Arndt

El último defensor de la psicosis única, al menos en Alemania –que, desde Griesinger, inicia su hegemonía psiquiátrica en el mundo–, fue Arndt (1835-1900). Según él, todas las enfermedades mentales pasan por un mismo ciclo, que comienza por una fase neurasténica o melancólica, sigue con una fase maníaca y termina con un estado de estupor, que puede abocar a la curación o a la demencia. Ésta sería la llamada *vesania típica*, a cuyo ciclo característico se adaptan absolu-

tamente todas las enfermedades mentales, desde la neurastenia hasta la demencia parálitica, aunque, en ocasiones la tipicidad del ciclo no sea perfecta.

(...)

Psicosis única y psicosis maniaco-depresiva

Como hemos visto al hablar de Areteo de Capadocia, la tesis de la psicosis única, desde sus comienzos más remotos, ha marchado íntimamente unida a la observación de transformaciones de cuadros melancólicos en cuadros maniacos. Quizá puede considerarse por ello la descripción de la llamada por Falret (1851) *folie circulaire* y por Baillarger (1859) *folie à double forme*, como un germen de desintegración de la psicosis única, al desglosar de ella sus dos estadios iniciales, atribuyéndoles la categoría de entidad independiente. Apoyaría este punto de vista la circunstancia de que precisamente la psicosis maniaco-depresiva apenas produce marcadas alteraciones del pensamiento y no conduce nunca a verdaderos trastornos demenciales. Esto, sin embargo, no invalida la observación de otros muchos procesos psicóticos que comienzan con alteraciones afectivas y siguen después un curso deletéreo para las capacidades intelectuales.

Comienza el ocaso de la psicosis única. La paranoia primaria

El ocaso del concepto de la psicosis única parece comenzar realmente con los trabajos de Hoffmann (1861) y Snell (1865), que rompen con lo que consideran el dogma de la naturaleza exclusivamente secundaria de la paranoia, describiendo la «monomanía como forma primaria de trastorno psíquico». Es posible que estos trabajos no hubieran tenido mucha trascendencia si el propio Griesinger, en 1867, no los hubiese recogido, aceptando la existencia de una «paranoia primaria». Posteriormente, Sander, en 1868, describió la «paranoia originaria» y Westphal, en 1876; hizo su clásica descripción de la enfermedad, acentuando especialmente la anormalidad de las representaciones y considerando a los trastornos afectivos como accesorios o carentes de importancia. En el Congreso de Psiquiatría de Berlín, de 1893, se llegó a la conclusión de que la paranoia era una enfermedad primaria de la razón, es decir, se tomó el acuerdo de privar a las ideas delirantes de su base afectiva. Cramer, en su ponencia, definió así esta enfermedad: «La paranoia es una psicosis funcional simple; está ca-

racterizada por una perturbación de la actividad de la razón, en la que los afectos desempeñan sólo un papel secundario.» Sólo un psiquiatra: Moeli –dicho sea en su honor–, osó entonces llamar la atención sobre la importancia de los afectos en la génesis de las ideas delirantes. De este modo se derrumbó, al menos por el momento, el concepto de que las ideas delirantes son siempre secundarias a trastornos afectivos, concepto que era uno de los más recios pilares de la teoría de la psicosis única. Volveremos más tarde sobre la evolución ulterior de estos conceptos.

La tendencia nosológica en psiquiatría. Kahlbaum

Pero el golpe decisivo contra la psicosis única fue asestado muy especialmente por la formidable labor nosográfica de Kraepelin.

Éste tuvo su predecesor en Kahlbaum, que en 1863 publicó su ya clásica monografía sobre la clasificación de las enfermedades psíquicas. Kahlbaum, sin embargo, admitió como punto nuclear de su concepción nosológica la que él, lo mismo que Arndt, llamó *vesania típica*, en la que distinguió cuatro estadios: *stadium melancholiae (incrementi)*, *stadium maniae (acmés)*, *stadium perturbationis (decrementi)* y *stadium dementiae (defectus)*, los cuales no son, en definitiva, más que los cuatro estadios tradicionales de la psicosis única. Frente a esta *vesania típica completa*, delimitó la *típica simplex* y la *típica praeceps*, a las que faltan, respectivamente, el estadio maniaco y el estadio melancólico. De acuerdo con este esquema fundamental, clasificó las restantes psicosis. Ya el adjetivo «típica» con que designó a esta *vesania* pone de relieve el carácter representativo general que concedió Kahlbaum a este curso evolutivo. A tal curso se adaptan, por ejemplo, para citar dos entidades nosológicas todavía hoy aceptadas, la *vesania progresiva*, es decir, la parálisis general (que había sido descrita en Francia por Bayle, en 1822) y la *vesania catatónica* (descrita en 1874 por el propio Kahlbaum). Lo mismo que dijimos de Esquirol, resulta sorprendente que Kahlbaum, con razón considerado como el fundador de la era de la clasificación de las psicosis, pueda ser considerado al mismo tiempo como un prosélito de la tesis de la psicosis única. En muchos puntos, Kahlbaum, paladín de la tendencia clasificatoria, se apoya expresamente en Neumann, partidario de la psicosis única y enemigo fanático de las clasificaciones. De Neumann toma los cuatro estadios de la *vesania típica* que le sirven de paradigma del curso de todas las psicosis. Y de él toma

también la clara diferenciación entre manifestaciones sintomáticas aisladas, complejos de manifestaciones y verdaderos procesos patológicos, que Kahlbaum llama, respectivamente, formas elementales, formas de estado o habituales, y formas patológicas o formas de enfermedad. Por «formas habituales» (*habitualen Formen*) no entiende Kahlbaum las formas frecuentes o acostumbradas, sino las formas de revestimiento externo; no usa la palabra latina *habitus* en su acepción de «costumbre», sino en la de «vestido» o «porte exterior». Dice:

Me parece que esta diferencia entre los cuadros de combinación y las verdaderas formas patológicas destaca con la mayor claridad en la comparación de aquellas con un ropaje con el que el proceso patológico tiene que vestirse para ponerse de manifiesto. La expresión ropaje contiene ciertamente una determinada limitación a lo externo, mientras que los elementos del proceso patológico también podrían contener, y contendrán en el desarrollo ulterior de la ciencia, relaciones internas. Sin embargo, esta circunstancia no es quizá ninguna falta, porque, en efecto, el concepto de aquellas formas complejas se relaciona más con los síntomas psíquicos externos que con sus circunstancias anatomofisiológicas. En lugar de la expresión ropaje, podemos utilizar también la palabra habitus, más familiar en las ciencias naturales, y llamar a estas formas habituales del trastorno psíquico, en oposición a sus manifestaciones elementales y a las verdaderas formas patológicas.

