

# VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA



Junio

Suplemento  
para psiquiatras  
en formación

1.



# Plénica

Pregabalina

# Plénica 75

Pregabalina

**practidosis**

- ✓ En dolor neuropático, ansiedad y dolor pos herpético.
- ✓ En reumatología: fibromialgia.
- ✓ En neurología: dolor por lesión de la médula espinal.
- ✓ Nivel de evidencia A en trastorno de ansiedad generalizada (TAG).
- ✓ Seguro en pacientes gerontes.
- ✓ Sin interacciones medicamentosas.

**100%** PAMI  
DESCUENTO

## PLAN VIVIR MEJOR

Los afiliados del PAMI mayores de 60 años y que no estén afiliados a una cobertura médica prepaga acceden al **PLAN VIVIR MEJOR**.

**Para acceder a este beneficio, el afiliado no necesita realizar ningún trámite.**



### PRESENTACIONES

Plénica 25 mg: cápsulas por 30 • Plénica 50 mg: cápsulas por 15 y por 30 • Plénica 75 mg: cápsulas por 15, por 30 y por 60  
Plénica 75 mg Practidosis: comprimidos por 15 y por 30 • Plénica 150 mg: cápsulas por 30 • Plénica 300 mg: cápsulas por 30

## REDACCIÓN.

### Director

**Juan Carlos Stagnaro**  
(Universidad de Buenos Aires).

### Sub-directores

**Santiago Levín**  
(Universidad de Buenos Aires).

**Martín Nemirovsky**  
(Proyecto Suma).

**Daniel Matusevich**  
(Hospital Italiano de Bs. As.).

### Directores asociados

**América Latina**  
Cora Lugercho.

**Europa**  
Dominique Wintrebert,  
Eduardo Mahieu, Martín Reca.

**EE. UU. y Canadá**  
Daniel Vigo.

### Comité científico

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

### Consejo de redacción

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

### Comité de lectura

Eduardo Leiderman, Ernesto Walhberg, Silvia Wikinski.

### Comité de redacción

**Secretario:** Martín Nemirovsky.

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

### Corresponsales

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

ÍNDICE.

TRABAJO DE REVISIÓN

4.

TERAPÉUTICA  
PSICOFARMACOLÓGICA

13.

CONSULTORIO

16.

DIBUGRAMA

17.

ORÍGENES

19.

ACTUALIDAD

24.

VERTEX Suplementos para psiquiatras en formación es un Suplemento de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Reg. Nacional de la Propiedad Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 2718-904X (versión en línea). Hecho el depósito que marca la ley. Todos los derechos reservados.

© Copyright by VERTEX  
VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación trimestral de Polemos SA.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable.

Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

**Coordinación de edición:** Carolina Pangas - [editorial@polemos.com.ar](mailto:editorial@polemos.com.ar)

**Diseño y diagramación:** D.I. Pilar Diez [mdpdiez@gmail.com](mailto:mdpdiez@gmail.com)

**Dibugramas:** Soledad Stagnaro

**Imagen de tapa:** Kandinsky - dominio público - [www.rawpixel.com](http://www.rawpixel.com)

## LA REDACCIÓN.

Suplemento  
para psiquiatras  
en formación

1

## EDITORIAL.

La formación de los psiquiatras requiere una larga etapa, bajo la forma de residencias médicas o de cursos superiores de especialización, que se despliegan en varios años del postgrado. Durante ese lapso las exigencias del trabajo asistencial (consultorios de atención ambulatoria, servicios de internación, hospitales de día, interconsultas hospitalarias, estructuras intermedias en la comunidad tales como casas a medio camino o de convivencia, etc.), deben combinarse con el estudio de temas teórico-prácticos que van desde la semiología clínica a las humanidades en un denso programa.

En este último sentido debe recordarse que la psiquiatría, es una de las especialidades médicas que más se ha desarrollado en las décadas precedentes. En efecto, las actualizaciones nosográficas, la terapéutica psicofarmacológica racional, los recientes métodos complementarios de estudio, las nuevas manifestaciones clínicas de los trastornos mentales, la aparición de técnicas psicoterapéuticas novedosas y la actualización de las preexistentes, los aportes de la neurobiología, los datos provistos por la epidemiología cuali y cuantitativa, los cambios en los sistemas de salud producidos en el marco de las actuales condiciones sociales, para mencionar solo algunas de las variables más importantes en juego en la formulación de la curricula formativa de los nuevos especialistas, plantean desafíos difíciles de superar. La información circulante en las bases de datos especializadas es de magnitud creciente y frecuentemente inabarcable. Frente a ese panorama es necesario aportar síntesis, establecer prioridades formativas y proveer la información más necesaria para los psiquiatras en formación, a fin de darles el apoyo necesario en ese terreno.

A lo antes puntualizado, se debe sumar el reconocimiento de que la especialidad se caracteriza por estructurar saberes en torno a teorías diversas que derivan, no pocas veces, en reduccionismos o eclecticismos estériles, fenómeno que contribuye a hacer más grande la confusión para quien empieza a transitar las etapas iniciales de su formación.

Estos *Suplementos de Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría* apuntan a dar una respuesta a algunos de esos problemas, pretendiendo con ellos acercar una herramienta útil para acompañar la reflexión de los psiquiatras en formación.

Los Suplementos están estructurados alrededor de distintas Secciones: *Artículos de revisión y de comunicación de experiencias clínicas*, escritos por jóvenes colegas; *Consultorio*, que presenta alertas semiológicas y maniobras prácticas en el quehacer cotidiano, *Orígenes*, para recordar la historia de los lugares de formación psiquiátrica; *Enredados*, como una forma de acercar sitios web, revistas y nuevos libros de consulta útiles y actualizados y otras noticias; *Actualidad*, en la que aparecerán opiniones y planteos fértiles para la reflexión; *Raíces*, para rememorar la biografía de colegas que nos precedieron y dejaron marca en la especialidad en la Argentina; alguna ilustración, porque el arte hace a la psiquiatría, y otras que irán apareciendo en función de la creatividad y las necesidades que nos vayan marcando los autores y lectores que nos pueden escribir (se acepta todo tipo de crítica constructiva) a: [suplementovertex@gmail.com](mailto:suplementovertex@gmail.com). Empezamos a navegar, entonces, con esta serie de Suplementos que aparecerán trimestralmente.

## FATIGA POR COMPASIÓN, POSIBLE CONSECUENCIA EN LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL SANITARIO EN EL MARCO DE LA PANDEMIA DE COVID-19

### Resumen

El 11 de Marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunciaba que la enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19) podía caracterizarse como una pandemia. En el presente trabajo se ha practicado una revisión bibliográfica del impacto sufrido, en el marco de la pandemia COVID-19, en la salud mental de los trabajadores de la salud, principalmente a través del distrés y sus posibles consecuencias, el trauma vicario o fatiga por compasión y el burnout.

**Palabras claves:** Burnout - Fatiga por compasión - Distrés - COVID 19 y personal de salud.

### María Soledad Guallart

Médica especialista en psiquiatría.  
Hospital Municipal de Vicente  
López "B. Houssay", Pcia. de  
Buenos Aires.

**Correo electrónico:**

[msoledadguallart@hotmail.com](mailto:msoledadguallart@hotmail.com)



## Introducción<sup>1</sup>

El 11 de Marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunciaba que la enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19) podía caracterizarse como una pandemia.

Dicho virus fue identificado por primera vez el 1° de Diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, capital de la provincia de Hubei, en la China Central, manifestándose como cuadros de neumonía en los trabajadores del mercado mayorista de mariscos del sur de China de Wuhan. Vivir una pandemia implica, entre otras cosas, el intento de manejo de diferentes tipos de miedos, no sólo propios, sino también sobre lo que el prójimo representa, el cual puede resultar peligroso, o bien, a quien se lo puede poner en peligro.

Este último punto ha sido crítico en los trabajadores del personal de salud, quienes tuvieron que lidiar con la posibilidad de enfermar por COVID-19 y además, en oposición a lo establecido por el juramento hipocrático, enfermar al prójimo, sea éste un familiar, un colega o un amigo.

Enfrentaron también otros obstáculos tales como la falta de elementos de protección, la estigmatización por parte de la sociedad y la rápida propagación del virus, lo cual sumado a la severidad de los síntomas en muchos casos, incidieron en el incremento de pacientes para asistir.

En muchos países se sumaron dilemas morales, al tener que decidir sobre el uso de los escasos ventiladores que referían tener distintas instituciones, sin contar hasta la fecha con un recurso terapéutico específico para la cura de dicha enfermedad.

En esta revisión bibliográfica se presentarán conclusiones, en el marco de la pandemia COVID-19, del impacto sufrido en la salud mental de los trabajadores de la salud, principalmente a través del distrés y sus posibles consecuencias, el trauma vicario y el burnout.

## Materiales y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática en PubMed utilizando palabras y términos específicos tales como: "personal de salud/COVID/burnout", "salud mental/trabajadores de salud/COVID", "personal de salud/ pandemia/TEPT", "estrés y pandemia en trabajadores de la salud", "pandemias y salud mental en trabajadores de la salud" "salud mental/SARS/trabajadores sanitarios". Se priorizaron los estudios transversales, revisiones sistemáticas, y encuestas

realizadas en el personal sanitario en los últimos 5 años, como así también en relación al estudio de lo ocurrido durante el brote SARS en el año 2003 y posterior a éste. También se utilizaron las bibliotecas RIMA y Medscape, con términos de búsqueda tales como: "salud mental/COVID", "COVID y burnout", "salud mental en pandemia". Se aplicaron los filtros correspondientes al personal sanitario. También se revisaron manuales y guías de las mismas bases mencionadas. Se desarrolló una estrategia de búsqueda con los siguientes criterios de inclusión: artículos científicos, protocolos y documentos técnicos a texto completo en español e inglés, disponibles en las bases de datos.

## Fatiga por compasión

Hay un costo en cuidar, que puede producir alto deterioro en las funciones laborales, sociales y familiares, dado por el sufrimiento experimentado por los profesionales que abordan situaciones estresantes y/o traumatizantes a nivel secundario, puede denominarse con diferentes términos: desgaste por empatía o fatiga por compasión (Figley, 1995), trauma vicario o estrés traumático secundario (Acinas, 2012). El hecho de trabajar con el sufrimiento humano utilizando la empatía como recurso sería uno de los factores de riesgo para dicho cuadro. Acinas cita a Benito, Arranz & Cancio (2010), quienes describen el concepto de satisfacción de compasión, que ocurre principalmente en el ámbito de la salud y se define como la satisfacción de trabajar ayudando a otros. Los síntomas que se presentan en la fatiga por compasión coinciden con los síntomas encontrados en el trastorno de estrés postraumático (re-experimentación, evitación y embotamiento psíquico con hiperactivación); y tendría efectos sobre el riesgo de burnout, por un lado incrementando la susceptibilidad de padecerlo, y secundariamente favoreciendo la respuesta silenciadora (Baranowsky, 1997; Danieli, 1984), definida como la incapacidad para atender las experiencias de los consultantes, redireccionándolos a material menos estresante para el profesional (p. 9).

