

**Los apoyos a la vivienda tras internaciones psiquiátricas prolongadas: recursos y estrategias en tres experiencias de la provincia de Buenos Aires, Argentina**

**Evaluación de la funcionalidad y el bienestar subjetivo de pacientes bipolares con el Functioning Assessment Short Test (FAST) y el World Health Organisation - Five Well-Being Index (WHO-5)**

**La calidad de la formulación del caso forense en salud mental**

**Uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación y personal de salud en Argentina durante la pandemia por COVID-19**

**Temáticas más frecuentes en los Editoriales de Vertex Revista Argentina de Psiquiatría (1990-2019) analizadas mediante grafos**

**Trastorno por duelo prolongado: un nuevo diagnóstico en el DSM-5TR**

**Mejoramiento del rendimiento cognitivo y plasticidad post lesional durante el tratamiento ambulatorio intensivo por trastorno por uso de sustancias. Reporte de caso**



# REDACCIÓN

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

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

**Directores asociados** **América Latina:** Cora Luguercho.  
**Europa:** Dominique Wintrebert, Martín Reca, Eduardo Mahieu, Federico Ossola.  
**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. Barembli.  
**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), **Eduardo Leiderman** (Universidad de Palermo), **Alexis Mussa** (Consultor independiente), **Esteban Toro Martínez** (Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación), **Fabián Triskier** (PAMI e INECO), **Ernesto Walhberg** (Consultor independiente), **Silvia Wikinski** (CONICET, Universidad de Buenos Aires).

**Comité de redacción** **Secretario:** Martín Nemirovsky.  
Daniel Abadi, Adriana Bulacia, Julián Bustin, José Capece, Pablo Coronel, Sebastián Cukier, Irene Elenitza, Laura Fainstein, Aníbal Goldchluk, Sergio Halsband, Luis Herbst, Edith Labos, Elena Levy Yeyati, Silvina Mazaira, Mariana Moreno, Mariano Motuca, Nicolás Oliva, Federico Pavlovsky, Ramiro Pérez Martín, Eduardo Ruffa, Diana Zalzman, 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.

Vertex Revista Argentina de Psiquiatría es una publicación de periodicidad trimestral (enero-marzo/abril-junio/julio-septiembre y octubre-diciembre). Reg. Nacional de la Propiedad Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 2718-904X (versión en línea). Hecho el depósito que marca la ley. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría. (2022). 33(156): 5-74. Todos los derechos reservados. © Copyright by Vertex. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación 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 - edicion@polemos.com.ar

**Diseño y diagramación** D.I. Pilar Diez - mdpdiez@gmail.com - [www.mdpdiez.wixsite.com/pdestudio.com](http://www.mdpdiez.wixsite.com/pdestudio.com)

Imágen de tapa: Detalle de un tronco marrón - [www.freepik.es](http://www.freepik.es)



---

## EDITORIAL

Vivimos un momento histórico en el que se están rediseñando tumultuosamente el mundo, las relaciones entre las personas, sus representaciones políticas, su forma de producción y las de la humanidad con su entorno ecológico.

Mientras se tramitan esos conflictivos temas en los países y regiones que acumulan mayor poder científico-tecnológico, militar y económico, en nuestro espacio doméstico estallan las costuras de los paradigmas conocidos, la política se debate en un entrevero sinfín y sus líderes juegan a las escondidas en su laberinto, aquí y en todos lados, zamarreados por los poderes fácticos, mandatados a ordenar el descalabro que esos mismos poderes generan cotidianamente por medio de una inútil y desvergonzada acumulación de desigualdades nunca vista, entre los que tiene de sobra y los que no tiene ni lo esencial.

Pero, zapatero a tus zapatos... Dos preguntas, entre muchísimas otras, surgen en ese contexto: ¿qué entenderemos por locura? y ¿qué será la psiquiatría futura?, es decir, cuál será su especificidad, cómo definir contemporáneamente su objeto, entendiendo por ello cuál será su teoría del enfermar psíquico y la manera de acoger en la sociedad a quienes lo sufran. Mientras esos interrogantes mayores dominan la escena, en nuestro país nos debatimos en la discusión chiquita en torno a nimiedades que serían risibles si no tuvieran como consecuencia el abandono sistemático de las grandes mayorías de la población en lo que concierne a su salud y, particularmente, a su salud mental.

Se ha dicho que la psiquiatría es la más humanística de las especialidades médicas y la más médica de las disciplinas humanísticas. Un aserto que sigue siendo válido, aun en crisis epocal como la que atraviesa nuestra cultura a nivel planetario. Re-filosofizar la psiquiatría, como ha propuesto en las páginas de Vertex Norberto Conti, parece ser un consejo saludable para aggiornar nuestra especialidad, hoy sumida en tentaciones reduccionistas radicales que la tironean hacia una pura materialidad biológica o hacia una indeterminada dimensión sociológica, intentando matematizarla hasta la náusea o agotándola en un platonismo inoperante.

Vale la pena, para abonar la reflexión necesaria ante todo lo enunciado, leer un libro de Santiago Levín, de reciente aparición, del cual recortamos un pequeño pasaje de los muchos que nos permiten “Volver a pensarnos” como propone el autor en el título de su soberbio texto: “La locura existe desde siempre y existirá probablemente y bajo diversas formas, siempre que haya humanos [...] Los cuadros psiquiátricos graves existen. El hecho de que su concepción, su existencia, dependa de construcciones culturales no los hace menos reales. El hecho de que con el tiempo cambiarán, tendrán nuevos nombres, y nuevas teorías que los sustenten no les quita existencia hoy. Y allí es donde entra la psiquiatría como disciplina humana





---

## EDITORIAL

y humanística, con un pie en la ciencia y otro en la artesanía, con una escucha atenta —la palabra es nuestro rasgo humano por excelencia y lleva consigo significados y resonancias que precisan ser escuchados y decodificados—; resignificados, podemos agregar, en el nuevo mundo que asoma preñado de efectos de arrastre de lo ya pasado y cargado de novedades que todavía no podemos formalizar adecuadamente.

El desafío es, al menos, triple: volver a pensar la psiquiatría desechando de su vieja caja de herramientas lo que ha quedado fuera de uso e incorporando nuevos datos científicos y culturales que definan mejor la locura de nuestro tiempo (en la semiología, la nosografía y la terapéutica), redefiniendo el lugar de la especialidad en el contexto de la Salud Pública y encontrando la manera de que los psiquiatras trabajen dignamente sin someterse a tensiones éticas que los dañan inútilmente y ganando su vida decorosamente.

Es una pretensión tan ambiciosa como necesaria que las páginas de nuestra revista reflejen los debates que se dan y se darán en torno a esos problemas en nuestro universo local, en particular, e hispanohablante, en general.

*Juan Carlos Stagnaro*



# ÍNDICE

## 2 Editorial

### Artículos

5

Los apoyos a la vivienda tras internaciones psiquiátricas prolongadas: recursos y estrategias en tres experiencias de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Mariana Borelli, Elena García, Jorge Moyano, Lucía Saralegui, Liza Murlender, Guadalupe Ares Lavalle, María Marcela Arzuaga, Ana Claudia Oliveira, Marina A. Fernández, Sara Ardila-Gómez*

16

Evaluación de la funcionalidad y el bienestar subjetivo de pacientes bipolares con el Functioning Assessment Short Test (FAST) y el World Health Organisation - Five Well-Being Index (WHO-5). *Enzo Guzzo, Alejo Agranatti, José Smith, Nicolás Larre, Pablo Rozic, Hugo Krupitzki, Eduard Vieta, Gustavo Vázquez, Carlos Vinacour*

25

La calidad de la formulación del caso forense en salud mental. *Jorge O. Folino, Jorge L. Castillo, Lisieux E. De Borba Telles, William A. Jiménez Jiménez, Arturo Klenner, Elizabeth M. León Mayer, Claudio H. Melo Alarcón, Alfonsina G. Muñiz, Juana V. Ochoa Balarezo, Susana M. Oleas Gallo, Maria F. Porteiro, Javier A. Velázquez Zilberberg*

35

Uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación y personal de salud en Argentina durante la pandemia por COVID-19. *Julia Martín, Julieta De Battista*

44

Temáticas más frecuentes en los Editoriales de *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría* (1990-2019) analizadas mediante grafos. *Daniel Matusevich, Patricia Janet Caro, Teresa Claudia Braicovich, Aldo Calzolari*

51

Trastorno por duelo prolongado: un nuevo diagnóstico en el DSM-5TR. *Elena Levy Yeyati*

56

Mejoramiento del rendimiento cognitivo y plasticidad post lesional durante el tratamiento ambulatorio intensivo por trastorno por uso de sustancias. Reporte de caso. *Ana Karina Hurtado, Gustavo Irazoqui, Luciana García, Rafael Groisman, Federico Pavlovsky*

64

### El rescate y la memoria

Estructura psicótica. Perversión y psicosis, Narcisismo, Bisexualidad, Desdoblamiento. *Eduardo Luis Mahieu*

73

### Lecturas

La piedra de la locura, Benjamín Labatut. *Daniel Matusevich*



## Los apoyos a la vivienda tras internaciones psiquiátricas prolongadas: recursos y estrategias en tres experiencias de la provincia de Buenos Aires, Argentina

*Housing support after long-term psychiatric hospitalization: Resources and strategies in three experiences in Buenos Aires Province, Argentina*

Mariana Borelli<sup>1</sup>, Elena García<sup>2</sup>, Jorge Moyano<sup>3</sup>, Lucía Saralegui<sup>4</sup>, Liza Murlender<sup>4</sup>, Guadalupe Ares Lavalle<sup>4</sup>, María Marcela Arzuaga<sup>5</sup>, Ana Claudia Oliveira<sup>4</sup>, Marina A. Fernández<sup>4</sup>, Sara Ardila-Gómez<sup>4</sup>

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i156.174>

### Resumen

**Introducción:** La vivienda es una de los principales apoyos para la externación y la vida en comunidad de personas que tuvieron internaciones psiquiátricas prolongadas. En Argentina se han desarrollado desde décadas atrás experiencias en este sentido, aunque poco sistematizadas. El objetivo de este trabajo es describir tres experiencias de apoyo a la vivienda desarrolladas en la Provincia de Buenos Aires, que cuentan con continuidad en el tiempo de más de 20 años. **Materiales y métodos:** Se realizó revisión documental y entrevistas con trabajadores de las tres experiencias, como parte de un proyecto más amplio sobre vida en comunidad y relaciones de vecindad de las personas apoyadas por tales experiencias. El material fue analizado cualitativamente, realizándose una historización de las experiencias e identificando aspectos de su estructura y funcionamiento: financiamiento, recursos técnicos, dispositivos habitacionales empleados y apoyos brindados. **Resultados:** Aunque se observa coincidencia en la mayoría de los apoyos brindados por parte de las tres experiencias, la estructura y funcionamiento es heterogénea. **Discusión y conclusiones:** Pese a que el enfoque de derechos propone la provisión de apoyos flexibles y adecuados a las necesidades de las personas, cabe reflexionar respecto a si la poca sistematización de las experiencias como las presentadas se vincula a una escasa cultura evaluativa, que dificulta aprender del camino ya recorrido por otros.

**Palabras clave:** Vivienda - Integración a la Comunidad - Salud Mental - Psiquiatría Comunitaria - Argentina.

### Abstract

**Introduction:** *Housing is one of the main supports needed to guarantee community life of people who had long-term psychiatric hospitalizations. In Argentina, housing support experiences have been developed for decades, although their systematization is scarce. The objective of this paper is to describe three housing support experiences developed in the province of Buenos Aires, Argentina, which have continuity over time for more than 20 years. Materials and methods:* Document analysis and interviews with workers from the three experiences were carried out, as part of a broader

---

RECIBIDO 18/3/2022 - ACEPTADO 20/4/2022

<sup>1</sup>Programa de Rehabilitación y Externación Asistida, Hospital Interzonal "José A. Estéves", Temperley, Argentina.

<sup>2</sup>Centro de Salud Mental Comunitaria "Dr. Franco Basaglia", Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos "Dr. A. Korn", La Plata, Argentina.

<sup>3</sup>Unidad de diagnóstico y tratamiento Hospital de Día, Servicio Salud Mental, Hospital Interzonal General de Agudos "Dr José Penna", Bahía Blanca, Argentina.

<sup>4</sup>Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

<sup>5</sup>Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina.

### Autora de referencia:

Sara Ardila-Gómez

[saraardi.cursos@gmail.com](mailto:saraardi.cursos@gmail.com)

Lugar de realización del estudio: Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

project on community life and neighborhood relations of people discharged after long-term psychiatric hospitalizations. The material was analyzed qualitatively, using a time dimension and a structure and functioning one which included financing, technical resources, housing devices and support provided. Results: Although the types of support provided are somehow similar between the three experiences, heterogeneity in structure and functioning is observed. Discussion and Conclusions: Despite the fact that the human rights framework proposes the provision of flexible and adequate support according to the needs of people, it is worth reflection on whether the reduced systematization of experiences such as those presented is due to the difficulties of the heterogeneity mentioned, or is due to a scarce evaluation culture that obstacles the learning from those experiences.

**Keywords:** Housing - Community Integration - Mental Health - Community Psychiatry - Argentina.

## Introducción

Las internaciones psiquiátricas prolongadas, entendiéndose por aquellas las que tienen una duración de un año o más, suelen tener asociado como problema, en el momento actual de desarrollo del campo de la salud mental en Argentina y en otras partes del mundo, la insuficiencia de apoyos para la vida en comunidad. Esto significa que personas que ya cumplen con criterios clínicos para el alta, permanecen internadas principalmente porque no tienen un lugar adecuado en el cual vivir (CELS, 2015). Cabe señalar que en Argentina, según datos del Primer Censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental, el 63% de las 12.034 personas internadas en instituciones especializadas en psiquiatría y salud mental, llevaban allí un año o más (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones [DNSMyA], 2019). Cabe agregar que este fenómeno no es privativo de las instituciones neuropsiquiátricas, observándose también en hospitales generales que realizan internaciones por salud mental. Esta problemática, de hecho, fue reconocida por la Ley Nacional de Salud Mental, señalando la responsabilidad estatal para su solución (República Argentina, 2010, 2013).

Los apoyos a la vivienda hacen parte del trípode en el que se asienta la inclusión social de personas con problemáticas severas de salud mental (Saraceno, 1995). Los desarrollos técnicos recientes en la materia se enmarcan en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y en el derecho allí consagrado de vivir en forma independiente e inclusiva en la comunidad (Naciones Unidas, 2017; WHO, 2021a). Desde dicha perspectiva se ha retomado la idea de que la vivienda es un determinante social importante de la salud mental y de la recuperación, e inclusive, basados en el enfoque de *housing first* (primero la vivienda) desarrollado a fines de los años 80 del siglo pasado, plantean que se deben atender prime-

ro necesidades tales como la vivienda que cuestiones vinculadas a un tratamiento de salud mental. Así, el brindar los apoyos necesarios a la vivienda a personas con problemáticas de salud mental resulta ser un factor más protector que otros servicios, en relación, por ejemplo, a la mortalidad temprana (Leff, Chow, Pepin, Conley, Allen, Seaman, 2009). A su vez, la calidad de las condiciones de vivienda contribuye a la percepción de control, elección e independencia de las personas, aspectos fundamentales desde el enfoque de derechos (The Mental Health Foundation, 2016).

Ahora bien, y desde el marco dado por la CDPD y la perspectiva de los sistemas de apoyo, las formas en que se pueden brindar los apoyos a la vivienda son diversas, según las necesidades de las personas, pudiendo variar en el tiempo. Incluyen desde brindar un lugar para vivir hasta apoyar el que se pueda obtener o mantener dicha vivienda, con apoyos que incluyen lo financiero, lo administrativo y lo relacional de una vivienda. Se plantea a su vez que los apoyos a la vivienda deben adherir al principio básico de respetar el derecho de la persona a elegir dónde y con quién vivir (WHO, 2021b).

Dada tal heterogeneidad, se han planteado algunos modelos para clasificar los servicios de apoyo a la vivienda. Por ejemplo, McPherson, Krotofil y Killaspy (2018) proponen una clasificación de cinco tipos de apoyo a la vivienda, basados en cuatro dominios: ubicación del personal de apoyo (en el lugar o fuera del mismo), nivel de apoyo (frecuencia, naturaleza e intensidad del apoyo), énfasis en la salida del dispositivo (si se promueve que las personas se movilicen a otro espacio físico después de lograr algún criterio de mejoría o después de un periodo de tiempo) y ambiente físico (si es vivienda grupal o individual y si es específica de salud mental o no).

De modo general, el Atlas de Salud Mental del año 2020 (WHO, 2021c) señalaba que el número de ser-

vicios residenciales de base comunitaria en la región de las Américas era de 0,2 por 100.000 habitantes y el número de plazas era de 1,1 por 100.000 habitantes. Analizado por niveles de ingreso de los países a nivel global, el grupo de países de ingreso medio-alto, en el que se ubicaba Argentina según la última clasificación del Banco Mundial, era de 0,3 servicios por 100.000 habitantes y 1,7 plazas por 100.000 habitantes.

En Argentina, el decreto reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental señala que son parte de la red de servicios de base comunitaria los dispositivos habitacionales con distinto nivel de apoyo (República Argentina, 2013). A su vez, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones publicó en 2018 una guía de recomendaciones para la conformación y funcionamiento de “dispositivos de inclusión habitacional” (DNSMyA, 2018a).

Respecto al número y tipo de dispositivos de apoyo a la vivienda en el país, la información disponible es escasa y de baja calidad. El primer informe en el cual se puede encontrar algún dato al respecto corresponde al Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental, realizado en 10 provincias en el año 2009 (OMS, 2009), indicándose que había establecimientos residenciales en 7 de las 10 provincias analizadas. Dos años después, en un trabajo realizado por integrantes de la DNSMyA (Di Nella, Sola, Calvillo, Negro, Paz, Venesio, 2011) se indicaba que en mayo de 2010, nueve jurisdicciones contaban con camas en dispositivos comunitarios y en mayo de 2011 éstas se encontraban en 10 jurisdicciones, pasando el número de camas de 460 (1,13 x 100.000 habitantes) a 837 (2,03 x 100.000 habitantes).

En los informes de país del Atlas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud de los años 2014 (WHO, 2015) y 2017 (WHO, 2018), no se reportó información respecto al número de camas en dispositivos residenciales. Posterior a ello, en el año 2018 un documento de trabajo de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) sobre el estado de situación 2015/2016 en el país (DNSMyA, 2018b) indicaba la presencia de este tipo de dispositivos en 15 jurisdicciones del país, dos de ellas siendo parte de las analizadas en el informe de la OMS 2009 en donde no se había reportado ningún dispositivo de este tipo, es decir, pudiendo inferirse un desarrollo en el tiempo transcurrido, o un cambio en la metodología de registro.

Finalmente, en un mapeo que iniciamos los autores de este trabajo en el año 2021, tomando como base el documento citado de la DNSMyA y verificando la

información allí reportada con informantes claves, revisión de páginas del área de salud y salud mental de cada una de las jurisdicciones y buscando notas periodísticas que trataran sobre estos dispositivos, pudimos encontrar información sobre la existencia de dispositivos residenciales en 16 jurisdicciones, siendo de señalar que en dos de las reportadas por el documento de la DNSMyA no encontramos información respaldatoria, y en tres en donde no se indicaban estos dispositivos en el periodo 2015-2016, encontramos información en 2021. Cabe señalar que en algunas de las jurisdicciones que no se contabilizan, existían apoyos a la vivienda de personas con problemas de salud mental, pero no bajo la forma de residencias, hostales, casas de medio camino o viviendas convivenciales, siendo de destacar que en algunos casos se planteaba una visión crítica en algunos informantes clave de tales jurisdicciones respecto a la creación de viviendas bajo la órbita de salud mental (Label, 2003).

Por otro lado, también existen trabajos de caracterización de algunos de los dispositivos de apoyo a la vivienda existentes en el país. Sin pretender cubrir la totalidad de los mismos, que en su mayoría hacen parte de la literatura gris, y excluyendo a los referidos a las experiencias analizadas en este trabajo, podemos mencionar el trabajo de Cólera (2006) sobre el programa “Vuelta a Casa” implementado en el Hospital “Domingo Cabred” de la Provincia de Buenos Aires; el de Cohen y Natella (2013) en donde describen las diferentes estrategias desarrolladas en Río Negro para promover la inclusión habitacional; el de Gallici (2015) sobre una casa de medio camino en Córdoba; el de Aita (2016) sobre residencias compartidas en la ciudad de Santa Fe; el de Tisera y Lohigorry (2018) sobre el programa residencial del Hospital “José T. Borda” de la Ciudad de Buenos Aires; y el de Benedetti, Reali, Ábaca, Ilardo y Domínguez (2019) sobre una casa de medio camino en Paraná, Entre Ríos. A su vez, una investigación realizada por el CELS entre 2013 y 2015, en la cual se entrevistó a 266 personas en proceso de externación y a 58 profesionales de cuatro jurisdicciones del país, indicaba falencias en relación al cumplimiento de estándares vinculados al derecho a la vivienda, siendo de resaltar los referidos a la libre elección de la vivienda y a la seguridad en la tenencia (CELS, 2015).

Como se observa, en términos generales y con contadas excepciones, los trabajos encontrados no suelen comparar diferentes dispositivos de apoyo a la vivienda. Aquí se parte del supuesto de que tal comparación podría contribuir a la reflexión y análisis sobre tales

experiencias y a la construcción de bases más sólidas para el desarrollo de políticas en la materia. A partir de ello, y enmarcado en un estudio más amplio sobre vida en comunidad de personas externadas tras internaciones psiquiátricas prolongadas, en este trabajo presentamos tres experiencias de apoyo a la vida en comunidad en donde específicamente se llevan a cabo acciones de apoyo a la vivienda, desarrolladas desde hace más de 20 años en la Provincia de Buenos Aires.

## Métodos

### Casos analizados

Las tres experiencias seleccionadas corresponden a las vinculadas a la externación de personas con internaciones prolongadas de los hospitales neuropsiquiátricos “Dr. Alejandro Korn” de La Plata, “José A. Estéves” de Lomas de Zamora, y del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. José Penna” de Bahía Blanca. Se reconoce que existen otras experiencias de apoyo a la vivienda en el territorio de la Provincia de Buenos Aires, y se seleccionaron estas tres por contar con accesibilidad a la información sobre las mismas, además de contar con un tiempo de funcionamiento de 20 años o más. A su vez, tales experiencias hacen parte del proyecto de investigación en el que se enmarca este trabajo.

La experiencia de La Plata se vincula al hospital neuropsiquiátrico “Dr. Alejandro Korn”, en el cual se internan varones y mujeres. En 2018 tenía 446 personas internadas, el 91% de ellas con una duración de un año o más (DNSMyA, 2019). Al 30 de junio de 2021, el número de personas internadas en los servicios de larga estadía del hospital era de 282 (Provincia de Buenos Aires, 2021). El servicio de externación está integrado por tres Centros de Salud Mental Comunitaria, ubicados en el casco urbano de la ciudad, que ofrecen atención ambulatoria y acompañamiento de la vida en la comunidad de personas usuarias. En la actualidad, éstas son externadas bajo distintas modalidades: dos casas de convivencia del hospital, vinculadas a dos de los centros de salud mental comunitaria antes mencionados, pensiones (tres de las cuales pertenecen al mismo propietario), casas alquiladas o de sus familias. Todos los dispositivos habitacionales se encuentran en zonas distantes al hospital. Los casos de alquiler de departamentos o casas por parte de las personas usuarias son los más reducidos, dadas las dificultades para cumplir los requisitos que impone el mercado inmobiliario, tales como garantías, recibos de sueldo de empleos formales, montos a abonar para el ingreso, entre otros.

La experiencia de Lomas de Zamora se vincula al Hospital neuropsiquiátrico “José A. Estéves”, con internación sólo de mujeres. A julio de 2018 tenía 558 personas internadas, el 69% de ellas durante un año o más (DNSMyA, 2019). Al 30 de junio de 2021, 446 personas se encontraban internadas en los servicios de larga estadía del hospital (Provincia de Buenos Aires, 2021). Las externaciones a través del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida del hospital (P.R.E.A.) se realizan principalmente con casas de convivencia que se alquilan para tal fin, aunque también se apoya la externación de mujeres que alquilan sus casas o viven con sus familiares. Aproximadamente la mitad de las casas se encuentran en un radio de 20 cuadras alrededor del hospital, siendo el resto distantes al mismo.

La experiencia de Bahía Blanca se vincula predominantemente al Hospital “Penna”, un hospital general interzonal que cuenta con un servicio de salud mental en el que se internan mujeres y varones, en el cual la permanencia de los usuarios internados no supera los 60 días. Actualmente cuenta con 12 plazas para la internación. Las externaciones se realizan en vinculación con una ONG, llamada Saludablemente. Esta ONG alquila cinco casas y su labor es sostenida, con colaboración intermitente de algunos espacios del Servicio de Salud Mental del hospital y en particular desde el Hospital de Día. Las viviendas se encuentran en su mayoría a más de 10 cuadras de distancia del Hospital General de Agudos “Dr. José Penna”.

### Herramientas de producción de datos

Se realizó análisis documental. Para ello se buscaron documentos que describieran cada una de las experiencias. Se recurrió a referentes y trabajadores de las mismas quienes orientaron en la búsqueda de algunos de los documentos, y se revisó la base de datos Lilacs usando como término de búsqueda “externación”. A su vez, se revisaron las publicaciones de los anuarios de Salud Investiga, revistas del área de la Salud Mental y Psiquiatría locales (*Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, Salud Mental y Comunidad y Clepios*), y bibliotecas de universidades con posgrados en áreas afines (Universidad Nacional de Lanús, Universidad de La Plata, Facultades de Ciencias Sociales y de Psicología de la Universidad de Buenos Aires) en el periodo 1997-2021, usando como palabras claves “vivienda”, “salud mental”, “externación”, “habitacional”, “residencia”, “PREA”, “Bahía Blanca”, “La Plata”. También se revisaron notas de diario que hicieran mención a alguna de las experiencias, usando para ello las mimosas pa-

labras clave de la búsqueda en las bibliotecas. En total se encontraron 48 documentos (15 artículos de revistas, 12 documentos institucionales, siete trabajos de jornadas o congresos, nueve artículos periodísticos, cuatro capítulos de libros o libros y una tesis): nueve de la experiencia de La Plata, 11 de la de Bahía Blanca y 28 de la de Lomas de Zamora.

También se realizaron 10 entrevistas entre mayo y junio de 2020 a trabajadores actuales y pasados de las tres experiencias. Las personas entrevistadas trabajaban en tareas de coordinación o de acompañamiento directo a las personas externadas en su vida en comunidad. Los ejes de indagación de la entrevista fueron: historización de la experiencia, población atendida, dispositivos habitacionales empleados, tipos de apoyo vinculados a lo habitacional, estrategias de trabajo y relación con los vecinos.

Las entrevistas y los documentos fueron analizados cualitativamente, siendo las categorías empleadas: historización, financiamiento, recursos técnico/profesionales, dispositivos habitacionales y tipos de apoyo. La categorización del material se realizó de modo independiente por tres investigadores, y después se realizó una triangulación en el análisis. El estudio fue aprobado por el comité de conductas responsables de la facultad de psicología de la Universidad de Buenos Aires.