Así, pues, subraya Kahlbaum la diferencia fundamental existente entre las verdaderas enfermedades y los ropajes con que se visten, que no son más que las posibles combinaciones de las manifestaciones o formas elementales, es decir, de los tejidos con que se confeccionan aquellos ropajes. Estos conceptos vienen a corresponder, en la terminología actual, a las enfermedades, a los síndromes con que se manifiestan exteriormente y a los síntomas que, en sus diversas combinaciones, constituyen tales síndromes. Después de un análisis de las diversas formas aisladas y de sus posibles combinaciones, destaca Kahlbaum las siguientes formas habituales preferentes: *melancholia*, *mania turbatio* y *aphrenia*, formas cuya concordancia con los estadios de la vesania típica salta a la vista. Dice, por ello, Kahlbaum que la *vesania típica completa* «está caracterizada precisamente porque en ella estos tipos principales se imponen en conjunto y aparecen en una determinada sucesión típica». Resulta, pues, por una parte, que una misma enfermedad aparecerá, en momentos distintos de su curso, con ropajes

distintos, y, por otra parte, que bajo un mismo ropaje podrán ocultarse diferentes enfermedades. Por este motivo la clasificación de las enfermedades psíquicas debe apoyarse, según Kahlbaum, «no sólo en propiedades sobresalientes aisladas y en una fase del curso, sino en observaciones desde todos los lados posibles y a través de todos los estadios del proceso.»

Kraepelin y su principio etiológico-sintomatológico. Ocaso máximo de la psicosis única

Estos principios han servido a Kraepelin (1855-1926) para construir el formidable edificio de su nosología, que sigue constituyendo aún, en la actualidad, la base ineludible de toda investigación psiquiátrica. Al tratar de la clasificación de las enfermedades mentales, dice Kraepelin:

Sólo por la consecuente diferenciación, iniciada particularmente por Kahlbaum, entre cuadros de estado y formas de enfermedad ha sido posible, en general, un modo de consideración clínico satisfactorio. Un diagnóstico significa hoy para nosotros el reconocimiento del proceso patológico que sirve de base al cuadro de estado que nos es dado observar. Debe contener mucho más que una simple recopilación de las manifestaciones patológicas observadas; tiene que implicar también un criterio más o menos firme sobre el origen y el probable curso ulterior del caso diagnosticado. Así, pues, sólo es posible considerar como establecido y claramente delimitado un concepto de enfermedad cuando conocemos exactamente las causas, las manifestaciones, el curso y la terminación, así como también las alteraciones anatómicas características. Por desgracia, el establecimiento, en este sentido, de formas indiscutibles de enfermedad sólo es posible con una cierta aproximación y en muy moderada amplitud.

Entre los «cuadros de estado», distinguió la melancolía, la manía, el estupor, los delirios, la paranoia o *Verrücktheit* y el cuadro, descrito por Korsakow, de pérdida de memoria con falseamiento de los recuerdos, es decir, nuestro actual «síndrome amnésico».

Respecto a la relación específica de estos cuadros con los «procesos patológicos», se mostró más optimista que Kahlbaum. Decía:

Si, al parecer, surgen los mismos cuadros de estado en distintas enfermedades, deberemos tener presente que no existe, sin embargo, una auténtica igualdad, sino sólo una semejanza. Las profundas diferencias en los procesos patológicos, que proceden de su diverso origen y se expresan en toda su evolución ulterior, tienen

que dar también su coloración peculiar a cada período aislado de la enfermedad, aunque a menudo no seamos capaces de captarla.

Con ello sentó el principio etiológico-sintomatológico, según el cual a cada causa de enfermedad debe corresponder una determinada *sintomatología psíquica*. No se trata, sin embargo, de que a cada proceso patológico corresponda un determinado cuadro de estado. Las diferencias sintomatológicas correspondientes a las diversas enfermedades son mucho más finas, mucho más difícilmente perceptibles que las existentes entre los diversos cuadros de estado. Las diferencias entre estos últimos son tan evidentes que su separación no ha ofrecido nunca grandes obstáculos. En cambio, el hallazgo de síntomas psíquicos específicos para los diversos procesos patológicos es una tarea erizada de dificultades. Según advierte Kraepelin, no se puede hacer directamente, sin tener en cuenta los procesos patológicos, una clasificación de los síntomas psíquicos importantes para tal fin. Dice:

Existiría entonces el peligro de que el intento de semejante agrupación no se detuviese en aquellas diferencias que son características de los distintos procesos patológicos, sino que llevase a un desmembramiento de las formas de manifestación según puntos de vista en parte completamente accesorios. Para eludir este peligro y mantener siempre la división de los síntomas en armonía con las necesidades y experiencias de la investigación clínica, tiene que mostrarnos el conocimiento de los procesos patológicos en que rasgos particulares de los cuadros de estado se expresan las diferencias de las enfermedades fundamentales.

Resulta, pues, que los síndromes naturales, es decir, aquellos que podemos diferenciar de un modo directo y espontáneo, son accesorios para el reconocimiento de las entidades nosológicas, mientras que pequeños síntomas, accesorios dentro del síndrome total en que aparecen, pueden ser fundamentales para el diagnóstico de la enfermedad causal. Reconoce Kraepelin que no es raro observar, en los procesos patológicos más diversos, cuadros clínicos completamente iguales. [...] De acuerdo con Wernicke, podemos buscar la razón de ello en una localización idéntica de los procesos patológicos. Lo mismo que todas las enfermedades del hígado o del intestino muestran ciertos rasgos comunes, también las enfermedades de los mismos órganos cerebrales tienen que ofrecer analogías, aunque los propios procesos patológicos, según su esencia, sean diferentes.

Critica, sin embargo, a Wernicke, por considerar exclusivamente al asiento de la lesión como decisivo

para la configuración de los síntomas y atribuir a la naturaleza de la enfermedad sólo una influencia sobre el curso. Añade:

Es notorio que el asiento de la enfermedad está determinado decisivamente, en muchos casos, por la naturaleza del proceso patológico. Pero, además, aun en el caso de una localización idéntica (lo que ciertamente sería una extrema rareza), es probable en alto grado una influencia de la peculiaridad del proceso patológico sobre la configuración del cuadro clínico.

Admite, no obstante, que la diferencia de los procesos patológicos suele resaltar con la máxima claridad en el curso de la enfermedad. «Precisamente por eso –dice– la consideración del curso y de la terminación de las enfermedades psíquicas me parece de extraordinaria importancia para su delimitación».

Considera Kraepelin que no han progresado bastante las investigaciones anatomopatológicas, etiológicas ni clínicas para ofrecer, aisladamente, a la clasificación de los trastornos psíquicos una base segura, por lo que utiliza para tal empresa los datos recogidos desde los tres puntos de vista. Para la obtención de los grandes grupos fundamentales emplea especialmente las diferencias causales, mientras que para la subdivisión detallada hace uso también de las experiencias clínicas y anatómicas. Como base para su clasificación, aceptó la distinción, establecida anteriormente por Moebius, entre enfermedades exógenas y endógenas. En un lado de esta gran línea de separación estarían los trastornos mentales originados por noxas indudablemente externas (heridas cerebrales, intoxicaciones e infecciones); en el otro, las afecciones y estados anormales condicionados por la predisposición congénita. Dice Kraepelin:

Pero entre ambos grupos se encontrarían aquellas psicosis sobre cuyas causas no estamos todavía seguros y las afecciones procedentes de causas psíquicas, en cuanto que puede dudarse si deben referirse a padecimientos endógenos o exógenos. [...] Precisamente, como enseña la experiencia, la peculiaridad de la persona afectada desempeña casi siempre un papel decisivo, incluso cuando pueden demostrarse evidentes influencias externas. Tendremos que conceder, por eso, a los trastornos mentales psicógenos una cierta posición intermedia, lo mismo que, por otras razones, a las psicosis por causas desconocidas. Entre estos grupos intermedios y las formas puramente exógenas se encontrarían todavía aquellas afecciones cuyas causas hay que buscar, ciertamente, en el cuerpo del enfermo, pero no o no sólo en su condición cerebral, como los trastornos psíquicos por alteraciones

tiroideas, las enfermedades mentales arterioescleróticas, la demencia senil, etc.