Figley (2002) describe un modelo de estrés y fatiga por compasión, en el cual dicho estrés sería el residuo de la energía emocional derivada de la respuesta empática que es brindada por el profesional. Dentro de los factores de riesgo para el desarrollo de la fatiga por compasión, considera tres aspectos: la exposición prologada a las historias de angustia, malestar o trau-

1. El presente trabajo está parcialmente basado en el Trabajo Final que la autora presentó en diciembre de 2020, en el Curso Superior Metropolitano de Médico Especialista en Psiquiatría, que se dicta en Instituto Superior de Formación de Postgrado Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).

ma; traumas personales no resueltos y los cambios inesperados en el horario, la rutina y la gestión de la vida que en combinación con el resto de los factores, pueden precipitar la presentación del cuadro.

Con una descripción complementaria, otros autores (Arranz et al., 2003), enumeran otros factores que podrían influir en el desarrollo del desgaste psíquico, tales como:

- Exceso de labor asistencial con escasez de personal.
- Trabajo a turnos.
- Alto grado de responsabilidad en la toma de decisiones.
- Contacto continuo con la enfermedad, el dolor y la muerte.
- Pacientes con múltiples problemas.
- Dificultades de comunicación con pacientes y colegas o inherentes al trabajo en equipo.
- Sentimientos de pérdida de identidad por solapamiento de roles.
- Falta de autonomía para tomar decisiones.
- Exigencia de tiempo y de disponibilidad.

## Factores de riesgo

El agotamiento en el personal sanitario es observado más frecuentemente al aumentar la carga de trabajo, las presiones ante el tiempo requerido para realizar evaluaciones, la escasa retribución monetaria en las instituciones privadas, las tareas burocráticas y la transición de los registros médicos en papel a los registros electrónicos, lo cual ha pretendido maximizar los ingresos económicos de las instituciones en detrimento de la atención clínica (Ceriani Cernadas, 2019).

Otro factor importante estaría constituido por los hechos de violencia ejercidos hacia el personal sanitario, lo cual reflejaría múltiples causas tales como el desprestigio social que gradualmente sufrió dicho personal y las falencias propias del sistema. En el mes de enero del año 2016, una investigación (Travetto et al., 2015) informó sobre las situaciones de violencia verbal o física que frecuentemente enfrentaban los profesionales de la salud durante el desempeño de sus funciones, lo cual representaba consecuencias laborales y para su salud. Dicha encuesta fue realizada en el sitio Intramed, donde sobre un total de 19.967 profesionales (médicos, enfermeros y odontólogos, con grado universitario completo) de América Latina, 13.323 profesionales de la salud, la mayoría de Argentina, 66,7% de los participantes de la muestra reportaron haber recibido algún tipo de agresión, ya sea física o verbal en sus lugares de trabajo, y uno de cada cuatro de los lesionados, debieron suspender temporalmente su actividad laboral por las secuelas. Los desencadenantes más frecuentes fueron la demora en la atención y la carencia de recursos, y el 3,4% ocurrieron en instituciones públicas.

En el marco de la pandemia COVID-19, un estudio de la Asociación Canadiense de Médicos de Emergencia describe el deterioro sufrido en los servicios de urgencias. Dado que la gran mayoría de los departamentos de emergencia operan en más del 100% de su capacidad, la gran cantidad de pacientes ingresados, sumado a las horas en las que permanecen en salas de espera, la falta de capacidad de aislamiento, las frecuentes interrupciones del sueño, las dificultades con los vínculos familiares por la calidad y cantidad de turnos trabajados, junto a las experiencias de intimidación y violencia hacia el personal sanitario, ha exacerbado el agotamiento sufrido por los profesionales (Chochinov & Lim, 2020).

Los profesionales sanitarios también han lidiado con situaciones particulares y propias de una pandemia en donde los valores éticos, incluida la autonomía para tomar decisiones pueden verse reducidos, vivenciando, además, la angustia moral que implica intentar la equidad entre capacidades institucionales limitadas y grandes volúmenes de pacientes, debiendo decidir sobre el tratamiento con opciones terapéuticas limitadas para COVID-19 en pacientes con condiciones críticas de salud (Sultana et al., 2020). Han convivido también con la posibilidad de ser catalogados como posibles portadores del virus para la sociedad, sufriendo actos discriminatorios en sus domicilios laborales o viviendas según lo difundido por múltiples medios de comunicación (Diario La Nación, 2020).

En relación a este último punto, la estigmatización sufrida por el personal de salud convivió con la reivindicación de la profesión rotulándolos como “héroes” y como expresa Chaim Chatan, sufriendo una doble herida psíquica y doble herida social (Stein, 2008). Según lo expresa dicho autor, en la doble herida social el individuo es victimizado en una determinada situación para luego ser atacado por su entorno social habitual a través de actos de censura o reprobación, lo cual produce la doble herida psíquica, definida como el choque que se produce entre la percepción de la realidad en el momento del trauma y la realidad que presenta y con la que tendrá que convivir al volver a su entorno social habitual.

Estudios realizados sobre la estigmatización en el personal sanitario durante el brote de SARS en Taiwán en el año 2003 informan que aproximadamente un 20% de los trabajadores sanitarios sufrieron estigmatización y rechazo en su vecindario, mientras que en Singapur, el 49% de los trabajadores de la salud durante el brote de SARS experimentaron estigmatización social.

Años más tarde, con la llegada del coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-COV), el cual presentó el primer caso en Corea en mayo de 2015, se realizó un estudio que determinó que el estig-

ma estaba relacionado con la salud mental no solo de manera directa, sino también indirecta. El vínculo directo entre el estigma y la salud mental fue congruente con los hallazgos del brote de SARS, ya que el estigma, considerado como una fuente de estrés percibido, puede influir indirectamente en la salud mental a través del estrés (Park et al., 2018).

Posteriormente al mencionado brote de SARS, se realizó un estudio en los trabajadores de la salud en Toronto (Styra et al., 2008), identificándose los factores que pueden causar angustia psicológica en los profesionales sanitarios que atienden a pacientes en forma aislada:

- Percepción de riesgo para ellos mismos.
- Impacto de la crisis del SARS en su vida laboral.
- Afecto depresivo.
- Trabajar en una unidad de alto riesgo.
- Cuidar de un solo paciente con SARS versus cuidar de varios pacientes con SARS.

Otros factores identificados que incrementan el agotamiento son la falta de control sobre los procedimientos y las medidas de control de infecciones, la falsa noción de precauciones de seguridad, la mala comunicación de las directivas, la falta de preparación y/o apoyo emocional, el presentar un equipo de protección personal inadecuado y la percepción de fatalidad (Shah et al., 2020).

Tal como se indica en la guía “Intervenciones Recomendadas en Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) durante la Pandemia”, se deberá “garantizar que el personal de asistencia directa y el personal de salud cuenten con los equipos de protección personal para su seguridad y la capacitación necesaria para la optimización de su autocuidado y de su labor, así como con el cuidado de su propia salud mental” (OPS/OMS, 2020 p. 6).

Sin embargo, según lo informado en distintos países, los profesionales de la salud han sido expuestos a similares estresores, tal como lo relata el Centro de Investigación de Resultados en el Hospital Metodista de Houston, quienes definieron algunos factores que contribuyeron a la fatiga y el agotamiento del personal de cuidados intensivos de dicho nosocomio, como resultado de respuesta a la pandemia de COVID-19:

1. Suministros limitados de equipos de protección personal, los cuales no fueron entregados ni en el tiempo solicitado, ni en la cantidad solicitada.
2. El conocimiento del personal de cuidados críticos sobre la disminución de la efectividad del equipo utilizado fuera del uso recomendado, lo cual empeoró la carga psicológica sufrida.
3. Videos de capacitación sobre el manejo adecuado del equipo de protección personal, que no se actualizaron para reflejar el equipo utilizado en ese sistema.

4. La insuficiente preparación y capacitación con falta de disponibilidad de pruebas para detectar el virus, su distribución y el seguimiento posterior de contactos, lo cual impactó negativamente en los profesionales al no poder contar con una herramienta de control de infecciones efectiva (Sasangohar et al., 2020).

En Madrid, una encuesta abierta dirigida a los profesionales sanitarios (Abril/Mayo 2020) informó los resultados sobre un total de 2.495 sanitarios (71% médicos y 17% enfermeras). Coincidentemente, cuando se interrogó sobre lo negativo en relación a la organización y gestión de la asistencia sanitaria, el 39,2% refirió la falta de recursos materiales (equipos de protección individual, pruebas diagnósticas, etc.) y la falta de previsión y el retraso en la adopción de medidas de respuesta frente a la pandemia (14%) (Elola, 2020).

En nuestro país, en el mismo período (Abril/Mayo) una investigación realizada en 1500 trabajadores de la salud informó los siguientes resultados: la preocupación por la posibilidad de contagiar a sus seres queridos aumentó del 83% al 90%, la preocupación ante la posibilidad de contagiarse ellos mismos cambió del 65% al 71%, el 63% consideró no contar con equipamiento adecuado, lo cual se sostuvo en el tiempo, descendiendo levemente al 60% y la percepción de que el clima laboral empeoró aumentó del 68% al 79%, percibiendo además que el cansancio interfiere en el trabajo un 67% incrementándose luego a un 79% (Richaud et al., 2020). Dicho estudio también destacó que los indicadores de depresión, como la irritabilidad, pasó del 34 al 54% y los trastornos en el sueño pasaron del 43% al 67%; en cuanto a indicadores de ansiedad, los valores ascendieron del 53 al 73%.

En relación a los dilemas morales y éticos a los que son enfrentados los trabajadores de la salud durante la pandemia COVID-19, Menon & Padhy destacan:

- ¿Cómo equilibrar el cuidado de pacientes con la preocupación de contraer la infección y contagiar a la familia? Particularmente en aquellos trabajadores de la salud con padres ancianos o niños a cargo.
- ¿Se deberá retener el soporte ventilatorio para un paciente crítico con pocas probabilidades de supervivencia o usar el ventilador para un paciente con mejor pronóstico? Durante la pandemia la clasificación de recursos finitos es una consideración pragmática.
- Presentando síntomas respiratorios y antecedentes de exposición, ¿se debería hablar sobre los síntomas y aislarse en el domicilio con riesgo a la discriminación social/laboral, o continuar trabajando poniendo en riesgo la salud del colega, hasta que la prueba sea positiva? ¿Cómo equilibrar las necesidades de atención de salud física y mental con el trabajo?

Dichos autores describen que estos pensamientos que diariamente se presentan coexistiendo con otras preocupaciones propias de la profesión y personales en el contexto de pandemia, pueden afectar el juicio de los trabajadores, lo cual a su vez, podría afectar la decisión clínica, aumentar las posibilidades de errores médicos y el riesgo de agotamiento (Menon & Padhy, 2020).