## Resultados

### Historización de las experiencias

En los documentos y las entrevistas se rastrearon los cambios mencionados a lo largo del tiempo en las experiencias. Los mismos se organizaron tomando como ejes temporales los principales acuerdos en materia de transformación de la atención en salud mental a nivel regional, organizándose de este modo en cuatro momentos. A su vez, se identificaron aspectos normativos y organizacionales a nivel local. Es de señalar que se observó divergencia en datos sobre una misma experiencia, tanto en documentos, como entre documentos y entrevistas.

### Momento 1. Previo a la Declaración de Caracas (década de 1980)

#### La Plata

- 1987. Se Crea la casa de Pre-Alta, con 20 camas para varones (López Santi, 2011).
- 1989. Creación del Servicio de Atención en Crisis (SAC) en el Hospital "A. Korn" (entrevista).

### Momento 2. Declaración de Caracas (1990-2004)

#### La Plata

- 1990. Casa de convivencia dependiente del hospital (López Santi, 2011).
- 1998. Casa de Pre-Alta: 10 plazas. Casa dependiente de Curaduría General de Alienados: 10 plazas (Gargoloff, Melia, Sánchez, 1998).
- 1999. Se crea el Servicio de Externación (entrevista).

#### Bahía Blanca

- 1990s. Más de 80 personas con más de 8 años de internación por salud mental en el hospital (Arzuaga, 2007).
- 1997. Creación Hospital de Día y sistema residencial. Se trasladan los pacientes a otras instituciones sin beneficio terapéutico, es decir, sin modificación de las prácticas (Arzuaga, 2007).
- 1998. Creación Programa Alternativo Externación Asistida, con financiación del hospital general (Arzuaga, 2007).
- 2001. El programa se queda sin financiación. Se cierran los hogares (Entrevista).
- 2002. Creación de la ONG Saludablemente (Entrevista).
- 2004. La ONG consigue subsidio municipal para externar usuarios (Entrevista).

#### Lomas de Zamora

- 1999. Capacitación trabajadores. Conformación de equipos. Habilitación de las primeras casas dos casas con 7 personas (Cáceres, Drueta, Hartfiel, Riva Roure, 2009).
- 2000. Apertura Centro Comunitario Libremente (Cáceres, Drueta, Hartfiel, Riva Roure, 2009).

### Momento 3. Principios de Brasilia (2005-2010)

#### La Plata

- 2007. Traslado del Hospital de Día "Pichon Rivière" a la ciudad de La Plata, sumándose a la casa de Pre Alta como el segundo centro del servicio de externación. Creación Centro de Salud Mental Comunitaria "Dr. Franco Basaglia", siendo el tercer centro del servicio de externación (López Santi, 2011).

#### Bahía Blanca

- 2008. Se produce un recambio de participantes en la ONG. Se suman dos voluntarias que se ponen al frente de ésta (Entrevista).

### **Lomas de Zamora**

- 2009. Se sostiene la externación de 55 personas, que viven en las 13 casas de convivencia o en casas de familiares (Cáceres, Drueta, Hartfiel, Riva Roure, 2009).

### **Momento 4. Consenso de Panamá. Ley Nacional de Salud Mental (2010-2022) (Ley 26657)**

#### **La Plata**

- 2013. Se cierran dos casas de la Casa de Pre-Alta por falta de mantenimiento edilicio.
- 2016. Quedan tres casas convivenciales, una dependiente de cada centro.
- 2017/2019. Se cierra la casa de convivencia del Centro “Franco Basaglia” por problemas de mantenimiento edilicio.
- 2020. Se sostiene la externación de 65 personas, quienes viven en la casa de convivencia que es propiedad del hospital, en casas alquiladas, en viviendas propias o de familiares, pensiones y hogares residenciales.
- 2022. Casa Pre-Alta: 1 casa de convivencia con 4 personas residentes. 17 personas con apoyo habitacional. Centro “Basaglia”: 12 personas con apoyo habitacional. Centro “Pichón Riviere”: 1 casa de convivencia con 3 personas residentes y 18 personas con otros apoyos habitacionales.

#### **Bahía Blanca**

- 2012. La ONG comienza a gestionar casas para que los usuarios puedan ser externados (entrevista)
- 2022 (Febrero). 5 viviendas y 23 personas con apoyo habitacional.

#### **Lomas de Zamora**

- 2017. Se modifica la organización de los dispositivos intrahospitalarios (Riva Roure, Hartfiel, Irachet, Cáceres, 2019).
- 2021(Octubre). 24 casas y 83 mujeres bajo programa.

## **Financiamiento**

Con base en las categorías empleadas para el análisis de costos del modelo comunitario de atención (OPS y DNSMyA, 2019) se observa que en las tres experiencias los recursos humanos son financiados por los hospitales, ya que el personal de apoyo y acompañamiento es contratado desde tales instituciones. Este personal también se encarga de cuestiones vinculadas a la administración de las viviendas, como gestionar

las garantías o el alquiler de éstas. Una excepción a ello se observa en la experiencia de Bahía Blanca, en donde los costos y tareas de administración de lo habitacional son realizados por la ONG Saludablemente.

Respecto a los servicios generales, el costo del alquiler es heterogéneo entre las experiencias y al interior de las experiencias. Por ejemplo, en la experiencia de Lomas de Zamora, el alquiler se subvenciona en su mayoría con un subsidio del ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires, y en otros casos es asumido por las mismas personas usuarias una vez que logran mayor autonomía económica, a partir de acceder a pensiones, jubilaciones o ingresos propios vía alquileres de inmuebles recuperados o actividades laborales. En la experiencia de Bahía Blanca se observa que los alquileres son pagados por la ONG a través de campañas de donación y aportes de socios, y también a través de los ingresos que tengan las personas usuarias (pensiones, jubilaciones, ingresos de otro tipo). Por último, en la experiencia de La Plata, el Servicio de Externación tiene dos casas de convivencia. Una de las viviendas es propiedad del Hospital, mientras que la otra es alquilada con fondos del Hospital. Por otra parte, la mayoría de las personas usuarias, alquilan con ingresos propios (pensiones por discapacidad, jubilaciones, programas de empleo, etc) habitaciones en pensiones o departamentos.

Un punto particular de los alquileres son las garantías. Las experiencias han desarrollado estrategias tales como que el hospital haga las veces de garante, o incluso trabajadores de las experiencias, de modo personal, han servido de garantes. Otro punto problemático, mencionado en aquellas experiencias en donde el alquiler se paga con partidas o subsidios provenientes de la Provincia, es que la demora en los mismos suele repercutir en que los dueños de los inmuebles no quieran a posteriori renovar el contrato, lo cual hace que sea necesario buscar nuevas viviendas cada cierto tiempo.

Además del valor del alquiler, la dimensión de servicios generales contempla los servicios básicos como agua, gas, energía eléctrica, etc. y otro tipo de servicios como mantenimiento o reparación de las viviendas. En la experiencia de Lomas de Zamora estos son pagados con recursos de las personas usuarias. Las tareas de mantenimiento también son pagadas por las personas residentes de las viviendas, aunque también pueden ser desarrolladas por personal de mantenimiento del hospital o, incluso, por personal técnico y profesional de la experiencia. En La Plata, tanto los servicios públicos, como el mantenimiento de las dos casas de convivencia pertenecientes al Servicio

de Externación, los abona el Hospital; mientras que de aquellas viviendas alquiladas por las personas usuarias, son estos últimos quienes asumen dichos gastos. En la experiencia de Bahía Blanca los gastos de servicios públicos, se realizan con dinero aportado por las personas usuarias, que suele provenir principalmente de sus pensiones, a lo que se pueden sumar recursos extras como ayuda económica de familiares o subsidios municipales. Es de señalar que las personas de la ONG apoyan en la organización y redistribución del dinero para el pago de los diversos gastos de las viviendas.

Respecto a la dimensión insumos, que contempla bienes de consumo tales como medicación y alimentos, se observa que en las tres experiencias los psicofármacos requeridos son provistos por los hospitales. En el caso de los alimentos, se observa heterogeneidad: según los recursos económicos de las personas, ellas mismas cubren sus gastos de alimentación, pero en algunos casos la alimentación se provee desde los servicios de salud. Específicamente en la experiencia de La Plata, se puede acceder a los alimentos diariamente, ya que se brinda almuerzo en los centros de salud mental comunitaria, o mediante la provisión de víveres a ser retirados semanalmente. En la experiencia de Lomas de Zamora también se observa la posibilidad de retirar víveres en el hospital hasta tanto la persona obtenga algún ingreso, por ejemplo, mediante una pensión, aunque no es la práctica habitual. En la experiencia de Bahía Blanca los alimentos son pagados desde los recursos económicos a los que acceden las personas usuarias, y las compras se suelen hacer semanalmente en cooperativas, con acompañamiento del personal de la ONG que apoya en la confección de menús o listados de compras, o acompaña directamente los días en que se realizan las compras de víveres.

Finalmente, en lo referido al equipamiento, que incluye bienes de uso requeridos para estar en una vivienda, como el mobiliario o los electrodomésticos, la información relevada indica que no se cuenta con recursos específicos para ello y que en su mayoría provienen de donaciones gestionadas desde las experiencias, equipamiento propio adquirido por las personas usuarias, y en casos excepcionales a través de aplicar a subsidios del Ministerio de Desarrollo Social de Nación. Es de señalar que también de modo excepcional, se han otorgado subsidios para equipamiento desde la Dirección Nacional de Salud Mental, dirigidos de modo amplio a servicios de base comunitaria.

## Recursos técnico/profesionales

Las tres experiencias indican contar con un equipo interdisciplinario encargado del acompañamiento y apoyo a la vida en comunidad. En las tres experiencias se mencionan trabajadores sociales, enfermeros, médicos psiquiatras y psicólogos. Otros trabajadores como terapeutas ocupacionales, abogados, tutores, acompañantes terapéuticos y acompañantes comunitarios también son mencionados como integrantes del equipo, aunque no en la totalidad de las experiencias. Parte del acompañamiento se realiza en territorio, es decir en las viviendas de las personas, según necesidades, y parte en servicios de salud comunitarios y hospitalarios, tales como el Centro Comunitario (Lomas de Zamora), Centro de Salud Mental Comunitario (La Plata) u Hospital de Día (Bahía Blanca). Una diferencia se observa en la experiencia de Bahía Blanca, en donde el acompañamiento más territorial lo realizan personas vinculadas a una ONG, que no se describieron como trabajadores de la salud mental, sino que la identidad predominante para su tarea es de tipo voluntariado.

Ahora bien, cabe señalar que en todas las experiencias se observa que las tareas de los trabajadores está altamente marcada por un compromiso profundo siendo una tarea de militancia por la vida en comunidad de estas personas. Ello hace que se reiteren relatos de situaciones en las cuales las personas trabajan más allá de lo que sería esperable para su rol, siendo incluso descrito en una de las experiencias como una tarea que requiere disponibilidad las 24 horas del día los siete días de la semana, no siendo una mera expresión sino un hecho observable.

## Dispositivos habitacionales

En las tres experiencias se cuenta con viviendas grupales, que se ubican tanto en casas como en departamentos. Adicionalmente, en la experiencia de La Plata, se emplea la modalidad de alquiler en pensiones. Es de señalar que las viviendas grupales son en su totalidad específicas para personas externadas, mientras que la vida en pensiones posibilita cohabitar con personas que no necesariamente tuvieron una internación psiquiátrica prolongada. En uno de los documentos sobre la experiencia de La Plata se señalaba sobre las pensiones: "(...) la población con quien reside el usuario es cambiante y heterogénea. Los usuarios que acceden a las mismas tienen un mayor grado de autovalimiento (...) el pago de este alquiler, el cual puede realizarse con subsidios o pensiones por discapacidad, dejan a los usuarios sin recursos económicos

que les permitan sostener con tranquilidad el resto de sus gastos” (López Santi, 2011, p. 82).

La salida de los dispositivos habitacionales, definido por McPherson, Krotofil y Killaspy (2018) como el énfasis puesto en que las personas se muden a otro espacio físico una vez se observe mejoría en ciertas áreas o después de un periodo establecido, es limitado en las tres experiencias. De todas formas, lo anterior no significa que las experiencias no promuevan el desarrollo de mayores niveles de autonomía en las personas en diferentes áreas, pero el “alta” o la “salida” del dispositivo no parece estar presente como una guía o lineamiento de trabajo en las experiencias.

## Tipos de apoyo

Las experiencias brindan diversos tipos de apoyo a las personas externadas. Éstos fueron agrupados en cuatro categorías: casa, bazar/red social, trabajo y cuidado de la salud integral. Las tres primeras se retomaron de las dimensiones de la rehabilitación propuestas por Saraceno (1995).

### Casa

Dentro de esta categoría se incluyeron los aspectos referidos al desarrollo, por un lado, y la recuperación, por otro, de saberes y prácticas de la vida cotidiana.

### Desarrollo de saberes y prácticas de la vida cotidiana

En las tres experiencias se prestan apoyos relativos a habitar la casa. Es decir, se acompaña el proceso de apropiación de la vivienda, las tareas de mantenimiento, de limpieza, etc. A su vez, en La Plata y Lomas de Zamora también se apoya la organización de la vida cotidiana y el recorrido del barrio.

### Recuperación de saberes y prácticas de la vida cotidiana

En las tres experiencias se prestan apoyos en la alimentación, es decir, se acompaña a las personas usuarias en la planificación de las comidas, la compra de los alimentos y la preparación de los mismos. En algunos casos, como ya se señaló, se otorgan víveres. También se prestan apoyos en relación al manejo del dinero, tales como ir a cobrar la pensión, manejar el cajero automático, recordar el valor del dinero, administrar el dinero, etc.

### Bazar/Red social

Dentro de esta categoría se incluyeron los apoyos vinculados a aprender a vivir con los convivientes y los vínculos con la comunidad.

## Aprender a vivir con los convivientes

Como muchas veces los grupos convivenciales se arman sin que las personas usuarias tengan la posibilidad de elegir con quién vivir, en La Plata y Lomas de Zamora se realiza un trabajo previo a la convivencia. Dicho trabajo, en algunos casos, incluye actividades o salidas grupales. Por otro lado, en las tres experiencias se prestan apoyos relativos a la relación entre los convivientes durante la convivencia, esto no sólo se lleva a cabo en los tratamientos individuales sino que en algunos casos se trabaja en asambleas o encuentros grupales.

## Vínculos con la comunidad

En La Plata se trabaja con referentes vecinales. El equipo del Centro de Salud Mental Comunitaria los identifica, se presenta y se pone a disposición por cualquier cosa que llegue a suceder. A su vez, en Lomas de Zamora y La Plata se trabaja con las personas usuarias sobre la relación con los vecinos, ayudando a las personas usuarias a resolver algunas dificultades que se puedan presentar. En las tres experiencias se enlaza con otras instituciones de la comunidad, lo cual implica el acompañamiento no sólo en la identificación de las instituciones sino también en el primer acercamiento y la relación de las personas usuarias con ellas.

## Trabajo

En las tres experiencias se prestan apoyos para conseguir trabajo, por ejemplo, a partir del acompañamiento para la búsqueda laboral y armado del currículum. Es de mencionar que las experiencias de Lomas de Zamora y de La Plata tienen o se vinculan de algún modo con emprendimientos de la economía social, en los que las personas usuarias pueden incluirse. En Lomas de Zamora, los emprendimientos son dos y dependen del Centro Comunitario del programa. Uno nuclea una feria americana (“Bellísimas”) en la que se acondicionan y venden prendas de ropa, y una imprenta “Remade” en la que producen calendarios, cuadernos, agendas, y otros productos gráficos. El segundo emprendimiento, de reciente apertura se dedica a la gastronomía (“Sureñas”) y hace los menús semanales para los trabajadores del programa. Por su parte, en La Plata, los emprendimientos son siete y están ligados a la ONG “Movida de Locos”. Ellos son: “La cuci de Abe”, un emprendimiento gastronómico de panificado; “El Roperero de Franco”, una feria americana; “A todo trapo” un emprendimiento de diseño y decoración textil; “El viverito”, de producción de plantas, macetas y almohadillas; “Lama cerámica” de cerámica utilitaria; “Gladiadores de la Sonrisa”, pro-

ducción radial y “EscoTrap”, emprendimiento de limpieza institucional. Además de estos emprendimientos, se desarrollan otra serie de acciones tendientes a la inclusión laboral, por ejemplo a través del programa Promover del Ministerio de Trabajo de la Nación.

### Salud integral

En las experiencias de Lomas de Zamora y La Plata se trabaja sobre la higiene y la presentación personal. En las tres experiencias se acompaña la relación con servicios de salud y la continuidad de los tratamientos de salud mental.

### Discusión

La comparación entre las tres experiencias analizadas muestra una diversidad de prácticas y recursos que reflejan la importancia de la creatividad y el compromiso de los trabajadores como herramientas para paliar la ausencia de una política habitacional consolidada, siendo de señalar que las tres experiencias presentadas tienen un funcionamiento de más de 20 años, la mitad de los cuales ya se contaba en el país con legislación específica en materia de salud mental. Aún así, cabe remarcar, frente a este panorama, que se tiene conocimiento que como parte de los planes de adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos de la Provincia de Buenos Aires desarrollados a partir de 2020, lo habitacional ha tenido un lugar importante, realizándose diversas acciones a fin de garantizar los apoyos a la vivienda requeridos para la externación de personas de tales instituciones. Así, según datos oficiales, entre julio de 2020 y junio de 2021, hubo un aumento del 69% en el número unidades residenciales para personas externadas (de 76 a 129 en el periodo), y un aumento del 44% en el número de personas externadas recibiendo apoyos habitacionales (de 212 a 306 en el periodo) (Provincia de Buenos Aires, 2021).

Ahora bien, cabe reflexionar, a partir del análisis realizado, que los apoyos habitacionales sean ejecutados principalmente desde el sector salud, y específicamente del sub-sector salud mental, y de modo mucho más específico, vinculados a los hospitales neuropsiquiátricos. En este sentido, y pese a que requiere de un análisis mucho más profundo que excede lo que fue posible de relevar en este trabajo, es interesante, o al menos llamativo, que sea la experiencia derivada de un hospital general la que logró que algunos de los recursos para el apoyo y de las actividades de apoyo sean realizadas por actores no pertenecientes al sector sanitario. Es de señalar que un punto de tensión constante, al estar tales apoyos -y viviendas- dependientes

del sector salud, es el que se produce entre la casa y el servicio. Es decir, si las personas que son apoyadas logran acceder a una casa, en el sentido simbólico del término, o viven en un servicio sanitario, también en el sentido simbólico del término.

En lo que respecta al financiamiento de los apoyos a la vivienda, pese a la heterogeneidad de recursos que se mencionan para hacer frente a todos los costos que implica el funcionamiento de estos dispositivos, un criterio que se podría establecer también a posteriori, para evaluar la evolución de tales dispositivos, es su descentralización financiera de los hospitales, tarea para nada sencilla, pero que constituye un indicador que debe entrar en el análisis de la reforma y la transformación del modelo de atención en salud mental. A su vez, y retomando lo planteado en el estudio del CELS (2015), es necesario considerar si los ingresos que perciben las personas que reciben apoyos a la vivienda les permiten cubrir sus gastos. Según dicho estudio, el 41,5% de las personas entrevistadas en la Provincia de Buenos Aires respondió que no les era posible cubrir los gastos necesarios. Como bien se sabe, el régimen de tenencia es determinante para la estructura de gastos de los hogares y de las personas, siendo de señalar que a nivel nacional, según la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2017-2018 (INDEC, 2019) los hogares inquilinos destinan el 28,3% del total del gasto de consumo en el rubro vinculado a la vivienda (alquiler de la vivienda, su mantenimiento y reparación; suministro de agua y gastos comunes, electricidad, gas y otros combustibles para utilizar en el hogar), mientras que en los hogares propietarios el porcentaje de gasto en este rubro es del 10,7%. La discusión desde luego, se complejiza, si la tenencia de la vivienda es de las instituciones hospitalarias, así ello implique reducir los gastos de las personas en relación al rubro “vivienda”.

Por otro lado, el análisis de las experiencias permitió observar diferentes dispositivos habitacionales, así como distinta localización de éstos. Es claro que más allá de lo deseable está lo posible, en relación a cómo y dónde se ubican y se conforman estos dispositivos: dentro, cerca o lejos de los hospitales; como dispositivos en donde residen únicamente personas externadas o también otro tipo de residentes. De todas formas, lo deseable -que incluye dimensiones políticas, éticas y técnicas- debe permanecer como la meta a alcanzar, a partir del análisis y la valoración de las implicancias de optar por una u otra alternativa como meta. Es decir, puede que en momentos iniciales de los procesos de reforma, la opción viable sea que un porcentaje consi-

derable o incluso la mayoría de las viviendas sean específicas de salud mental y que queden cerca de los hospitales, pero si ello no se modifica en el tiempo, empieza a ser una señal de alarma a la cual atender.

También, y desde una perspectiva de evaluación con eje en lo temporal, está el hecho del énfasis en la salida o no de las personas de los dispositivos habitacionales, si ello se entiende como mayores márgenes de autonomía y descentramiento de los apoyos habitacionales del sector salud. ¿Es posible establecer la idea de “alta” en estos dispositivos? ¿Cuáles serían sus indicadores? ¿Qué pasa cuando esta población de personas envejece y puede llegar a requerir nuevamente de más apoyos? ¿Quién debe brindar cuál tipo de apoyo?

Sin duda, la caracterización y análisis de los apoyos habitacionales en el país es una tarea urgente en la que se requiere seguir profundizando, a fin de poder evaluar los avances efectivos en el desarrollo de una red de servicios con base en la comunidad. Sin información clara y sistemática, nuestras discusiones seguirán siendo, únicamente, ideológicas.

**Conflictos de intereses:** los autores declaran no tener conflictos de intereses. El presente trabajo recibió financiamiento de la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica. Proyecto PICT 2017-2230.

## Referencias bibliográficas

- Aita, M. (2016). *Continuidades y rupturas del modelo manicomial en el dispositivo alternativo de residencias compartidas de la Ciudad de Santa Fe. Argentina* (2014-2015). [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Entre Ríos].
- Arzuaga, M. M. (2007). *La desinstitucionalización como alternativa de rehabilitación en un servicio de salud mental en un hospital público de la ciudad de Bahía Blanca. Una mirada desde el trabajo social*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Mar del Plata].
- Benedetti, L. M., Reali, S., Ábaca, C., Ilardo, A., Domínguez, M. P. (2019). Habitar nuevos espacios: La Experiencia de la Casa de Medio Camino, Hospital Escuela de Salud Mental, Paraná, Entre Ríos. (pp. 81-86). En Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (ed). *Haceres Colectivos: Investigaciones y experiencias en salud mental y adicciones en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación*.
- Buenos Aires (Provincia). Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud Pública. (2021). *Monitoreo de los procesos de atención y adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la Provincia de Buenos Aires. Informe año 2021*. [https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/01/Libre\\_Manicomio\\_Informe\\_Anual\\_2021.pdf](https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/01/Libre_Manicomio_Informe_Anual_2021.pdf)
- Cáceres, C., Druetta, I., Hartfiel, M., Riva Roure, M.R. (2009). El PREA, una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat*, 20(86), 299-307.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (2015). *Cruzar el muro. Desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. Centro de Estudios Legales y Sociales. <http://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/>
- Cohen, H., Natella, G. (2013). *La desmanicomialización. Crónica de la forma de salud mental en Río Negro*. Lugar Editorial.
- Cólera, S. (2006). *Evaluación del programa “Vuelta a Casa” como dispositivo para la desinstitucionalización de personas con padecimiento psíquico. Análisis a partir del proceso de reforma del Hospital Cabred (2005-2008)*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Lanús].
- Di Nella, Y., Sola, M., Calvillo, L., Negro, L., Paz, A., Venesio, S. (2011). Las camas del sector público destinadas a salud mental como indicador del proceso de cambio hacia el nuevo paradigma, mayo 2010 - mayo 2011. *Revista Argentina De Salud Pública*, 2(8), 43-46. Recuperado a partir de <https://rasp.msar.gov.ar/index.php/rasp/article/view/384>
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018a). *Dispositivos de inclusión habitacional. Recomendaciones para la red integrada de salud mental con base en la comunidad*. <http://iah.salud.gov.ar/doc/Documento220.pdf>
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018b). *Estado de situación 2015/2016*.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019). *Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental*. <https://banco.salud.gov.ar/sites/default/files/2020-01/primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental-2019.pdf>
- Gallici, M. C. (2015). *Casa de Medio Camino de Mujeres: ¿Iniciativa Innovadora en el abordaje de las problemáticas de salud mental?*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Córdoba].
- Gargoloff P, Meliá E., Sanchez C. (1998). La Rehabilitación psicosocial en el Hospital Neuropsiquiátrico “Dr. Alejandro Korn” de Melchor Romero, La Plata, Argentina. *Arch Peruanos Psiquiat y Salud Mental*, (2)1:25- 32.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos - I.N.D.E.C (2019). *Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2017-2018: resultados preliminares / 1a ed.* [https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/engho\\_2017\\_2018\\_resultados\\_preliminares.pdf](https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/engho_2017_2018_resultados_preliminares.pdf)
- Label, H.P. (2003). El hospital psiquiátrico de San Luis. Una experiencia de transformación institucional dirigida por el Dr. Jorge Luis Pellegrini. *Perspectivas Sistémicas*, 76.
- Leff, H.S., Chow, C.M., Pepin, R., Conley, J., Allen, E., Seaman, C.A. (2009). Does one size fit all? What we can and can't learn from a meta-analysis of housing models for persons with mental illness. *Psychiatr Serv*, 60:473-82. doi: 10.1176/appi.ps.60.4.473.
- Ley 26657. (2010, 2 de diciembre). Congreso de la Nación Argentina. Boletín Oficial 32041. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=175977>
- López Santi M.C. (2011). Del hospital psiquiátrico a la atención en salud mental comunitaria. *Salud Mental y Comunidad*, 1, 77-84.
- McPherson, P., Krotofil, J., Killaspay, H. (2018). What works? Toward a new classification system for mental health supported accommodation services: The simple taxonomy for supported accommodation (STAX-SA). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph15020190>
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Sistema de Salud Mental en 10 Provincias Argentinas: Catamarca, Chubut, Corrientes, Jujuy, Mendoza, Río Negro, Salta, San Juan, Tierra del Fuego, Tucumán. Resultados de la evaluación realizada mediante el Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental. Año 2009*. [https://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/argentina\\_who\\_aims\\_report\\_spanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/argentina_who_aims_report_spanish.pdf?ua=1)
- Organización Panamericana de la Salud, Dirección de Salud Mental y Adicciones y Dirección de Economía de la Salud (2019). *Estudio de costos para el abordaje del padecimiento mental en el marco del modelo de atención dispuesto por la Ley 26.657 en Argentina*.
- República Argentina. Decreto 603 de 2013. (2013, 28 de mayo). Poder Ejecutivo de la Nación. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/ancxos/215000-219999/215485/norma.htm>
- Riva Roure, M.R., Hartfiel, M.I., Irachet, V., Cáceres, M.C. (2019). Logros y obstáculos en 20 años de trabajo del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida del Hospital José A. Estéves. En Ministerio de Salud y Desarrollo Social (Ed) *Haceres colectivos: Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina* (71-80).