Ya estas mismas consideraciones de Kraepelin ponen de relieve la dificultad de una separación radical entre cuadros endógenos y exógenos, a pesar de lo cual, tal separación se mantiene aún en la psiquiatría actual como quizá la más importante de sus piedras angulares.

Con Kraepelin llega a su punto culminante la sistemática psiquiátrica basada en la especificidad de los síntomas psíquicos y se derrumba totalmente la concepción de la psicosis única, gravemente minada ya por la sustracción de su base afectiva a la paranoia.

(...)

Comentarios finales

Desde el comienzo de la psiquiatría científica se han adoptado dos actitudes frente al problema de los trastornos psíquicos: una sintética, que reúne los síntomas en la gran unidad de la llamada psicosis única, la cual representa la misma respuesta, aunque con distintos grados de intensidad, a las más variadas agresiones; otra analítica, que descompone y distribuye los síntomas en múltiples psicosis específicamente determinadas por las diversas causas patógenas. Ambas tendencias se han combatido, en ocasiones, con ardor, aunque, como dice Jaspers, «en lugar de combatirse, podrían complementarse». En realidad, ambas han sido fundamentalmente necesarias para el conocimiento psiquiátrico, que ha progresado a impulsos de este sístole y diástole de la unificación y de la dispersión de las manifestaciones psicopatológicas. A pesar del mutuo desprecio con que se han tratado a veces los partidarios de cada una de estas tesis, no hay entre ellas ninguna incompatibilidad. Hemos visto, incluso, en esta larga exposición histórica, cómo muchos de los autores han armonizado perfectamente ambas concepciones. Esquirol, a quien se acusa de haber considerado cada síntoma psíquico como una enfermedad, y Kahlbaum, el propulsor de la clasificación de las enfermedades mentales, han sabido simultanear la separación de los cuadros clínicos con una concepción en el fondo unitaria. Kraepelin que, gracias a haber agudizado el principio disgregador de la especificidad, pudo realizar su ingente labor nosológica, ha sabido reconocer después, sin destruir su trabajo previo, el principio unificador de la evolución psíquica y de la puesta en marcha de mecanismos preformados. ¡Precisamente Kraepelin, ante cuyo esfuerzo ordenador y clasificador se derrumbó la tesis de la psicosis única!...

Ambas concepciones, unicista y pluralista, no representan, en definitiva, más que los puntos de vista psicopatológico puro y etiológico-clínico. Pero ni la necesaria clasificación de las enfermedades mentales puede destruir la unidad fluyente de las perturbaciones psíquicas ni tampoco el reconocimiento de esta unidad significa ningún obstáculo para la nosología psiquiátrica.

(...)

II. CONCEPTOS PROPIOS SOBRE LA PSICOSIS ÚNICA

Síndromes del estado y del contenido de la conciencia

Para revitalizar la vieja tesis de la psicosis única, creemos necesario establecer una previa distinción entre los trastornos que hemos llamado del *estado* y del *contenido* de la conciencia. Algunos colegas portugueses han encontrado confusa esta distinción y la han interpretado erróneamente. No dudamos de que la culpa es nuestra, por lo que procuraremos expresarnos con la mayor precisión y claridad posible, dentro de la obli-gada limitación de espacio.

En primer lugar, tendremos que decir qué es lo que entendemos por conciencia. *Conciencia* es la capacidad de conocer. Conocer es siempre establecer distinciones o diferenciaciones. Conocer una cosa es, en efecto, sin duda, distinguirla, separarla de lo que no es ella misma. No hay ningún acto psíquico que no sea, en definitiva, un acto de conocimiento. La conciencia y la actividad psíquica son, pues, conceptos sinónimos. Hablar de una actividad psíquica inconsciente es como hablar de un cuerpo incorpóreo.

Llamamos *estado de la conciencia* a su grado de claridad o de lucidez, que se expresa por la mayor o menor capacidad de conocer. Contenido de la conciencia es todo aquello que es conocido –notado, sentido, percibido, aprehendido– por la conciencia. Utilizando un símil clásico, puede compararse la conciencia con un espejo. Lo mismo que en un espejo, en nuestra conciencia se reflejan las imágenes de los objetos circundantes. Los trastornos psíquicos equivaldrían a imágenes anormales del espejo. Tales imágenes pueden ser anormales porque el espejo esté alterado, esto es, porque se haya empañado o deslucido y no refleje bien los objetos; pero pueden ser anormales también, aun en un perfecto estado del espejo, porque sean anormales ya, en sí, los propios objetos que se reflejan

en él. Esta es la diferencia entre los trastornos del *estado* y los del *contenido* de la conciencia. Ahora bien, es preciso aclarar que, en el espejo de la conciencia, se reflejan dos clases de objetos: los objetos del mundo externo, del macrocosmos, y los objetos del mundo interno, del microcosmos. Es claro que cuando lo anormal reflejado en nuestra conciencia pertenezca al mundo exterior no puede hablarse de un trastorno *patológico*. *Contenidos patológicos* de la conciencia no pueden ser más que aquéllos que reflejen la situación anormal del propio organismo, es decir, en general, aquellos contenidos suministrados no solo por los sentidos externos, sino por la sensibilidad interna, por la cenestesia. En cambio, en los *estados patológicos de la conciencia*, estos es, en los estados de enturbiamiento del espejo, las imágenes reflejadas resultan patológicas tanto si corresponden a estímulos externos como a estímulos internos. Lo patológico, entonces, no está en el estímulo, sino en el espejo donde éste se refleja; y tal espejo es, realmente, una parte de nuestro organismo. Lo patológico –como hemos dicho reiteradas veces– no está nunca fuera, sino siempre dentro del propio organismo del enfermo. Todo lo que haya de anormal en la imagen del mundo exterior que tenga un sujeto, si es una imagen fiel, no podrá considerarse como un contenido patológico de la conciencia, y si es una imagen infiel, lo será por una de estas dos razones: 1) por una alteración de sus órganos sensoriales, y entonces lo anormal de la imagen corresponde a una anormalidad del propio organismo, es –por decirlo así– la percepción de la propia anormalidad interna fundida con la imagen del mundo externo, y 2) porque esté perturbada la capacidad de conocer, de reflejar la realidad, y entonces lo patológico no está ya en el contenido sino en el estado de la conciencia.

Los contenidos patológicos de la conciencia no pueden considerarse, en verdad, como trastornos psíquicos. En ellos la conciencia se limita a tomar conocimiento de un trastorno del organismo. Se trata de trastornos *en* la conciencia, pero de trastornos *de* la conciencia. Se trata del modo normal de reflejarse en la conciencia los trastornos del organismo, es decir, de la imagen subjetiva de estos trastornos.

Tales contenidos patológicos están constituidos, pues, por toda clase de dolores, de molestias y de sensaciones corporales agradables o desagradables, incluyendo en ellas los llamados sentimientos o afectos. Estos últimos tienen tal importancia que es preciso dedicarles algunas consideraciones especiales.