## **Pandemia y posibles consecuencias en la salud mental de los trabajadores de la salud**

Estudios realizados en epidemias anteriores demuestran que pueden ser múltiples las consecuencias, desde síntomas aislados hasta la posibilidad de desarrollar un marcado deterioro de la funcionalidad a través de cuadros como ansiedad, insomnio, depresión y trastorno por estrés postraumático. Durante y después de un brote, aproximadamente uno de cada seis proveedores de atención médica desarrolla síntomas de estrés significativos y según los trabajos realizados y publicados en relación al brote SARS, alrededor del 20% de los proveedores de atención médica presentan síntomas postraumáticos después de trabajar en aislamiento cuidando a pacientes críticamente enfermos (Huremović, 2019). Los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de sufrir trastornos psíquicos en el personal asistencial serían los siguientes (OPS/OMS, 2020):

- Personal sin condiciones para desarrollar este tipo de trabajo.
- Falta de preparación o entrenamiento.
- Exposición simultánea a otros traumas o situaciones estresantes recientes.
- Antecedentes de trastornos físicos o psíquicos.
- Condiciones de vida desfavorables.
- Exposición prolongada a situaciones de estrés o experiencias muy traumáticas.
- Resolución de dilemas y daño moral.
- Problemas organizacionales con rigidez en las reglas y límites; elevadas demandas laborales.

En la fase aguda de brote del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) del 2003, dos meses después de iniciado el mismo el 20% de los profesionales de la salud en un hospital de Singapur presentaban trastorno de estrés postraumático (Chan & Huak, 2004).

En otra evaluación que fue prospectiva y periódica de la morbilidad psiquiátrica realizada en la fase aguda del brote, se evaluó el estado psicológico de las enfermeras en un centro de atención de SARS en Taiwán, donde se disponía de dos unidades de SARS y dos unidades no SARS, informándose que el 100% de las personas con antecedentes de depresión tuvieron una recaída sintomática cuando permanecieron en un en-

torno estresante, tal como permanecer trabajando en una unidad SARS. Se observó también, que un tercio de las enfermeras que atendieron a pacientes con SARS desarrollaron depresión sintomática, trastorno de estrés postraumático e insomnio. Por otra parte, se relacionó una tasa más alta de trastorno de estrés postraumático con la incertidumbre sobre ser reclutado para la atención de pacientes con SARS (Su et al., 2007). En el año 2006 en un hospital en Beijing, China, un estudio transversal informó sobre el impacto psicológico en trabajadores de dicho hospital, donde aproximadamente el 10% de los proveedores de atención médica habían experimentado síntomas de estrés postraumático en algún momento durante el período de 3 años después de su exposición, observándose un aumento de dos a tres veces en las probabilidades de tener dichos síntomas en aquellos que habían trabajado en las salas de SARS, habían sido puestos en cuarentena, o bien, tenían amigos y/o parientes cercanos que contrajeron la infección. Incluso 3 años después del brote de SARS, quienes habían tenido altos niveles de síntomas de estrés postraumático durante dicho período, el 40% presentaba síntomas de estrés postraumático al momento de la entrevista (Wu et al., 2009). Luego de tres años de concluida la epidemia SARS, se realizaron numerosos estudios sobre otras consecuencias que se presentaron en el personal sanitario en distintos hospitales de Beijing, China. En relación a los síntomas depresivos, el 14% de los miembros del personal de un hospital permanecían con niveles moderados de síntomas depresivos, estableciéndose que el 8,8% permanecía con niveles altos de síntomas depresivos (Liu et al., 2012). Dicho estudio determinó que tanto la exposición laboral como cualquier puesta en cuarentena durante el brote, estuvieron asociadas con el nivel posterior de síntomas depresivos; al igual que la exposición a otros eventos traumáticos previos al brote, los niveles percibidos de riesgo relacionado con el SRAS, y los síntomas de estrés postraumático presentados durante y luego del brote.

Otro estudio que examinó los síntomas de abuso/dependencia del alcohol 3 años después en el personal de un hospital (Wu et al., 2008), demostró una asociación significativa entre el recuento de síntomas de alcohol y los niveles de síntomas de estrés postraumático, lo cual se relacionó con los antecedentes de haber permanecido en cuarentena y haber trabajado en un lugar con altos niveles de exposición a pacientes con SARS. Los resultados encontrados determinaron que el 19% de los empleados del hospital tenía al menos un síntoma relacionado con el alcohol y que entre los tres grupos de síntomas de trastorno de estrés postraumático (intrusión, evitación e hiperactivación) sólo la hiperactivación se asoció significativamente con los síntomas de abuso/dependencia del alcohol.

Analizando específicamente el componente de agotamiento emocional luego del brote de SARS, entre el primer año y el segundo año el 30,4% de los trabajadores sanitarios de un hospital de Toronto que habían permanecido en contacto con pacientes infectados, informaron un alto nivel de agotamiento emocional (Maunder et al., 2006). En relación a los factores considerados protectores para el personal sanitario en la epidemia SARS, un estudio demostró que dos variables organizativas importantes que emergen como factores protectores para la salud mental son el apoyo organizativo y la adecuación percibida de la formación, al igual que los años de experiencia en el cuidado de la salud (Lancee et al., 2008). En otro estudio, se informó que la aceptación altruista del riesgo de infección de SARS fue considerado un factor protector (Wu et al., 2009). Respecto a la pandemia COVID-19, el primer informe sobre los resultados de salud mental en los trabajadores sanitarios de primera y segunda línea en Italia, fue a través de un estudio transversal realizado entre el 27 de marzo y el 31 de marzo de 2020 en dicho país, sobre un total de 1379 trabajadores de la salud, en el cual 49,38% presentaron síntomas compatibles con trastorno de estrés postraumático, el 24,73% presentó síntomas depresivos, el 19,80% tuvo síntomas de ansiedad, el 8,27% informó insomnio y 21,90% estrés percibido alto (Rossi et al., 2020). En el informe de una encuesta realizada por Medscape (Leslie Kane, 2020) a médicos de distintos países luego de iniciada la pandemia COVID-19, en el período comprendido entre el 9 de junio y el 20 de julio del 2020, se arribaron a diferentes conclusiones: dos tercios de los médicos estadounidenses informaron severo agotamiento, con similares valores hallados en el Reino Unido, España, Portugal, Brasil y México; en Alemania sólo el 45% de los médicos presentó agotamiento intenso; en Estados Unidos, dicho informe destacó el incremento de consumo de alimentos, bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas por parte de la población médica, luego de iniciada la pandemia; y al ser encuestados sobre la predisposición de atención a pacientes con COVID-19, un gran porcentaje de profesionales médicos en todos los países demostró un alto sentido ético por la profesión, eludiendo al concepto ya mencionado de satisfacción de compasión.

Respecto al riesgo suicida en los médicos, Myers (López Geist, 2017) describe los siguientes factores que incrementarían dicho riesgo:

- Antecedentes de episodios depresivos.
- Intento de suicidio previo; el suicidio efectuado por médicos se diferencia del resto de la población por la escasez de intentos anteriores.
- Predisposición genética por historia familiar de trastornos del estado de ánimo, incluyendo suicidio.

- Aislamiento profesional que responde a un cambio geográfico o por alguna pérdida (salud, familia, estabilidad financiera).
- Ser demandado por mala praxis o ser denunciado ante el consejo profesional.
- Insuficiente adherencia al tratamiento psiquiátrico que presenten, lo cual se agrava si coexiste el abuso de sustancias.
- Enfermedad psiquiátrica refractaria a tratamiento.

El personal sanitario es una población particularmente vulnerable, dado que fuera de la pandemia el riesgo de suicidio es aproximadamente un 50% más alto que en el resto de la población y desde el inicio de la pandemia COVID-19, se han dado a conocer los suicidios de un obstetra en Polonia, dos enfermeras de cuidados intensivos en Italia, una enfermera de cuidados intensivos en el Reino Unido y un médico general francés (El-Hage et al., 2020). La vulnerabilidad psíquica también favorece el duelo patológico en caso de fallecimiento de familiares, amigos o colegas; describiéndose que tanto el duelo patológico como el trastorno por estrés postraumático, en caso de manifestarse durante la pandemia, conllevan un alto riesgo de no remisión espontánea y cronicidad. Las estrategias preventivas incluirían el reconocimiento y el tratamiento de la depresión y/o el abuso de sustancias, la implementación de medidas para disminuir el estrés laboral y la restricción del acceso a los medios de suicidio cuando se constata depresión; por otra parte, la desestigmatización de los agentes en riesgo permitiría que éstos concreten el pedido de ayuda (Dutheil et al., 2019).

## Conclusiones

Respecto a los profesionales de la salud en el contexto de la pandemia COVID-19 y las diferentes intervenciones a las que se puede recurrir ante el estrés, el objetivo será disminuir el efecto de variables personales y ambientales que lo facilitan, ampliando el abanico de habilidades y recursos para prevenir y hacer frente a situaciones de estrés ya instaladas. Se ha estudiado también que el incremento del riesgo a sufrir consecuencias a largo plazo en la salud mental está constituido principalmente por el aumento de los niveles de agotamiento emocional, la despersonalización y el afrontamiento centrado en la evitación, constituyendo el apoyo entre pares, el apoyo familiar y aquel brindado por parte de los supervisores, factores de protección importantes en este grupo.

En muchos países, el desarrollo de la actividad laboral en el área salud en circunstancias complejas como resulta hacerlo en el marco de una pandemia, constituyó además una fuente de daño moral para los trabajadores sanitarios, al tener que lidiar con el

contacto permanente y en mayor proporción de pacientes que sufren o mueren, decidir a quién tratar con prioridad, evaluar los recursos que serán utilizados, y cómo administrarán el tiempo al incrementarse la demanda de pacientes. A esto se deberán sumar las limitaciones que se presentan actualmente para el tratamiento de la enfermedad por COVID-19, en pacientes que requieran internación y presenten deterioro del estado de salud, debiendo presenciarse escenarios de fin de vida que resultan contrarios a sus creencias, como sucede con los pacientes que mueren aislados sin poder contar con la presencia de sus seres queridos.

Desde las instituciones, es importante la comunicación en forma clara con el personal sanitario, brindando actualizaciones periódicas y precisas sobre la enfermedad por COVID-19, facilitándoles el acceso a los equipos de protección personal, los protocolos de estratificación de riesgos y reduciendo la carga horaria de los turnos. Por otra parte, reconocer las fuentes de ansiedad permite a los supervisores y organizaciones de atención médica desarrollar enfoques específicos de abordaje y apoyo a los profesionales de la salud.

En nuestro país, es posible comprender como avanzó el desgaste profesional sufrido por todo el personal sanitario durante la pandemia COVID-19, no sólo en los trabajadores sanitarios de primera línea, sino también en quienes continúan su formación profesional y en aquellos que supervisan a otros profesionales en formación, trabajando además, con la demanda de sus pacientes, en instituciones donde ya se carecían de estrategias de abordaje.

Al deber de cuidado del paciente, tal como lo establece el juramento hipocrático, deberían sumarse medidas para el cuidado propio del profesional de la salud, lo cual aún no parece ser tenido en cuenta ya que ciertas cualidades de lo que se describe como una exitosa práctica médica, se constituyen como factores de vulnerabilidad al agotamiento, y es, justamente, bajo estos principios en los que se desarrolla tanto la formación médica como la práctica asistencial posterior, en donde debe prevalecer el sacrificio personal y la supresión emocional.