- Saraceno, B. (1995). *La liberación de los pacientes psiquiátricos: De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. Editorial Pax.
- The Mental Health Foundation (2016) *Mental Health and Housing*. Policy Paper. [https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/Mental\\_Health\\_and\\_Housing\\_report\\_2016\\_1.pdf](https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/Mental_Health_and_Housing_report_2016_1.pdf)
- Tisera, A., Lohigorry, J. (2018). Prácticas inclusivas socio-habitacionales. Programa Residencial en Salud Mental, Hospital José T. Borda. En Tisera, A. et al. (Eds) *Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental* (pp. 61-72). Teseo.
- World Health Organization (2015). *Mental Health Atlas 2014*. Country Profile. Argentina. <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-2014-country-profile-argentina>
- World Health Organization (2018). *Mental Health Atlas 2017*. Country Profile. Argentina. <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-2017-country-profile-argentina>
- World Health Organization (2021a). *Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
- World Health Organization (2021b). *Supported living services for mental health: promoting person-centred and rights-based approaches*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025820>
- World Health Organization (2021c). *Mental health atlas 2020*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240036703>

## Evaluación de la funcionalidad y el bienestar subjetivo de pacientes bipolares con el Functioning Assessment Short Test (FAST) y el World Health Organisation - Five Well-Being Index (WHO-5)

*Evaluation of the functionality and subjective well-being of bipolar patients with the Functioning Assessment Short Test (FAST) and the World Health Organisation - Five Well-Being Index (WHO-5)*

Enzo Guzzo<sup>1</sup>, Alejo Agranatti<sup>1</sup>, José Smith<sup>1</sup>, Nicolás Larre<sup>1</sup>, Pablo Rozic<sup>1</sup>, Hugo Krupitzki<sup>2</sup>, Eduard Vieta<sup>3</sup>, Gustavo Vázquez<sup>4,5,6</sup>, Carlos Vinacour<sup>7</sup>

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i156.175>

### Resumen

**Introducción:** Los Trastornos Bipolares (TB) son un grupo de trastornos del estado de ánimo caracterizados por episodios maníacos o hipomaniacos recurrentes, alternados con episodios depresivos. Su prevalencia es cercana al 4% y son fuente de discapacidad. Existen opciones terapéuticas eficaces para los episodios agudos, pero el objetivo último es lograr recuperación funcional y un adecuado bienestar. **Material y métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal, que comparó funcionamiento psicosocial Escala de Evaluación Funcional y el Índice de bienestar subjetivo en una muestra de pacientes con TB, estabilizados, en tratamiento ambulatorio en el Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC) y la Fundación Bipolares de Argentina (FUBIPA), contra un grupo control. **Resultados:** Se incluyeron 154 sujetos, 102 pacientes con TB y 52 controles. La media de la Escala de Evaluación Funcional para pacientes y controles fue 20,71 y 9.73, respectivamente ( $P=0.0000$ ). La media del Índice de bienestar subjetivo para pacientes fue 59.11 y 69.76 para los controles ( $P=0.0011$ ). Más del 70% de los pacientes presentó alteración funcional ( $FAST \geq 12$ ), y casi 35% presentó inadecuado bienestar subjetivo ( $WHO-5 \leq 52$ ). Los síntomas depresivos condicionaron peores puntajes en ambas escalas. Los puntajes de la Escala de Evaluación Funcional fueron mejores entre quienes realizaban grupos de ayuda mutua ( $P=0.026$ ). Mientras que los pacientes que realizaban psicoeducación y los que recibían fármacos anticonvulsivantes, presentaron mejores puntajes del Índice de bienestar subjetivo ( $P=0.028$  y  $P=0.048$  respectivamente). **Conclusiones:** Los pacientes con TB presentan alteraciones en su funcionalidad y bienestar a pesar de estar estabilizados. Existe una relación directa entre ambas condiciones. La presencia de síntomas depresivos condicionó peores puntajes en las escalas.

**Palabras clave:** Trastorno bipolar - Discapacidad - Funcionamiento - Bienestar subjetivo.

### Abstract

**Introduction:** Bipolar Disorders (BD) are a mood disorders group characterized by recurrent manic or hypomanic episodes, alternating with depressive episodes. Its prevalence is 4%, and several studies have shown that they generate

RECIBIDO 17/3/2022 - ACEPTADO 22/4/2022

<sup>1</sup>Departamento de Psiquiatría, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

<sup>2</sup>Unidad Académica de Investigación, CEMIC-IUC. Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CEMIC-CONICET), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

<sup>3</sup>Bipolar Unit, Institute of Neuroscience, Hospital Clinic, University of Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM, Barcelona, Cataluña, España.

<sup>4</sup>Departments of Psychiatry and Psychology, Queen's University, Kingston, ON, Canadá.

<sup>5</sup>Departments of Psychiatry, School of Medicine, Queen's University, Kingston, ON, Canadá.

<sup>6</sup>Research Centre for Neurosciences, Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina.

<sup>7</sup>Asociación de Psiquiatras Argentinos. Capítulo de Trastornos del Humor, Argentina.

### Autor de referencia:

Enzo Guzzo

[enzoeduardoguzzo@gmail.com](mailto:enzoeduardoguzzo@gmail.com)

disability. There are effective therapeutic options for acute episodes. However, the ultimate goal is to achieve functional recovery and adequate well-being. **Material and methods:** There was done in Buenos Aires, Argentina a cross-sectional study comparing psychosocial functioning, with the Functioning Assessment Short Test (FAST) and subjective well-being with the Five Well-Being Index (WHO-5), among a sample of stabilized BD patients undergoing treatment at the Center of Medical Education and Clinical Research (Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas) and the Bipolar Foundation (Fundación Bipolares de Argentina), with a control group. **Results:** A total of 102 BD patients and 52 controls were included. The FAST mean for patients and controls was 20.71 and 9.73 respectively ( $P=0.0000$ ). The WHO-5 mean for patients was 59.11 and 69.76 for controls ( $P=0.0011$ ). More than 70% of the patients presented functional alteration ( $FAST \geq 12$ ), and almost 35% presented inadequate subjective well-being ( $WHO-5 \leq 52$ ). Depressive symptoms conditioned worse scores on both scales. FAST scores were better among those who participated in mutual aid groups ( $P=0.026$ ). While patients who underwent psychoeducation and those who received anticonvulsant drugs, presented better WHO-5 scores ( $P = 0.028$  and  $P=0.048$  respectively).

**Conclusions:** Patients with BD showed poor Functionality and poor Well-being despite being stabilized. There is direct relationship between both conditions. Depressive symptoms generated worst scores on the scales.

**Keywords:** Bipolar disorder - Disability - Functioning - Well-being.

## Introducción

Los trastornos bipolares (TB) son un grupo de trastornos del estado de ánimo que incluyen, según el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, 5a edición, al TB I, al TB II y al trastorno ciclotímico. Los TB que no se ajustan a los anteriores se incluyen en la categoría: otro TB y trastorno relacionado (American Psychiatric Association, 2013).

La principal característica que distingue a los TB de otros trastornos afectivos es la presencia de episodios maníacos o hipomaníacos recurrentes, que pueden alternarse o combinarse con episodios depresivos (Carvalho et al., 2020). Los TB se presentan con una prevalencia aproximada al 1% para el TB tipo I, 1,1% para el TB tipo II y 2,4% para el TB no especificado (Merikangas et al., 2007). En Argentina se ha estimado una prevalencia general anual y de por vida de 2% y 3,6% respectivamente (Stagnaro et al., 2018a; Stagnaro et al., 2018b).

Los TB se ubican como la decimoséptima causa de discapacidad entre todas las enfermedades en el mundo (Vigo et al., 2016), y se han asociado a un deterioro significativo en el funcionamiento en el ámbito laboral, familiar y la vida social de los pacientes afectados (Sanchez-Moreno et al., 2009). El mayor deterioro funcional se observa durante los episodios, aunque persiste durante los períodos de remisión (Rosa et al., 2010; Lolich et al., 2015).

Los tratamientos actuales han hecho de la remisión sintomática, un objetivo alcanzable para muchos pacientes con TB. Las diversas Intervenciones terapéuti-

cas han ayudado a que muchos permanezcan estables durante largos períodos de tiempo. Sin embargo, Vieta señala que "...muchos pacientes viven en las cenizas de lo que fue su vida social antes de que todo se hubiera ido con el fuego de la enfermedad" (Vieta & Torrent, 2016).

En la actualidad existen varias opciones diferentes para el abordaje terapéutico de los TB, destinadas al tratamiento de los episodios agudos y/o la prevención de recurrencias (Yatham et al., 2018). Sin embargo, en la práctica clínica, el control de los episodios es sólo uno de los objetivos del tratamiento. El objetivo último y fundamental es lograr la recuperación funcional de los pacientes afectados (Harvey, 2006) y lograr una adecuada calidad de vida (Grunze et al., 2013). Se ha reportado que existe diferencia entre la recuperación sindromática y la recuperación funcional en estudios longitudinales de pacientes en tratamiento. La recuperación funcional es menos frecuente incluso cuando se ha logrado un adecuado control de los episodios (Keck et al., 1998). En un seguimiento de 219 pacientes hospitalizados, con primer episodio afectivo psicótico, se observó que el 97,5% de ellos lograron recuperación sindromática, pero sólo el 37,6% presentaba recuperación funcional 24 meses después de ser externados (Tohen et al., 2000).

Las evaluaciones subjetivas como la calidad de vida, el bienestar o el grado de satisfacción con la vida, han recibido menos atención en el campo de los TB (Bonnín et al., 2012) (Mackala et al., 2014). La definición de calidad de vida no está estandarizada en la bi-

biografía sobre trastornos bipolares y actualmente no existe un consenso definido sobre la misma. Se ha reportado que la definición más utilizada en los estudios ha sido la de la Organización Mundial de la Salud: calidad de vida “Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes” (WHO, 1996). La calidad de vida estaría influenciada tanto por el funcionamiento psicosocial, la experiencia subjetiva del paciente, el estado de salud y el bienestar subjetivo (Morton et al., 2017).

El objetivo primario del presente trabajo fue determinar el funcionamiento psicosocial (a través de la escala FAST) (Rosa et al., 2007) y el bienestar subjetivo (a través de la escala WHO-5) (WHO, 1998) de pacientes bipolares estabilizados (sin sintomatología significativa: depresiva, maníaca o mixta) en la ciudad de Buenos Aires, Argentina. El objetivo secundario fue obtener información referida a las características clínicas y las intervenciones terapéuticas de los TB en la población estudiada y su relación con la funcionalidad y el bienestar subjetivo.

## Material y método

Se realizó un estudio de corte transversal que comparó el nivel de funcionamiento psicosocial y el bienestar subjetivo entre una muestra de pacientes afectados por TB, estabilizados al momento del estudio y un grupo de controles sanos apareados por edad, sexo y nivel educativo. El presente trabajo fue aprobado por el comité de Ética en Investigación de CEMIC. Se requirió la firma del consentimiento informado previo al ingreso al estudio para los participantes

### 1. Participantes

Se seleccionó una muestra de pacientes bipolares, en tratamiento ambulatorio en el departamento de psiquiatría del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC) y en la Fundación Bipolares Argentina (FUBIPA). El reclutamiento se realizó entre enero de 2017 y enero de 2020. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, tener diagnóstico de TB, encontrarse estabilizados, aceptar participar del estudio y firmar el consentimiento informado. El diagnóstico de TB fue realizado por los médicos tratantes y referido por los pacientes. Para determinar la estabilidad de los pacientes se utilizó el Inventario de Síntomas Depresivos (QID-s-16), incluyéndose pacientes que presentaban  $\leq 10$  puntos. Además, se

utilizó la escala de Young para evaluación de la manía, incluyéndose aquellos pacientes que presentaban valores  $\leq 11$  puntos. (Young et al., 1978) (Colom et al., 2002). Para la comparación se incluyó una muestra de controles sanos reclutada por conveniencia, durante el mismo periodo, de acuerdo con su edad, género y años de escolaridad formal.

Se obtuvo los datos sociodemográficos de todos los participantes. Además, fueron interrogados mediante una entrevista semiestructurada que permitió obtener datos clínicos: edad de inicio de los síntomas, edad del diagnóstico, número y tipo de episodios (polaridad de inicio y polaridad de los últimos 3 episodios), diagnóstico (según DSM-5), Índice de masa corporal (IMC), antecedentes de tentativas suicidas y de hospitalizaciones, tratamiento actual: psicosocial y/o farmacológico.

### 2. Instrumentos de evaluación

Para la evaluación de la funcionalidad se utilizó la Prueba de Evaluación Funcional (FAST). La misma es un instrumento administrado por el entrevistador, diseñado para evaluar los principales problemas de funcionamiento experimentados por los pacientes con TB, en 6 dominios: autonomía, funcionamiento laboral, funcionamiento cognitivo, finanzas, relaciones interpersonales y ocio. El enunciado de la misma dice “Indique el grado de dificultad que ha presentado, en las 2 últimas semanas, con relación a las siguientes cuestiones”. Cada pregunta puede ser respondida como ninguna (0), poca (1), bastante (2) o mucha dificultad (3). La puntuación va de 0 a 72. Se considera que un puntaje  $\geq 12$  representa un funcionamiento inadecuado.

Para la evaluación del nivel de bienestar subjetivo se utilizó el cuestionario WHO-5 (Índice de Bienestar), en su versión en Español. (Bonnín et al., 2018). Esta herramienta autoadministrada consta de 5 preguntas que permiten obtener un indicativo de bienestar psicológico subjetivo a partir de interrogar los siguientes dominios: humor, ansiedad, energía, descanso e interés general. El enunciado dice “Indique para cada una de las cinco afirmaciones cual define mejor como se ha sentido usted durante las últimas 2 semanas”. Cada pregunta puede ser respondida como: todo el tiempo (5), la mayor parte del tiempo (4), más de la mitad del tiempo (3), menos de la mitad del tiempo (2), de vez en cuando (1) o nunca (0). La puntuación bruta debe multiplicarse por 4 y así se obtiene un puntaje que va de 0 a 100. Puntuaciones  $\leq 52$  indican bajo nivel de bienestar subjetivo (Topp et al., 2015).

### 3. Análisis

Se presentó una descripción de todas las variables analizadas. Las variables numéricas fueron descriptas mediante: número de datos obtenidos (N), media (X) desvío estándar (DE), y las variables categóricas como número de datos obtenidos (N), frecuencias y porcentajes.

Para comparar variables continuas se utilizó una prueba t y para las categóricas, se utilizó un test de chi cuadrado o de Fisher. Para evaluar la fuerza de la asociación entre variables en estudio y eventos asociados se estimó el Odds Ratio con su correspondiente límite de confianza del 95% (OR). Para determinar asociaciones independientes se realizó una regresión logística.

Se consideraron significativas asociaciones  $p < 0.05$  (Stevens, 1992; Argimon Pallas & Villa, 2013). Todos los análisis estadísticos fueron realizados con el paquete estadístico Stata 14.0

## Resultados

### I. Resultados generales

Un total de 154 sujetos fueron incluidos en el presente estudio. De ellos, 102 fueron pacientes con TB y 52 sujetos controles. No se observaron diferencias significativas en el promedio de edad, nivel de escolaridad y distribución por género entre casos y controles. La media de puntuación de la escala FAST para pacientes y controles fueron 20,71 (DS±13.67) y 9.73 (DS±6.49) respectivamente, diferencia estadísticamente significativa ( $P = 0.0000$ ). La media de puntuación de la escala WHO-5 para pacientes fue 59.11 (DS±21.77) y 69.76 (DS±21.77) para los controles, lo que resultó también una diferencia estadísticamente significativa ( $P = 0.0011$ ). Los datos demográficos se expresan en la *Tabla 1*.

### I. Funcionalidad: FAST

Del total de 102 pacientes con TB evaluados, 27 (26.47%) tuvieron un valor de FAST menor a 11 (sin alteración funcional) los 75 restantes (73.53%) presen-

taron valores  $\geq 12$  (con alteración funcional). Los sujetos que presentaron FAST Normal (27), tuvieron un promedio de valor de WHO-5 de 75.25 (SD±13.72). Mientras que entre los sujetos con FAST patológica (75) el promedio de WHO-5 fue 53.30 (DS±21.25), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.0000$ ). Con relación a las escalas utilizadas: Los sujetos con valores de FAST patológica mostraron una media de QID-s-16 mayor que los pacientes con FAST  $\leq 11$ , siendo la diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0.0001$ ). Los valores en la escala de Young no mostraron diferencias en los puntajes entre ambos grupos de pacientes.

Como ya fuera mencionado, puntajes  $\geq 12$  para la escala FAST se consideraron indicadores de mala funcionalidad. Así pues, se observó que variables como índice de masa corporal, polaridad de inicio, polaridad predominante en los últimos episodios y antecedentes familiares de enfermedades afectivas, no mostraron diferencias en los valores de FAST. Tampoco presentaron diferencias los sujetos que presentaron o no internaciones psiquiátricas. En relación con el inicio de los síntomas afectivos, la edad promedio fue a los 25.19 años; mientras que el diagnóstico de TB ocurrió en promedio a los 38.54 años, con una demora aproximada de 13 años (*Tabla 2*).

Con respecto a los diferentes tratamientos que los pacientes realizaban, ninguna diferencia se observó entre los diversos abordajes farmacológicos: Anticonvulsivantes, litio, antidepresivos, antipsicóticos, benzodiazepinas u otros. Sí se observaron diferencias en relación a los tratamientos psicosociales. Los pacientes que realizaban grupos de ayuda mutua, presentaron mayores probabilidades de tener una FAST normal. OR[LC 95%]=0.36(0.14-0.89) ( $P = 0.026$ ). Además, entre los pacientes que no realizan ningún tratamiento psicosocial, se pudo ver que existe una probabilidad casi 8 veces mayor de presentar FAST patológica. OR[LC 95%]=7.62(1.06-60.33) ( $P = 0.027$ ). Se observaron diferencias numéricas entre los sujetos que presentaron antecedentes de tentativas suicidas y quienes no. Entre

**Tabla 1.** Escalas FAST Y WHO-5, datos sociodemográficos en pacientes con TB y controles

	PACIENTES N=102	CONTROLES N=52	P
Edad años (DS)	51.93 (±15.44)	48.92 (±16.09)	( $p = 0.2617$ )
Nivel educativo años	13.2	13.4	4,5 ( $P = 0.705$ )
Mujeres N (%)	62 (60.78%)	33 (63.46%)	( $P = 0.747$ )
FAST Promedio puntaje (DS) (IC 95%)	20,71 (± 13.67) (18.02-23.40)	9.73 (± 6.49) (7.92-11.53)	( $P = 0.0000$ )
WHO-5 Promedio puntaje (DS) (IC 95%)	59.11 (± 21.77) (54.84-63.39)	69.76 (± 21.77) (66.87-72.66)	( $P = 0.0011$ )

**Tabla 2.** Escala FAST y su relación con las variables estudiadas

Variables	FAST			P
	Normal N=27 ( $\leq 11$ )	Patológica N=75 ( $\geq 12$ )	Total =102	
<b>Edad (X <math>\pm</math>DS)</b>	53.48 ( $\pm 13.92$ )	51.37 ( $\pm 16.01$ )	51.93 ( $\pm 15.44$ )	P=0.545
<b>Edad de inicio de los síntomas afectivos (X <math>\pm</math>DS)</b>	23.77 ( $\pm 11.65$ )	25.70 ( $\pm 11.63$ )	25.19 ( $\pm 11.61$ )	P=0.462
<b>Edad de diagnóstico del trastorno bipolar (X <math>\pm</math>DS)</b>	37.00 ( $\pm 15.15$ )	39.10 ( $\pm 14.86$ )	38.54 ( $\pm 14.90$ )	P=0.531
<b>IMC (X <math>\pm</math>DS)</b>	27.45 ( $\pm 4.29$ )	26.91 ( $\pm 4.24$ )	27.05 ( $\pm 4.24$ )	P=0.287
<b>Mujeres N (%)</b>	15 (55.55)	47 (62.66)	62 (60.78)	P=0.516
<b>Diagnóstico N (%)</b>				
Bipolar I	12 (44.44)	36 (48)	48 (47.05)	Fisher's exact = 0.982
Bipolar II	9 (33.33)	22 (29.33)	31 (30.39)	
Ciclotimia	1 (3.70)	4 (5.33)	5 (4.90)	
Otros	5 (18.51)	13 (17.33)	18 (17.64)	
<b>Polaridad de inicio N (%)</b>				
Depresión	15 (55.55)	44 (58.66)	59 (57.84)	Fisher's exact = 0.443
Manía	6 (22.22)	22 (29.33)	28 (27.45)	
Hipomanía	1 (3.70)	3 (4)	4 (3.92)	
Mixto	5 (18.51)	6 (8)	11 (10.78)	
<b>Polaridad predominante últimos 3 episodios N (%)</b>				
No informado	0	1 (1.33)	1 (0.89)	Fisher's exact = 0.844
Depresión	16 (59.25)	35 (46.66)	51 (50)	
Manía	5 (18.51)	20 (26.66)	25 (24.50)	
Hipomanía	1 (3.70)	3 (4)	4 (3.92)	
Mixto	5 (18.51)	16 (21.33)	21 (20.58)	
<b>Con Antecedentes de Tentativas suicidas N (%)</b>	3 (11.11)	22 (29.33)	25 (25.50)	P=0.059
<b>Con Antecedentes de Internaciones psiquiátricas N (%)</b>	12 (44.44)	43 (57.33)	55 (53.92)	P=0.249
<b>Con Antecedentes familiares N (%)</b>	20 (74.07)	55 (73.33)	75 (73.52)	P=0.510
<b>WHO-5 con valor patológico (<math>\leq 52</math>) N (%)</b>	2 (7.40)	33 (44)	35 (34.31)	p=0.001*
<b>Valores promedio de WHO-5 (X <math>\pm</math>DS)</b>	75.25 (SD $\pm$ 13.72)	53.30 (DS $\pm$ 21.25)	59.11 (DS $\pm$ 21.77)	p=0.0000**
<b>YOUNG Sub-sindromático (7-11) N (%)</b>	1 (3.70)	2 (2.66)	3 (2.94)	P=0.769*
<b>Valores promedios de YOUNG (X <math>\pm</math>DS)</b>	1.69 ( $\pm 2.24$ )	1.87 ( $\pm 1.99$ )	1.83 ( $\pm 2.05$ )	P=0.6934**
<b>QID-s-16 Subsindromático (6-10) N (%)</b>	4 (14.81)	38 (50.66)	42 (41.17)	p=0.001*
<b>Valores promedios de QID-s-16 (X <math>\pm</math>DS)</b>	3.44 ( $\pm 2.42$ )	5.84 ( $\pm 2.64$ )	5.20 ( $\pm 2.78$ )	p=0.0001**

\*Pearson chi2

**Tabla 3.** Escala FAST: Tratamientos Psicosociales

Tratamientos Psicosociales	FAST			P
	Normal N=27 ( $\leq 11$ )	Patológico N=75 ( $\geq 12$ )	Total=102	
<b>Grupo de ayuda mutua N (%)</b>	16 (59.25)	26 (34.66)	42 (41.17)	P=0.026
<b>Otros tratamientos (psicoterapia individual, Psicoterapia familiar) N (%)</b>	20 (74.07)	48 (64)	68 (66.66)	P=0.341
<b>Ninguno N (%)</b>	1 (3.70)	17 (22.66)	18 (17.64)	P=0.027

los primeros, existe una posibilidad 3 veces mayor de presentar una FAST con valores patológicos (RR: 3.32 [IC95%].85-18.79) (P=0.059) (Tabla 3).

## 2. Índice de Bienestar Subjetivo: WHO-5

En relación con la escala WHO-5, se consideraron patológicos valores  $\leq 52$ . De los 102 pacientes con TB reclutados, 67 (65.68%) tuvieron un valor de WHO-5 que indicaba un adecuado índice de bienestar subjetivo ( $\geq 53$ ), mientras que 35 (34.32%) presentaron valores que indicaban un bienestar subjetivo patológico ( $\leq 52$ ).

Los sujetos que presentaron WHO-5 Normal (67), tuvieron un valor promedio de FAST de 17.01 (DS $\pm$ 12.63), mientras que entre los sujetos con WHO-5 patológica (35) el promedio de FAST fue 27.8 (DS $\pm$ 12.92) (p=0.001), lo que implicó peor funcionamiento. Los sujetos con valores de WHO-5 patológica ( $\leq 52$ ) mostraron una media de QID-s-16 mayor que los pacientes con WHO-5 normal ( $\geq 53$ ), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p= 0.0001). En relación con la escala de Young, ambos grupos de pacientes no mostraron diferencias en los puntajes (p=0.720).

Se observó que variables como índice de masa corporal, polaridad de inicio del trastorno, polaridad predominante en los últimos episodios y antecedentes familiares de enfermedades afectivas, no mostraron asociación con la categorización de la escala WHO-5. En relación con el inicio de los síntomas afectivos, la edad promedio fue a los 25.19 años, mientras que el diagnóstico de TB ocurrió en promedio a los 38.54 años, no encontrándose diferencias entre ambos grupos. Tampoco presentaron diferencias los sujetos que presentaron o no internaciones psiquiátricas, ni entre quienes refirieron haber realizado o no tentativas suicidas (Tabla 4).

En relación con los tratamientos, pudo observarse que existe una diferencia estadísticamente significativa entre aquellos pacientes que realizaban Psicoeducación y quienes realizaban otros tratamientos psicosociales. [Pearson  $\chi^2(1)=4.8435$ (P=0.028)] OR:2.87(1.02-

8.83). Lo mismo pudo observarse entre los pacientes que recibían tratamiento farmacológico con Anticonvulsivantes (Lamotrigina, Valproato, Carbamazepina) versus aquellos que recibían otros fármacos (Litio, Antipsicóticos, Antidepresivos, Benzodiazepinas). Entre los primeros existía más del doble de chance de presentar un adecuado nivel de bienestar, medido a través de la escala WHO-5. [Pearson  $\chi^2(1)=3.9134$  P=0.048] OR:2.39(1.01-6.25) (Tabla 5).

## Discusión y conclusiones

Los TB constituyen una de las 20 principales causas de discapacidad en el mundo. Si bien posee una mejor evolución funcional que la esquizofrenia, varios estudios muestran las dificultades en lograr una recuperación funcional para alcanzar el estado previo al inicio de la patología. Como fuera mencionado, en el TB es posible obtener respuesta terapéutica, incluso remisión sintomática, pero la recuperación funcional resulta un objetivo menos sencillo de alcanzar. Esto se ve confirmado en el presente trabajo.

Pudimos observar que los pacientes con diagnóstico de TB, reclutados en CEMIC y FUBIPA (Buenos Aires, Argentina), presentan un peor funcionamiento psicosocial y bienestar subjetivo que aquellos pertenecientes al grupo control (individuos sanos), condición que alteraría la calidad de vida de los primeros.