Los afectos, conocimientos del mundo interno

La conciencia toma noticia o conocimiento de cualquier choque que experimente nuestro cuerpo contra el mundo exterior. Pero esta experiencia cognoscitiva es doble, abarca simultáneamente los dos elementos del choque: el objeto del mundo exterior y nuestro organismo. Por eso pueden diferenciarse, en la mayoría de las sensaciones, componentes objetivos y subjetivos o, con otras palabras, intelectuales y afectivos (Birnes), epicríticos y protopáticos (Head), noéticos y estéticos (Stein y Weizsäcker). Hay sentidos que nos suministran datos predominantemente objetivos, intelectuales, y otros que apenas nos permiten conocer los estímulos exteriores, sino sólo las reacciones que producen en nuestro organismo. Así, pues, ya en impresiones sensoriales muy sencillas se pone de manifiesto la diferencia fundamental que existe entre el proceso intelectual, que es siempre un conocimiento del mundo externo, y el proceso afectivo, que es, también siempre, un conocimiento del mundo interno orgánico.

También los sentimientos superiores, los que parecen más objetivos, más inmediatamente ligados al conocimiento del mundo externo, puede mostrarse que no son, en definitiva, más que el conocimiento, la percepción interna, de la reacción de nuestro organismo a los estímulos exteriores. Cuando por ejemplo oímos o leemos una noticia que nos produce alegría o tristeza, el conocimiento objetivo de tal noticia ha llegado a nosotros a través de nuestros sentidos externos; han sido vehículo de ella las vibraciones acústicas o luminosas que nos transmiten las palabras habladas o escritas. La percepción de la noticia obedece, pues, a estímulos externos. Pero, ¿y el sentimiento de la alegría o de la tristeza? ¿De dónde procede? Esa alegría o esa tristeza no están en el mundo externo, sino que surgen en nosotros.

No están implícitas en la noticia, porque a otras personas esa misma noticia les puede dejar indiferentes o provocar afectos distintos a los que provoca en nosotros. La noticia despierta en nosotros determinados recuerdos, pero estos recuerdos tampoco son el afecto. Los recuerdos son imágenes, también, de sucesos o de estímulos externos, en los que no puede hallarse el afecto. Podrán, eso sí, despertarlo. Pero, ¿cómo lo despiertan? ¿De dónde surge el afecto? Tanto la percepción como el recuerdo de un objeto externo es un conocimiento del mundo exterior porque el

afecto sentido no está en las cosas sino en nosotros mismos, en nuestro organismo. El sentimiento no puede ser más que un conocimiento de nosotros mismos, de la reacción de nuestro organismo a la percepción de la noticia; es el conocimiento de la resonancia somática que ha provocado en nosotros la noticia.

Por lo tanto, lo mismo que las impresiones sensoriales más sencillas, los actos superiores del conocimiento –que también nacen de nuestro choque con el mundo externo– pueden descomponerse en una parte objetiva, intelectual, epicrítica, noética, que es el conocimiento del objeto exterior, y una parte subjetiva, afectiva, protopática, estética, que es el conocimiento inmediato de nuestra reacción somática.

Los afectos, como dice muy bien nuestro filósofo Juan Luis Vives, «surgen del cuerpo impresionado». Ésta es, en esencia, la doctrina fisiológica de la emoción que varios siglos después defendieron James y Lange, doctrina a la que, a nuestro juicio, sólo pueden oponerse algunos pequeños reparos.

(...)

La emoción no es el conocimiento de modificaciones externas, sino el conocimiento de modificaciones internas. La doctrina de los reflejos condicionados de Pavlov ha mostrado cómo pueden condicionarse diversas reacciones somáticas a toda clase de estímulos exteriores. Es la necesidad de este condicionamiento previo la que explica que a un mismo estímulo externo puedan responder distintas personas con afectos diferentes.

Insistimos, pues, en que los síndromes del contenido de la conciencia, entre los que incluimos las perturbaciones afectivas, no son, en realidad, trastornos psíquicos sino alteraciones puramente somáticas. La conciencia, en tales casos, no ha hecho más que reflejar normalmente el estado del organismo. Para que pueda hablarse de un *trastorno del estado de la conciencia* se requiere una disminución en la capacidad de conocer, un fracaso en la facultad de discriminar o diferenciar, y este trastorno no comienza más que cuando se confunden cosas que, en estado normal, se discriminarían perfectamente. Mientras el sujeto se limite a confirmar que está alegre o que está triste no hay ninguna perturbación psíquica; ésta comenzará sólo cuando tal sujeto, confundiendo lo que es un simple conocimiento del estado de su organismo con lo que es un conocimiento objetivo del mundo exterior, proyecte externamente su estado afectivo, desfigurando a favor de éste la realidad objetiva, es decir,

cuando, por ejemplo, la euforia le haga creerse un ser privilegiado, lleno de riquezas y de honores, o por el contrario, la tristeza le haga ver en todas partes su ruina, su vileza y su miseria.

Por lo tanto, un trastorno afectivo es un trastorno psíquico, aunque puede coincidir, y de hecho coincide en muchos casos, con diversos grados de perturbación de la actividad psíquica. Recuérdese la fina observación de Neumann de que la melancolía no constituye un estadio espacial sino que puede presentarse en cualquiera de los estadios de la locura y que, incluso, no pertenece al trastorno psíquico, sino que está basada en otras circunstancias. Lo mismo puede decirse, a nuestro juicio, de la euforia y de cualquier otro contenido patológico de la conciencia.

Los cuadros psicóticos o síndromes del cuadro psíquico

Ahora bien, el hecho de que los síndromes del contenido de la conciencia no sean trastornos psíquicos no quiere decir que carezcan de una extraordinaria importancia en la configuración de los cuadros psicóticos, esto es, de lo que nosotros hemos llamado *síndromes del cuadro psíquico*. Los enfermos mentales –hemos dicho en otro lugar– no expresan de un modo inmediato ni los contenidos puros, es decir, las sensaciones, los materiales plásticos que se ofrecen a la actividad de su conciencia, ni tampoco esta misma actividad; lo que expresan son las obras que con aquellos materiales construyen su conciencia. En tales obras o cuadros psicóticos se integran, pues, tanto los trastornos del contenido como los de la actividad psíquica o estado de la conciencia. La circunstancia de que también estas obras se sigan calificando como contenidos (*contenidos psicóticos*) no debe inducirnos a confusiones. Los cuadros psicóticos no son, en efecto, más que contenidos psíquicos, pero contenidos psíquicos en los cuales ha impreso su sello el trastorno del estado de la conciencia. Para que un contenido pueda designarse como psicótico es preciso que ponga de manifiesto la existencia de un trastorno del estado de la conciencia. Por eso, cuando se habla en general de contenidos psicóticos o en particular de contenidos paranoicos, alucinatorios, delirantes, etc., no se expresa sólo la existencia de síndromes puros del contenido, sino también la de síndromes del estado de la conciencia.

Los síndromes del cuadro psíquico son las manifestaciones psicóticas tal como se ofrecen a una observación empírica. Ahora bien, si consideramos la esencia de toda perturbación psíquica como una pro-

yección en el mundo eterno de vivencias provocadas por estímulos internos, podemos formularnos las preguntas siguientes: *¿Cuál es el grado o la intensidad de la proyección? ¿Qué es lo que se proyecta?* De este modo se descompone el cuadro psicótico en sus dos factores constitutivos: el síndrome del estado y el síndrome del contenido de la conciencia.