La pandemia propicia para los profesionales de la salud poder iniciar un camino de autocuidado, no sólo desde el deber de “cuidar al otro”, sino como una oportunidad de “cuidarse con los otros”, poder apreciar la ayuda que se logró brindar y de reflexión sobre las limitaciones de lo que se pudo hacer dadas las complejas circunstancias.

Cuando la crisis se haya superado, sería oportuno poder realizar la revisión de las habilidades de manejo del estrés implementadas, delineando un plan a fin de favorecer el incremento de la resiliencia del

personal en el futuro. Por último, según lo estudiado luego de la epidemia SARS del año 2003 respecto a las consecuencias sufridas a largo plazo en la salud mental del personal sanitario, sería beneficioso poder contar con un monitoreo activo, para garantizar la asistencia de aquellos profesionales que lo requieran.

**Conflictos de intereses:** la autora declara no tener conflictos de intereses.

## Referencias bibliográficas

Acinas, P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(4), 1-22.

Arranz JJ, Barbero P, Barreto R, Bayés R (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos, modelos y protocolos*. Barcelona: Ariel.

Baranowsky AB. (1997). «Silencing Response Scale in clinical practice: on the road to dialogue». En C.R. Figley (ed.). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (vol. 2.). Nueva York: Brunner/Mazel.

Benito E, Arranz P, Cancio H. (2010). *Herramientas para el autocuidado de profesionales que atienden a personas que sufren. FMC (Formación Médica Continuada) Atención Primaria*. Barcelona: Elsevier.

Ceriani Cernadas JM. (2019). Los trastornos en la salud de los médicos, un problema creciente. *Arch Argent Pediatr*;117(3):138-139.

Chan AO, & Huak CY (2004). Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occupational medicine*, 54(3), 190–196.

Chochinov A. & Lim R. (2020). *On the brink of exhaustion: COVID-19 and the emergency room*. Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP)

Danieli, Y. (1984). Psychotherapist's participation in the conspiracy of silence about the Holocaust. *Psychoanalytic Psychology*, 1(1), 23–42. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.1.1.23>

Diario La Nación. (17 de Agosto 2020). Buscaglia Teresa Sofía. “No somos héroes”. *El hartazgo de los profesionales de la salud por las condiciones de trabajo durante la pandemia*”.

Dutheil F, Aubert C, Pereira B, Dambrun M, Moustafa F, Mermillod M, Baker JS, Trousselard M, Lesage FX & Navel V (2019). Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS one*, 14(12), e0226361.

El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, Etain , Paquet, C, Gohier B, Bennabi D, Birmes P, Sauvaget A, Fakra E, Prieto N, Bulteau S, Vidailhet, P, Camus V, Leboyer M, Krebs MO & Auquier B (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? [Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks?]. *L'Encephale*, 46(3S), S73–S80.

Elola, F.J. (2020). *Los profesionales sanitarios frente a la covid-19. La reforma necesaria del sistema nacional de salud*. Fundación IMAS.

Figley, C. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441. doi:10.1002/jclp.10090

- Figley CR (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York : Brunner.
- Huremović D. (2019). Quarantine and Isolation: Effects on Healthcare Workers. *Psychiatry of pandemics : A Mental Health Response to Infection Outbreak*: 119-126.
- Lancee, W. J., Maunder, R. G., Goldbloom, D. S., & Coauthors for the Impact of SARS Study (2008). *Prevalence of psychiatric disorders among Toronto hospital workers one to two years after the SARS outbreak*. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 59(1), 91–95.
- Leslie Kane MA. (2020). *Medscape US and International Physicians' COVID-19 Experience Report: Risk, Burnout, Loneliness*. Medscape Psychiatry.
- Liu, X., Kakade, M., Fuller, C. J., Fan, B., Fang, Y., Kong, J., Guan, Z., & Wu, P. (2012). Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Comprehensive psychiatry*, 53(1), 15–23.
- López Geist MA. (2017). Comentario de artículos; Riesgo de Suicidio: cuidando al colega. *Sinopsis APSA Revista* año 30 n° 60: 25-28.
- Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B, Evans S, Fernandes CM, Goldbloom DS, Gupta M, Hunter JJ, McGillis Hall L, Nagle LM, Pain C, Peczeniuik SS, Raymond G, Read N, Rourke SB, Steinberg RJ, Stewart TE, VanDeVelde-Coke S, Wasylenki DA (2006). Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerging infectious diseases*, 12(12), 1924–1932.
- Menon V & Padhy SK (2020). Ethical dilemmas faced by health care workers during COVID-19 pandemic: Issues, implications and suggestions. *Asian journal of psychiatry*, 51, 102116.
- OPS/OMS (2020). *COVID-19: Intervenciones Recomendadas en Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) durante la Pandemia*.
- Park JS, Lee EH, Park NR, & Choi YH. (2018). Mental Health of Nurses Working at a Government-designated Hospital During a MERS-CoV Outbreak: A Crosssectional Study. *Archives of psychiatric nursing*, 32(1), 2–6.
- Richaud MC, Vargas Rubilar J, Rodriguez Behrends M, Muzio R, Eidman L, Kloos C, Lemos V, Mesurado B & Salas C. (2020). *Grupo de evaluación y seguimiento del personal de salud*. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET); Universidad de Buenos Aires (UBA); Universidad Adventista del Plata (UAP); Universidad Austral (UA); Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES); Hospital de Pediatría SAMIC Prof. Juan P. Garrahan.
- Rossi R, Soggi V, Pacitti F, Di Lorenzo G, Di Marco A, Siracusano A, & Rossi A. (2020). Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA network open*, 3(5), e201018
- Sasangohar F, Jones SL, Masud FN, Vahidy FS & Kash BA (2020). Provider Burnout and Fatigue During the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned From a High Volume Intensive Care Unit. *Anesthesia and analgesia*, 131(1), 106–111.
- Stein, E. (2008). Estrés postraumático: ¿Realidad o mito? *Sinopsis APSA Revista*, año 21 n° 40: 23-26.
- Styra R, Hawryluck L, Robinson S, Kasapinovic S, Fones C, & Gold WL (2008). Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak. *Journal of psychosomatic research*, 64(2), 177–183.
- Su TP, Lien TC, Yang CY, Su YL, Wang JH, Tsai SL, & Yin JC (2007). Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: a prospective and periodic assessment study in Taiwan. *Journal of psychiatric research*, 41(1-2), 119–130.
- Sultana A, Sharma R, Hossain M, Bhattacharya S & Purohit N (2020). Burnout among healthcare providers during COVID-19: Challenges and evidence-based interventions. *Indian Journal of Medical Ethics*, 0 (0).
- Travetto C, Daciuk N, Fernández S, Ortiz P, Mastandueno R, Prats M, Flichtentrei D & Tajer C (2015). Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud [Assaults on professionals in healthcare settings] *Revista Panamericana de Salud Pública* 38(4):307-315.
- Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z, Liu X, Fuller CJ, Susser E, Lu J & Hoven CW (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 54(5), 302–311.
- Wu P, Liu X, Fang Y, Fan B, Fuller CJ, Guan Z, Yao Z, Kong J, Lu J, & Litvak IJ (2008). Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol and alcoholism*, 43(6), 706–712.



# Asertral

SERTRALINA

- ✓ De 1.º elección en depresiones ansiosas, moderadas o severas.
- ✓ Nivel de evidencia A1 en pánico, fobia social y ansiedad generalizada.
- ✓ El antidepresivo de 1.º elección en cardiología.
- ✓ Favorable acción sobre la energía, la motivación y la concentración.
- ✓ Bajo riesgo de interacciones medicamentosas.
- ✓ Indicado en el trastorno disfórico premenstrual.

100%

PAMI  
DESCUENTO

## PLAN VIVIR MEJOR

Los afiliados del PAMI mayores de 60 años y que no estén afiliados a una cobertura médica prepaga acceden al **PLAN VIVIR MEJOR**.

Para acceder a este beneficio, el afiliado no necesita realizar ningún trámite.



### PRESENTACIONES

Asertral 50 mg: comprimidos recubiertos por 30 • Asertral 100 mg: comprimidos recubiertos por 30.

## ¿QUÉ DEBEMOS MONITOREAR CUANDO INDICAMOS LITIO?

### Introducción

La eficacia del litio fue establecida como fármaco antimaníaco en el año 1949, tras la publicación del histórico trabajo del psiquiatra australiano John Cade (Cade, 1949). En el año 1970, la FDA lo aprobó para el tratamiento de la manía aguda en el trastorno bipolar. En el año 1974, recibió la aprobación de la FDA para el tratamiento de la fase de mantenimiento del trastorno bipolar. Se reconoce la eficacia del litio en la disminución del riesgo de suicidio y el efecto neuroprotector.

El litio tiene un índice terapéutico estrecho. Su absorción intestinal es rápida y no se afecta por los alimentos, circula libre, no unido a proteínas plasmáticas, su distribución es amplia en los tejidos, siendo su mayor concentración en cerebro y riñones. No se metaboliza. Por lo tanto su eliminación depende de la función renal. Su concentración plasmática se modifica según el estado de hidratación y la concentración de sodio.

### Para pensar en monitoreo y efectos adversos

#### A quién no dar litio:

Pacientes con insuficiencia renal, con hiponatremia, con deshidratación, con enfermedad cardiovascular clínicamente significativa.

### Rubén Barenbaum

Médico Psiquiatría (UBA).  
Magister en Psiconeurofarmacología (Universidad Favaloro).  
Profesor Adjunto en la Cátedra de Psicofarmacología en la Carrera de Médico Psiquiatra, Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).  
Docente de Psicofarmacología en las Carreras Universitarias de Médico Psiquiatra dictadas en la Clínica Dharma y en la Clínica Las Heras. Supervisor de Farmacoterapia de Residentes de Psiquiatría en el Htales. "E. Tornú", "B. Rivadavia" y "J. M. Ramos Mejía" de la CABA.



### Antes de iniciar tratamiento con litio:

1. Descartar embarazo.
2. Solicitar estudios de función renal (urea, creatinina).
3. Solicitar TSH, y Natremia.
4. Realizar ECG en pacientes con FRC o mayores de 40 o 50 años según el caso.
5. Pesar al paciente (IMC).
6. Interrogar sobre el consumo de probables fármacos con interacciones: Tiazidas, Aines, IECA, antibióticos (metronidazol, tetraciclinas), diuréticos de asa.

Antes de indicar litio y durante el tratamiento, es necesario obtener pruebas de laboratorio porque puede afectar a varios sistemas de órganos.