Existiría una asociación entre funcionalidad y bienestar subjetivo que confirma los hallazgos de estudios previos (Bonnín et al., 2019). Parece no haber adecuado bienestar subjetivo si no hay buena funcionalidad y viceversa, ambas condiciones se correlacionan de manera directa. No obstante, la proporción de pacientes bipolares con impacto funcional (73.53%; 75/102) es mayor que quienes reportaron un impacto significativo en su bienestar subjetivo (34.31%; 35/102). El impacto sobre la funcionalidad y el bienestar se correlaciona de manera directa con la presencia de síntomas depresivos y no con los síntomas hipomaniacos. Los síntomas depresivos, a pesar de

**Tabla 4.** Escala WHO-5 y su relación con las variables estudiadas

Variables	WHO-5			P
	Normal N=67(≥ 53)	Patológica N=35(≤ 52)	Total=102	
<b>Edad (X ±DS)</b>	52.8 (±16.59)	51.47 (±14.92)	51.93 (±15.44)	P=0.683
<b>Edad de inicio de los síntomas afectivos (X ±DS)</b>	23.72 (±10.77)	27.82 (±12.81)	25.19(±11.61)	P=0.098
<b>Edad de diagnóstico del trastorno bipolar (X ±SD)</b>	37.73 (±14.42)	40.11 (±15.86)	38.54 (± 4.90)	P=0.445
<b>IMC (X ±SD)</b>	27.02 (±4.57)	27.10 (±3.59)	27.05 (±4.24)	P=0.926
<b>Mujeres N (%)</b>	42 (62.68)	20 (57.14)	62 (60.78)	P= 0.586
<b>Diagnostico N (%)</b>				
Bipolar I	29 (43.28)	19 (54.28)	48 (47.05)	Fisher's exact = 0.358
Bipolar II	20 (29.85)	11 (31.42)	31 (30.39)	
Ciclotimia	5 (7.46)	0	5 (4.90)	
Otros	13 (19.40)	5 (14.28)	18 (17.64)	
<b>Polaridad de inicio N (%)</b>				
Depresión	37 (55.22)	22 (62.85)	59 (57.84)	Fisher's exact = 0.288
Manía	17 (25.37)	11(31.42)	28 (27.45)	
Hipomanía	3 (4.47)	1 (2.85)	4 (3.92)	
Mixto	10 (14.92)	1 (2.85)	11 (10.78)	
<b>Polaridad predominante últimos 3 episodios N (%)</b>				
No informado	0	1 (2.85)	1 (0.98)	Fisher's exact = 0.634
Depresión	33 (49.25)	18 (51.42)	51 (50)	
Manía	17 (25.37)	8 (22.85)	25 (24.50)	
Hipomanía	2 (2.98)	2 (5.71)	4 (3.92)	
Mixto	15 (22.38)	6 (17.14)	21 (20.58)	
<b>Con Antecedentes de Tentativas suicidas N (%)</b>	17 (25.37)	8 (22.85)	25 (24.50)	P= 0.779*
<b>Con Antecedentes de Internaciones psiquiátricas N (%)</b>	34 (50.74)	21 (60)	55 (53.92)	P= 0.373*
<b>Con Antecedentes familiares N (%)</b>	47 (70.14)	26 (74.28)	73 (71.56)	Fisher's exact = 0.668
<b>FAST con valor patológico (≥ 11) N (%)</b>	42 (66.68)	33 (94.28)	75 (73.52)	P=0.001*
<b>Valores promedio de FAST (X ±SD)</b>	17.01 (±12.63)	27.8 (±12.92)	20.71 (±13.67)	p=0.001
<b>YOUNG Subsindromático (7-11) N (%)</b>	2 (2.98)	1 (2.85)	3 (2.94)	P=0.720
<b>Valores promedios de YOUNG (X ±SD)</b>	1.81 (±2.04)	1.85 (±2.10)	1.83 (±2.05)	P=0.923**
<b>QID-s-16 Subsindromático (6-10) N (%)</b>	18 (26.86)	24 (68.57)	42 (41.17)	p=0.001*
<b>Valores promedios de QID-s-16 (X ±SD)</b>	4.26 (±2.47)	7 (±2.47)	5.20 (±2.78)	p=0.0000**

\*Pearson chi2

\*\* t test

**Tabla 5.** Escala WHO-5: Tratamiento Psicosocial y Farmacológico

Tratamiento	WHO-5			P
	Normal N=67(≥ 53)	Patológica N=35(≤ 52)	Total=102	
<b>Tratamiento Psicosocial (N %)</b>				
Psicoeducación	28 (41.79)	7 (20)	35 (34.31)	P=0.028
Ayuda mutua	28 (41.79)	14 (40)	42 (41.17)	P=0.861
Ninguno	11 (16.41)	7 (20)	16 (15.68)	P=0.652
Otros tratamientos psicosociales	42 (62.68)	26 (74.28)	68 (66.66)	P=0.238
<b>Tratamiento Farmacológico (N %)</b>				
Anticonvulsivantes (Lamotrigina, Valproato, Carbamazepina)	51 (76.11)	20 (57.14)	71 (69.60)	P=0.048
Antipsicóticos	46 (68.65)	22 (62.85)	58 (56.86)	P=0.555
Antidepresivos	26 (38.80)	13 (37.14)	39 (38.23)	P=0.870
Benzodiazepinas	22 (32.83)	10 (28.57)	32 (31.37)	P=0.659
Litio	23 (34.32)	18 (51.42)	41 (40.19)	P=0.144
Otros tratamientos farmacológicos	6 (8.95)	2 (5.71)	8 (7.84)	P=0.563

ser subsindromáticos, condicionan peores niveles de Funcionalidad y Bienestar Subjetivo. Casi  $\frac{3}{4}$  de los pacientes con TB presentan alteraciones funcionales -según la FAST- a pesar de no cumplir con criterios clínicos para episodio afectivo agudo.

La edad de comienzo sintomático (25a) y la de diagnóstico (38a), pone de manifiesto el retraso que existe entre ambas condiciones, hecho que fuera ya documentado por varios autores (Strejilevich et al., 1999).

En relación con los tratamientos, los sujetos que realizaban grupos de ayuda mutua, presentaron mejores niveles de funcionalidad que el resto de los pacientes. Mientras que aquellos que realizaban psicoeducación, presentaron mejor bienestar subjetivo. Algo que debería considerarse es que los pacientes con mejor funcionamiento y bienestar estarían en mejor condición para realizar tratamientos psicosociales, lo que plantea una condición circular.

Con respecto al tratamiento farmacológico, el grupo de pacientes tratado con anticonvulsivos presentó mejor nivel de bienestar subjetivo que los demás tratamientos farmacológicos. Las asociaciones entre tratamientos y bienestar deben ser interpretadas con cautela, ya que podría haber un sesgo derivado de la propia indicación, al no basarse en un estudio aleatorizado.

Un dato interesante surge de las variables tentativas suicidas/tratamiento psicosocial. La regresión logística entre estas variables permite concluir que la presencia de antecedentes de tentativa suicida aumenta casi 4 veces la probabilidad de presentar valores de funcionalidad patológicos (Odds Ratio=3.8). Los pa-

cientes con intento de suicidio serían más graves y poseerían peor funcionalidad. Esto podría condicionar la realización de los tratamientos psicosociales.

El presente trabajo se realizó con la intención de comprender mejor cual es el impacto que el TB tiene en los pacientes, utilizando medidas objetivas como funcionalidad (FAST) y bienestar subjetivo (WHO-5). Esto puede contribuir a tener en cuenta la perspectiva del paciente y así pensar en las mejores estrategias terapéuticas.

**Conflicto de intereses:** la presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin fines de lucro, los autores declaran no tener conflictos de interés.

## Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, t. e. D.-W., DC.
- Bonnín, C. D. M., Reinares, M., Martínez-Arán, A., Jiménez, E., Sánchez-Moreno, J., Solé, B., . . . Vieta, E. (2019). Improving Functioning, Quality of Life, and Well-being in Patients With Bipolar Disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*, 22(8), 467-477. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyz018>
- Bonnín, C. M., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Solé, B., Reinares, M., Rosa, A. R., . . . Torrent, C. (2012). Subthreshold symptoms in bipolar disorder: impact on neurocognition, quality of life and disability. *J Affect Disord*, 136(3), 650-659. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.012>
- Bonnín, C. M., Yatham, L. N., Michalak, E. E., Martínez-Arán, A., Dhanoa, T., Torres, I., . . . Reinares, M. (2018). Psychometric properties of the well-being index (WHO-5) spanish version in a sample of euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*, 228, 153-159. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.006>
- Carvalho, A. F., Firth, J., & Vieta, E. (2020). Bipolar Disorder. *N Engl J Med*, 383(1), 58-66. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1906193>
- CEMIC. [www.cemic.edu.ar](http://www.cemic.edu.ar)

- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., García-García, M., Reinares, M., Torrent, C., . . . Salameo, M. (2002). Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la Escala de Young. *Med Clin (Barc)*, 119(10), 366-371. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(02\)73419-2](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(02)73419-2) ( ) FUBIPA. <https://fubipa.org.ar/>
- Grunze, H., Vieta, E., Goodwin, G. M., Bowden, C., Licht, R. W., Möller, H. J., & Kasper, S. (2013). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2012 on the long-term treatment of bipolar disorder. *World J Biol Psychiatry*, 14(3), 154-219. <https://doi.org/10.3109/15622975.2013.770551>
- Harvey, P. D. (2006). Defining and achieving recovery from bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 67 Suppl 9, 14-18; discussion 36-42.
- Josep Argimon Pallas, & Villa, J. J. (2013). *Metodos de investigacion clinica y epidemiologica* (Elsevier, Ed. 4 ed.).
- Keck, P. E., Jr., McElroy, S. L., Strakowski, S. M., West, S. A., Sax, K. W., Hawkins, J. M., . . . Haggard, P. (1998). 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry*, 155(5), 646-652. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.5.646>
- Lolich, M., Holtzman, J. N., Rago, C. M., & Vázquez, G. H. (2015). Neuroprogresión y cognición en los trastornos bipolares: una revisión sistemática del rendimiento cognitivo en pacientes eutímicos. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 26(122), 265-275. ( )
- Mackala, S. A., Torres, I. J., Kozicky, J., Michalak, E. E., & Yatham, L. N. (2014). Cognitive performance and quality of life early in the course of bipolar disorder. *J Affect Disord*, 168, 119-124. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.045>
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*, 64(5), 543-552. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.543>
- Morton, E., Michalak, E. E., & Murray, G. (2017). What does quality of life refer to in bipolar disorders research? A systematic review of the construct's definition, usage and measurement. *J Affect Disord*, 212, 128-137. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.026>
- Rosa, A. R., Reinares, M., Michalak, E. E., Bonnin, C. M., Sole, B., Franco, C., . . . Vieta, E. (2010). Functional impairment and disability across mood states in bipolar disorder. *Value Health*, 13(8), 984-988. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2010.00768.x>
- Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Salameo, M., Torrent, C., Reinares, M., . . . Vieta, E. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 3, 5. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-3-5>
- Sanchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Tabarés-Seisdedos, R., Torrent, C., Vieta, E., & Ayuso-Mateos, J. L. (2009). Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. *Psychother Psychosom*, 78(5), 285-297. <https://doi.org/10.1159/000228249>
- Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., . . . Kessler, R. (2018)a. Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 29(142), 275-299.
- Stagnaro, J. C., Cía, A. H., Aguilar Gaxiola, S., Vázquez, N., Sustas, S., Benjet, C., & Kessler, R. C. (2018)b. Twelve-month prevalence rates of mental disorders and service use in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 53(2), 121-129. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1475-9>
- Stevens, J. (1992). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (N. J. L. E. A. Mahwah, 2002., Ed.).
- Strejilevich, S., Bonetto, G. G., Chan, M., Galeno, R., De Lajonquiere, C., Triskier, F., . . . Nicola, K. (1999). Problemas actuales respecto del diagnóstico y tratamiento del Trastorno Bipolar en nuestro medio: Experiencia y opinión de los usuarios. *Prensa Médica Argentina*, 86(8), 823-830.
- Tohen, M., Hennen, J., Zarate, C. M., Jr., Baldessarini, R. J., Strakowski, S. M., Stoll, A. L., . . . Cohen, B. M. (2000). Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry*, 157(2), 220-228. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.2.220>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom*, 84(3), 167-176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Vieta, E., & Torrent, C. (2016). Functional remediation: the pathway from remission to recovery in bipolar disorder. *World Psychiatry*, 15(3), 288-289. <https://doi.org/10.1002/wps.20351>
- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*, 3(2), 171-178. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(15)00505-2)
- WHO. (1996). ¿Que calidad de vida? Foro mundial de la salud 1996, 17, 385-387. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
- WHO. (1998). Use of well-being measures in primary health care - the DepCare project health for all. In: World Health Organization, Regional office for Europe.
- Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., . . . Berk, M. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 20(2), 97-170. <https://doi.org/10.1111/bdi.12609>
- Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E., & Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*, 133, 429-435. <https://doi.org/10.1192/bjp.133.5.429>

# La calidad de la formulación del caso forense en salud mental

## Quality of the Forensic Case Formulation in Mental Health

Jorge O. Folino<sup>1</sup>, Jorge L. Castillo<sup>2</sup>, Lisieux E. De Borba Telles<sup>3</sup>, William A. Jiménez Jiménez<sup>4</sup>, Arturo Klenner<sup>5</sup>, Elizabeth M. León Mayer<sup>6</sup>, Claudio H. Melo Alarcón<sup>7</sup>, Alfonsina G. Muñiz<sup>8</sup>, Juana V. Ochoa Balarezo<sup>9</sup>, Susana M. Oleas Gallo<sup>10</sup>, Maria F. Porteiro<sup>11</sup>, Javier A. Velázquez Zilberberg<sup>12</sup>

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i156.176>

### Resumen

**Objetivos:** Con la meta de contribuir al desarrollo del servicio pericial, se pone a prueba la confiabilidad de la “Guía para Comprender y Valorar la Calidad de la Formulación en Salud Mental Forense – TECF”. **Método:** Doce profesionales de la salud mental de diversas tradiciones latinoamericanas valoraron la calidad de diez informes periciales internacionales, psicológicos y psiquiátricos, utilizando la TECF. La guía cuenta con manual que describe dimensiones, criterios e indicadores para apreciar la calidad de la formulación forense. **Resultados:** Los indicadores de congruencia interna tuvieron rango 0,34-0,81 para las dimensiones y valor de 0,85 para el total de la TECF. El coeficiente de correlación intraclase de acuerdo absoluto entre evaluadores con similar tradición alcanzó valores de 0,72; 0,52; 0,76 y 0,77 para las dimensiones, y de 0,84 para el total. El acuerdo entre evaluadores con tradiciones disímiles fue menor. **Conclusiones:** La TECF resulta un instrumento promisorio para guiar la apreciación de la calidad y estimular el perfeccionamiento de las formulaciones periciales. Desde la métrica tradicional se recomienda cautela por el efecto de tradiciones prácticas diversas.

**Palabras clave:** Formulación de caso forense - Informe pericial y Salud Mental - Calidad pericial - Práctica forense - Confiabilidad.

### Abstract

**Objectives:** The “Guide to understand and assess the quality of the case formulation in forensic mental health – TECF” is tested in order to contribute to the development of the forensic reports. **Method:** Twelve mental health professionals of different Latin American traditions assessed with the TECF the quality of ten international forensic reports, both psychological and psychiatric. The guide includes the manual that describes the dimensions, criteria and guidelines to assess the quality of the forensic case formulation. **Results:** Internal consistency indicators were in a rank of 0.34-0.81 for the dimensions and 0.85 for the total TECF. The absolute agreement intraclass correlation coefficient among evaluators with similar tradition reached values of 0.72; 0.52; 0.76 and 0.77 for the dimensions and 0.84 for the total.

RECIBIDO 15/3/2022 - ACEPTADO 19/4/2022

<sup>1</sup>Universidad Nacional de La Plata, Argentina. ORCID 0000-0001-5834-2212

<sup>2</sup>Universidad Nacional de La Plata, Argentina. ORCID 0000-0003-2638-2599

<sup>3</sup>Universidad Federal de Rio Grande do Sul; Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil. ORCID 0000-0003-4105-5924

<sup>4</sup>Universidad Católica de Colombia, Colombia. ORCID 0000-0002-0309-1281

<sup>5</sup>Poder Judicial de Chile, Chile. ORCID 000-0002-0103-9869

<sup>6</sup>Universidad Nacional de La Plata, Argentina. ORCID 0000-0003-1564-6448

<sup>7</sup>Servicio Psiquiatría Forense del Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”, Santiago, Chile. ORCID 0000-0002-8874-0390

<sup>8</sup>Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. ORCID 0000-0001-9832-6671

<sup>9</sup>Universidad de Cuenca, Ecuador. ORCID 0000-0001-5683-6657

<sup>10</sup>Unidad Judicial de Familia, Consejo de la Magistratura, Ecuador. ORCID 0000-0002-1649-6878

<sup>11</sup>Instituto Técnico Forense del Poder Judicial, Uruguay. ORCID 0000-0002-8181-596X

<sup>12</sup>Policía de la provincia de Tierra del Fuego, Argentina. ORCID 0000-0003-3320-0183

### Autor de referencia:

Jorge O. Folino

[folino@med.unlp.edu.ar](mailto:folino@med.unlp.edu.ar)

*The agreement among evaluators with different traditions was less. Conclusions: The TECF is a promising instrument to guide the assessment of quality and to stimulate improvement of the forensic reports. Caution is recommended in light of the traditional rating scale method due to the effect that can be produced by the different practices.*

**Keywords:** Case forensic formulation - Mental health - Forensic report - Forensic formulation quality - Forensic practice - Reliability.

## Introducción

Durante las últimas décadas, en el sistema de justicia se utilizaron crecientemente los servicios forenses de los profesionales de la salud mental (Heilbrun et al., 2013); la legislación promovió la participación de representantes de diversas disciplinas como parte del equipo de salud mental (Congreso de la Nación Argentina, 2010) y la academia suministró trayectorias curriculares para la formación de postgrado (por ejemplo, la Maestría en Salud Mental Forense de la Universidad Nacional de La Plata).

Esos profesionales sirven al sistema judicial ejerciendo un rol pericial, esto es, brindando sus opiniones expertas y fundamentadas a las preguntas específicas que plantean los operadores de justicia (Hecker & Scoular, 2004).

A pesar de que se trata de un servicio notablemente técnico y trascendente, los intentos de examinar su calidad han sido muy escasos (Wheable & Davies, 2020).

En este artículo se informa sobre una investigación que intenta contribuir con la delimitación y la valoración de la calidad de los componentes esenciales del servicio pericial. Específicamente, se informa sobre facetas de la confiabilidad de la Guía para Comprender y Valorar la Calidad de la Formulación en Salud Mental Forense - TECF (Folino, 2022).

Si bien la opinión pericial y los fundamentos que la sostienen suelen ser sometidos al examen de las partes en el proceso judicial, no se cuenta con una guía latinoamericana que oriente a comprender las principales dimensiones de la formulación del caso forense, ni a valorar su calidad. En el mundo anglosajón hay algunos antecedentes pero carecieron de lineamientos explicativos (McMurran & Bruford, 2016). Tal estado de situación, sumado a la aún incipiente tradición de investigación en el área forense latinoamericana (Goldstein et al., 2015), hace que coexistan variadas alternativas en la forma, estilo y técnica del servicio. La pretensión de este tipo de propuesta no es prescribir uniformidad de estilos, sino explorar la posibilidad

de arribar a consensos en cuanto a los componentes esenciales que podrían mejorar la oferta del servicio y a la apreciación de su calidad técnica. Dicho de otro modo, se trata de la búsqueda de evidencias empíricas para apoyar la mejor práctica profesional.

El tema es relevante por múltiples razones. Técnicamente, la formulación del caso tiene facetas esquivas para el consenso y puede ser planteada desde diversos marcos teóricos (Eells & Lombart, 2011). Todo eso puede influir en la producción de inferencias sesgadas y heterogéneas y puede obstaculizar la revisión de su validez. Por otra parte, los errores en la formulación del caso forense generan el riesgo de resultados adversos trascendentes, tales como asesoramiento erróneo a los operadores judiciales, reincidencia delictiva, injurias significativas y traumas a terceros, gran costo personal por privación de libertad o por tratamientos de largo plazo injustificados (Sturmey & McMurrin, 2011).

Dado que la práctica forense se desarrolla en un sistema judicial que suele ser contradictorio, es necesario que las formulaciones sean comprensibles para múltiples partes interesadas, como, por ejemplo, la persona que fue evaluada, el juez, la parte defensora y la parte acusadora, los proveedores de tratamiento y los oficiales de libertad condicional (Delle-Vergini & Day, 2016). Por lo tanto, la relevancia no radica solamente en su precisión, sino, también, en otras cualidades especiales, como son la función comunicacional y el respeto de los reparos éticos.

En tanto la formulación de casos en la práctica forense exige a los profesionales de la salud mental el ejercicio de habilidades y técnicas imprescindibles, la obtención de evidencias empíricas que promuevan su perfeccionamiento será beneficiosa para el servicio de justicia. El perfeccionamiento de la formulación es un camino para el avance en la investigación y práctica de servicios forenses como la evaluación del riesgo de violencia (Hart & Logan, 2011) y de determinadas capacidades (Folino et al., 2003; León Mayer et al., 2016). Todas estas potencialidades adicionan motivación y justificación al presente estudio.

## La formulación del caso forense

La formulación del caso desde las ciencias de la salud mental y del comportamiento es una práctica profesional nuclear para diversos propósitos. En la práctica asistencial contribuye a organizar la información y a comprender los problemas y necesidades de la persona que consulta; también sirve como fundación del plan de tratamiento y del monitoreo de la evolución (Eells & Lombart, 2011) y mejora las posibilidades de tarea mancomunada entre el terapeuta y el paciente (Shaw et al., 2017). La relevancia de la formulación en el desempeño de psicólogos y psiquiatras determinó que se establecieran estándares de práctica y de entrenamiento para su aprendizaje (Health and Care Professions Council, 2015; Royal College of Psychiatrists, 2020).

La formulación del caso en el ámbito forense adquiere algunas particularidades que dependen del segmento de la judicialización en que se aplique. La formulación del caso forense en los procesos judiciales forma parte de la práctica pericial, tiene un rol primordialmente informativo y es insumo de las decisiones judiciales. Puede estar restringida a una explicación sobre el pasado o sobre el presente, o puede presentarse de manera amplia, abarcando previsiones sobre el futuro. Esta formulación está contenida en una pieza comunicacional que, tradicionalmente, es reconocida en el ámbito hispano parlante como el informe pericial. En este artículo se conceptualiza al informe pericial como un formato (escrito u oral) que vehiculiza aquello que es el núcleo del servicio: la formulación del caso que responde al requerimiento judicial (Folino, 2022).

Por otra parte, el ámbito forense también ofrece la oportunidad de práctica profesional para la intervención. Desde esa perspectiva, la formulación retoma su máxima amplitud clínica y se instrumenta con la persona asistida en algunas de las alternativas generadas por el sistema. Durante ese servicio, la formulación suele renovarse con las variaciones del comportamiento, de la gestión y de las eventualidades, determinando ajustes y replanteos; las piezas comunicacionales que la contienen son las historias clínicas y otros documentos del trabajo de intervención.

Si bien ambos segmentos operativos son componentes del sistema forense, corresponden a servicios mutuamente excluyentes, si del mismo profesional y del mismo caso se trata. Por diversas razones que no pueden ser abarcadas en este texto, quienes brindan el servicio pericial no deben superponer la tarea de intervención que se moviliza con otras prescripciones profesionales. El presente estudio se focaliza en el pri-

mer tipo de formulación del caso forense, es decir, la formulación que se expone en el informe pericial.

## Perspectiva metodológica de la formulación del caso forense

La formulación del caso forense desde las ciencias de la salud mental y del comportamiento es un proceso que se moviliza a través de perspectivas nomotéticas e idiográficas y genera implicancias a muy diferentes niveles, tales como el de la evolución individual y el de las resoluciones judiciales. Todo ello complejiza la configuración de una regla de oro o criterio externo para validar la formulación. Por ejemplo, dependiendo de los objetivos de un hipotético estudio, podría considerarse criterio externo la decisión judicial respecto a la imputabilidad (Folino & Urrutia, 2001); la reiteración de algún comportamiento violento o delictivo (Arbach-Lucioni & Folino, 2021; Howard et al., 2013) o la desistencia en el delito (Schubert et al., 2016), entre otros. El examen de la confiabilidad también impone desafíos pues requiere contemplar la orientación teórica, la capacitación y la experiencia de los evaluadores (Flinn et al., 2015). Considerando tales dificultades, el objetivo específico de la presente investigación se restringe a la valoración de la calidad de la formulación en función pericial sin considerar el contraste con indicadores de verdad objetiva. Específicamente, la metodología consiste en el contraste de una serie de formulaciones con un conjunto de criterios que se consideran representantes de las dimensiones nucleares de la buena práctica profesional (Folino, 2022).

Hart et al. (2011) plantearon diversas características de una formulación de casos de buena calidad y sugirieron un listado de criterios que conformó la base de la Case Formulation Quality Checklist (CFQC), instrumento producido por Mary McMurrin, Caroline Logan y Stephen Hart, que no fue publicado y fue luego modificado por McMurrin & Bruford (2016). Minoudis et al. (2013) utilizaron la CFQC para valorar la calidad de las formulaciones previas y posteriores a un programa de capacitación para gestión del riesgo y mejora del bienestar de personas con trastorno de personalidad que habían cometido delito. La CFQC mostró buena fiabilidad entre calificadores y excelente consistencia interna pero, también, promovió sugerencias de mejoras. Posteriormente, McMurrin y Bruford (2016), en base a la exploración de las perspectivas de los evaluadores que habían utilizado la CFQC produjeron la Case Formulation Quality Checklist Revised (CFQC-R), con lenguaje simplificado y escala de medición ampliada hasta 10 puntos.

Los autores fueron explícitos al exponer que no elaboraron un manual debido a las dificultades para ilustrar la buena o mala calidad de las formulaciones en los respectivos criterios (McMurran & Bruford, 2016). A pesar de ello, el instrumento se utilizó en otras recientes investigaciones (Hopton et al., 2018; Ryan, 2020). Hopton et al. (2018) lo utilizaron para valorar la calidad de las formulaciones desarrolladas con la HCR-20<sup>V3</sup> (Douglas et al., 2013). Los autores concluyeron que, aunque la CFQC-R suministraba estructura para la evaluación de las formulaciones, la confiabilidad inter evaluadores resultó pobre; que en ello pudo haber influido que la valoración de cada ítem era, de todas maneras, subjetiva, y que algunos ítems tenían descripción menos clara que otros (Hopton et al., 2018).

Aunque los previos estudios habían informado resultados alejados de lo óptimo, algunos de los coautores de este artículo pusieron a prueba la confiabilidad de la CFQC-R. En ese estudio, que no fue publicado, se valoró la calidad de la formulación en 18 informes periciales provenientes de diversos países y se obtuvieron resultados de muy baja confiabilidad inter evaluadores. Sin embargo, la experiencia también produjo efectos coincidentes con los informados por McMurran & Bruford (2016), pues el grupo reconoció la utilidad que un instrumento de estas características podría tener en la formación y práctica profesional, especialmente, si contara con suficiente material teórico e ilustrativo.

Esos resultados y posteriores intercambios del equipo orientaron hacia la necesidad de producir un nuevo instrumento, la *TECF* (Folino, 2022) y planificar el presente estudio.

## El presente estudio

Con la meta de contribuir con el desarrollo de mejores prácticas periciales en el campo de la salud mental forense, este estudio tiene el objetivo de poner a prueba aspectos de la confiabilidad de la *TECF* (Folino, 2022). Específicamente, se propone calcular la congruencia interna y estimar el acuerdo entre evaluadores al valorar, con el instrumento, una serie internacional de formulaciones periciales.