La transformación de los contenidos patológicos o primarios (síndromes del contenido de la conciencia) en contenidos psicóticos o secundarios (síndromes del cuadro psíquico) se realiza, pues, bajo la acción de los verdaderos y únicos trastornos de la actividad psíquica, que son los que llamamos síndromes del estado de la conciencia.

Esta acción metamorfofóica del trastorno psíquico sobre los contenidos de la conciencia parece estar regulada por dos principios fundamentales, que llamaremos principio del «*como si*» o de la metáfora y principio de la introversión.

Principio del «*como si*» o de la metáfora

Las sensaciones somáticas producidas por estímulos internos, normales o patológicos, no pueden analizarse y describirse si no es comparándolas con impresiones sensoriales provocadas por causas externas. Lo intelectual, como hemos dicho antes, es siempre un conocimiento del mundo exterior. Por eso, si tratamos de analizar y describir, es decir, de conocer nosotros o de hacer conocer a los demás de un modo más discriminativo, más racional, más intelectual, las impresiones somáticas internas, tendremos que apelar a imágenes del mundo exterior. Los enfermos de pelagra, por ejemplo, describen los dolores y las parestesias que provoca en ellos la enfermedad diciendo: «*Como si me corrieran culebrillas*», «*como si me mordiera un perro y me arrancara la carne*», «*como si estuviera ardiendo*», «*como si me cayeran gotas de agua helada*», «*como si la ropa estuviera húmeda, mojada*», etc. Las culebrillas que corren, el perro que muerde y arranca la carne, el fuego, el agua, etc., son imágenes, metáforas del mundo externo con las que los enfermos expresan sus extrañas impresiones internas. Lo mismo sucede con aquellas anomalías internas, más difusas, que percibimos como sentimientos o afectos. Así, por ejemplo, dicen algunos enfermos: «*Noto una sensación de inquietud, de angustia, como si me amenazara un grave peligro*». Quizás sólo los sentimientos más elementales y corrientes de alegría y de tristeza puedan describirse bien diciendo simplemente: «*estoy alegre*» o «*estoy triste*». Pero aun en estos casos el sentimiento

despierta siempre imágenes del mundo exterior adecuadas a la situación afectiva. Por otra parte, es sabido que no es posible recordar, actualizar en la conciencia, directamente, un sentimiento, sino sólo la situación externa que se mostró capaz de engendrarlo. De este modo las impresiones cenestésicas van siempre ligadas a representaciones del mundo externo. Estas representaciones o imágenes surgen automáticamente, despertadas por las impresiones internas, y sirven a los sujetos normales para describir metafóricamente, a través de la expresión «*como si*», la cualidad particular de aquellas impresiones. Pero tales sujetos no confunden la sensación con la imagen, lo interno con lo externo, la realidad con la metáfora.

Principio de la introversión

Todo trastorno psíquico consiste, como hemos dicho, en una disminución de la capacidad de conocer, en un descenso del nivel de la conciencia. Pues bien, conforme desciende el nivel de la conciencia, los enfermos van perdiendo contacto con el mundo exterior, con el macrocosmos, y sumergiéndose en su propio mundo interno, en su microcosmos; abandonan poco a poco el mundo objetivo, que nos es común a todos, y se encierran cada vez más en su mundo subjetivo, individual. Siguen así, inversamente, el mismo camino de la evolución psíquica, que es un abrirse al mundo. Pero, al regreso de esta excursión por el mundo, encuentran enriquecida su intimidad con un gran tesoro de huellas mnémicas, que servirán para revestir con imágenes del mundo exterior sus impresiones internas.

Ahora bien, como simultáneamente con esta introversión se va perdiendo la capacidad de conocer, que –repetimos una vez más– no es, en suma, otra cosa que la capacidad de establecer diferencias, de trazar líneas de demarcación, resultará que, paralelamente a la pérdida del contacto con el mundo exterior, se irán borrando los límites entre las sensaciones y las representaciones, entre lo interno y lo externo, lo subjetivo y lo objetivo, lo que es realidad y lo que es sólo una metáfora. Aquel enfermo que sentía una inquietud «*como si*» le amenazara un grave peligro, verá realmente ese peligro en todas partes: en los gestos, en los cuchicheos, en las palabras sueltas; todo el mundo exterior adquirirá para él un aspecto siniestro. Aquellos otros que sentían «*como si*» les corrieran bichos o les mordieran, «*como si*» les mojaran o «*como si*» estuvieran ardiendo, gritarán desavoridos pidiendo socorro porque hay animales en la cama que les destrozan el cuerpo, porque se ha prendido fuego a la casa y está todo ardiendo, porque

hay una inundación y van a perecer ahogados, etc. Es decir, los enfermos pierden la conciencia de la significación metafórica y lo que antes, en la vivencia del «como si», vivían correctamente como una metáfora, lo viven ahora como una realidad.

La conciencia de la realidad y la conciencia del yo

Conviene advertir, como hemos hecho en otros trabajos, que el hecho de que tales contenidos psíquicos se vivan como una realidad, no quiere decir en modo alguno que esté justificado hablar de una conciencia de la realidad en las alucinaciones. Si las alucinaciones se viven como reales es precisamente porque no existe conciencia de la realidad ni de la ficción, porque todos los contenidos psíquicos, sean percepciones o representaciones, aparecen simplemente dados a la conciencia y son vividos ingenuamente fuera de las esferas de lo real y de lo ficticio. Lo primitivo y natural es la aceptación ingenua del mundo que se ofrece a la conciencia. El problema no está, pues, en cómo nace, sino en cómo muere nuestra creencia en la realidad del mundo. Para que sea posible poner en duda esta realidad es preciso que surja en el hombre la conciencia del yo, es decir, de un sujeto capaz de soñar y desvariar creando mundos irreales. El método cartesiano de la duda no es posible sin un previo *cogito ergo sum*. Por eso, porque implica el conocimiento del yo, es decir, la diferenciación entre un yo y un mundo o, si se prefiere así, entre un mundo interno y un mundo externo, la duda es la gran conquista del hombre. Por eso, también, cuando decae la conciencia humana por la fatiga, en el sueño, o por la enfermedad en la psicosis, pierde el hombre el privilegio de la duda y se hunde en las negruras de una seguridad incommovible. Esta seguridad es tanto más lamentable cuanto que, en virtud del principio de la introversión, los contenidos que se ofrecen a la conciencia son cada vez menos imágenes objetivas del mundo externo y cada vez más imágenes creadas por la propia fantasía bajo la influencia de estímulos internos. De este modo se tiende a proyectar en el mundo externo, a vivir como si fueran realidades objetivas, toda clase de fantasías subjetivas. Creemos que sólo los diferentes grados de semejante proyección –la cual no expresa, en definitiva, más que una desorientación auto y alopsíquica, una incapacidad de discriminar entre lo dado objetivamente en el mundo externo y lo dado sólo en el propio yo– pueden explicarnos las transiciones puramente cuantitativas entre los diferentes síndromes del estado de la conciencia, no obstante sus aparentes divergencias cualitativas.