### Antes y durante el tratamiento con litio debemos monitorear:

- **Hemograma, recuento de glóbulos blancos.** El litio puede provocar leucocitosis benigna que revierte con la suspensión del tratamiento. Rara vez supera los 15.000/mm<sup>3</sup>. Es importante tenerlo en cuenta para evitar estudios innecesarios (Jufe, 2017).
- **Glucemia en ayunas** (Procyshyn et al., 2013).
- **Descartar embarazo en mujeres en edad fértil** (Procyshyn et al., 2013).
- **ECG:** la toxicidad cardíaca es rara. Las alteraciones más frecuentes son trastornos de la repolarización (aplanamiento de la onda T), disfunción del nodo sinusal, y síndrome de Brugada. Más en pacientes mayores de 40 años o con antecedentes de trastornos cardíacos o con factores de riesgo para enfermedad coronaria, como diabetes mellitus, hipertensión, dislipidemia y tabaquismo (Jufe, 2017; Procyshyn et al., 2013; Uptodate, 2021). El aplanamiento y la inversión de la onda T en pacientes tratados con litio habitualmente es benigna, pero hay que descartar otras causas como la hipokalemia. La cardiotoxicidad por litio es más frecuente en personas sometidas a dieta hiposódica, que toman diuréticos o inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. El ECG se solicita antes de iniciar el tratamiento (basal) o ante sospecha de intoxicación. Si no hay sospecha de intoxicación se solicita ECG cada 5 años (Jufe, 2017).

Durante el tratamiento en curso, además de controlar los niveles de litio, se debe controlar la función renal, tiroidea y paratiroidea de la siguiente manera:

- **Función renal** (creatininemia, uremia) cada dos o tres meses durante los primeros seis meses de tratamiento (Uptodate, 2021) y, a partir de entonces, cada 6 a 12 meses (Jefferson, 2010; Jufe, 2017; Kamali et al., 2017). Si no hay sospecha de enfermedad renal no es necesario solicitar Clearance de creatinina (Jufe, 2017).
- **Litemia:** El tratamiento con litio no debe guiarse por la dosis administrada sino por el nivel plas-

mático. En cuanto a las litemias eficaces, para la manía aguda se proponen valores de entre 1 y 1,2 mEq/l (Jufe, 2017).

Para reducir el riesgo de daño renal en el tratamiento a largo plazo se propone mantener litemias entre 0,4 – 0,8 mEq/l, promedio 0,6 mEq/l y dosis única nocturna (Mazaira, 2018).

**No se mide litemia antes de comenzar el tratamiento con litio.** Cuando comienza el tratamiento, luego de 5 T<sub>1/2</sub> (5 a 7 días en un adulto joven), se realiza la primera litemia. Luego de cada modificación de dosis deberá efectuarse un nuevo dosaje, dejando transcurrir siempre un intervalo de 5 T<sub>1/2</sub> con una dosis estable antes de realizarlo. Junto con cada litemia se puede medir la creatininemia. Si se utiliza la administración en una única toma nocturna, es importante recordar que los valores estandarizados para las litemias son para la administración fraccionada, y que la administración en toma única originará resultados entre un 10 y un 20% (quizás hasta un 30%) más altos. Una vez que el paciente se haya estabilizado, se pide litemia cada 3 meses durante los 6 primeros meses, y de ahí en adelante, cada 6 a 12 meses si el cuadro permanece estable y no hay sospechas de toxicidad (Jufe, 2017; Procyshyn et al., 2013).

En ancianos la T<sub>1/2</sub> puede llegar a las 40 horas (en el adulto joven, aproximadamente es de 24 horas).

Las muestras de sangre para la monitorización del litio deben obtenerse 12 horas (con un rango de +/- 30 minutos) después de la dosis de la noche y previamente a la toma siguiente del medicamento (Frings, 1987; Jufe, 2017; Procyshyn et al., 2013).

Es importante advertir al paciente sobre las interacciones del litio. Si la noche anterior tuvo una ingesta con una dieta rica en sodio, la litemia mostrará niveles más bajos. Si el paciente tomó un AINE o un diurético, la litemia reflejará niveles más altos.

### Niveles tóxicos de litemia: más de 1,5 mEq/L

- **Monitoreo tiroideo:** la alteración secundaria más frecuente es el bocio difuso. Hasta un 50% de los pacientes pueden tener hipotiroidismo, que suele ser subclínico. La presencia de hipotiroidismo no debe llevar a la suspensión del litio, sino que se debe tratar el hipotiroidismo.
- **Pruebas de función tiroidea (T<sub>4</sub> y TSH):** basal y una o dos veces durante los primeros seis meses y, posteriormente, cada 6 a 12 meses o con mayor frecuencia en pacientes de mayor riesgo (Jufe, 2017; Kamali et al. 2017; Lazarus, 2009; Procyshyn et al., 2019; Uptodate, 2021). El hipotiroidismo por litio es 5 veces más frecuente en mujeres, sobre todo si son cicloras rápidas, mayores de 40 años y con antecedentes familiares de primer grado de hipotiroidismo (Jufe, 2017).

*Anticuerpos antitiroideos* (antitiroglobulina y antitiroperoxidasa). El litio no induce fenómenos de autoinmunidad tiroidea pero puede exacerbar la autoinmunidad tiroidea preexistente (Jufe, 2017).

El *hipertiroidismo* por litio es menos frecuente que el hipotiroidismo, pero en dos estudios retrospectivos, la frecuencia de hipertiroidismo en pacientes tratados con litio fue dos a tres veces mayor que el hipertiroidismo en la población general (Barclay et al., 1994; Miller y Daniels, 2001).

- *PTH y calcio sérico*: basal y a los 24 meses (Jufe, 2017). El litio puede provocar hiperparatiroidismo con normocalcemia o asociado a hipercalcemia e hipocalciuria (Gregoor y Jong, 2007; Sloand y Shelly, 2006). Suele ser asintomático, y no obliga a modificar el tratamiento con litio. Entre un 10 a un 50% de los pacientes que realizan tratamiento prolongado con litio puede aparecer hiperparatiroidismo con hipercalcemia. La hipercalcemia puede predisponer a litiasis renal, nefrocalcinosis, osteopenia u osteoporosis, hipertensión, alteraciones en la conducción cardiaca y también a síntomas neuropsiquiátricos. La incidencia es mayor en las mujeres y aumenta con la edad (Jufe, 2017).
- *Control de peso y del Índice de Masa Corporal (IMC)*: junto con los controles de laboratorio y litemia. El litio tiene un efecto similar a la insulina que puede provocar una hipoglucemia relativa con aumento de la ingesta y del peso, por lo cual en pacientes diabéticos hay que monitorear la respuesta a la insulina y ajustar la dosis (Jufe, 2017). No es necesario pedir hepatograma ya que el litio no tiene metabolización hepática.

## Conclusiones

El litio es un fármaco con un índice terapéutico estrecho ya que pequeñas modificaciones en la concentración plasmática pueden provocar toxicidad. Requiere control de litemia y monitoreo de otras variables. Han transcurrido más de 70 años desde que se publicaron sus propiedades antimaníacas, y sigue siendo un fármaco de primera línea para el tratamiento de la manía aguda (Jufe y Martino, 2013).

## Referencias bibliográficas

- Barclay, M. L., Brownlie, B. E., Turner, J. G., Wells, J. E. (1994). Lithium associated thyrotoxicosis: a report of 14 cases, with statistical analysis of incidence. *Clin Endocrinol*, 40(6):759-64.
- Cade, J. F. (1949). Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. *Med J Aust*, Sep 3;2(10):349-52.
- Frings, C. S. (1987). Lithium monitoring. *Clin LabMed*, 7(3):545-50.
- Gregoor, P. S., de Jong, G. M. (2007). Lithium hypercalcemia, hyperparathyroidism, and cinacalcet. *Kidney Int*, 71(5):470.
- Jefferson, J. W. (2010). A clinician's guide to monitoring kidney function in lithium-treated patients. *J ClinPsychiatry*, 71(9):1153-7.
- Jufe G. S., Martino, D. J. (2013). Tratamiento Farmacológico del Trastorno Bipolar. En Silvia Wikinski y Gabriela Jufe, *El tratamiento farmacológico en Psiquiatría. Indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional*. Editorial Médica Panamericana, Cap. 9, pp. 227-257.
- Jufe, G. (2017). Litio, Estabilizadores del ánimo. En Jufe G, *Psicofarmacología Práctica*. Cuarta Edición. Polemos, pp. 476-504.
- Kamali, M., et al. (2017). Lithium. En Schatzberg AF, Nemeroff Ch B. *Textbook of Psychopharmacology*, The American Psychiatric Association Publishing. Fifth Edition. Ch. 36, pp. 889-921.
- Lazarus, J. H. (2009). Lithium and thyroid. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 23(6):723-33.
- Mazaira, S. (2018). *Monitoreo clínico y seguimiento de pacientes en tratamiento con litio*. Curso realizado en el XXXIII Congreso de APSA. Mar del Plata.
- Miller, K. K., Daniels, G. H. (2001). Association between lithium use and thyrotoxicosis caused by silent thyroiditis. *Clin Endocrinol*, 55(4):501-8.
- Procyshyn, R. M., et al. (2019). Mood Stabilizers. Lithium. En Procyshyn R. M., Bezchlibnyk-Butler K. Z., Jeffries J. J. *Clinical Handbook of Psychotropic Drugs*, 23rd edition, Hogrefe Publishing, pp. 253-262.
- Sloand, J. A., Shelly, M. A. (2006). Normalization of lithium-induced hypercalcemia and hyperparathyroidism with cinacalcethydrochloride. *Am J Kidney Dis*, 48(5):832.
- Uptodate, 2021. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)



## SIGNOS DE ALARMA EN SALUD MENTAL PARA DEPRESIÓN, ESTRÉS AGUDO, RIESGO SUICIDA Y OTROS (\*)

Algunas de las situaciones que pueden motivar la consulta al profesional especializado

(\*) Adaptado de: *Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP)*. OMS. 2015. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28418/9789275319017\\_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28418/9789275319017_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y), y Linehan MM. *Linehan Risk Assessment & Management Protocol (LRAMP)*. University of Washington Risk Assessment Action Protocol: UWRAMP, University of WA; 2009. Citado en: Francy Cantor-Cruz et al. *Cuidado de la salud mental del personal de salud durante COVID-19: recomendaciones basadas en evidencia y consenso de expertos*. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2021 Mar 14. doi: 10.1016/j.rcp.2021.02.007

### Signos de depresión moderada a grave (presentes por lo menos 2 semanas)

- Decaimiento persistente, no querer levantarse de la cama.
- Desinterés profundo en las actividades o incapacidad para disfrutarlas, especialmente las que antes resultaban agradables o le generaban placer.
- Considerables dificultades para el desempeño cotidiano a causa de los síntomas.
- Desesperanza y pesimismo actual grave.
- Aislamiento voluntario de personas con las que convive (cuando este no se ha indicado por COVID-19 sospechado o diagnosticado).

### Estrés agudo (adaptado) presentes durante al menos 1 semana

- Pesadillas recurrentes o pensamientos intrusivos acompañados de temor intenso o pavor.
- Sensación exagerada de estar en peligro (estado exacerbado de preocupación y de alerta o reacción desproporcionada).
- Considerables dificultades para realizar las actividades cotidianas a causa de los síntomas.

### Signos de riesgo suicida actual

- Actos de autolesión en el momento actual.
- Pensamientos o planes recientes de autolesión en una persona.