## Método

### Participantes

Doce profesionales de la salud mental fueron convocados para realizar las valoraciones de calidad de las formulaciones. A los efectos de producir una prueba exigente, se combinaron cinco psiquiatras y siete psi-

cólogos de diferentes nacionalidades y experiencias. De los psicólogos, dos eran chilenos; dos argentinos; dos ecuatorianos y uno colombiano. De los psiquiatras, dos eran argentinos, uno uruguayo, uno brasileño y uno chileno. Uno de los psicólogos no alcanzó a completar todas las valoraciones por los que sus puntuaciones fueron excluidas. La categorización de los participantes por experiencia se realizó en base a que hubieran realizado hasta 50 formulaciones periciales o más. Tres de los profesionales habían realizado menos de 50 formulaciones, pero dos de ellos contaban con amplia experiencia de exposición a las mismas por ser, además de psicólogos, abogados que cumplían funciones judiciales. En síntesis, los participantes tenían variadas experiencias y provenían de diversas tradiciones (seis países).

### Material y procedimiento

A los efectos de obtener formulaciones de un amplio rango de estilos se solicitó a profesionales de diversas nacionalidades el suministro de informes periciales y su consentimiento para que fueran utilizados en la investigación. Los informes debían tener modificados los nombres de manera que no revelaran identificación de los sujetos evaluados, para respetar principios éticos de confidencialidad y el buen uso de la información registrada.

Se recibieron 51 informes periciales y se seleccionaron aleatoriamente diez. El director de la investigación eliminó datos de la autoría y les adjudicó un código alfanumérico. Dos informes fueron psicológicos y ocho psiquiátricos; cuatro argentinos, cuatro chilenos, uno brasileño y uno uruguayo; uno del fuero en lo laboral y nueve del fuero en lo criminal. Los informes tuvieron una media de 2348 (*DE* 1389,4) palabras, con mínimo de 720 y máximo de 5767 palabras.

Los informes fueron distribuidos por e-mail junto a un link de formulario Google para que cada evaluador cargara sus valoraciones independientes. Los dos psiquiatras argentinos hicieron una tercera valoración de consenso. Los datos fueron exportados a un archivo con formato .sav para su análisis.

### Medida

La *TECF* es una guía para evaluar la calidad de la formulación pericial en las dimensiones denominadas Transparencia, Especificidad, Comunicación y Fundamentación (Folino, 2022). Cuenta con extensa descripción de las dimensiones y con detallada definición de quince criterios que señalan lo que debería cumplir una eficiente formulación de caso. Asimismo, expone

diversos indicadores que ejemplifican detalles técnicos en los que se puede apreciar el grado de calidad. La guía, que se encuentra en vías de publicación, suministra un minucioso manual explicativo que intenta superar los problemas emergentes de escuetas definiciones operativas de previos instrumentos (McMurrin & Bruford, 2016).

Las descripciones abreviadas de cada dimensión son las siguientes:

- a. **Transparencia:** la formulación requiere ser pasible de examen; debe presentar información suficiente de tal manera que pueda ser puesta a prueba por las partes;
- b. **Especificidad:** la formulación está destinada a satisfacer una necesidad judicial determinada por quien requiere el servicio. Responde a puntos de pericia concretos;
- c. **Comunicación:** la formulación debe transmitir un mensaje eficaz, que llegue con claridad y significación al receptor extra disciplinar y
- d. **Fundamentación:** la formulación requiere estar sostenida en un razonamiento con bases fácticas y argumentos técnicos, propios del conocimiento científico aplicado.

Los quince criterios se expresan como atributo o funcionalidad que puede ser revisada en la formulación concreta y puede ser valorada según la medida en que se cumple. El listado consta como Anexo en el presente artículo. Los criterios se miden con una escala de tipo Likert con 4 categorías ordenadas. Las instrucciones indican que el evaluador seleccione en qué grado la formulación del caso revisada satisface cada criterio. Las opciones de elección son las siguientes:

- 0 No lo satisface en absoluto
- 1 Lo satisface poco
- 2 Lo satisface bastante
- 3 Lo satisface completamente

Los indicadores, que no se exponen en el anexo, orientan de manera concreta a la verificación de los constructos y a su valoración. Esos indicadores no son exhaustivos y dejan oportunidad para que el evaluador aplique su juicio profesional si verifica algún otro.

Dado que la formulación pericial es una práctica profesional sumamente compleja que, dependiendo de múltiples circunstancias concretas, se presenta con amplias variaciones en su configuración y que, por otra parte, previos estudios empíricos no pudieron superar las dificultades de una ilustración exhaustiva (Wheable & Davies, 2020), la *TECF* no está diseñada con la pretensión de alcanzar propiedades métricas

rigurosas que posibiliten conformar normas o baremos. De todas maneras, dado que ofrece un esquema para valorar sistemáticamente la calidad de las formulaciones periciales, a los efectos de investigación corresponde intentar ponerla a prueba con metodología empírica.

### Plan de análisis

Los estadísticos descriptivos y de congruencia interna se estimaron en base a la valoración consensuada de los dos psiquiatras pertenecientes a la misma tradición. El acuerdo entre profesionales respecto cada criterio y dimensión se estimó calculando el coeficiente de correlación intraclase desde el modelo de efectos aleatorios de dos vías con acuerdo absoluto (CCI A,1) y el coeficiente análogo para consistencia (CCI C,1) (McGraw & Wong, 1996). Esta versión del CCI es apropiada para los diseños que utilizan una muestra de evaluadores seleccionados de una población más grande de jueces potenciales, en la que cada evaluador califica a los mismos sujetos o material (Shrout & Fleiss, 1979). La interpretación se basó en las sugerencias de Fleiss (Fleiss, 1986) para los CCI de medida única: ICC igual o mayor que 0,75: excelente;  $0.60 < ICC < 0.75$ : bueno;  $0.40 < ICC < 0.60$ : moderado; y CCI menor de 0,40: pobre.

### Resultados

Los estadísticos descriptivos de la valoración consensuada se exponen en la Tabla 1, al igual que los indicadores de la congruencia interna. En general, la calidad de los informes fue mediana ( $M = 2,03$ ;  $DE = 0,53$ ). El coeficiente alfa de la dimensión T no pudo ser estimado por violación de los supuestos del modelo alfa y el valor del coeficiente de la dimensión C fue bajo; ambos resultados orientan a la necesidad de nuevos cómputos con mayor número de casos y con atención especial a los resultados de los ítems TB, TC, CA, CD y FA, si bien estos dos últimos ítems contribuyeron apropiadamente a resultado de la *TECF* total. Por otra parte, los indicadores de congruencia interna para el total de las dimensiones Especificidad y Fundamentación y para el total de la *TECF* resultaron muy buenos (ver Tabla 1).

La cantidad de palabras y la puntuación total consensuada de la *TECF* no tuvieron correlación significativa (Rho de Spearman = 0,006;  $p = 0,99$ ). El mismo hallazgo se obtuvo con la correlación con el Criterio CB que focaliza en la ausencia de detalles innecesarios (Rho de Spearman = -0,62;  $p = 0,06$ ).

**Tabla 1.** Estadísticos descriptivos y congruencia interna de las valoraciones **TECF** consensuadas

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Coefficiente de homogeneidad para cada dimensión	Coefficiente de homogeneidad para <b>TECF</b> total	Alfa de Cronbach
T_A	1	3	2,30	0,82	0,29	0,33	-
T_B	2	3	2,70	0,48	-0,36	-0,72	-
T_C	0	3	1,80	1,40	-0,15	0,76	-
<b>Total T</b>	1,3	3	2,27	0,54	-	-	(i)
E_A	1	3	2,60	0,70	0,57	0,51	-
E_B	1	3	2,30	0,82	0,54	0,86	-
E_C	1	3	2,40	0,40	0,67	0,42	-
<b>Total E</b>	1	3	2,43	0,61	-	-	0,76
C_A	2	3	2,60	0,52	0,11	0,17	-
C_B	0	3	1,80	1,03	0,17	0,30	-
C_C	2	3	2,50	0,53	0,55	0,66	-
C_D	0	3	0,70	1,25	0,10	0,63	-
<b>Total C</b>	1,25	2,75	1,90	0,52	-	-	0,34
F_A	1	3	1,80	0,92	0,16	0,32	-
F_B	0	3	1,80	1,14	0,76	0,65	-
F_C	1	3	2,20	0,92	0,64	0,82	-
F_D	0	3	1,30	1,25	0,66	0,46	-
F_E	0	3	1,60	0,84	0,87	0,79	-
<b>Total F</b>	0,60	3	1,74	0,77	-	-	0,81
<b>Total TECF</b>	1,20	2,87	2,03	0,53	-	-	0,85

Nota. (i): no se pudo estimar debido a una covarianza promedio negativa entre elementos, que viola los supuestos del modelo de fiabilidad. N= 10. Las siglas de cada criterio se conforman con la primera letra de cada dimensión -T de Transparencia; E de Especificidad; C de Comunicación y F de Fundamentación- y con letra de secuencia alfabética (ver Anexo).

Los resultados indicadores del acuerdo entre evaluadores se muestran en las tablas 2 y 3. Los CCI, A1 para los once evaluadores (6 psicólogos y 5 psiquiatras de diversas tradiciones académicas y judiciales) fueron pobres en el 80%, moderados en el 20% y buenos en el 6,7%. Los CCI, C1 fueron pobres en el 73,3% y moderados en el 26,7%. Los totales para las dimensiones y para la **TECF** completa también se distribuyeron entre las categorías de acuerdo pobre y moderado (ver *Tabla 2*).

Los resultados con dos evaluadores de la misma profesión y tradición mostraron un acuerdo mucho mayor. Los CCI, A1 para los dos evaluadores (psiquiatras con similares tradiciones: antecedentes de trabajo en el Poder Judicial de la Provincia de Buenos Aires y de docencia en la Universidad Nacional de La Plata) fueron pobres en el 14,3%, moderados en el 14,3%, buenos en el 35,7% y excelentes en el 35,7% de los criterios que pudieron ser computados. Los CCI, C1 para los dos evaluadores fueron aún mejores: po-

bres en el 14,3%, moderados en el 14,3%, buenos en el 28,6% y excelentes en el 42,9% de los criterios computados. Los respectivos valores para los totales de las dimensiones y para la **TECF** completa también fueron muy superiores y se distribuyeron entre las categorías de acuerdo moderado, bueno y excelente (ver *Tabla 2*). Respecto al Criterio B de la dimensión Transparencia cabe destacar que, aunque la covarianza negativa no permitió el cómputo del coeficiente intraclase, el acuerdo resultó considerablemente bueno: hubo acuerdo absoluto en el 20% de los casos y diferencia de sólo un punto de valoración en el 80%; además, no se presentó ninguna valoración en el criterio que tuviera diferencia de 2 y 3 puntos.

## Discusión

Este estudio se propuso poner a prueba aspectos de la confiabilidad de la "Guía para Comprender y Valorar la Calidad de la Formulación en Salud Mental Forense

**Tabla 2.** Coeficiente de correlación intraclase para once evaluadores y para dos evaluadores de misma tradición

Dimensión	Criterio	Once evaluadores de diferentes profesiones y tradiciones		Dos evaluadores de misma profesión y tradición	
		CCI,AI	CCI,CI	CCI,AI	CCI,CI
Transparencia	A.	0,38	0,40	0,48	0,46
	B.	0,16	0,17	(i)	(i)
	C.	0,64	0,70	0,90	0,90
	Total T	0,37	0,40	0,72	0,72
Especificidad	A.	0,18	0,18	0,55	0,53
	B.	0,34	0,37	0,68	0,66
	C.	0,30	0,33	0,39	0,37
	Total E	0,35	0,39	0,52	0,50
Comunicación	A.	0,12	0,13	0,26	0,25
	B.	0,13	0,15	0,79	0,93
	C.	0,21	0,23	0,64	0,64
	D.	0,56	0,58	0,79	0,77
	Total C	0,34	0,34	0,76	0,77
Fundamentación	A.	0,30	0,32	0,78	0,78
	B.	0,37	0,38	0,75	0,78
	C.	0,31	0,32	0,69	0,70
	D.	0,54	0,57	0,65	0,75
	E.	0,36	0,39	0,64	0,66
	Total F	0,45	0,46	0,77	0,77
Total TECF		0,49	0,49	0,84	0,83

Nota. (i): no se pudo estimar debido a una covarianza promedio negativa entre elementos, que viola los supuestos del modelo de fiabilidad. CCI: coeficiente de correlación intraclase. AI; tipo acuerdo absoluto. CI: tipo consistencia. N = 10.

– TECF” (Folino, 2022) estimando indicadores de su congruencia interna y del acuerdo entre evaluadores. Para ello, se seleccionó una serie de diez formulaciones periciales que se sometieron a la valoración de su calidad por parte de un grupo de once profesionales, psicólogos y psiquiatras provenientes de variadas tradiciones judiciales y educativas.

Sin dudas, era esperable que tal heterogeneidad de evaluadores y de estilos de formulación conformara una prueba muy exigente para la guía. Los resultados con todos los evaluadores confirmaron esa expectativa pues el acuerdo fue, predominantemente, pobre y moderado. En cambio, los resultados obtenidos por profesionales que desarrollaron su práctica pericial en el mismo sistema judicial y que tenían antecedentes del mismo ámbito educativo fueron predominantemente excelentes y buenos.

En principio, la variación de resultados en esta primera investigación orienta a considerar que no está sostenida la confiabilidad de algunos componentes del instrumento según una perspectiva basada en las tradicionales tácticas empíricas. Por el contrario, si se contempla que el fenómeno que se intenta apreciar, es decir, la calidad de la formulación pericial, es sumamente complejo y heterogéneo, tanto en su producción como en su funcionalidad, los resultados son promisorios.

Más allá de la complejidad y heterogeneidad del fenómeno que lo hacen empíricamente “blando”, hay otros elementos que estimulan una interpretación promisoriosa. Cuando el participante intenta responder a la consigna de valorar los criterios en base a los lineamientos explicitados en la guía, está compitiendo con su propia socialización, formación educativa y experiencia profesional. Ese es un contrapeso del que

es muy difícil desprenderse: el participante aprendió en su educación a realizar la práctica de determinada manera y su práctica se reforzó con las respuestas del sistema judicial al que ha estado sirviendo. Podría decirse, metafóricamente, que exigirse valorar la calidad pericial mediante una novedosa serie de criterios es como proponerse a mirar la realidad a través de una lente que permite ver con un espectro de colores previamente desconocidos. Sin duda que se necesitará práctica para adaptarse a la nueva manera de mirar. En cambio, cuando el espectro de colores es conocido, el ajuste de la visión a la nueva lente es más sencillo, tal como puede interpretarse que ocurrió en la investigación con los profesionales que compartían tradición educativa y judicial.

La interpretación propuesta arriba genera una heurística interesante: hay lugar para el desarrollo del conocimiento y de la técnica y, por consiguiente, para la mejoría del servicio pericial. En la medida que puedan alcanzarse consensos sobre los componentes esenciales de las formulaciones periciales, los profesionales de la salud mental cumplirán su servicio con mayor seguridad. Por su parte, los usuarios, no quedarán inermes por el desconocimiento y, en cambio, podrán requerir el más completo y actualizado servicio. Todo ello impactaría favorablemente en el suministro de justicia.

En el estudio se computaron indicadores de congruencia interna y de homogeneidad. Los resultados fueron mixtos. Por una parte, para las dimensiones Especificidad y Fundamentación y para el total de la *TECF* fueron muy buenos. Por otra, el alfa de Cronbach no pudo ser estimado para la Dimensión Transparencia y fue bajo para la dimensión Comunicación. Ambos resultados estimulan nuevos estudios con más casos y también adunan en el sentido de la cautela si se pretendiere investigar con el instrumento desde la métrica tradicional.

La serie de informes periciales no fue colectada de manera tal que representara alguna tradición en particular. Por el contrario, al conformar la serie se cuidó que los informes provinieran de variadas tradiciones. Sin embargo, una de las características descriptas –la cantidad de palabras–, permitió poner a prueba su relación con la valoración general de la calidad con la *TECF*. El hallazgo de que ambas medidas no correlacionaron orienta a rechazar la hipótesis que la calidad general de la formulación se relaciona con su mayor extensión. A la misma conclusión arribaron Hopton et al. (2018) en relación a formulaciones específicas de riesgo de violencia con la *CFQC-R*. La extensión del in-

forme pericial difícilmente pueda someterse a prescripciones estrictas, pero de alguna manera, refleja cómo se resuelve la tensión entre complejidad y simplicidad de la formulación (Eells, 2010). El hallazgo respalda la práctica de buscar el apropiado balance entre complejidad y simplicidad pues, una formulación demasiado simple puede omitir importantes facetas del caso y una demasiado compleja puede ser difícil de aprehender, consumir demasiado tiempo y resultar impráctica. Por otra parte, independientemente esa tensión, cabe destacar el efecto deletéreo que pueden tener algunos detalles no concatenados con el objeto pericial. Por último, que la formulación esté libre de detalles innecesarios contribuye a que la formulación respete el principio de no redundancia (Hart et al., 2011) y a que resguarde su función comunicacional (Folino, 2022).

Párrafo aparte merecen los comentarios de los participantes durante la investigación. El grupo de participantes encontró que el documento de trabajo –la *TECF*– ofrecía definiciones e ilustraciones valiosas de las diversas facetas de la formulación pericial. Algunos participantes destacaron el minucioso análisis de sus dimensiones y sus potencialidades educativas y de orientación para la práctica pericial. Asimismo, parte del grupo hizo contribuciones conceptuales y formales que fueron capitalizadas en el ajuste final del manuscrito. Estos hallazgos experienciales traslucen las potencialidades de aplicación en educación y en la práctica profesional, ambas cualidades deseables para este tipo de guías.

El estudio tiene limitaciones. Si bien se ha restringido la pretensión de rigurosidad métrica en el presente estudio, es menester señalar que en algunos coeficientes de la congruencia interna y del acuerdo entre evaluadores no se alcanzaron valores satisfactorios. Todo ello orienta a la cautela si se quiere utilizar la *TECF* como medida cuantitativamente rigurosa. En cambio, nada de eso obstaculiza a que se utilice la *TECF* en su carácter de guía ilustrativa de los componentes esenciales de la formulación del caso forense y de los diversos aspectos que hacen a su calidad. Como fortaleza cabe destacar la exigencia que implicó el diseño metodológico al integrar participantes y serie de casos de dos disciplinas y de heterogéneas tradiciones.

Hasta donde los autores pudieron indagar, esta investigación es el primer intento latinoamericano de obtener evidencias empíricas sobre la calidad de la formulación del caso forense en salud mental. Asimismo, es una de las pocas que lo han intentado focalizando en la formulación pericial. Los autores aspiran

**Anexo. Dimensiones y criterios de la TECF**

Dimensión	Criterio
Transparencia	A. Expone las fuentes y la información utilizadas posibilitando su verificación
	B. Transmite los suficientes detalles que hacen posible el examen del procedimiento
	C. Explica los cuidados éticos de la práctica
Especificidad	A. Está focalizada en el requerimiento
	B. Ofrece una respuesta útil para la toma de decisión judicial
	C. Entrega conclusión que tiene la potencialidad de ser contrastable en el futuro
Comunicación	A. Entrega una narración ordenada y comprensible
	B. Está libre de detalles innecesarios
	C. Está expresada con un lenguaje natural e incluye explicación de los términos técnicos que pudieran ser ineludibles
	D. Adiciona estrategia para facilitar la interpretación
Fundamentación	A. Analiza las piezas de información pertinentes y necesarias
	B. Expone los argumentos con coherencia y sin contradicciones
	C. Respeta el principio de temporalidad, promoviendo la comprensión según la secuencia temporal de pasado, presente y futuro
	D. Aplica teorías o modelos con sostén empírico
	E. Expresa conclusiones de manera congruente con la argumentación y con el grado de certeza reconocido

a que no sea la única y que, por el contrario, estimule nuevos proyectos tendientes a promover el desarrollo de mejores servicios periciales.

**Agradecimientos:** los autores agradecen a los docentes y estudiantes de la Maestría en Salud Mental Forense, Universidad Nacional de La Plata, quienes, desde sus respectivos países, suministraron material para que esta investigación fuera posible.

**Conflicto de intereses:** Jorge O. Folino es el autor/director y Alejandro Jiménez Jiménez, Arturo Klenner, Elizabeth León Mayer, Alfonsina Muñiz y Juana Ochoa Balarezo son colaboradores en la edición de la "TECF - Guía para la Comprensión y la Valoración de las Dimensiones de la Formulación en Salud Mental Forense: Transparencia; Especificidad; Comunicación; Fundamentación".

**Referencias bibliográficas**

Arbach-Lucioni, K., & Folino, J. O. (2021). La Valoración del Riesgo de Reincidencia en Imputados por Violencia contra la Pareja: un Estudio Longitudinal con la Guía SARA. *Anuario de Psicología Jurídica*, 31, 35–44. <https://doi.org/10.5093/apj2021a4>

Congreso de la Nación Argentina. (2010). *Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental*. Argentina: Boletín Oficial de la Nación Argentina, 2010/12/03.

Delle-Vergini, V., & Day, A. (2016). Case formulation in forensic practice: challenges and opportunities. *Journal of Forensic Practice*, 18(3), 240–250.

<https://doi.org/10.1108/JFP-01-2016-0005>

Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20 v3 Assessing Risk for Violence*. Vancouver: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.

Eells, T. D. (2010). History and Current Status of Psychotherapy Case Formulation. In T. D. Eells (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (Epub Ed.). New York: The Guilford Press.

Eells, T. D., & Lombart, K. G. (2011). Theoretical and evidence based approaches to case formulation. In P. Sturmey & M. MacMurrin (Eds.), *Forensic Case Formulation* (pp. 3–32). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.

Fleiss, J. L. (1986). *The design and analysis of clinical experiments*. New York: Wiley.

Flinn, L., Braham, L., & das Nair, R. (2015). How reliable are case formulations? A systematic literature review. *The British Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 266–290. <https://doi.org/10.1111/bjc.12073>

Folino, J. O. (2022). *TECF - Guía para la Comprensión y la Valoración de las Dimensiones de la Formulación en Salud Mental Forense: Transparencia; Especificidad; Comunicación; Fundamentación*. La Plata: Unpublished manuscript.

Folino, J. O., Castillo, J. L., & Roesch, R. (2003). *Escala de Evaluación de Capacidad para Actuar en Proceso Penal -EECAPAPP*. La Plata: Interfase Forense.

Folino, J. O., & Urrutia, M. I. (2001). Mental disturbances and criminological characteristics in crime-accused insane as recorded at the Judiciary Office in La Plata, Argentina, for 10 years. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24(4–5). [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(01\)00076-0](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(01)00076-0)

Goldstein, N. E. S., Houck, M. J., & Folino, J. O. (2015). Tópicos actuales de la investigación internacional sobre riesgo de violencia. *Criminalidad*, 57(1), 27–43.

Hare, R. D., Clark, D., Grann, M., & Thornton, D. (2000). Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: An international perspective. *Behav*

- Sci Law*, 18(5), 623–645.
- Hart, S. D., & Logan, C. (2011). Formulation of Violence Risk Using Evidence Based Assessment: The Structured Professional Judgment Approach. In P. Sturmey & M. McMurrin (Eds.), *Forensic Case Formulation* (pp. 83–106). West Sussex, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hart, S., Sturmey, P., Logan, C., & McMurrin, M. (2011). Forensic case formulation. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(2), 118–126. <https://doi.org/10.1080/14999013.2011.577137>
- Health and Care Professions Council. *Standards of proficiency: Practitioner psychologists*. (2015). United Kingdom: retrieved 21/01/2021.
- Hecker, J. E., & Scoular, R. J. (2004). Forensic Report Writing. In W. T. O'Donohue & E. R. Levensky (Eds.), *Handbook of Forensic Psychology - Resources for Mental Health and Legal Professionals* (pp. 63–81). San Diego: Elsevier Academic Press.
- Heilbrun, K., Kelley, S. M., Koller, J. P., Giallrella, C., & Peterson, L. (2013). The role of university-based forensic clinics. *INT J LAW PSYCHIATRY*, 36(3–4), 195–200. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.04.019>
- Hopton, J., Cree, A., Thompson, S., Jones, R., & Jones, R. (2018). An Evaluation of the Quality of HCR-20 Risk Formulations: A Comparison between HCR-20 Version 2 and HCR-20 Version 3. *International Journal of Forensic Mental Health*, 17(2), 195–201. <https://doi.org/10.1080/14999013.2018.1460424>
- Howard, R., McCarthy, L., Huband, N., & Duggan, C. (2013). Re-offending in forensic patients released from secure care: the role of antisocial/borderline personality disorder co-morbidity, substance dependence and severe childhood conduct disorder. *Crim Behav Ment Health*, 23(3), 191–202. <https://doi.org/10.1002/cbm.1852>
- León Mayer, E., Iseas, C., Campagnolo, L., Elias, C., Del Castillo, B. R., Delucchi, G., ... Folino, J. (2016). La evaluación de la capacidad juvenil para desempeñarse en proceso judicial. *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*, 27(125).
- McGraw, K. O., & Wong, S. P. (1996). Forming Inferences about Some Intraclass Correlation Coefficients. *Psychological Methods*, 1(1), 30–46. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.1.30>
- McMurrin, M., & Bruford, S. (2016). Case formulation quality checklist: a revision based upon clinicians' views. *Journal of Forensic Practice*, 18(1), 31–38. <https://doi.org/10.1108/JFP-05-2015-0027>
- Minoudis, P., Craissati, J., Shaw, J., McMurrin, M., Freestone, M., Chuan, S. J., & Leonard, A. (2013). An evaluation of case formulation training and consultation with probation officers. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 23, 252–262. <https://doi.org/10.1002/cbm.1890>
- Royal College of Psychiatrists. *The High-Level Learning Outcomes (HLOs) of the Core Psychiatry Curriculum*. (2020). United Kingdom: retrieved 21/01/2021.
- Ryan, T. J. (2020). *An Evaluation of the Reliability and Quality of Expert and Novice Forensic Case Formulations*. Simon Fraser University.
- Schubert, C. A., Mulvey, E. P., & Pitzer, L. (2016). Differentiating serious adolescent offenders who exit the justice system from those who do not. *Criminology*, 54(1), 56–85. <https://doi.org/10.1111/1745-9125.12098>
- Shaw, J., Higgins, C., & Quartey, C. (2017). The impact of collaborative case formulation with high risk offenders with personality disorder. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 28(6), 777–789. <https://doi.org/10.1080/14789949.2017.1324579>
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlation: Uses in assessing rater reliability. *Psychol-Bull*, 86, 420–428.
- Singh, J. P. (2013). Predictive validity performance indicators in violence risk assessment: A methodological primer. *Behavioral Sciences and the Law*, 31, 8–22. <https://doi.org/10.1002/bsl.2052>
- Sturmey, P., & McMurrin, M. (2011). Forensic case formulation: emerging issues. In P. Sturmey & M. McMurrin (Eds.), *Forensic Case Formulation*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Wheable, V., & Davies, J. (2020). Examining the Evidence Base for Forensic Case Formulation: An Integrative Review of Recent Research. *International Journal of Forensic Mental Health*, 19(3), 315–328. <https://doi.org/10.1080/14999013.2019.1707331>

# Uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación y personal de salud en Argentina durante la pandemia por COVID-19

*Use of Information and Communication Technologies and health personnel from Argentine during COVID-19 pandemic*

Julia Martin<sup>1</sup>, Julieta De Battista<sup>2</sup>

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i156.177>

## Resumen

**Introducción:** En el inicio de la pandemia por COVID-19 se acentuó la importancia de acciones en salud mental para el personal sanitario y se recomendó el uso de Tecnologías de la Información y la comunicación (TICs). Ante este panorama inédito, el objetivo de esta investigación fue evaluar la efectividad de una intervención con TICs para personal de salud de redes asistenciales de primer nivel de atención en Berazategui, provincia de Buenos Aires, Argentina. **Método:** Se trató de una investigación cualitativa, exploratoria, de diseño evaluativo. La selección de sujetos incluyó a personal de salud intervenido y que aceptó participar. Se implementaron encuestas de satisfacción, se analizaron registros del equipo interviniente y de sus reuniones. **Resultados:** La intervención resultó efectiva: se detectaron mejoras en la comunicación e interacción, el autocuidado y un cambio a una actitud proactiva y creativa en el trabajo, disminución de angustia y estrés. Como factor protector se destacó el hecho de contar con una red socioafectiva sólida. La efectividad se caracterizó por incidir en un reposicionamiento del personal de salud respecto al contexto, la tarea y los lazos laborales. **Conclusión:** El uso de TICs resultó ventajoso, posibilitó el acceso a la atención de salud mental y generó la sensación de una contención continua, fortaleciendo la red socioafectiva.