Los síndromes neuróticos

Desde nuestro punto de vista las llamadas neurosis no pueden considerarse más que como *síndromes del contenido de la conciencia*. No se trata en ellas de verdaderas alteraciones de la actividad psíquica, sino de estados afectivos, entre los que ocupan un lugar especialmente destacado la angustia. Tales estados afectivos no son, como hemos dicho, más que la expresión subjetiva de alteraciones somáticas. La circunstancia de que el trastorno somático fundamental carezca de una clara expresión objetiva no quiere decir que no exista. Hemos de reconocer, en efecto, que existen multitud de enfermedades o de trastornos corporales que, desde fuera, somos incapaces de ver, aun utilizando nuestras técnicas de investigación más sutiles. La conciencia del propio sujeto es mucho más sensible para detectar semejantes alteraciones que todo nuestro instrumental diagnóstico. La costumbre, pues, de calificar como neuróticos a los enfermos por exclusión, es decir, cuando no se encuentran signos objetivos de enfermedad, nos parece demasiado presuntuosa. Implica la convicción de que no puede escapar ningún trastorno corporal a nuestros medios de conocimiento. Por otra parte, el hecho de que los trastornos afectivos despierten, en virtud de la vivencia del «como si», representaciones o recuerdos (anécdotas biográficas) induce fácilmente al error de confundir la consecuencia por la causa. Este error es especialmente favorecido por la creencia dogmática en que lo psíquico procede siempre de lo psíquico. De este modo, para explicar, no la patoplastia (lo cual sería indudablemente correcto), sino la génesis de las llamadas neurosis, se apela, como hace también el vulgo, a la biografía individual, a lo anecdótico en la vida del sujeto. La doctrina de las neurosis se ha convertido así, como dice Walshe, en un carnaval de expansiones literarias.

La patología humana es psicósomática por la sencilla razón de que el hombre es también psicósomático. Pero lo que actualmente se llama patología o medicina psicósomática no es, generalmente, más que una desorbitada y grotesca exageración del punto de vista psicogenético en las enfermedades somáticas. Nosotros creemos que tiene mucha más importancia el punto de vista opuesto, es decir, en lugar de la psicogénesis de los trastornos somáticos, la somatogénesis de los trastornos psíquicos. La verdad es que no acabamos de comprender cómo una vivencia, por sí sola, pueda engendrar una enfermedad. Las enfermedades son siempre somáticas; los trastornos psíquicos son manifestaciones de enfermedades, pero no enfermedades en sí. Por muy

grande que sea la emoción provocada por una vivencia, es decir, por muy grande que sea la repercusión somática de tal vivencia, no tiene por qué producir ninguna alteración patológica. Si el organismo está sano, la reacción a la vivencia ha de ser normal y, por tanto, más o menos rápidamente transitoria. Cuando no ocurra así, cuando la vivencia provoque una reacción afectiva anormalmente intensa o prolongada, tendremos que pensar que ese organismo estaba ya alterado de alguna manera, era ya anormal o patológico y, por eso, incapaz de la reacción adecuada. Lo anormal o lo patológico está en el organismo que reacciona, no en el estímulo externo de la vivencia. Las vivencias no hacen más que poner a prueba el estado del organismo.

Entre los síndromes neuróticos, sobresalen por su especial importancia las *ideas obsesivas*. Tales ideas no son más que ocurrencias o representaciones despertadas por el afecto. Mientras el sujeto rechaza totalmente el contenido obsesivo como absurdo o irracional no puede hablarse de trastorno psíquico. Se trata entonces sólo de un trastorno del *contenido*, pero no del estado de conciencia, es decir, de un trastorno *en* la conciencia, pero no de un trastorno *de* la conciencia. El hecho de que un contenido se imponga constantemente a la conciencia creemos que depende de la persistencia de estímulos somáticos, aunque no estemos en condiciones todavía de precisar cuáles puedan ser éstos. Sólo puede hablarse de trastorno psíquico, de alteración del estado *de* la conciencia, cuando el sujeto comience a vacilar entre la admisión y el rechazo del contenido obsesivo. Pero si llegase a admitirlo totalmente, si llegase a identificarse con tal contenido, no podría hablarse de una idea obsesiva porque se trataría ya, entonces, de una idea paranoica.

Los síndromes afectivos

Hemos repetido ya hasta la saciedad que los afectos son contenidos de la conciencia y que, por tanto, los síndromes afectivos son síndromes del contenido de la conciencia que no implican ninguna perturbación de la actividad psíquica. Sin embargo, hemos visto también cómo los viejos partidarios de la psicosis única, con la sola excepción de Neumann, consideran a la melancolía y a la manía como estadios de aquella psicosis. Aparte el hecho de que los conceptos entonces imperantes de melancolía y de manía eran mucho más amplios que los actuales, esta aparente contradicción puede explicarse, a nuestro juicio, por el proceso de introversión de la conciencia. En efecto, al iniciarse este proceso la conciencia se torna menos epicrítica y

más protopática, menos intelectual y más afectiva. Y dominarán entonces los contenidos afectivos sobre todos los demás posibles contenidos de la conciencia. Se podrá argüir que cuanto más avance el proceso psicótico más intensa será también la introversión y mayor predominio adquirirán los contenidos afectivos sobre los contenidos intelectuales. Nada más cierto. Pero como simultáneamente al mecanismo de la introversión se pone en marcha también el mecanismo de la proyección, los afectos se revisten cada vez más de aparente objetividad, se cubren cada vez más de una trama de supuestos acontecimientos externos, de tal modo que tales supuestos acontecimientos (ideas paranoicas, alucinaciones, delirios) adquieren la hegemonía en el cuadro psicótico, mientras que los afectos, realmente primarios y fundamentales, se esfuman casi hasta reducirse, en apariencia, a meras consecuencias reactivas. De este modo, aunque los síndromes afectivos puedan persistir a través de todos los estados de la psicosis, sólo podrán manifestarse con evidencia en el estadio inicial.

Pero conviene subrayar, frente a la concepción clásica de la psicosis única, que la melancolía y la manía son *contenidos* psíquicos y, por lo tanto, no son auténticos *estadios* de la psicosis y mucho menos *estadios sucesivos*. Lo que ocurre, insistimos, es que, en el primer estadio de la psicosis es en el que se revela con mayor claridad la situación afectiva, sea cual fuere, del paciente. Puede suceder –y sucede, en efecto, en muchos casos– que tal situación afectiva no sea triste ni alegre, sino indiferente, lo que se debería, posiblemente, a la pobreza o carencia de estímulos cenestésicos. En tales casos, la psicosis sería también pobre o carente de contenido y se manifestaría sólo por un apartamiento del mundo externo, por un ensimismamiento, una adinamia, una apatía y una devastación de la capacidad mental cada vez mayores.