### Otros signos de riesgo

- Inicio de consumo de alcohol, cigarrillo o drogas en las últimas semanas.
- Necesidad creciente de consumir alcohol, cigarrillo o drogas para sentirse «tranquilo» o con fuerzas para sobrellevar la vida en la última semana.
- Alta de unidad de salud mental en las últimas 4 semanas.
- Diagnóstico reciente de trastorno mental mayor (esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar).
- Pérdida reciente de un familiar por COVID-19, con antecedente personal de depresión.



# DOS-ENTES





Línea Neuropsiquiátrica  
Roemmers

# MERITAL

## MEMANTINA

- ✓ *Trata la enfermedad de Alzheimer moderada o severa.*
- ✓ *Es un neuroprotector y un antidemencial.*
- ✓ *Combate la demencia vascular y la demencia por cuerpos de Levy.*
- ✓ *A diferencia del donepecilo, no precisa un ECG previo.*
- ✓ *Alternativa terapéutica para tratar la apatía.*

**50%** **PAMI**  
DESCUENTO

### PRESENTACIÓN

**MERITAL 10 mg:** comprimidos recubiertos por 30 y por 60



## MERITAL 20

MEMANTINA



## MERITAL XR

MEMANTINA XR  
DONEPECILO **Plus**



### PRESENTACIONES

**MERITAL 20 mg:** comprimidos recubiertos por 30 • **MERITAL XR Plus 14 mg / 10 mg:** cápsulas por 30  
**MERITAL XR Plus 28 mg / 10 mg:** cápsulas por 30



## LA RESIDENCIA DEL HOSPITAL "DRA. CAROLINA TOBAR GARCÍA"



El 20 de diciembre de 1968, durante la llamada "Semana de la Salud Mental", organizada por las autoridades del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM)<sup>1</sup>, fue inaugurado el Hospital Nacional infanto-juvenil "Dra. Carolina Tobar García".

Esta inauguración se llevó a cabo en un contexto socio-político particular. En el año 1967, el coronel médico Julio Ricardo Estévez<sup>2</sup> quien detentaba el cargo de interventor de la dirección del INSM, había lanzado un nuevo plan de Salud Mental. Transcurría la dictadura del General Juan Carlos Onganía<sup>3</sup>. El objetivo del plan era la descentralización de la atención de los hospitales psiquiátricos, que finalmente no se concretó. Simultáneamente se estimuló el trabajo en Comunidades Terapéuticas en las Colonias del interior del país.

El modelo que pretendía copiar Estévez era el de la psiquiatría comunitaria norteamericana (contemporánea de la política del Sector de Francia, y de la Psiquiatría democrática italiana), y los lineamientos de desinstitutionalización promulgados por la OMS. Estos últimos se fundamentaban en las propuestas que, a partir de la Segunda Guerra Mundial, llevaron adelante Lindemann, en 1944, con su técnica de "intervención en crisis" y Gerald Caplan con su concepto de Psiquiatría preventiva, que fijaron un nuevo criterio, conceptual y práctico, sobre la atención de los problemas de la salud y la enfermedad, que empezaron a pensarse como emergentes de las formas de relación humana promovidas en una sociedad. Por ende, la Salud Mental comenzó a ser concebida como una disciplina del campo socio-político. La década del sesenta llamada "la década de lo psicológico en la Argentina", marcó grandes innovaciones en el área de la Salud Mental: la apertura de los primeros servicios de psicopatología en hospitales generales, el inicio de las primeras residencias nacionales y municipales, fueron innovaciones destinadas a la ruptura de la tradición psiquiátrico-asilar imperante.



Fachada actual del hospital  
"Dra. Carolina Tobar García"

1. En 1957, luego del derrocamiento del gobierno constitucional del Gral. Perón, se promulgó la ley 12.628/57, que creó al Instituto Nacional de Salud Mental (INSM).

2. El Coronel Estévez, reapareció en la escena pública, durante la dictadura del General Videla, y dirigió la represión al personal del Policlínico "Gervasio Posadas" en 1976.

3. El gobierno de Onganía se prolongó hasta 1973, con los sucesivos gobiernos de facto de los generales Marcelo Levingston y Agustín Lanusse, hasta que éste se vio obligado por la presión popular a llamar a elecciones en las que fue elegido Héctor. J. Cámpora como presidente constitucional.

Fue una verdadera paradoja que el “primer intento de reforma democrática en Salud Mental lo lleve a cabo una dictadura militar”, como lo interpretó Emiliano Galende en su libro “Psicoanálisis y Salud mental”, ya que existieron serias contradicciones entre lo que se enunciaba como políticas de salud, y lo que efectivamente se hacía en el plano político a fin de erradicar los factores socio-económicos generadores de enfermedad. El gobierno de Onganía es tristemente recordado por la magnitud de las medidas represivas adoptadas; como fue la nefasta “Noche de los bastones largos” en julio del '66, contra los docentes de la Universidad de Buenos Aires, y la del “Cordobazo” en mayo del 69', entre otras.

La construcción del edificio del hospital “Carolina Tobar García” había empezado alrededor del año 1966, a partir de una estructura de hormigón armado que ya existía y que antes de ser abandonada en la década del '50, había sido proyectada para funcionar como una escuela de enfermería.

Unos meses antes de ser inaugurado, en junio de 1968, se decidió bautizarlo con el nombre de la Dra. Carolina Tobar García quien: “acreditó a través de su actuación en el campo infanto-juvenil de la neuropsiquiatría méritos sobrados para justificar este homenaje” (Resolución Nro. 966/1968 del INSM).

Carolina Tobar García, nació en la pequeña ciudad de Quines, provincia de San Luis, en 1897, y falleció, aquejada de leucemia, en Buenos Aires, en 1962. Ejerció el magisterio y, luego de recibirse de médica, realizó en los EE. UU., entre los años 1931 y 1932, estudios sobre neuropsiquiatría infantil. En 1941 se graduó como Médica Psiquiatra y Médica Legista. Fue la primera mujer que se desempeñó como Médica Forense de Tribunales y, en el año 1949, creó las primeras Escuelas Diferenciales de la Capital Federal. Ejerció la docencia en la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Buenos Aires, fue creadora y jefa del gabinete psicopedagógico del Hogar “Santa Rosa”, dependiente del Patronato Nacional de Menores, y directora del Instituto Neuropsiquiátrico “Cecilia Estrada de Cano”.

Al decir de Juan C. Stagnaro, el objeto de trabajo de toda la vida profesional de la Dra. Tobar García podría resumirse en el objetivo que sustenta su tesis doctoral: *“Que el cuidado de la salud física del escolar es tarea del Estado, como así también su educación intelectual y moral es algo que no necesita demostrarse por cuanto está expresado en la ley de Educación Común, pero que la salud mental merezca iguales consideraciones, es una tesis nueva y un problema médico-político-social que requiere planteo y resolución como tal.”*<sup>4</sup>

Un grupo de jóvenes residentes médicos, que se formarían en el campo de la psiquiatría infantil, llegó al hospital pocos meses después de su inauguración; eran “becarios” de Nación, se ingresaba por antecedentes curriculares y entrevistas con las autoridades de los tres Neuropsiquiátricos de la zona (“B. Moyano”, “J. T. Borda” y “C. Tobar García”). El programa duraba tres años, ingresaban tres residentes por año y un jefe de residentes coordinaba las diversas actividades.

El servicio de Consultorios Externos fue creado con personal del Servicio 32 del hospital “J. T. Borda”, que se especializaba en niños y adolescentes. El Dr. Rodolfo Cerrutti, primer Director del hospital, había sido jefe de Consultorios Externos del Borda.

Al poco tiempo, en los servicios ya existentes: consultorios externos, hospital de día e internación se crearon sectores separados de niños y adolescentes además del jardín de infantes terapéutico. Los servicios auxiliares de Pediatría, Neurología y Laboratorio comenzaron a funcionar recibiendo cada día más pacientes y luego lo hizo el de Odontología. También se organizó rápidamente el área técnica y administrativa.

En un primer tiempo, a fines de 1968, a los médicos residentes se los denominó “becarios” hasta que, al promediar el año siguiente, se consideró al hospital con la importancia necesaria como para tener su residencia. Entraban dos médicos por año hasta que en 1984, se incorporaron psicólogos y otros profesionales. Los primeros residentes médicos trabajaban en todas las áreas y sobre todo en internación, realizando más de una guardia semanal. Luego se concretaría el nombramiento de médicos de planta con la obligación de realizar una guardia, pero esta norma duró poco tiempo, con lo cual se dio oportunidad a los concurrentes de formar parte del plantel de guardia.

Hasta 1974 la dotación para la emergencia era de un médico de planta y un residente, luego se integró un segundo médico y en la actualidad, desde 1993 se incluye al psicólogo en la guardia.

Cuando se inauguró el hospital se hizo un llamamiento para reclutar enfermeros. Casi todos los que se incorporaron provenían del Centro Tisiológico Nacional.

Hacia mediados de 1969 comenzó el funcionamiento de una escuela hospitalaria dependiente del Ministerio de Educación de la Nación, con una directora y dos maestras y el Servicio Social del hospital que creó el “Club de padres”. En la década del '70, el Hospital de día organizó su equipo móvil a domicilio, con médicos y psicólogos, a que se los llamaba líderes de grupo, una suerte de “proto-acompañantes terapéuticos”, rol que surgió oficialmente muchos años después en los equipos de salud mental.

4. Tobar García, Carolina, Tesis de Doctorado, citado por Stagnaro JC en: “Infancia y adaptación, entre la medicina mental y la pedagogía”, Vertex, Rev Arg Psiquiatr, Vol. II (5) Sept. Oct. Nov. 1991, p 223.

En 1974 comenzó a funcionar el Servicio de rehabilitación que se centró en las actividades plásticas y más tarde el Servicio de psiquiatría social.

Los residentes se integraron con entusiasmo al Servicio de internación, que se inauguró en 1969, con un contingente de niños proveniente de la Colonia "Dr. J. M. Montes de Oca", quienes llegaron con sus cabezas rapadas y sus guardapolvos grises, que padecían patologías psiquiátricas crónicas, en su mayoría de origen orgánico.

En el tercer piso del hospital "residían" los profesionales que llegaban desde el interior del país.

Los residentes se autocalificaban como "internados", al igual que sus pacientes, dada la gran cantidad de tiempo que pasaban en el hospital. Y en el imaginario hospitalario eran vistos como "los intelectuales", debido al compromiso con ciertos ideales puestos en práctica en el trabajo cotidiano.