**Palabras clave:** TICs - Personal de Salud de APS - Pandemia COVID-19 - Evaluación de efectividad - Intervención de Salud Mental - Argentina.

## Abstract

**Introduction:** Since the beginning of the COVID-19 pandemic, the importance of mental health actions for health personnel was emphasized and the use of Information and Communication Technologies (ICTs) was recommended. Given this unprecedented panorama, the objective of this research was to evaluate the effectiveness of an intervention with ICTs for health personnel from first-level care networks in Berazategui, Buenos Aires, Argentina. **Method:** It was an exploratory qualitative research and evaluative design. The selection of subjects included intervened health personnel who agreed to participate. Satisfaction surveys were implemented, records of the intervening team and their meetings were analyzed. **Results:** The intervention was effective: improvements in communication and interaction, self-care and a change to a proactive and creative attitude at work, decreased anxiety and stress were detected. As a protective factor, the fact of having a solid socio-affective network was highlighted. The effectiveness was characterized by influencing a repositioning of the health personnel with respect to the context, the task and the work ties. **Conclusion:** The use of ICTs was advantageous, enabled access to mental health care and generated the feeling of continuous support, strengthening the socio-affective network.

**Keywords:** ICTs - PHC Health personnel - COVID-19 Pandemic - Effectiveness evaluation - Mental Health Intervention - Argentina.

RECIBIDO 3/4/22 - ACEPTADO 23/4/22

<sup>1</sup>Psicóloga. Directora Ejecutiva de Salud Mental, Secretaría de Salud Pública e Higiene de la Municipalidad de Berazategui, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

<sup>2</sup>Docteur en Psychopathologie, Université de Toulouse. Investigadora Adjunta de la CIC. Instituto de Ciencias de la Salud - Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

## Autora de referencia:

Julia Martin

[juliamartin17@gmail.com](mailto:juliamartin17@gmail.com)

Lugar de realización del estudio: Secretaría de Salud Pública e Higiene de la Municipalidad de Berazategui, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

## Introducción

Desde el inicio de la pandemia por COVID 19, la OMS y la ONU han alertado acerca de la importancia de implementar intervenciones en salud mental y apoyo psicosocial para la población en general y, en especial, para el equipo a cargo de los cuidados de salud (ONU, 2020). La revisión de investigaciones previas sobre los efectos psicológicos de una pandemia en personal sanitario ha sido contundente. Además de los efectos a largo plazo, el estado de salud mental del personal sanitario impactó en el desempeño de sus tareas y en la calidad de la atención recibida por los pacientes. Algunas investigaciones actuales han señalado un fuerte aumento de indicadores de estrés agudo, depresión y estrés postraumático en la población general (Brooks, et al. 2020; IASC, 2020). La OMS (ONU, 2020) anticipó que el personal de salud puede experimentar otros factores de estrés adicionales por las características propias de esta pandemia: estigmatización; esfuerzo físico extra; estados de vigilancia constante; cumplimiento de protocolos que restringen la espontaneidad y la autonomía; mayor demanda en el entorno laboral; capacidad reducida para implementar el autocuidado básico, miedo a transmitir el virus a seres queridos, entre otros. Además, el personal de salud desempeña tareas que de por sí pueden derivar en consecuencias en su salud mental, por lo cual es habitual considerar su régimen laboral como insalubre (Montgomery, et al., 2019).

Las investigaciones locales (Ministerio de Salud de la Nación, 2021) enfocaron mayormente sus estudios en el tercer nivel de atención. Las relativas al primer nivel de atención y a salud mental son minoritarias. Como antecedente en nuestro país, se han estudiado estrategias previas de salud mental con personal sanitario durante la epidemia de influenza AH1N1. De ellas se concluyó en que la comunicación eficaz es un insumo estratégico-operativo y uno de los ejes principales de protección de la salud mental (Bentolila, 2020).

Desde el punto de vista de gestión en Salud Pública, tanto a nivel nacional como provincial, se ha incluido una línea de acción en salud mental sobre los trabajadores de la salud. A nivel municipal, desde la Dirección de Salud Mental de Berazategui, importante partido del Área Metropolitana de la provincia de Buenos Aires, Argentina, se diseñó un programa de acción destinado especialmente al personal de salud involucrado en la asistencia de esta crisis sanitaria en las redes asistenciales del primer nivel de atención, que se comenzó a implementar en las últimas semanas de marzo de 2020. La novedad que se añadió ante la medida sanitaria de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y luego Distanciamiento Social

Preventivo y Obligatorio, fue el uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs), que derivó en privilegiar la atención telemática (FEFRA, 2020), por lo que no había aún estudios de los posibles beneficios u obstáculos que dichas herramientas pueden conllevar en estas circunstancias.

Actualmente, sobre estudios del impacto de las TICs en diferentes ámbitos de aplicación -educación, trabajo, vínculos, etc. (Linne, 2022; Bravetti, et al., 2021; Di Tecco et al., 2021), las investigaciones referentes a intervenciones en salud mental con personal de salud son minoritarias (López-Santín & Álvaro Serón, 2018) o corresponden a períodos de pre-pandemia (Garay Fernández & Gómez-Restrepo, 2011; Aragüez Valenzuela, 2017).

Se destaca la mejora en la accesibilidad como principal ventaja y la dilución de los límites entre la vida personal y la vida laboral como desventaja.

Por tanto, esta investigación partió de la siguiente pregunta: ¿Qué efectividad hallamos en la implementación de atención psicológica con uso de TICs en personal sanitario durante la pandemia por COVID19? ¿Cómo podríamos caracterizar los aspectos que resultaron efectivos?

Entendemos por efectividad a la relación entre objetivos y resultados bajo condiciones reales (Bouza Suárez, 2000). La evaluación de los resultados consiste esencialmente en verificar si se han alcanzado los objetivos establecidos. Esto implica que el propósito se ha logrado bajo las condiciones reales del lugar donde se llevó a cabo, valorando la adecuación (existencia de indicadores de cambio observables posibles de relacionar con la intervención) y/o plausibilidad (atribución de los resultados observados al programa, por su rápida aparición luego de su aplicación). En estas evaluaciones se valoran los indicadores de cambio en función de la certeza con que podamos relacionarlos con la intervención (Bouza Suárez, 2000). Nos propusimos entonces caracterizar el estado psíquico de inicio en los sujetos intervenidos y el posterior a la intervención; delimitar resultados atribuibles al dispositivo de intervención en salud mental; distinguir ventajas y/o desventajas en el uso de TICs en el dispositivo evaluado y establecer condiciones facilitadoras u obstaculizadoras en el acceso de este personal a una asistencia en salud mental.

En el inicio de la pandemia, el personal de salud de la red asistencial de primer nivel de atención de Berazategui, presentó una serie de malestares muy notorios. Se ideó un programa de acción compuesto por dos dispositivos que respondieron a dos niveles de estrategia: prevención/promoción de salud mental;

intervención/tratamiento de la salud mental. Fue realizado por psicólogos. En cuanto al nivel preventivo, se realizaron acciones tempranamente (marzo 2020), donde se detectaron condiciones facilitadoras y posibles barreras en el acceso a la intervención de salud mental. Se trabajó en la comunicación eficaz y el autocuidado a través de campañas de difusión de información útil en el territorio, prevención sobre divulgación de información falsa, promoción de apoyo psicosocial y transmisión de técnicas de manejo del estrés en el marco de capacitaciones interdisciplinarias. Este trabajo permitió instalar la oferta del segundo nivel: la atención en salud mental. A partir de allí, el equipo de salud mental realizó la propuesta de un mínimo de dos entrevistas individuales con modalidad telemática y se ofrecieron espacios grupales telemáticos para manejo de situaciones críticas. La intervención culminaba ante la presencia de alguna modificación del malestar inicial y re-posicionamiento subjetivo, con opción a completar una encuesta de satisfacción con fines de evaluar el dispositivo e investigar sus efectos.

Cabe señalar que los psicólogos intervinientes localizaron su tarea en los Centros de Atención Primaria en Salud (en adelante CAPS) –que cuentan en su totalidad con psicología como disciplina básica– y/o en el Centro de Salud Mental municipal. Fueron supervisados semanalmente con el formato de reunión de equipo, basado en los principios de la psicoterapia institucional (Oury, 2017), para favorecer las condiciones de escucha y la disponibilidad de los psicólogos que también estaban atravesados por el contexto de pandemia y debían innovar en la atención con TICs. Tales reuniones fueron documentadas en crónicas digitales.

Esta descripción corresponde a la estrategia integral de intervención en salud mental que se realizó. A los fines de evaluar la efectividad del uso de TICs, se diseñó una encuesta de satisfacción que fue implementada con el personal de salud que recibió atención psicológica, es decir, que formó parte no sólo de la estrategia preventiva sino también de la estrategia de tratamiento.

Consideramos relevante la investigación debido a que la evaluación de intervenciones en Salud Pública constituye un pilar imprescindible en el desarrollo de políticas de salud. En este campo no siempre se pueden llevar a cabo diseños clásicos aleatorizados y controlados de forma estricta (a veces por criterios éticos, otras por razones operativas). Sin embargo, es necesaria una estrategia que, con cierta solvencia y rigor, permita conocer resultados de intervenciones. Esto agiliza muchas veces las fases de revisión, diseño o planificación de la intervención concreta que se esté

desplegando y ayuda a tomar decisiones en la medida en que se dispone de información contrastada.

## Materiales y métodos

Se trató de una investigación cualitativa, de carácter exploratorio, con un diseño evaluativo de la efectividad de una intervención, consistente en la valoración de la adecuación y/o plausibilidad. Se analizaron las encuestas de satisfacción del personal intervenido que consintió a participar de este estudio; así como los registros institucionales del equipo interviniente y las crónicas de las reuniones de equipo.

En cuanto al análisis de los datos, los mismos han sido interpretados a través de razonamiento abductivo (Pulice et al, 2007) y analógico; asimismo han sido de utilidad el análisis de contenido (Bardin, 1996) y el método fenomenológico hermenéutico (Ricoeur, 1984).

El ámbito de estudio estuvo compuesto por una compleja red asistencial del primer nivel de atención del partido de Berazategui. Los participantes de la investigación fueron personal de salud del primer nivel de atención con tareas en pandemia, que recibieron la intervención entre marzo de 2020 y septiembre 2021. La intervención evaluada se ofertó de manera directa y personal durante la estrategia de prevención y promoción al inicio de la pandemia, a un total de 126 trabajadores. Se efectuaron 68 intervenciones de asistencia psicológica, y se incorporaron al presente estudio 45 casos, que realizaron la encuesta de satisfacción.

## Análisis de los sesgos

Conscientes del hecho de que la doble función en el trabajo, en tanto quien investiga está a cargo de la Dirección Ejecutiva de Salud Mental del lugar, puede sesgar la recolección y análisis de datos -en particular aquellos provenientes del personal a cargo- se intentó reducir este sesgo al mínimo posible, realizando un trabajo de explicitación de la propia implicación no controlada en supervisiones periódicas (Fernández, 1994).

## Consideraciones éticas

La investigación se llevó adelante previo proceso de consentimiento informado de todos sus participantes. El protocolo de investigación y la encuesta de satisfacción fueron evaluados y aprobados por el Comité de Ética en Investigación (CIEI) del Hospital “Evita Pueblo” de Berazategui, inscripto en el Registro Provincial de Comités de Ética en Investigación, dependiente del Comité de Ética Central en Investigación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

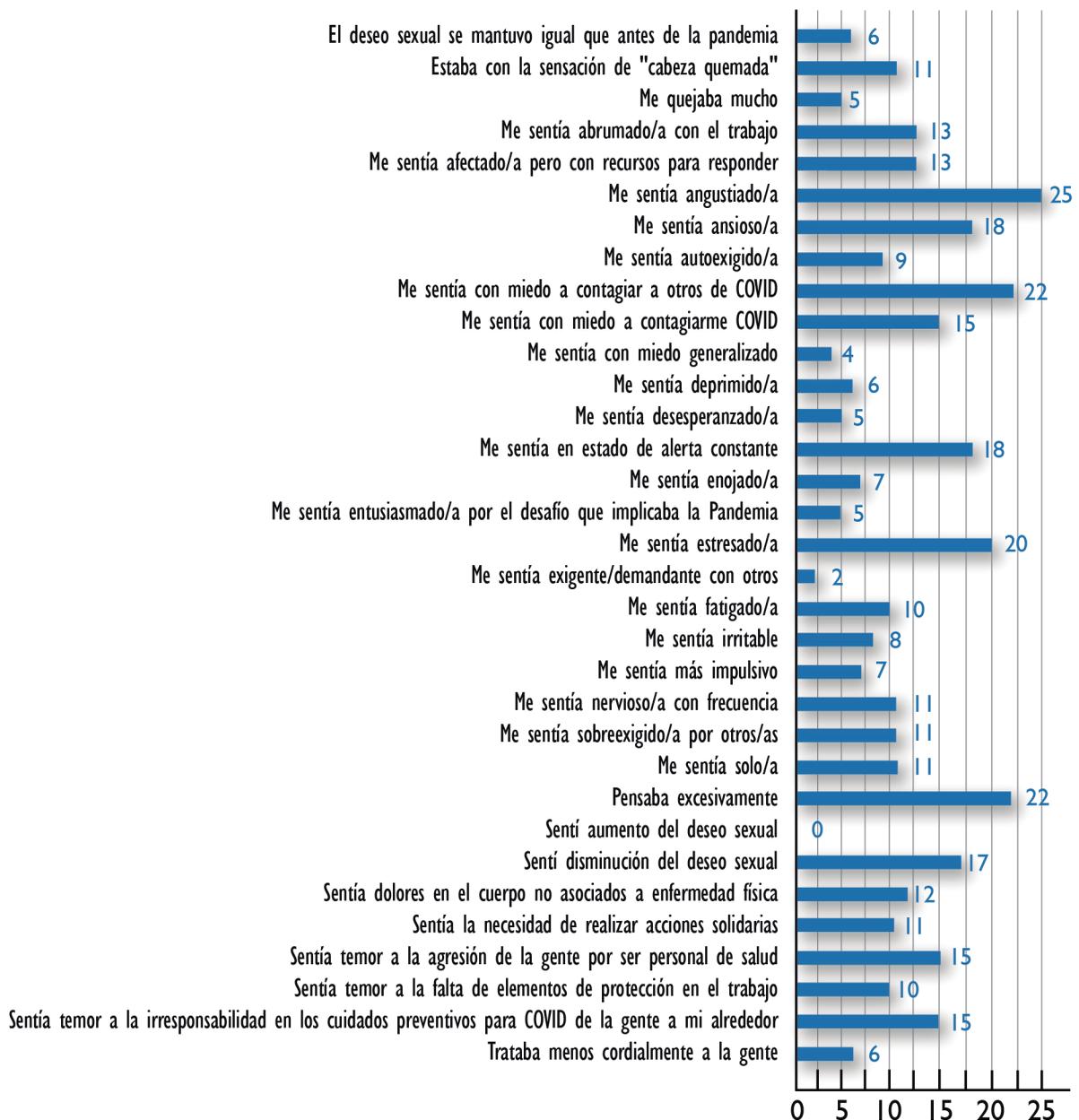
## Resultados

La tasa de participación en el dispositivo fue satisfactoria, así como la conformidad con la intervención. Se hallaron efectos atribuibles a la intervención extraídos de las fuentes de análisis.

En cuanto a los resultados en la salud mental, durante el primer mes de la pandemia, el dispositivo preventivo arrojó una caracterización básica de la población destinataria. Una gran parte del personal inicialmente contactado se vio descrito en los registros institucionales de los psicólogos intervinientes con irrupción aguda de angustia y temores ante las con-

diciones laborales y al contagio; resistencia al trabajo, enojo, queja contra personal jerárquico o contra pares apuntados como irresponsables en el cuidado, desmotivación, evitaciones e inhibiciones, actitudes de descuido de la propia salud, como forma especial de presentación del padecimiento psíquico, lo cual coincide con los datos arrojados por la encuesta de satisfacción implementada, los registros institucionales y las crónicas de reuniones de equipo. Del análisis de estas fuentes, resalta la incidencia que tuvo en la forma de presentación del sufrimiento de inicio el hecho de la elección vocacional de este personal, relativa al cui-

**Figura 1.** Evaluación del estado psíquico al inicio de la pandemia

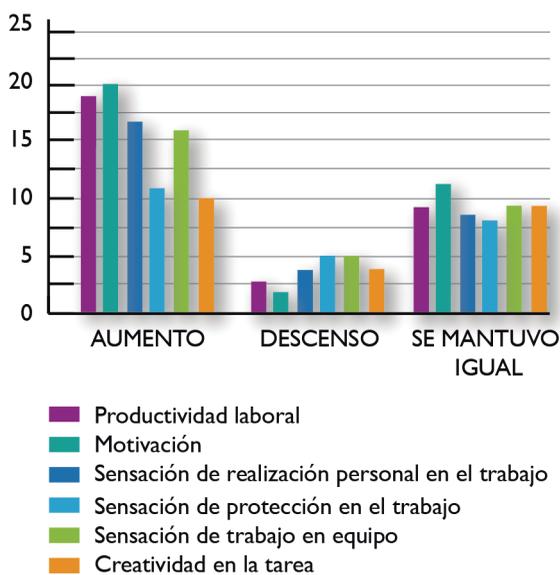


dado de otros, lo que derivó en una angustia extrema, frustración e impotencia que se transformó en queja y enojo hacia los demás. Luego de la intervención, observamos cambios en este aspecto.

Los indicadores que se presentan a continuación se extraen principalmente de las 45 encuestas de satisfacción analizadas.

Sobre condiciones previas del estado mental al inicio de la pandemia, el 71,11% refirió presencia de alto rendimiento, 50% motivación laboral satisfactoria y 77,7% buena red socioafectiva. Estos aspectos se vieron perturbados principalmente por el comienzo o el aumento de conflictos. En un 61 % se señaló un descenso de actitud creativa en el trabajo, y un 42% vio incrementada una sensación de fragmentación en el sentimiento de pertenencia a un equipo de salud (Figura 1).

**Figura 2.** Relación con el trabajo luego de la intervención

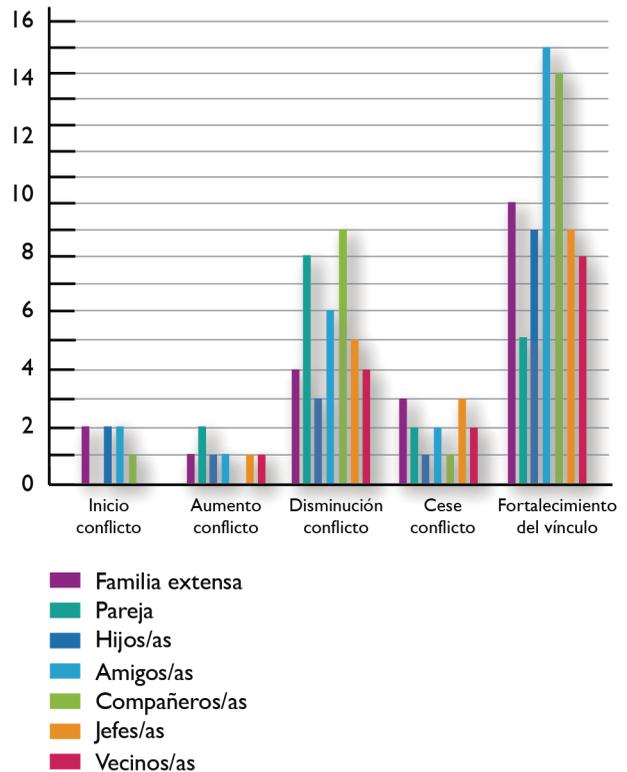


Acerca del estado mental al inicio de la pandemia, en términos de CIE-10, prevalecieron las presentaciones descriptas como F41 (Otros trastornos de ansiedad) y F43 (Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación) (OMS / CIE-10, 1992).

Luego de la intervención, se destacó un descenso de la angustia. Se reconoció una marcada disminución general del padecer inicial. Las conflictivas sociolaborales cesaron en un 77,7% de los casos, destacándose una tendencia al fortalecimiento de lazos en familia extensa, amigos y reposicionamiento en el trabajo (Figura 2).

La misma tendencia se halla en cuanto a los vínculos (Figura 3).

**Figura 3.** Relación con los vínculos interpersonales luego de la intervención



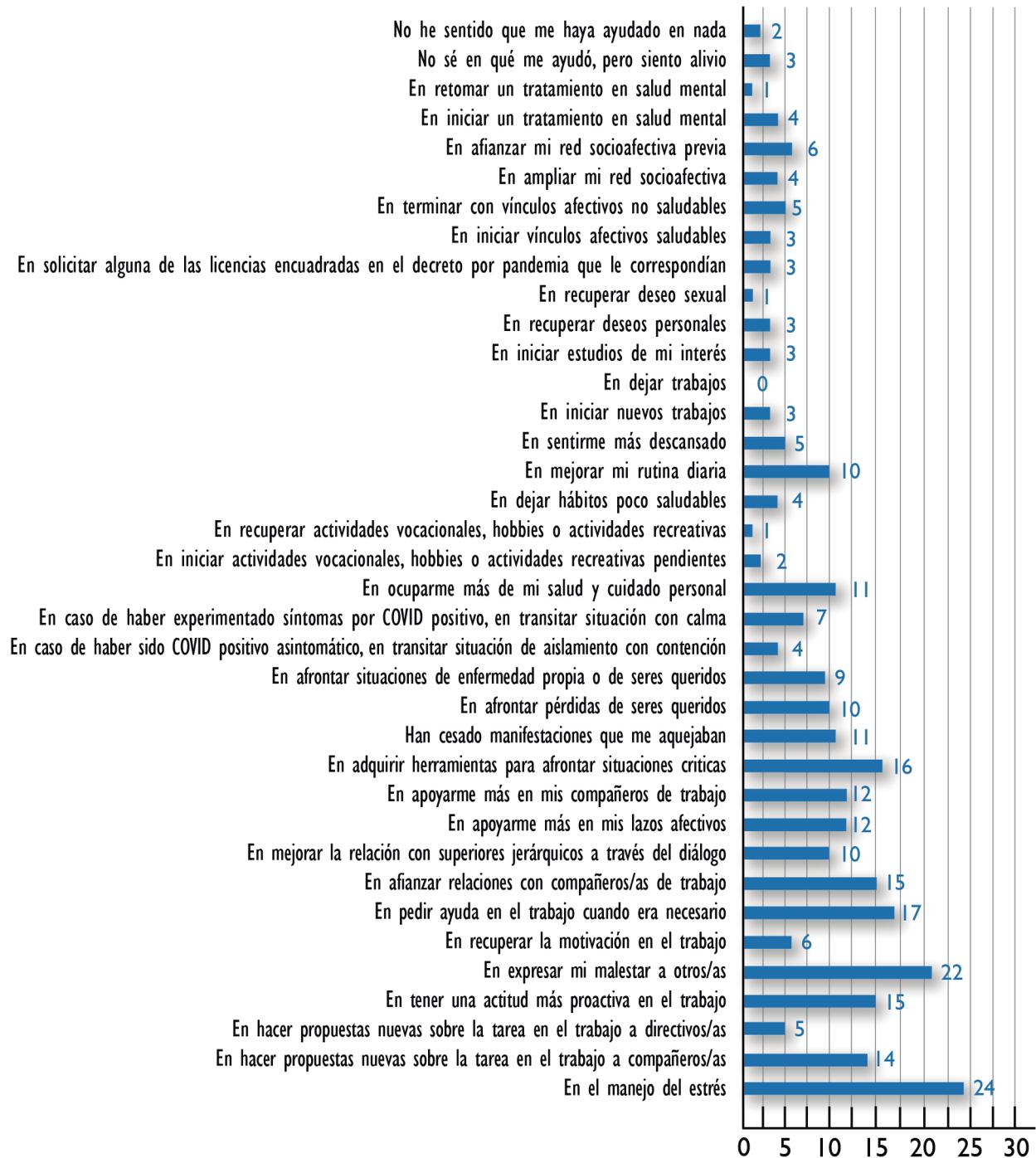
Sobre posibles mejoras atribuibles a la intervención, presentamos los datos obtenidos de una respuesta de opción múltiple de la encuesta (Figura 4).

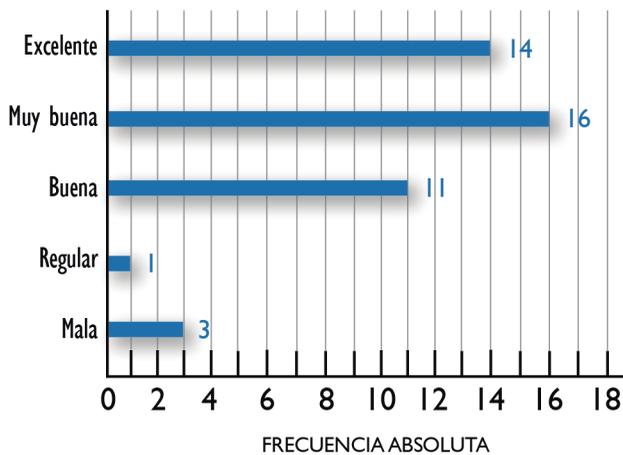
Estos indicadores hallan recurrencia con los registros del equipo interviniente y de lo extraído de las crónicas de las reuniones de equipo.

La intervención del equipo de salud mental con uso de TICs fue evaluada positivamente (Figura 5). Cabe añadir que, con miras a su posibilidad de replicabilidad, la intervención evaluada se compuso finalmente de un promedio de 3 entrevistas telemáticas, focalizadas en recepcionar el padecimiento y apuntar a una modificación respecto del modo de vivir el ámbito laboral. A pesar que el nivel inicial de la estrategia ya descrito no forma parte de la evaluación de efectividad, a saber, el de prevención y promoción de la salud, consideramos que el mismo, lo que incluyó el llamado telefónico a todo el personal de primera línea de acción equipo de salud mental con la oferta del dispositivo de atención, tuvo efecto en la tasa positiva de participación, ya que los agentes que se contactaron lo hicieron a partir de conocer la existencia de esta posibilidad, solicitando la intervención por *motus proprio* en un 61% o por sugerencia de un compañero de trabajo, amigo o jefe.

**Figura 4. Efectos de la intervención**

¿EN QUÉ CREE QUE PUDO HABERLO/LA AYUDADO LA INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL?  
Marque todas las opciones que le parezcan adecuadas.



**Figura 5.** Evaluación de la calidad de la intervención**Figura 6.** Evaluación de medio telemático implementado

De los registros de contacto de 3 y 6 meses posterior a intervención para caracterizar el estado de salud mental, se registran 42 contactos efectivos que señalan la persistencia en el tiempo de los cambios señalados.