Los síndromes paranoicos

Ya dentro de la normalidad psíquica hay una cierta tendencia a proyectar los propios afectos en el mundo exterior, es decir, a desfigurar la imagen real del mundo a favor de la propia situación afectiva. La sabiduría popular expresa bien esta idea cuando dice que el hombre deprimido y triste todo lo ve negro, mientras que el alegre lo ve todo color de rosa. Pero esta proyección normal se mantiene dentro de unos límites moderados. Para que se haga más intensa se requiere ya un descenso patológico del nivel de la conciencia. Aun en las ideas obsesivas más graves la proyección afectiva tropieza todavía con un conocimiento de la realidad, es decir, con una actitud crítica de la conciencia,

que puede rechazar, como objetivamente injustificadas y absurdas, las ocurrencias o representaciones despertadas por el afecto. Pero, en las ideas paranoicas la proyección es más intensa y ya no se pone en duda la justificación externa de tales ocurrencias o representaciones, que se viven como si fueran el significado exacto de la realidad exterior. Lo típico de las ideas paranoicas consiste en que la proyección del estado subjetivo, sin llegar a modificar la imagen sensorial del mundo externo, le da una significación peculiar en relación con el yo. Se ha perdido la conciencia del azar y todo se vive como si estuviera animado por determinados designios, que pueden ser favorables u hostiles, según sea el estado afectivo del sujeto. El afecto es el que da la fuerza y la dirección a las ideas paranoicas. El resto del contenido anecdótico, depende a veces de ciertas sensaciones orgánicas concretas (ideas de envenenamiento en pacientes con impresiones gustativas extrañas, ideas de influencia sobre los más diversos órganos en ciertos cenestópatas, etc.), y muy especialmente de la experiencia individual, de la biografía personal, de las aficiones, deseos, temores, etc., que constituyen la vida emocional del sujeto. Antes, eran los objetos externos los que provocaban la emoción; ahora, en virtud de los lazos establecidos, son las emociones patológicas, primarias, las que provocan la representación de aquellos objetos.

El afecto resulta, pues, un factor constitutivo esencial de toda idea paranoica. Pero el afecto no basta; a él debe añadirse un descenso del nivel de la conciencia para que las vivencias despertadas por el afecto se proyecten en el mundo externo, es decir, para que se vivan como si estuvieran justificadas no por la realidad interior, sino por la realidad exterior. La vieja discusión sobre el origen primariamente afectivo o intelectual de la paranoia parece, pues, estar mal planteada, ya que ambos trastornos, el afectivo y el intelectual o, como decimos nosotros, el trastorno del contenido y el del estado de conciencia, son igualmente indispensables para la génesis de la paranoia. Por lo mismo no creemos que pueda sostenerse la separación entre las llamadas por Jaspers *ideas deliroides e ideas delirantes verdaderas* o, lo que viene a ser lo mismo, entre las ideas paranoicas reactivas y las ideas paranoicas *primarias*. Ya hemos dicho en otros lugares que no hay ninguna diferencia fundamental entre ellas, que sólo se diferencian por el *grado* de perturbación del estado de la conciencia. Si la conciencia no está muy gravemente perturbada, la proyección paranoica sólo será posible cuando exista, como dice Kretschmer, una «vivencia llave» que abra el camino a dicha proyección.

Tales vivencias llaves no son, en definitiva, más que situaciones externas casualmente concordantes con el estado afectivo o, por lo menos, especialmente aptas para ser elaboradas por el estado afectivo existente (una vivencia vergonzosa en una perspectiva sensitiva, un peligro real en un hombre medroso, un éxito en un eufórico exaltado, un revés de la fortuna en un melancólico). Por el cauce que abren estas vivencias llaves, el estado afectivo preexistente, estimulado por la reacción afectiva a la situación real, se proyecta en el mundo externo, es decir, lo desfigura, lo exagera, lo dramatiza todavía más, hasta ponerlo de acuerdo con la propia tensión interior. Conforme va empeorando el estado de la conciencia se van haciendo cada vez más innecesarias estas vivencias llaves. De este modo, por transiciones insensibles, se llega desde las ideas paranoicas llamadas reactivas a aquellas otras que por surgir de un modo autónomo, incomprensible, sin conexión ninguna con la realidad exterior se han calificado como *primarias*. Los intentos realizados –aun en la actualidad– por muchos autores, para separar radicalmente ambos tipos de ideas paranoicas como si se tratara de fenómenos esencialmente distintos, nos parecen condenados al fracaso. La realidad es que, de acuerdo con el aforismo de Linneo *natura non facit saltus*, la experiencia muestra que no pueden establecerse líneas severas de demarcación entre las diversas ideas paranoicas. Siendo esto así, cualquier hipótesis que se busque sobre la esencia y la génesis de tales fenómenos será tanto más plausible cuanto más tenga en cuenta esta continuidad gradual y menos tenga que disgregarse en explicaciones heterogéneas. Debemos suponer que la naturaleza no posee leyes distintas para cada fenómeno, y mucho menos para fenómenos tan íntimamente emparentados entre sí como las diversas clases de ideas paranoicas.

Los síndromes alucinatorios

Precisamente una de las circunstancias que más afirman nuestra fe en la tesis que defendemos radica en el hecho de que todos los fenómenos psicopatológicos, aun los aparentemente más dispares, puedan explicarse por sólo variaciones cuantitativas de un trastorno fundamental único. En efecto, no sólo el paso de unas ideas paranoicas a otras, sino también, por ejemplo, el paso de las ideas paranoicas a las alucinaciones, es decir, de los trastornos del pensamiento a los trastornos de la percepción, pueden comprenderse por la simple disminución progresiva de la capacidad de conocer. Como hemos dicho en trabajos anteriores, aunque sean diferentes por su complejidad y por la naturaleza

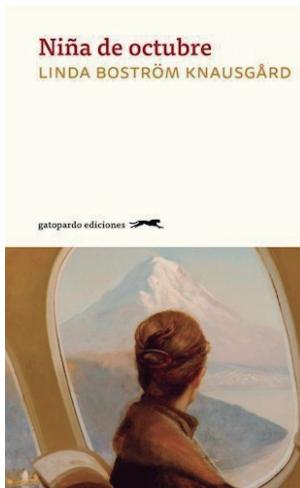
de sus contenidos, los pensamientos y las percepciones son rendimientos de una sola función: de la capacidad de conocer. En tanto que las percepciones son conocimientos del sentido o de la significación trascendente de tales cosas. Es natural que la incapacidad de una función se manifieste antes en el trastorno de sus rendimientos más elevados y complejos que en el de los más simples y elementales. Por eso, los trastornos del pensamiento y los de la percepción no son, en realidad, trastornos cualitativamente distintos, sino sólo modos de expresarse los distintos grados de intensidad de un trastorno fundamental único.

Exactamente lo que hemos dicho antes sobre la vieja discusión entre los partidarios de las teorías afectiva o intelectual de la paranoia podemos decir que la pugna entre los defensores de las teorías fisiológica o psicológica de las alucinaciones. En definitiva, se trata, tanto en las ideas paranoicas como en las alucinaciones, de una lucha entre paladines de puntos de vista unilaterales, que acentúan sólo la importancia del trastorno del estado de la conciencia, cuando en realidad ambos trastornos son fundamentales e indispensables para la génesis del cuadro paranoico o alucinatorio.

También puede establecerse un paralelismo entre la división de las ideas paranoicas y primarias y la clasificación de las pseudopercepciones en ilusiones y alucinaciones. Las ilusiones son, por decirlo así, pseudopercepciones reactivas, es decir, pseudopercepciones que necesitan un apoyo en la realidad externa, un objeto real, una pseudopercepción llave que abra el camino a la proyección pseudoperceptiva. Las alucinaciones verdaderas, en cambio, serían pseudopercepciones primarias porque surgen de un modo autónomo e independiente de la realidad exterior; son, como dijo Esquirol, percepciones sin objeto.