La formación incluía una breve rotación por consultorios externos y, si bien, no se trabajaba en el sector de Hospital de Día, que en aquel momento se denominaba de "Hospitalización parcial", se compartía con éste el trabajo con el "equipo móvil", gracias al cual en una ambulancia con la que se contaba, un equipo multidisciplinario (médicos, psicólogos, asistentes sociales, etc.) visitaban los domicilios de aquellos pacientes que lo requirieran, buscando romper con el aislamiento y el desmantelamiento social, cultural y vincular que padecían las familias con un niño gravemente enfermo en su seno, restableciendo lazos sociales que estaban rotos y, entre otras actividades, estaba la de compartir un día de vida de un paciente con su familia. La formación abarcaba tanto el estudio de la psiquiatría (inspirada en la lectura del tratado de Julián de Ajuirriaguerra, y el texto de Leo Kanner), del psicoanálisis (fundamentalmente Melanie Klein y Maud Mannoni), de la psicología evolutiva (especialmente Jean Piaget), y de las técnicas psicométrica. Las concepciones psicodinámicas tenían predominio, y se introdujeron conceptos de la antipsiquiatría con sus postulados antimanicomiales, considerando a la internación como la última respuesta frente a la imposibilidad absoluta de contener a un paciente en el medio familiar.

Si bien la formación era "autogestiva", no producía desazón frente a la orfandad en la transmisión y el vacío político de un programa de formación que generaciones posteriores han logrado tener, al contrario, esa carencia era vivida como una condición de libertad, como una posibilidad de creación de disposi-

tivos novedosos en el campo de una disciplina joven, la psiquiatría infanto-juvenil, y de patologías cuya descripción era reciente; recuérdese, por ejemplo, que el "autismo infantil" había sido descrito apenas 25 años antes por Leo Kanner.

En ese momento socio-histórico, el campo de la Salud Mental era concebido como la imbricación de múltiples niveles de realidad, y la actividad política ocupaba parte del trabajo hospitalario: una anécdota relata que, en una ocasión en que se suspendió la actividad terapéutica debido a la realización de una asamblea para tratar reclamos laborales, se invitó a los pacientes a participar en la misma.

Muchos de aquellos residentes "becarios" pasaron, terminado su plan de formación, a formar parte del personal permanente del hospital. Las jefaturas de los servicios se elegían por votación de todos aquellos que trabajaban allí, enfermería tenía una participación activa en la elección de la misma, muchos de los primeros egresados de esa primera residencia accedieron a puestos jerárquicos en el hospital, y entre ellos el Dr. Hugo Franano, quien fue electo como jefe del Servicio de Internación. Se organizó en esa época el Hospital de Día, cuyo primer jefe fue el Dr. Juan Carlos Stagnaro y la sub-jefatura de la Dra. Lidia Scaliter, surgieron también de la elección de sus profesionales. Se estaba cumpliendo con uno de los ideales de la formación: la retención en la institución del recurso humano formado en el hospital.

En el año 1976, con el advenimiento del gobierno militar, el hospital sufrió un duro golpe a los ideales de excelencia en la asistencia y en la formación que le dieron origen. Bajo la dirección, primero del capitán de navío neurocirujano Roberto Mario Copes y después, del neurólogo Héctor Bonoli Cipolletti, se cerraron la residencia y la concurrencia, fueron prohibidas las terapias grupales y restringida la actividad comunitaria. La admisión de pacientes tomó un sesgo expulsivo, no se admitieron pacientes con patologías muy severas, ni crónicas. El grupo de autistas, con el que se estaba realizando un programa de largo alcance, fue dado de alta por orden de la Dirección. Se arrasó la tarea asistencial que dio razón de ser a la institución: el trabajo con pacientes graves, agudos, autistas, y algunas de las estrategias terapéuticas centrales como la salida a la comunidad y la constitución de espacios grupales.

La persecución política motivó que primeras figuras que trabajaban en el hospital tuvieran que abandonarlo o fueron dejadas "prescindibles"<sup>5</sup> y se volvió

---

5. Bajo la dictadura permaneció vigente la denominada Ley de Prescindibilidad, que se había promulgado durante los últimos meses del gobierno de Isabel Martínez, por iniciativa de su Ministro de Bienestar Social, el tristemente célebre José López Rega, organizador de un escuadrón de la muerte, la Alianza Anticomunista Argentina (AAA). Dicha ley arbitraria permitía dejar cesantes a los empleados de la administración pública sin causa y sin indemnización por decisión de "la superioridad".

más cruda con la desaparición del Dr. Hugo Franano. Dieciocho años después, a fines de 1993, al cumplirse 25 años de la inauguración del Hospital, y en homenaje póstumo, se bautizó con su nombre al Servicio de Internación del que fue jefe.

En mayo de 1981 se abrió nuevamente la residencia. Ingresaban cuatro médicos por año rindiendo un examen de tipo múltiple opción que se promediaba con el promedio de la carrera y un puntaje obtenido a partir de tres entrevistas, con todo lo cual se establecía un ranking. La residencia duraba cuatro años. Fue el primer año en que el Tobar, junto al resto de los neuropsiquiátricos pertenecientes al ámbito de Nación, realizaba un concurso que era común con los otros hospitales pertenecientes al ámbito de la municipalidad de la ciudad de Buenos Aires.

En el año 1985 se integran los primeros psicólogos a la residencia. Sólo un jefe coordinaba las actividades.

Cuando llegaron los primeros residentes, en mayo del '81, nadie los esperaba. A lo largo de los primeros nueve meses de su contrato rotaron por el Hospital "J. T. Borda" y el hospital "Pedro de Elizalde", y, cuando en febrero del '82, volvieron al Tobar, nada estaba previsto en cuanto al plan de formación; nuevamente fue la autogestión formativa. El hospital estaba encerrado sobre sí mismo. No existía apertura alguna hacia el exterior y los servicios funcionaban sin ningún contacto entre ellos. Toda crítica era considerada como subversiva.

Esta reapertura se lleva a cabo en el contexto histórico de la dictadura militar, de la Guerra de Malvinas y las luchas populares y de los organismos de Derechos Humanos por restablecer el Estado de Derecho. La dictadura se retiraba derrotada. En el hospital los espacios de intercambios teóricos y de ateneos de aquella época son recordados como "explosivos", "fuertes", y algunos de los residentes que se integraron a los mismos fueron vistos como disconformistas "tira-bombas", o el "loco de la guerra", o aquel que estaba más preocupado en buscar a sus familiares desaparecidos que en comprometerse en un plan de formación. ¿Qué lugar le era asignado al residente?

Se comenzaba por trabajar en Consultorios Externos, otro año se rotaba por Hospital de Día y finalmente por el Servicio de Internación. Se realizaban guardias semanales de 24 horas y la inserción del psicólogo en la misma tenía más que ver con la realización de actividades recreativas que con el manejo de la urgencia.

Se buscó superar las dificultades en la integración en los diversos servicios, así como la "marginación" vivenciada, y los vacíos en la transmisión, creando lazos con el afuera, en actividades inter-residencias e invitando a docentes y a otros residentes a participar del debate de material clínico.

A fines de 1983 se dio el retorno de la democracia con las elecciones que dieron como ganador a Raúl Alfonsín.

En 1986, se interrumpió la continuidad de la residencia con sede en el Tobar.

El proyecto de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISAM) surgió durante la gestión del Dr. Vicente Galli, discípulo de Mauricio Goldenberg y Director Nacional de Salud Mental del nuevo gobierno, quien buscó revitalizar las concepciones en Salud Mental de la década de los '60 y '70, revalorizando los valores de prevención y promoción de la salud por sobre los asistenciales. Dado el magro presupuesto con el que contaba se utilizaron las vacantes de los tres neuropsiquiátricos, y se buscó formar al residente en el marco de la APS, jerarquizando el lugar de la interdisciplina, del trabajo en equipo, la búsqueda de la no cronificación de los pacientes psiquiátricos vía una mayor salida a la comunidad y valorizando el rol del enfermero, integrándolo a los equipos de formación.

Fue un proyecto que algunos calificaron de desfasado en cuanto a la realidad social y política del país: el "Estado de Bienestar" ya no existía.

¿El fracaso de ese proyecto es acaso una de las formas en que el contexto se hizo texto?, ¿en qué las políticas a nivel macro se reflejaban en lo micro?

Como toda historia reciente, las opiniones en cuanto a esta experiencia son diversas: mientras algunos vivieron estos cambios como inadecuados e ineficaces porque se buscaba homogeneizar forzosamente diferentes enfoques, simplificando las diferencias entre cada disciplina y se le quitaba al residente un lugar, una institución de pertenencia, lo que hacía que finalmente "no estuvieran en ningún lado", otros la elogian y contabilizan como valiosa en su formación profesional.

Cuando, con el advenimiento del gobierno de Carlos Saúl Menem, el Dr. Angel Fiasché reemplazó en el año 1989 a Galli en la DNSM, decidió que la residencia volviera a su lugar de origen, y los residentes que habían ingresado en el proyecto de la RISAM, tuvieron que completar su plan de formación en otras residencias.

En 1990, con el advenimiento del menemismo, el Tobar pasa a dar sede a "su" grupo de residentes: formado por psiquiatras y psicólogos. Se ingresaba por examen de ingreso y en un inicio sólo un jefe (que podía ser psicólogo o psiquiatra) coordinaba las actividades pero, con el correr de los años, se logró que fueran dos (uno psicólogo y otro psiquiatra). En el año 1991, se integraron al hospital tres residentes de la RISAM que debían concluir su plan de formación. En los primeros tiempos el programa duró tres años, pero, con la transferencia de la órbita nacional a la de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, en el año 1993, se prolongó un año más el plan de residencia.

En primer año los residentes rotaban por Consultorios Externos, en segundo año por el Servicio de Internación y, luego de rotar por fuera del hospital, en el cuarto año se integraban al Servicio de Hospital de Día.

Dos son las dificultades que encontraron: por un lado nuevamente la soledad a la hora de (auto)gestionar su formación debido a que nada estaba previsto para concretarla desde el hospital, al número reducido de residentes y a la búsqueda de espacios diferenciales para psicólogos y psiquiatras; y, por otro, la decepción en la búsqueda de una mayor integración en los diferentes servicios por los que se rotaba.

Sorprendió a muchos, en aquellos primeros años, el “no lugar” del ex-residente en los concursos internos para ocupar cargos en el hospital, dado que la realización de la residencia no otorgaba “puntaje” alguno que habilitara para dichos concursos, y no existía desde lo reglamentado internamente posibilidad de reabsorción de ese recurso formado en el hospital. Esto motivó una fuerte lucha que llegó a recurrir al ámbito judicial y que permitió que algunos ex-residentes entraran a trabajar como personal de planta permanente.

El local reservado a la residencia en una institución donde el lugar escaseaba pasó de ocupar un pasillo con goteras, a un cuarto de mayores dimensiones, que originalmente había sido depósito de insumos de limpieza, lindante con el bar, el patio y los baños de la planta baja.

Si bien el malestar generado por un anhelo de mayor integración en los diversos espacios del hospital persistió, los residentes fueron ganando espacios institucionales en esos años. Espacios cuyo crecimiento se vio coartado no sólo por las políticas de salud que no preveían el futuro en el ámbito público de un recurso humano formado con un alto costo por parte del Estado, sino también por ignorancia de la historia, que condena a repetir los viejos problemas, creyendo que son novedosos, sin rescatar logros y fracasos del pasado que al no ser tenidos en cuenta desperdician la experiencia, en un eterno retorno a las mismas circunstancias.