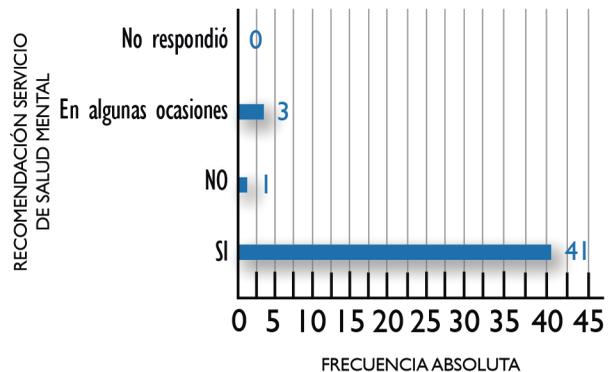
Los datos convergen en que los puntos de ayuda más relevantes de las intervenciones tuvieron que ver con la posibilidad de situar el malestar en su trama vital, donde se involucraron coordenadas de elección de la profesión, tarea u oficio, el propiciar el armado de redes y una posición creativa para afrontar la tarea y los lazos socioafectivos.

Sobre la delimitación de ventajas y/o desventajas en el uso de TICs en el dispositivo evaluado, el 82% no encontró diferencias entre la atención presencial y la telemática. Se describió como ventaja la accesibilidad ya que, de ser de otra manera, no hubieran podido hacerse el espacio-tiempo debido a las exigencias laborales o familiares. El llamado telefónico fue el medio considerado más adecuado por los participantes (Figura 6).

Otra ventaja señalada fue que un 68% refirió sentirse acompañado de un modo más permanente que

**Figura 7.** Recomendación de la intervención

VARIABLE: Recomendación Servicio de Salud Mental



si se hubiese limitado al encuadre presencial, y un 31% admitió que le resultó más propicio de esta forma hacerse una pausa para ocuparse de sí mismo. La desventaja más significativa fue la preferencia a hablar con alguien en persona y la falta de intimidad para hacer la consulta, pero dichas desventajas no fueron señaladas con frecuencia.

Como puede ejemplificarse en este fragmento de una respuesta abierta, el reemplazo de la presencia física por la telemática es señalado de todas formas como "presencia": "La intervención fue la presencia, escucha del profesional en un momento de angustia". Se destacó como característica positiva la flexibilidad del profesional psicólogo en un 91,1% de los casos.

Finalmente, sobre las condiciones facilitadoras y obstaculizadoras/limitantes a una asistencia en salud mental, la tecnología disponible resultó ser una herramienta determinante para el desarrollo de la tarea y por tanto en el acceso a la salud (Figura 7).

Se reiteró como facilitador de la consulta en las diversas fuentes recabadas el hecho de que en los CAPS ya se contara con un/a psicólogo/a en el equipo; así como la relación institucional previa entre la Dirección de Salud Mental, el Centro de Salud Mental y el resto de los Centros de atención especializada.

## Discusión y conclusiones

La intervención de salud mental con uso de TICs cumplió con los criterios de adecuación entre objetivos y resultados, y plausibilidad en tanto se constataron resultados atribuibles al dispositivo en la salud mental de la población de estudio, con cercanía en el tiempo, por lo que puede considerarse efectiva. Se evaluó a partir de los datos recogidos de las encuestas implementadas y en convergencia y recurrencia con los registros institucionales que dicha intervención

permitió el acceso a una prestación de salud mental en un contexto adverso, reconociéndose asimismo una incidencia en la salud mental de la población de estudio que ha perdurado en el tiempo.

Esta efectividad podría caracterizarse por haber producido un reposicionamiento del personal de salud respecto al contexto, a la tarea y a las relaciones laborales y socioafectivas. Delimitamos los siguientes indicadores de efectividad: mejora en la comunicación en los equipos, en la interacción, en el autocuidado y en la disponibilidad para el cumplimiento de la tarea, disminución de conflictos y padecimiento ligado a las relaciones en el trabajo y de la queja en favor de una posición más proactiva e inventiva respecto a la tarea.

Se halló que la forma particular de presentación inicial del malestar en el personal, bajo la forma de la angustia extrema, enojos, quejas y temores, se asoció al cuidado, lo que pudo vincularse en el curso de las intervenciones al lugar vital de elecciones vocacionales ligadas al cuidado de otros. Dichas elecciones vocacionales, puestas en jaque por el contexto y ante un panorama de incertidumbre sobre la eficacia de dichos cuidados, pudo haber perturbado la forma de habitar el trabajo y las relaciones interpersonales. La orientación de las entrevistas confluyó en delimitar la pertenencia a un equipo de salud y el factor vocacional, elementos previos al desarrollo de la pandemia, con tácticas que apuntaran a promover la creatividad.

En ese sentido, la recuperación o re-construcción del sentimiento de pertenencia a un equipo es un elemento promotor de salud mental, en especial en condiciones adversas de trabajo. En lo que respecta a condiciones favorecedoras, se pueden señalar: la expansión de la capacidad de resolución de conflictos, la promoción de la empatía, la actitud proactiva frente a problemas y la creatividad, que necesariamente se vincula con la ampliación de la posibilidad de expresión de malestares y por tanto redundan en la consolidación de lazos saludables. La tendencia al autocuidado y posibilidad de esparcimiento en personal de salud podrían señalarse como otro factor de relevancia para la salud mental. En contrapunto, podrían deducirse como factores de riesgo una inestable red socioafectiva, escasa ocupación sobre la salud física y ausencia de actividades por fuera de lo laboral, junto con la presencia de pluriempleo. Por lo que el exceso laboral en condiciones adversas, la falta de autocuidado y el retraimiento de los lazos o sensación de fragmentación del equipo configurarían factores de riesgo a identificar y trabajar.

Con respecto al uso de TICs en personal de salud se destacaron entre sus ventajas la mejora en la accesibilidad

a la atención de salud mental en pandemia, así como el refuerzo de la red socioafectiva como factor protector de la salud mental, en tanto que la naturaleza misma de las TICs –posibilidad de respuestas inmediatas o con mayor posibilidad de flexibilizar encuadre según situaciones– promovió una sensación de acompañamiento más accesible y permanente, de contención continua, que resultó de suma importancia.

Por tanto, concluimos que una novedad introducida por este recurso es la de tratar la experiencia de desamparo asociada a estos contextos inéditos toda vez que fortalecen la sensación de acompañamiento y solidaridad. Esto propicia una idea de continuidad de cuidados, que consideramos sumamente necesaria ante las actuales condiciones adversas que socavan las formas clásicas de los lazos sociales, sostenidas en la presencia física.

El recurso a la tecnología disponible –mayoritariamente el llamado telefónico tradicional–, posibilitó de manera general la atención de salud mental en este contexto de pandemia, ante la particularidad de la medida sanitaria de ASPO. Este uso no presentó desventajas de significatividad con respecto a otras tácticas presenciales. El uso de TICs fue crucial para el acceso del personal a una asistencia en salud mental. Se deduce que la presencia –física o telemática– de un equipo de psicólogos ya existente en la red asistencial –y no creado Ad Hoc para intervenir en la pandemia–, favoreció también la intervención. Resulta llamativo que no haya sido el progreso tecnológico, sino las propiedades del virus que ocasiona esta pandemia lo que haya llevado forzosamente al uso de tecnologías de más de 145 años de existencia en la humanidad para el acceso a la salud, lo que nos lleva a considerar el uso racional de la teleconsulta en otros escenarios.

Sobre el estado actual del sujeto de investigación, algunos estudios recientes aluden, coincidentemente, a la necesidad de creación de equipos que atiendan la salud mental del personal de salud de primera línea de acción (Jiménez-López et al., 2021); otros, a diferencia del presente, señalan cierto fracaso de la teleconsulta de salud mental en esta población y contexto (Cormi et al., 2021); mientras que una parte de ellos se limita a caracterizar el estado de salud mental del personal de salud en contexto de pandemia (Hummel et al., 2021); lo que sugiere que los hallazgos de la presente investigación resultan novedosos.

Por último, y como líneas de investigación que se abren a partir de este estudio, señalamos la importancia de analizar los resultados a la luz de un enfoque de género que incluya una lectura de los distintos perfiles

profesionales, dado que las consultas al dispositivo de atención psicológica fueron realizadas mayormente por mujeres. Además, consultaron en forma más temprana. Este hecho sugiere que el género podría operar como una condición favorecedora para el caso de las mujeres –en tanto se delimitó un menor prejuicio hacia la propuesta y por tanto un pedido de ayuda más a tiempo– y obstaculizadora para el caso de los hombres, que convendría continuar profundizando en futuros trabajos. También sugiere ser limitante alguna condición vinculada con la profesión. La positiva recepción de la intervención en personal no médico –fundamentalmente enfermería– contrasta con la escasa consulta de médicos. Como especificidad, es la única profesión que supone que la persona haga el juramento hipocrático de salvar vidas. Esto deriva en preguntarnos si habría alguna barrera particular, vinculada con esta disciplina, para la participación en dispositivos de atención de la salud mental.

**Conflicto de intereses:** las autoras declaran no tener conflicto de intereses. El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de las Becas SALUD INVESTIGA a proyectos de Investigación 2020-2021, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Investigación en Salud.

## Referencias bibliográficas

- Aragüez Valenzuela, L. (2017). El impacto de las tecnologías de la información y de la comunicación en la salud de los trabajadores: el tecnoestrés. *e-Revista Internacional de la Protección Social*, 2(2), 169-190. <https://idus.us.es/handle/11441/76351>
- Bardin, L. (1996). *Análisis de contenido*. Akal.
- Bentolila, S. (2020). Prácticas de apoyo psicosocial en emergencias y desastres. Enfoque en COVID 19. <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001878cnt-practicas-de-salud-mental-y-apoyo-psicosocial-en-emergencias-y-desastres-enfoque-en-covid19.pdf>
- Bouza Suárez A. (2000). Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector salud. *Revista Cubana de Salud Pública*; 26: 50-56.
- Bravetti, G. R., Amiconi, A. M., Bertorello, C., De Ortuzar, M. V., Galván, N., Giorno, N. E. et al. (2021). El impacto de las tecnologías digitales en el vínculo entre padres e hijos adolescentes. *En Investigar en pandemia: estrategias en situación*. Memorias de la 7ma. Jornada de Investigación en Psicología y 6to. Encuentro de Becarios, Becarias y tesis, UNLP; 2 de julio de 2021; La Plata, Buenos Aires, Argentina. <https://congresos.unlp.edu.ar/vijornadas/wp-content/uploads/sites/37/2021/07/16-MESA-BRA-VETTL.pdf>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395: 912-20.
- Cormi, C., Sanchez, S., de l'Estoile, V., Ollivier, L., Letty, A., Berrut, G., Mulin, E. (2021). Telepsychiatry to Provide Mental Health Support to Healthcare Professionals during the COVID-19 Crisis: A Cross-Sectional Survey among 321 Healthcare Professionals in France. *Int J Environ Res Public Health*; 18(19):10146. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910146>
- Di Tecco, C., Ronchetti, M., Russo, S., Ghelli, M., Rondinone, B. M., Persechino, B., & Iavicoli, S. (2021). Implementing Smart Working in Public Administration: a follow up study. *La Medicina del lavoro*, 112(2), 141-152. <https://doi.org/10.23749/mdl.v112i2.10595j>
- FEFRA. (2020). *Recomendaciones para las buenas prácticas mediante la utilización de TICs (tecnologías de la información y la comunicación)*. 2020-Mar. Disponible en <http://www.fefra.org.ar/feprav3/node/545>
- Fernández, L. (1994). *Instituciones educativas. Dinámicas institucionales en situaciones críticas*. Paidós.
- Garay Fernández, J. D., Gómez-Restrepo, C. (2011). Telepsiquiatría: innovación de la atención en salud mental. Una perspectiva general. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(3), 504-518.
- Hummel, S., Oetjen, N., Du, J., Posenato, E., Resende de Almeida, R. M., Losada, R., Ribeiro, O., Frisardi, V., Hopper, L., Rashid, A., Nasser, H., König, A., Rudofsky, G., Weidt, S., Zafar, A., Gronewold, N., Mayer, G., Schultz, J. H. (2021). Mental Health Among Medical Professionals During the COVID-19 Pandemic in Eight European Countries: Cross-sectional Survey Study. *J Med Internet Res*, 18;23(1). DOI: 10.2196/24983
- IASC. (2020). Cómo abordar la salud mental y los aspectos psicosociales del brote de COVID-19. 2020-Mar. Disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/nota-informativa-provisional-como-abordar-salud-mental-aspectos-psicosociales-brote20>
- Jiménez-López, A. J. L., Pérez-García, M. I., Miranda-Delgado, M. (2021). Need of mental health teams for patients hospitalized due to SARS-CoV-2 and front-line health personnel. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*; 59(4):339-346.
- Linne, J. (2022). Escolarización secundaria y tecnologías digitales en tiempos de pandemia. Espacios en Blanco. *Revista de Educación*, 1(32), 128-41.
- López-Santín, J. M., Álvaro Serón, P. (2018). La salud mental digital. Una aproximación crítica desde la ética. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 38(134), 359-379. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265058333003>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2021). Observatorio de Investigaciones COVID-19. 2020-2021 Mar-Sept. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/investigaciones>
- Montgomery, A., Panagopoulou, E., Esmail, A., Richards, T., Maslach, C. (2019). Burnout in healthcare: the case for organisational change. *BMJ*; 366: 14774.
- OMS / CIE-10. (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 10a. revisión. PAHO.
- ONU. (2020). COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. 2020-May. Disponible en <https://reliefweb.int/report/world/policy-brief-covid-19-and-needaction-mental-health-13-may-2020>
- Oury, J. (2017). *Lo colectivo*. Xoroi.
- Pulice, G., Manson, F., Zelis, O. (2007). *Investigar la subjetividad*. Letra Viva.
- Ricoeur, P. (1984). *Hermenéutica y psicoanálisis*. Ediciones La Aurora.

## Temáticas más frecuentes en los Editoriales de Vertex Revista Argentina de Psiquiatría (1990-2019) analizadas mediante grafos

### Most frequent themes in Editorials of Vertex journal (1990-2019) analyzed by graph theory

Daniel Matusevich<sup>1</sup>, Patricia Janet Caro<sup>2</sup>, Teresa Claudia Braicovich<sup>3</sup>, Aldo Calzolari<sup>4</sup>

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i156.178>

#### Resumen

**Antecedentes y Objetivo:** El análisis de los Editoriales de revistas científicas de la especialidad es un tema poco explorado, que puede facilitar la comprensión de los procesos históricos y de cambios en la Psiquiatría. En el caso de *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, casi todos los Editoriales fueron escritos por la misma persona durante 30 años. Se estudiaron las áreas temáticas más frecuentemente utilizadas, mediante grafos, para caracterizar la orientación de las líneas editoriales. Este análisis fue complementado con entrevistas semiestructuradas realizadas al Editor. **Método:** Se determinaron las palabras significativas de los Editoriales y se analizaron mediante un sistema de grafos, divididos por lustros. **Resultados:** Las áreas temáticas de la revista se concentraron en cinco temas principales que se reiteraron en cada lustro: Ética, Historia, Salud Mental, Psiquiatría y, en los dos últimos, Política. Los editoriales mostraron diversos grados de complejidad, siendo los de los 3 primeros lustros más sencillos que los últimos. Las tendencias de recurrencia de las áreas temáticas de los Editoriales se relacionaron con expresiones surgidas de las entrevistas. **Conclusión:** El análisis con grafos ha permitido visualizar aspectos de los Editoriales de *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, su grado de complejidad temática y cómo algunos temas se reiteraron una y otra vez a lo largo de los 30 años de la revista.

**Palabras clave:** Salud Mental - Psiquiatría - Editoriales - Vertex Revista Argentina de Psiquiatría - Análisis de grafos - Stagnaro Juan Carlos.

#### Abstract

**Background and Objective:** The analysis of Editorials is a little explored topic, which can facilitate the understanding of historical processes and changes in Psychiatry. In the case of *de Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, the Editorials were written by the same person for 30 years. The most frequently used thematic areas were studied, using graph theory, to characterize the orientation of the editorial lines. This analysis was complemented with semi-structured interviews with the Editor. **Method:** The most significant words of the Editorials were determined and analyzed through a system of graph theory, divided by lustrums. **Results:** The thematic areas of the journal were concentrated in five main themes that were reiterated in each lustrum: Ethics, History, Mental Health, Psychiatry and, in the last two, Politics. The editorials showed different degrees of complexity, being those of the first 15 years simpler than the last ones. The recurrence tendencies of the thematic areas of the Editorials were related to expressions arising from the interviews. **Conclusion:** The analysis with graph theory has made it possible to visualize aspects of the *de Vertex Revista Argentina de Psiquiatría* Editorials, their degree of thematic complexity and how some themes were reiterated over and over again throughout the 30 years of the magazine.

**Keywords:** Mental Health - Psychiatry - Editorials - Vertex Revista Argentina de Psiquiatría - Graph theory - Stagnaro Juan Carlos.

RECIBIDO 25/3/2022 - ACEPTADO 6/5/2022

<sup>1</sup>Instituto Universitario Hospital Italiano Buenos Aires (IUHI); Hospital Italiano Buenos Aires (HIBA). <https://orcid.org/0000-0002-3354-6611>

<sup>2</sup>Universidad Nacional del Comahue (UNCOMA); Universidad Nacional de Río Negro (UNRN). <https://orcid.org/0000-0003-1748-8869>

<sup>3</sup>Universidad Nacional del Comahue (UNCOMA). <https://orcid.org/0000-0003-4562-9243>

<sup>4</sup>Instituto Universitario Hospital Italiano Buenos Aires (IUHI); Instituto de Educación Científica (INEC). <http://orcid.org/0000-0002-1823-4521>

#### Autor de referencia:

León Daniel Matusevich

[daniel.matusevich@hospitalitaliano.org.ar](mailto:daniel.matusevich@hospitalitaliano.org.ar)

## Introducción

*Vertex Revista Argentina de Psiquiatría* (<http://www.polemos.com.ar/vertex.php>) es una publicación argentina de más de 30 años de antigüedad, editada en español e incluida, en PubMed®, Scopus®, Scimago® y Medline®, cuatro de los índices más relevantes en medicina. Sus editoriales han sido escritos, casi en su totalidad por su Director, Juan Carlos Stagnaro (a partir de ahora JCS). En un artículo reciente (Matusevich et al., 2021), a través de las palabras clave más frecuentes de dichos Editoriales y de entrevistas a su editor describimos aspectos biográficos del mismo para “comprender la génesis de la revista, su impronta científico-política y las líneas editoriales que abordó”.

El Editorial en general es un género periodístico con rasgos claramente definidos y que goza de bastante tradición. A pesar de eso, apenas existen estudios monográficos acerca de dicho género periodístico y las escasas investigaciones registradas han centrado su interés en el carácter argumentativo y persuasivo del mismo, mientras que los rasgos estructurales, estilísticos y formales han quedado relegados a un segundo plano (Alcibar Cuello, 2015; Fernández Barrero, 2015).

El estudio de los Editoriales de revistas de psiquiatría es un tema muy poco abordado; en trabajos anteriores referidos a revistas de psiquiatría en nuestro país Klappenbach (Klappenbach et al., 1999; Klappenbach, 2009) y Weissmann (1999; 2000) los consideraron, pero no los analizaron de manera exhaustiva y sistemática.

El Editorial permite identificar cómo el Editor elaboró sus posiciones en relación con los temas centrales de la psiquiatría y registrar de qué manera las mismas son influidas por los cambios en las corrientes disciplinarias que se fueron dando en la especialidad (Levin, 2018).

Ruiz-Ruano García y López Puga (2020) plantean que el análisis de redes y grafos aplicado a la psicología -y podemos agregar psiquiatría- no es nuevo, pero que en estos últimos tiempos ha tomado un auge considerable. En su trabajo, realizan un recorrido histórico por la teoría de grafos y sus aplicaciones y señalan su potencial para realizar asociaciones de diversa índole. Muchas situaciones pueden ser esquematizadas o descritas, al menos en una primera aproximación, por medio de grafos, que son diagramas constituidos por puntos (vértices-nodos) y líneas (aristas-links) que conectan algunos de esos pares de puntos (Braicovich et al., 2018). La información relevante que proveen es cuáles son los vértices conectados y no dónde están ubicados ni la forma que se asigna a las líneas que los

unen. Castellanos y cols. (2018) señalan acertadamente que la teoría de grafos permite complementar los análisis cuantitativos con los cualitativos. Es decir, se cuenta con los datos numéricos de los grafos para hacer análisis cuantitativo-correlacional y además con las relaciones entre los nodos, para un análisis cualitativo de las palabras involucradas. La estrategia de usar grafos para analizar relaciones entre palabras y conceptos se ha utilizado en múltiples áreas, como psicología (Fonseca-Pedrero, 2018), clínica (Correa et al., 2020), lingüística (Castell Díaz, 2021) o educación (Menéndez Domínguez et al., 2020; Restrepo y Pereira, 2021). En psiquiatría su uso se ha centrado más en el estudio de relaciones entre patologías y regiones cerebrales (Ely et al., 2021). Hasta donde sabemos, no se utilizó en análisis de áreas temáticas en psiquiatría.

Los grafos permiten encontrar relaciones entre datos que eventualmente interactúan, en este caso, entre los Editoriales y las áreas temáticas tratadas. Es un tema poco explorado, que puede facilitar la comprensión de los procesos históricos y de cambios en el campo disciplinar.

En este artículo se realizó un análisis de las áreas temáticas más frecuentemente utilizadas en los Editoriales durante 30 años, mediante análisis de grafos, para caracterizar la orientación de las líneas editoriales de *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*.

## Métodos

Se realizó un análisis de los Editoriales y de las palabras tratadas en ellos, mediante el análisis de grafos. Las palabras y las entrevistas al Editor fueron tomadas de un trabajo anterior (Matusevich et al., 2021). Mediante el software R (<https://www.r-project.org>) se prepararon grafos, en los cuales algunos de los nodos representan a los Editoriales y otros a las palabras a analizar. Las aristas (líneas) del grafo unen a cada Editorial con las palabras que fueron tomadas de la misma. Se calcularon los índices globales del grafo de todos los Editoriales, que proporcionan las características de la red en general e índices locales, que se refieren a características de cada uno de los nodos de la red. Para los subgrafos de cada lustro se calculó el índice de centralidad del autovector (Newman, 2010), que mide la influencia de cada nodo teniendo en cuenta tanto la cantidad como la calidad de sus conexiones. Los resultados del análisis de grafos se visualizaron mediante el paquete Igraph del proyecto R (Csárdi, 2018), exportados como gráficos Encapsulated PostScript® y editados en Adobe Illustrator®.

Dieciséis Editoriales estaban íntegramente dedicadas a un solo tema: aniversarios, obituarios, etc. y no tienen conexión con ninguna palabra significativa. Por ello, fueron eliminadas del análisis cuantitativo.

Todos los datos de tablas y figuras son datos propios.

## Resultados

La *Tabla 1* muestra las palabras más frecuentes. De las 384, algo más de la mitad (206; 54%) corresponden a Psiquiatría, Salud Mental, Política, Ética e Historia.

**Tabla 1.** Frecuencia de palabras correspondientes a las áreas temáticas

N°	Palabras	n	%
P1	Adicciones	15	3,9
P2	Alcoholismo	12	3,1
P3	Psicogeriatría	10	2,6
P4	Género	2	0,5
P5	Aspectos legales	1	0,2
P6	Catástrofes y Psiquiatría	1	0,2
P7	Clasificaciones	11	2,9
P8	Cultura	8	2,1
P9	Desaparecidos	11	2,9
P10	Educación	12	3,1
P11	Encuentros Científicos	5	1,3
P12	Ética	34	8,9
P13	Historia	30	7,8
P14	Hospital de día	2	0,5
P15	Instituciones Psiquiátricas	16	4,2
P16	Demencia	6	1,6
P17	Política	24	6,3
P18	Psicoanálisis	8	2,1
P19	Psicosomática	1	0,2
P20	Psiquiatría	61	15,9
P21	Psiquiatría infantil	13	3,4
P22	Salud Mental	58	15,1
P23	Salud Pública	17	4,4
P24	Suicidio	11	2,9
P25	Violencia	15	3,9
Total general		384	100,0

Entre las particularidades que muestran las palabras significativas halladas en los Editoriales, se destaca que dos de ellas, Psiquiatría y Salud Mental, comparten prácticamente la misma cantidad de menciones (60 y 58, respectivamente). Este hecho refleja claramente la intención de JCS en relación a “...reconstruir el campo de la especialidad, como psiquiatra, desde la Psiquiatría Dinámica”, que es una forma de entender la especialidad caracterizada por sus fuertes componentes humanistas, antropológicos y psicoanalíticos. “Es desde esa posición que la revista participa del campo sanitario de la Salud Mental”, remata en las entrevistas.

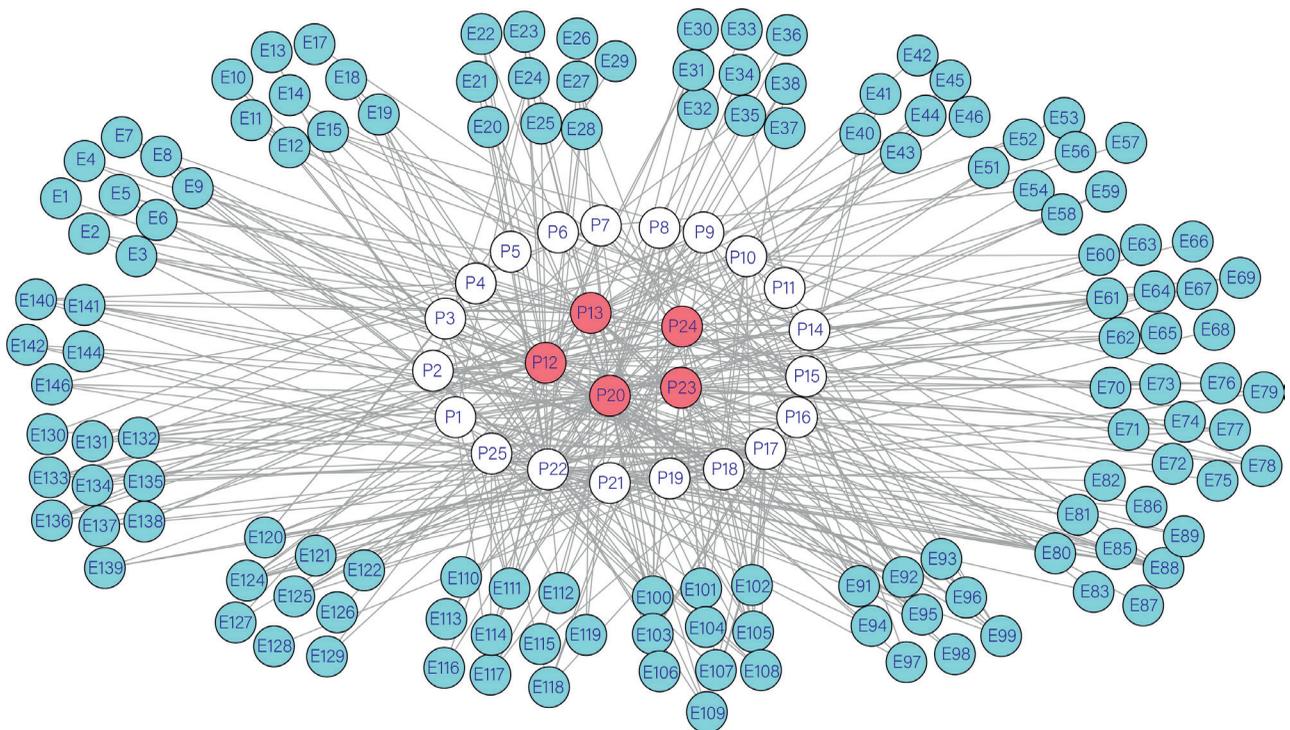
Ninguna de las palabras estuvo presente en todos los Editoriales, mostrando un amplio abanico de temas tratados en los mismos. Este primer análisis resultó orientador para conocer globalmente la frecuencia de las palabras. Para estudiar en qué forma estas palabras se distribuían, las mismas se analizaron a través de un sistema de grafos (*Figura 1*), en el que se muestra una compleja red de interacciones que conectan los Editoriales con las palabras identificadas. El orden del grafo (la cantidad de nodos) es igual a 159, de ellos 134 corresponden a Editoriales y 25 a palabras. El tamaño del grafo (líneas que conectan Editoriales con palabras) es igual a 384. A lo largo de los 30 años de duración de la Revista, los Editoriales tratan una y otra vez los mismos temas, desde diferentes ángulos y en función de las situaciones sociales y disciplinares que fueron aconteciendo. Resulta difícil establecer un patrón de correspondencia claro entre los Editoriales y las palabras, dado que muchas veces en un mismo Editorial se trata más de un tema, o bien el tema conjuga dos o más de estas palabras significativas.