Síndromes confusionales y estuporosos

Las pseudopercepciones pueden complicar los cuadros paranoicos, pero a medida que se realice tal complicación las ideas paranoicas se irán transformando en las *vivencias delirantes* propias de los síndromes confusionales, es decir, del estadio de enturbiamiento onírico de la conciencia. Igual que en los sueños, las imágenes despertadas del acervo de recuerdos individuales por las impresiones cenestésicas se viven como si constituyeran la realidad externa. Más allá de este estadio psicótico, se empieza a disgregar el lenguaje de los enfermos y nos vemos reducidos a tener que juzgar sus contenidos de conciencia por sólo sus manifestaciones motrices generales. La obnubilación profunda de la conciencia puede coincidir con estados acinéticos o hipercinéticos como sucede en todos los estadios psicóticos. Las últimas manifestaciones verbales de los enfermos consisten en las llamadas verbigeraciones, en iteraciones verbales, en la repetición rítmica incesante de palabras o de sílabas aisladas. Con ellas se asocian movimientos, también rítmicos, de la cabeza, de los miembros o de todo el cuerpo. En esta fase, reaparecen manifestaciones vitales tan primitivas como los reflejos de la incorporación, de prensión y de succión, y los fenómenos de la oposición y del gancho descritos por Kleist. Pero también todos estos movimientos, inicialmente complejos, amplios simétricos, se van desagregando hasta reducirse, al final, a simples sacudidas miorrítmicas de fibras musculares aisladas, que son como las últimas chispas de la conciencia. Parece que el proceso de introversión, de intimación de la conciencia con el propio soma, llega con la agonía y la muerte a su mayor grado de intensidad: a una unión tan completa que, al disgregarse la actividad somática, se disgrega también la actividad de la conciencia. Al morir, según nos dicen las Sagradas Escrituras, el alma se separa del cuerpo; pero la conciencia, considerada como una función biológica, no se separa sino que, al contrario, expresado gráficamente, se abraza y se funde con el cuerpo de tal manera que se deja despedazar con él.



LECTURAS

Josefina Guerineau

Niña de octubre

Linda Boström Knausgard

Traducción de Rosalía Sáez, Gatopardo Ediciones, 2022.

En esta oportunidad nos adentraremos en una novela cruda y de duelo, en un ejercicio de escritura que funcionó como salvoconducto para la propia identidad de la autora, quien, a través de su relato, realiza una denuncia de abuso a una de las prácticas psiquiátricas más controvertidas como lo es la terapia electroconvulsiva. Linda Boström, nació en Estocolmo en el año 1972. Con el correr del tiempo, se transformó en escritora, madre y paciente psiquiátrica. Escribió varias obras, pero ninguna de ellas fue tan esperada como *Niña de octubre*. El mundo literario escandinavo consideraba que este relato se transformaría en la contracara de aquel retrato cruel y dramático que realizó su exesposo (y escritor noruego) en uno de sus libros más reconocidos.

Sin embargo, logrando esquivar cualquier atisbo de exageración, la autora insiste en que su novela no intenta ser puramente autobiográfica, sino que busca, a través de la intimidad de su experiencia, darle visibilidad a la psiquiatría de su país haciendo foco en la terapia de “electrochoque”.

Boström fue diagnosticada con trastorno bipolar al igual que el personaje de su obra, que describe la depresión como aquel estado “donde no hay palabras, donde no hay conciencia, solo ese sueño apático mañana, tarde, noche y la angustia que envuelve cada célula”. A raíz de su profunda tristeza, la autora fue internada en varias oportunidades en un centro psiquiátrico sueco.

Es en la “fábrica” (así decidió nombrar a la clínica donde permaneció internada) en la cual fue sometida en contra de su voluntad a la terapia electroconvulsiva: “Me gustaría poder contarle todo acerca de la fábrica. Ya no puedo. Pronto no recordaré mis días ni mis noches ni por qué nací. Solo puedo decir que estuve allí durante varios periodos de diversa duración entre el 2013 y el 2017

y que sometieron mi cerebro a tal cantidad de corriente eléctrica que estaban seguros de que no sería capaz de escribir esto”.

La escritora expone en su obra, una época en la cual en la medicina primaba el resultado por sobre el propio sujeto: “Todos querían obtener resultados y los resultados se obtenían con ayuda del famoso tratamiento de electrochoque que era la respuesta a los padecimientos de todo individuo. Allí arrasaban como querían y si alguien lo dejaba, siempre lo podían explicar diciendo que la persona en cuestión no respondía al tratamiento”.

Asimismo, relata cómo se promocionaba la práctica del electrochoque: “Decían que la terapia era suave y que podía compararse a reiniciar un ordenador. En serio utilizaban ese tiempo de símiles lamentables. Era un lenguaje creado por quienes piensan que el sufrimiento de una persona puede aliviarse así y estaban tan acostumbrados a usarlo que una intervención se convertiría en algo que olvidaban con la misma facilidad que la última mentira”.

La protagonista define a la experiencia del electrochoque como “beber oscuridad” y describe detalladamente el paso a paso del terror: “Era importante que el paciente que entraba en la sala no viera a los durmientes. Era importante no asustar a nadie que fuera a recibir aquella terapia tan ligera, pero yo había visto a los durmientes muchas veces pese a todo, y la idea de que pronto yacería allí como uno más, ignorante de lo que me ocurriera, me asustaba más que la corriente misma”.

A lo largo de su odisea, Boström hace referencia a uno de los efectos adversos más frecuentes (y dañinos, a su entender) de la terapia electroconvulsiva: “Todos estaban de acuerdo en que la memoria se ve profundamente afectada. Todos”.

La obra refleja la implicancia de los recuerdos y su valor en la construcción de una identidad. Boström

recorre con un esfuerzo abismal las historias de su juventud, sus hijos, su vocación literaria, su hogar y su dolorosa separación logrando conmovernos en su intento de vertebrar el relato de su vida y poder así salvarse de las garras del propio olvido: “Le dije que era escritora y que necesitaba de mis recuerdos. Una profesión pésima. Ningún alivio. Ningún consuelo. Ningún descanso. Ninguna alegría. Solo vivos recuerdos del lugar en el que escribí, fantasías y palabras que a veces daban en el clavo. Escribía tan de tarde en tarde que era ridículo llamarme escritora, pero en cualquier caso eso era lo que hacía. ¿Y qué iba a hacer una escritora sin memoria?”.

La posibilidad de no lograr recuperar la totalidad de los recuerdos es para Boström una derrota. Es la imposibilidad de retener los hilos que la unen al mundo exterior y con su propia historia: “Entonces me miró por primera vez y me dijo que los recuerdos vuelven. Siempre vuelven. Tarde o temprano. Quizá no todos, segu-

ro que no todos, pero es difícil, sino imposible, encontrar un tratamiento sin efectos secundarios de ningún tipo, como seguramente comprenderás. Siempre puedes inventarlos, eso es lo que hacen los escritores ¿no?”.

La protagonista describe un sufrimiento no solo producto de la propia enfermedad, sino también resultado del tratamiento: “La soledad era muy intensa y no se me ocurría cómo vivir la vida sola, así que me convertí en alguien que vivía la vida de nadie. No era nadie. Hacía como que vivía, claro, pero no vivía de verdad”.

Niña de octubre no solo es el relato de una lucha personal ante la posibilidad de vivir sin recuerdos, sino también una narrativa de denuncia que busca exponer prácticas de la locura frecuentemente invisibilizadas. La novela permite reflexionar sobre la relevancia de las historias personales como piedra angular de cualquier proceso terapéutico.