Luego vinieron otras luchas que obtuvieron cambios institucionales concretados en la reforma del viejo edificio del hospital refuncionalizándolo en muchos aspectos. Cambios de autoridades y cambios en la residencia, que se proyectan en la actualidad.

Entre esas tensiones, en que vibran siempre esperanzas vocacionales y voluntades de trabajo, discurre el trabajo cotidiano, inaugural en el armado de la identidad laboral de los residentes, transitando las exigencias de una clínica compleja, apasionante y comprometida éticamente.

Quizás estas líneas buceando en el pasado, buscando un “¿por qué?” o un “¿cómo?”, contribuyan a la reflexión de los actuales residentes para enfrentar el desafío diario de dar respuesta al “¿hacia dónde?”.



## LA SUBJETIVIDAD COMO TERRENO DE DISPUTA

Vivimos una pandemia inédita. A pesar de grandes epidemias que azotaron a la humanidad en diferentes épocas, los avances tecnológicos, el nivel actual de las interrelaciones entre países y las características de mutación del virus la convierten en inédita. La desigualdad entre los llamados países desarrollados y aquellos dependientes, así como al interior de cada uno de ellos, se ha revelado como el síntoma más evidente y doloroso de la época. Se ha visibilizado no sólo en sus aspectos económicos, sino en las características y formas de afrontar la pandemia, incluidos los aparatos sanitarios y la producción y distribución de vacunas.

En relación a las medidas de aislamiento y a la vacunación, como ocurre siempre, cada sector social construye discursos, a partir de sus propias necesidades, que diagnostican la situación y proponen salidas. Lejos de reducir las diferencias, la crisis del corona virus pone más en evidencia la disputa de los discursos por incidir en las producciones de subjetividad.

La contradicción más aguda se presenta entre aquellos que pretenden naturalizar aún más la desigualdad y la opresión y reforzar los mecanismos de control social, a través del llamado “sentido común” y la inducción o incremento de los fenómenos de alienación social, y los que intentan recuperar el protagonismo social y su potencia emancipadora en tanto acción colectiva. Entre estas dos posiciones hay mediaciones.

Cuando hablamos de producción de subjetividad nos referimos al modo en el cual las sociedades y las culturas (las condiciones materiales de existencia, las relaciones sociales, las prácticas colectivas, los discursos hegemónicos y contra-hegemónicos, el arte, la tecnología, las comunicaciones) inciden activamente en la constitución de sujetos que puedan integrarse a sistemas que les otorgan un lugar garantizándoles pertenencia.

Cada período histórico promueve modelos y contenidos específicos, así como determina el carácter de las instituciones. Por lo tanto la subjetividad, y la denominada subjetividad de época tiene un carácter histórico-social y es una herramienta imprescindible para la implementación del control social. Entendiendo por “control social” al conjunto de

**Diana Kordon**  
**Lucila Edelman**

Equipo Argentino de Trabajo e  
Investigación Psicosocial (EATIP)



prácticas, actitudes, ideas y valores que tenemos que asumir las personas, que ayuden a garantizar el mantenimiento del orden establecido en las sociedades. Dicho de otra manera el orden social tiene su correlato, no lineal, en los modos de subjetividad instituida.

Es frecuente la idea de que el sentido común es una producción espontánea, casi “natural”, de las personas. Más aún, se lo suele asimilar a cierta “sabiduría” dada por la experiencia de vida. Lo que queda oculto es que ese sentido común, anclado en el peso de la tradición, es una construcción ideológica que interiorizamos, promovida por las formas de poder dominante a lo largo del tiempo. Los prejuicios tienen una relación de interioridad con el sentido común. La naturaleza del prejuicio hace que nos acerquemos a cada hecho desde una perspectiva generada previamente y que tiene un fuerte contenido social.

Por ejemplo, esto generó hace años en EEUU un movimiento llamado: *black is beautiful*, (lo negro es hermoso), para contrarrestar la visión “negativa” sobre la población negra. El poder de la alienación era tan fuerte que las niñas negras elegían siempre muñecas blancas.

A partir de la disputa por la subjetividad se entiende la importancia que adquirieron, en el último período, ciertos mecanismos de manejo de la información: sustituir la investigación de los hechos por interpretaciones intencionadas, instalación de falsos debates e intensificación de las noticias falsas (*fake news*), producidas desde algunos medios pero especialmente por las redes sociales. La postverdad, como distorsión deliberada de la realidad apoyada en apelaciones emocionales, prejuicios y creencias, se impone como modelo. Así se alimentan y promueven ideas y conductas. El desarrollo “tecnológico” permitió que la dispersión de las *fake news* y su utilización para fines políticos se agigantara. Un ejemplo contundente es el del porcentaje de la población norteamericana que está convencida de que Trump ganó las elecciones y hubo fraude. Otro, los brasileños, afortunadamente cada vez menos, que acompañan a Bolsonaro en la subestimación del virus y lo consideran “una gripecita”. En nuestro país durante un cierto tiempo, se descalificaba activamente en los medios hegemónicos la efectividad de la vacuna Sputnik. Como parte de las campañas de sectores dominantes del poder, en un culto del individualismo como valor, se sostiene que las medidas de protección como las restricciones a la circulación de personas, constituye un avasallamiento de supuestas libertades individuales, despojando a éstas de su inscripción social. En la promoción de falsos debates, se pretende que la discusión sobre presencialidad en la escolaridad en plena pandemia implica que hay quienes dan importancia a la educación y quienes la subestiman.

Diferentes autores plantean la problemática de la constitución y sostenimiento del sujeto en relación al orden de la cultura a la que pertenece y al poder. Para Bourdieu, las relaciones de poder, son incorporadas y naturalizadas, convirtiéndose así en evidentes e incuestionables, incluso para los sometidos. Coincide con Foucault, en que la relación de poder da siempre la posibilidad de resistencia. El subordinado no puede ser reducido a una total pasividad sino que tiene la opción de buscar otras formas de responder al poder, tanto individuales como colectivas.

Silvia Bleichmar sostiene: “si la producción de subjetividad es un componente fuerte de la socialización, evidentemente ha sido regulada, a lo largo de la historia de la humanidad, por los centros de poder que definen el tipo de individuo necesario para conservar al sistema y conservarse a sí mismo”. A la vez, sostiene: “sin embargo, en sus contradicciones, en sus huecos, en sus filtraciones, anida la posibilidad de nuevas subjetividades. Pero éstas no pueden establecerse sino sobre nuevos modelos, sobre nuevas formas de re-definir la relación del sujeto singular con la sociedad en la que cual se inserta y a la cual quiere de un modo u otro modificar”. En nuestro caso, compartimos esta idea, pero al mismo tiempo, consideramos que los discursos cuestionadores, surgen de las prácticas sociales contestatarias, que como diría Judith Butler, tienen un efecto performativo en la cultura y en la sociedad.

Merece especial importancia en esta temática la cuestión de la alienación. Si bien este concepto tiene una larga historia en el campo de la filosofía, nos interesa retomar las formulaciones de Marx sobre el tema. A su vez, la huella de su pensamiento marca fuertemente las ideas sobre alienación desde el punto de vista psicosocial y psicoanalítico.

El concepto marxista de alienación se refiere a la des apropiación por parte del trabajador del producto de su trabajo, que aparece luego, en la estructura social como mercancía, ajeno e inmanejable para aquel que lo ha creado, quien se convierte, a su vez, en otra mercancía. El carácter misterioso de la forma mercancía estriba, por lo tanto, pura y simplemente, en que proyecta ante los hombres el carácter social del trabajo de éstos como si fuese un carácter material de los propios productos de su trabajo, un don natural social de estos objetos y como si la relación social que media entre los productores y el trabajo colectivo de la sociedad fuese una relación social establecida entre los mismos objetos, al margen de sus productores.

En términos concretos, la explotación de clase y la extracción de plusvalía, quedan ocultas y son naturalizadas a través de mecanismos alienantes. La propiedad privada parece ser también un producto “natural” e inamovible.

Piera Aulagnier retoma el concepto de alienación y lo ubica en el campo del psicoanálisis. Sostiene que la violencia secundaria (a la inversa de la violencia primaria, necesaria para la constitución del psiquismo), obtura la autonomía de pensamiento y la plantea su ejercicio como parte de la problemática de la alienación. La violencia secundaria sería una violencia ejercida contra el yo, ya sea por un conflicto con otro "yo" o con un discurso social que intenta oponerse a toda suerte de cambios que pudieran producirse en los modelos por él previamente instituidos. Implica un estado de total desconocimiento por parte del alienado del accidente sobrevenido a su pensamiento. La alienación presupone, de esta manera, una vivencia no perceptible, y por lo tanto no innombrable, por parte de quien la vive.

Puede darse en el interior de un vínculo intersubjetivo o constituir un aspecto importante de una situación social, marcada desde un sistema de poder, que impide que los sujetos puedan pensar libremente acerca de ese sistema o de la posición del individuo con respecto a ese poder y sus referencias identificatorias.

Hay puentes evidentes entre el concepto de violencia simbólica de Bourdieu y los de violencia secundaria y alienación de Piera Aulagnier. Ambas conceptualizaciones nos ayudan a comprender los mecanismos psicológicos que habilitan la posibilidad de los sectores dominantes para tener eficacia en construir el tipo de sujetos necesarios para garantizar su auto-reproducción.

Coincidiendo en lo fundamental con estas ideas, consideramos que la resistencia y el deseo de promover cambios, sólo adquieren significación social y puede ser eficaz, si las respuestas son con un o unos otros, en prácticas sociales que dan el sustrato para la construcción de nuevos discursos. Los discursos y representaciones sociales no son homogéneos, dado que existen formulaciones producidas desde el poder y desde el orden instituido y diversas otras, de carácter contra-hegemónico, construidas en el marco de las diferentes prácticas sociales.

**Texto completo en:**

<https://hiin.facebook.com/EatipArgentina/posts/4298103470233971>





Línea Neuropsiquiátrica  
Roemmers

# Meridian

ESCITALOPRAM

# Meridian 20

ESCITALOPRAM

- ✓ *Rápido comienzo de acción.*
- ✓ *Nivel de evidencia A1 en ataque de pánico, fobia social, TAG y TOC.*
- ✓ *Facilidad posológica: puede ingerirse con o sin alimentos en una única dosis diaria.*
- ✓ *En depresión moderada o severa. Dosis máxima recomendada 20 mg.*
- ✓ *Mejor funcionamiento cognitivo en pacientes post-ACV.*
- ✓ *Seguridad en pacientes polimedicados.*

**100%** **PAMI**  
DESCUENTO

**PLAN VIVIR MEJOR**

Los afiliados del **PAMI** mayores de 60 años y que no estén afiliados a una cobertura médica prepaga acceden al **PLAN VIVIR MEJOR**.



*Para acceder a este beneficio, el afiliado no necesita realizar ningún trámite.*

#### PRESENTACIONES

**Meridian 10 mg:** comprimidos recubiertos por 15 • **Meridian 10 mg:** comprimidos recubiertos por 30.  
**Meridian 20 mg:** comprimidos recubiertos por 15 • **Meridian 20 mg:** comprimidos recubiertos por 30.