Con el fin de clarificar el concepto de presencia de palabras significativas en los Editoriales, se construyeron 6 grafos, derivados del anterior, de manera que cada uno de ellos abarque un lustro de vida de la revista, desde 1990 a 2019 (*Figura 2*).

Estos grafos permiten analizar las relaciones entre Editoriales y palabras de una manera visual relativamente sencilla. Por ejemplo, el Editorial E68 del cuarto lustro incluye varias palabras (palabras P22, P11, P23, P2, etc.), en tanto que el Editorial E46 del tercer lustro solo trata el tema relacionado a la palabra violencia (P25).

Una primera lectura muestra que los Editoriales de la primera mitad de vida de la revista (los 3 primeros lustros) se concentraban en relativamente pocos temas (ver cantidad de aristas o líneas de conexión en cada lustro). En contraste, los Editoriales de la segunda mitad incluían múltiples temas.

Figura 1.



*Grafo de relaciones entre Editoriales y palabras significativas presentes en ellas. Los círculos celestes representan los Editoriales. Los círculos rojos representan las 5 palabras más frecuentes y los círculos blancos el resto de las palabras. Ver Tabla 1 para la correlación entre números de círculos rojos y blancos y palabras.*

La cantidad de temas considerados por los Editoriales también se percibe claramente al observar el diámetro relativo de sus círculos: mientras el tamaño de los círculos de los Editoriales de los tres primeros lustros es relativamente similar, los de los últimos tres aparecen de diverso tamaño, señalando que tratan temáticas más amplias, con mayor número de cuestiones y con más relaciones entre ellas.

Por otro lado, al analizar las temáticas consideradas en los Editoriales, se aprecia que el cuarto y quinto lustro tienen una mayor complejidad. En efecto, la observación del patrón de círculos de palabras (de color verde, *Figura 2*) muestra una proporción más elevada de círculos de mayor diámetro, indicando que esas temáticas se trataron en múltiples Editoriales. Esto puede visualizarse al contrastar los círculos verdes del cuarto y quinto lustro con los del segundo o tercero. En el primer caso las temáticas se concentraron en unos pocos temas y el resto se trató en uno o muy pocos Editoriales.

Las palabras más frecuentes encontradas (señaladas en rojo en la *Figura 2*) son, en general, las asociadas a autovalores mayores y se indican con círculos de mayor diámetro. Así, se puede observar, por ejem-

plo, en el segundo lustro, cómo la palabra Psiquiatría (P20) fue tratada en múltiples Editoriales (E38, E20, E27, E24, E32, etc.).

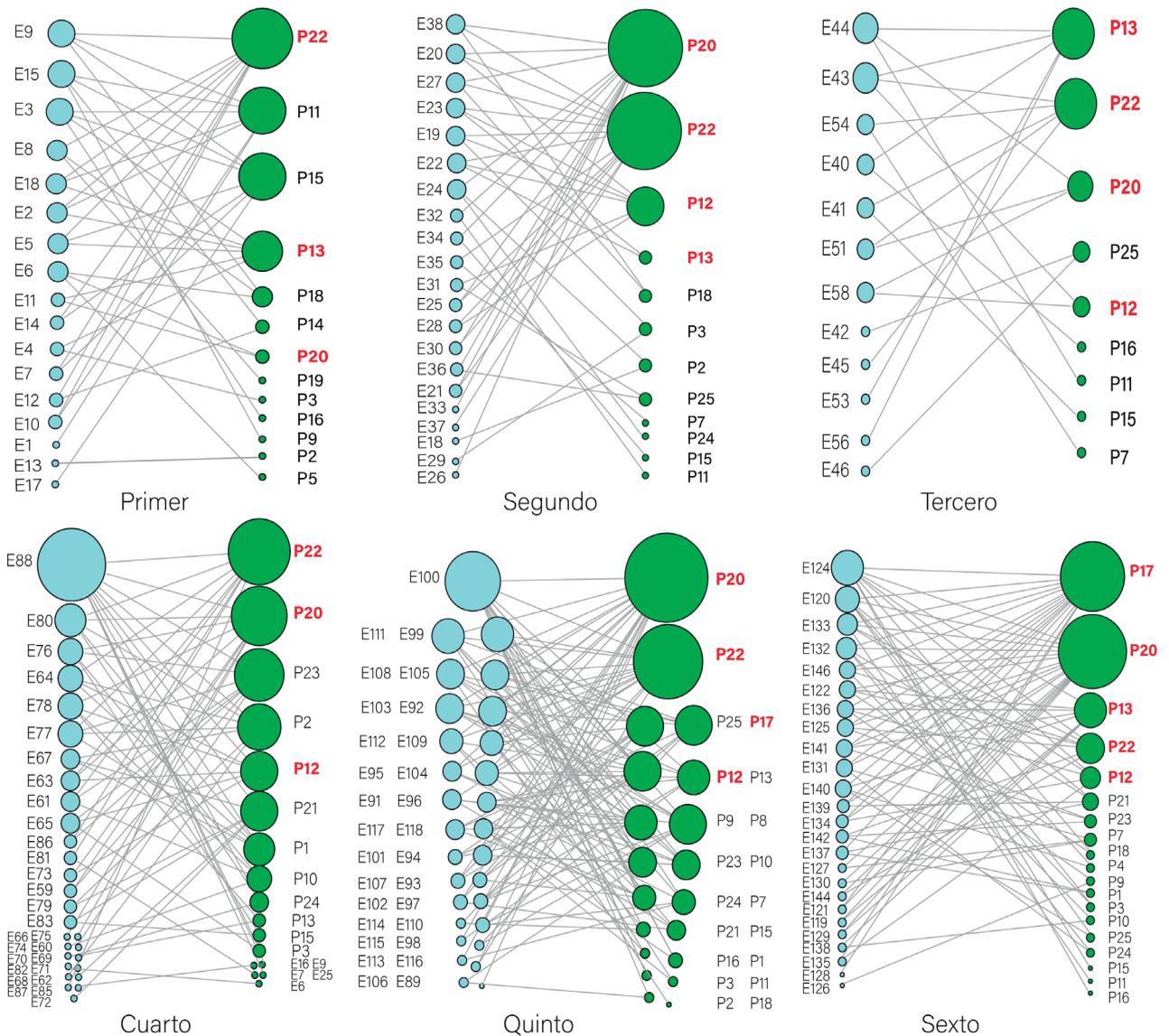
A partir de los datos generados por el análisis de palabras presentes en los Editoriales y de las métricas de autovalores generados en el análisis de grafos de las *Figuras 1 y 2*, se realizaron los gráficos mostrados en la *Figura 3* para las cinco palabras más frecuentes, que muestra el tratamiento diferencial de temas a lo largo de los años de la revista.

Tres de las palabras más utilizadas son Ética, Historia y Política (*Figura 3A*): hemos constatado que lo largo de las entrevistas, JCS se refirió a ellas en repetidas ocasiones. El significado del uso de estas y su relación con el proceso de fundación de *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría* fue analizado en un artículo enviado a publicación (Matusevich y Calzolari, 2022).

Respecto de las palabras Psiquiatría y Salud Mental (*Figura 3B*), en las entrevistas JCS plantea que:

“...la Psiquiatría es una especialidad médica, y en su especificidad tiene una teoría psicopatológica que la sustenta, es decir, una teoría del sujeto y de su enfermar; por otro lado, considero que la psicopatología que debe asumir la psiquiatría como referente teórico es la psico-

Figura 2.



Grafo de relaciones entre Editoriales y palabras significativas presentes por cada lustro. Los círculos celestes representan los Editoriales. Los círculos verdes representan las palabras significativas y las líneas las relaciones entre ellos (aristas). El diámetro de los círculos está relacionado con los valores del índice de centralidad del autovector, que mide la calidad y la cantidad de conexiones de cada nodo. Las palabras en rojo representan las palabras más frecuentes (P12: Ética, P13: Historia, P17: Política, P20: Psiquiatría, P22: Salud mental). Ver Tabla 1 para la correlación entre números y palabras.

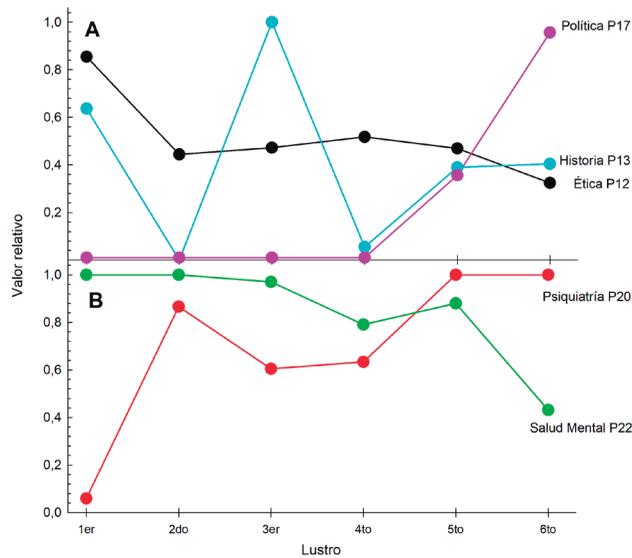
patología psicoanalítica debido a que, más allá de sus déficits y dificultades, es la teoría conjetural de la mente más coherente y completa. Esta posición nos conduce a sostener una psiquiatría con un enfoque antropológico que contempla la dimensión biológica, pero también la social, la histórico-biográfica y la simbólica en nuestro accionar clínico y terapéutico”.

En la llamada Nueva Ley de Salud Mental, promulgada en el año 2010, encontramos la siguiente definición:

“...un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.” (Art. 3, Ley 26657, Argentina, 2010).

A partir de dicho año notamos un incremento en la utilización en los Editoriales de la palabra Psiquiatría y un descenso de la aparición de Salud Mental (Figura 3B). Cabría formular la hipótesis de que esto

Figura 3.



Presencia de las palabras más frecuentes en los Editoriales a lo largo de los lustros 1990-2019. (A) Historia, Ética y Política. (B) Psiquiatría y Salud Mental. Los números de las palabras se corresponden con los de la Tabla 1

pudo deberse a una reafirmación de la identidad psiquiátrica en tiempos en los que el colectivo de dichos profesionales se sintió dejado de lado a la hora del debate sobre el texto de la ley en la Cámara de Diputados de la Nación. Sin embargo, durante ese periodo (2010-2020) la revista siguió publicando Dossiers centrados en el tema Salud Mental, como había sucedido anteriormente. Un ejemplo de ello es el Dossier del número 101, de enero-febrero 2012 (AA.VV., 2012), coordinado por el mismo JCS junto a un psicólogo y un psiquiatra, ambos miembros de la redacción, en el que se invitó a autores/as representativos de las diversas profesiones del campo de la salud mental a definir el concepto. En la Introducción de ese Dossier se hacen una serie de consideraciones en torno a la polisemia del término salud mental que resultan esclarecedoras acerca de la posición de la redacción de la revista y de su Director en relación con las confusiones a las que puede conducir cuando se lo utiliza indiscriminadamente o se lo carga de connotaciones ideológicas (Alba et al., 2012). Cabe aclarar que, de la lectura de los artículos de ese Dossier, escritos en medio de las controversias que suscitó la promulgación de la mencionada ley, no se desprende ninguna definición precisa del término, lo que confirma la pertinencia del título del mismo “Salud mental: la polisemia de un concepto”.

Quizás a la luz de esa polémica es que JCS definió en las entrevistas que le realizamos su posición al respecto:

“La Salud Mental no es una especialidad en sí, es un campo multidisciplinario e intersectorial; no es una nueva profesión. Es un campo sanitario en el que trabajan psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, y en el que se deben desplegar las políticas de Estado pertinentes. En otras palabras, salud mental es un término polisémico; por un lado, es una dimensión de la salud integral, y por otro, es un dominio de la Salud Pública”.

## Discusión

En este artículo, la teoría de grafos se ha aplicado al análisis de las relaciones entre los Editoriales de Vertex Revista Argentina de Psiquiatría y las palabras contenidas en ellos. La utilización de grafos ha permitido el análisis de palabras y abre una interesante posibilidad tanto de realizar lecturas sencillas de situaciones complejas, así como de deducir relaciones y hechos que no se perciben de modo intuitivo (Braicovich, 2020). Más relevante, quizás, es el hecho de permitir relacionar hallazgos de palabras y áreas temáticas –aportadas por los grafos– con conceptos teóricos y vivencias aportadas a través de entrevistas por el autor de todos los Editoriales, JCS (Matusevich et al., 2021).

Una primera conclusión es que las palabras no están representadas en forma similar, sino que hay mucha disparidad, marcándose cinco como las más frecuentes, de las 25 recopiladas. No obstante esta mayor frecuencia, las mismas no se encuentran presentes en todos los Editoriales: ninguna supera el 16% (Tabla 1).

Una segunda conclusión, apoyada en el análisis por medio de grafos, es que la relación entre Editoriales y palabras mostró un entramado complejo, donde aparecen Editoriales en los que se tratan uno o dos temas solamente, alternados con otros donde se discute una multiplicidad de temas. El análisis fragmentado en lustros mostró una clara diferencia entre los 15 primeros años de la revista y los restantes, con menor complejidad en la primera mitad (Figura 2), en tanto que el cuarto y quinto lustro presentan patrones más complejos. Consideramos que eso se debió a la situación social y política de nuestro país por un lado (Romero, 2017) y a la promulgación de la Nueva Ley de Salud Mental por el otro, situaciones ambas que determinaron un gran entrecruzamiento de ideas, dada la fundamental impronta cultural de la Psiquiatría.

Algunos temas que tomaron relevancia en un momento particular de la vida de Argentina o del mundo fueron objeto ocasional de tratamiento, como el Editorial acerca de las consecuencias del cambio climático y el huracán Katrina que asoló la ciudad de Nueva Orleans en los Estados Unidos (Stagnaro, 2005).

En tercer lugar, otra conclusión es que la elevada frecuencia de las palabras Ética, Historia y Política a lo largo del tiempo (Figura 3A) señala un intento de construcción de una matriz disciplinar, en el sentido que dicho concepto es utilizado por Thomas Kuhn (Kuhn, 2004). En efecto, en las entrevistas JCS hace una mención explícita a este autor y a la lectura que en la década del noventa realizó de su obra.

Como señalamos anteriormente en este mismo trabajo, la posibilidad de pensar y analizar una psiquiatría dinámica, de corte antropológico, fue retomada varias veces en las entrevistas a JCS y en la revista, por ejemplo, en el Dossier del número 125 “Filosofía y epistemología en la psiquiatría de la transparencia”, en el cual se plantea claramente que “las discusiones teóricas han sido eclipsadas por intercambios de datos en los que se privilegia tan solo la cantidad y la velocidad de la información, esterilizando cualquier posibilidad de pensamiento creativo” (Conti y Matusевич, 2016).

En síntesis, el análisis con grafos ha permitido visualizar aspectos de los Editoriales de *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, su grado de complejidad temática y cómo algunos de esos temas y conceptos se reiteraron una y otra vez a lo largo de los 30 años de la revista, en consonancia con declaraciones y conceptos teóricos derivados de entrevistas.

Después del análisis realizado podemos confirmar la hipótesis de que JCS encontró en los Editoriales una tribuna para desplegar su variada paleta de intereses, tanto científicos como políticos, donde incluyó el análisis crítico de nociones propiamente disciplinares y, fiel a su enfoque antropológico, el de otras problemáticas que atraviesan el campo de la Salud Mental pública de diferentes formas.

**Conflicto de intereses:** las autoras y los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## Referencias bibliográficas

- Alba, P., Stagnaro, J. C., Agrest, M. (2012). Introducción 2012. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(101):16-19.
- Alcibar Cuello, M. (2015). Propuesta pragmático discursiva para analizar artículos editoriales: modelo y estrategias. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico* 21(1):225-241. [https://doi.org/10.5209/rev\\_ESMP.2015.v21.n1.49091](https://doi.org/10.5209/rev_ESMP.2015.v21.n1.49091)
- Braicovich, T., Caro, P. J., Cerda, V., Osio, E., Oropeza, M., Reyes, C. (2018). *Introducción a la Teoría de Grafos*. Editorial Educo.
- Braicovich, T. C. (2020). Grafos y su enseñanza. *Números*, 103:7-11.
- Castell Díaz, J. (2021). *Formalización semántica de términos clínicos mediante grafos de conocimiento: aplicación a SNOMED-CT*. Tesis Maestría, Universidad Politécnica de Madrid.
- Castellanos, M. F. V., Villalobos, M. V. P., Bustos, C., Lagos, P. S. (2018). Cambios en el concepto aprendizaje de estudiantes de pedagogía: análisis de disponibilidad léxica y grafos. *Estudios filológicos*; (61):143-173. <https://doi.org/10.4067/S0071-17132018000100143>
- Conti, N., Matusевич, D. L. (2016). Filosofía y epistemología en la psiquiatría de la transparencia. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 27(125):22-24.
- Correa, Ó. E. B., Lagos P. S., Grabole, G. E. K. (2020). Análisis del léxico de las emociones: una aproximación desde la disponibilidad léxica y la teoría de los grafos léxicos. *Lingüística y Literatura*; 41(78):55-83. <https://doi.org/10.17533/udea.lyl.n78a03>
- Csárdi, G. (2018). Igraph Network Analysis and Visualization. R package. <https://www.r-project.org/>
- Ely, B. A., Liu, Q., DeWitt, S. J., Mehra, L. M., Alonso, C. M., Gabbay, V. (2021). Data-driven parcellation and graph theory analyses to study adolescent mood and anxiety symptoms. *Translational psychiatry*; 11(1):1-14. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01321-x>
- Fernández Barrero, M. Á. (2015). *El editorial. Un género periodístico abierto al debate*. Comunicación Social Ediciones y Publicaciones.
- Fonseca-Pedrero, E. (2018). Análisis de redes en psicología. *Papeles del Psicólogo*; 39(1):1-12. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2852>
- Klappenbach, H., Barrozo, A., Cámara, S., López, N. (1999). Estudio bibliométrico de los primeros veinticinco años de Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina (1954-1979). *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*; 45(4):303-316.
- Klappenbach, H. (2009). Análisis bibliométrico de la Revista de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata: 1964-1983. *Revista de Psicología*; 10:13-65.
- Kuhn, T. (1969). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo Cultura Económica, 2004:357.
- Levin, S. (2018). *La psiquiatría en la encrucijada*. Eudeba.
- Matusевич, D. L., Calzolari, A. (2022). La revista Vertex a través de su Editor y sus editoriales: la fundación. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*. Enviado a publicación.
- Matusевич, D. L., Szulik, D., Calzolari, A. (2021). La revista Vertex a través de su Editor y sus editoriales: los años de formación y el exilio. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*; 41(3):140-146. <https://doi.org/10.51987/revhospitalbaires.v41i3.110>
- Menéndez Domínguez, V. H., Guerrero Sosa, J. D. T., Castellanos Bolaños, ME, Zurita Gallegos, E. (2020). Análisis de la producción de cuerpos académicos basado en teoría de grafos. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*; 10(20):e056. <https://doi.org/10.23913/ride.v10i20.603>
- Newman, M. E. J. (2010). *Networks. An Introduction*. Oxford University Press.
- Restrepo, J. M. G., Pereira, R. T. (2021). Aplicación de técnicas de minería de texto para el descubrimiento de relaciones conceptuales entre trabajos de grado. *Revista Colombiana De Tecnologías De Avanzada*; 2(38):80-87.
- Romero, L. (2017). *Breve historia contemporánea de la Argentina: 1916-2016*. Fondo Cultura Económica.
- Ruiz-Ruano García, A. M., López Puga, J. (2020). Modelos gráficos y redes en Psicología. *Revista de Historia de la Psicología*; 41(4):24-33. DOI: [10.5093/rhp2020a18](https://doi.org/10.5093/rhp2020a18)
- Stagnaro, J. C. (2005). Editorial. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*; 16(63):iv.
- Varios autores/as. (2012). Dossier: Salud Mental, la polisemia de un concepto. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*; 23(101):16-80.
- Vertex Revista de Psiquiatría. <http://www.polemos.com.ar/vertex.php>
- Weissmann, P. (1999). *Cuarenta y cinco años de Psiquiatría Argentina desde las páginas de ACTA*. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Weissmann, P. (2000). Vertex Revista Argentina de Psiquiatría. Historia, estudio sociobibliométrico y análisis cuantitativo de sus secciones en su décimo aniversario (1990-2000). *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*; XI, Suplemento II.

# Trastorno por duelo prolongado: un nuevo diagnóstico en el DSM-5TR

*Prolonged grief disorder: a new diagnostic entity in DSM-5TR*

Elena Levy Yeyati<sup>1</sup>

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i156.179>

## Resumen

El duelo prolongado es una respuesta normal de duelo, pero persistente y profunda. Las manifestaciones se extienden por un atípico período de 6 meses o más (CIE-11) o de 12 meses (DSM-5TR) después de la pérdida de un ser querido. En el trabajo se destaca la distancia conceptual del nuevo trastorno con el enfoque clásico, reflejado en otra sección del DSM-5, lo que sugiere un desacuerdo entre distintos grupos de trabajo. Perteneció al enfoque clásico también, la perspectiva de Freud y su diferencia entre duelo y melancolía (depresión mayor). Se ilustra el trabajo de duelo en un caso particular y autobiográfico, que muestra que la frontera entre lo normal y lo patológico es incierta en el duelo. El nuevo diagnóstico puede ser un factor que contribuya a ayudar a una población cada vez mayor de individuos longevos que enviudan, pero el riesgo es la medicalización del duelo.

**Palabras clave:** DSM 5TR - CIE 11 - Duelo prolongado - Freud - Duelo y melancolía - Joan Didion.

## Abstract

*Grief is a normal response following the death of a beloved one. Prolonged grief disorder is defined when grief is intense and has persisted for an atypically long period of time; more than 6 months (ICD-11) or more than 12 months (DSM-5TR). This article discusses the conceptual distance between this new disorder and that of classical descriptions, as considered in a distinct Section of the DSM-5. These differences suggest disagreements among different working groups for disorders. Freud's perspective on mourning and melancholia (major depression disorder) pertains also to a classical scope. The grief work is exemplified with an autobiographical case, that illustrates how borders between normal and pathological grief are blurred. Although a new disorder might assist an ever longer-lived population that becomes widow, the risk is the medicalization of grief.*

**Keywords:** DSM 5TR - CIE 11 - Prolonged grief disorder - Freud - Mourning and melancholia - Joan Didion.

---

RECIBIDO 3/3/2022 - ACEPTADO 25/4/2022

<sup>1</sup>Doctora en Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Psiquiatra. Psicoanalista. Profesora del Instituto Superior de Médico Especialista en Psiquiatría (APSA), Miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana (EOL).

**Correspondencia:**

[elyeyati@intramed.net](mailto:elyeyati@intramed.net)

“Si era cierto que los muertos podían regresar,  
 ¿qué sabían cuando regresaban?  
 ¿Podíamos afrontarlos?  
 ¿Nosotros, que habíamos permitido que murieran?  
 La clara luz del día me dice  
 que yo no dejé morir a John, que yo no tenía aquel  
 poder,  
 pero ¿realmente lo creo? ¿Y acaso lo cree él?”  
 Joan Didion, 2005.

## Introducción

En marzo de 2022 se publicará el *Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales* en su versión 5 revisada (DSM-5TR) que incorpora el trastorno por duelo prolongado (*prolonged grief disorder*) (Moran, 2021). El nuevo diagnóstico fue revisado conjuntamente con los autores de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-11), que ya lo han incluido dentro del grupo de trastornos específicamente relacionados con el estrés (WHO, 2021).

Un primer análisis muestra que la especificidad del nuevo diagnóstico es dudosa porque es difícil encontrar diferencias entre dicho constructo y un motivo de consulta desencadenado por una pérdida, un duelo normal o la depresión mayor. Creemos que estas ambigüedades explicarían las diferencias de definición, existentes en el DSM-5, entre depresión mayor y duelo prolongado. Es conveniente, para la orientación del juicio clínico, retomar la distinción freudiana entre duelo y melancolía, señalar sus afinidades con la perspectiva clásica y mostrar su vigencia. El relato de un caso autobiográfico de la experiencia de un duelo, permite aplicar los conceptos y señalar lo difícil que resulta determinar sus límites entre lo normal, lo patológico y lo prolongado.

## Definiciones en CIE-11 y DSM-5TR

### Trastorno por duelo prolongado en CIE-11 (WHO, 2021)

“Es una perturbación en la que luego de la muerte de una pareja, padre, hijo u otra persona querida se da una respuesta de duelo persistente y profunda caracterizada por añoranza o preocupación persistente por el fallecido, acompañadas por un intenso dolor emocional (p. e.: tristeza, culpa, ira, negación, acusación, dificultad para aceptar la muerte acontecida, sentimiento de haber perdido de sí o que algo de uno mismo ha muerto, incapacidad para sentir emociones positivas, aturdimiento, dificultades para la vida social u otras

actividades). La respuesta de duelo se extiende por un período anormalmente largo luego de la pérdida (6 meses o más) y, claramente, supera lo esperado social o culturalmente, o según la religión que establece lo normal del duelo en cada contexto. La perturbación es causa de una disfunción significativa en lo personal, lo familiar, lo social, educacional, laboral y otras áreas importantes de la vida.”

### Trastorno por duelo prolongado Criterios A, B y C en DSM-5 TR (Moran, 2021)

- A. Muerte de un ser cercano ocurrida al menos 12 meses antes (Si son niños, al menos 6 meses).
- B. Desde la muerte, desarrollo persistente de una respuesta de duelo caracterizada por uno a dos de los siguientes síntomas, que se presentan la mayor parte de los días en un grado clínicamente significativo. Los síntomas pueden ocurrir casi todos los días durante al menos un mes:
  1. Añoranza intensa por la persona fallecida.
  2. Preocupaciones con pensamientos o recuerdos del muerto (en niños y adolescentes, la preocupación puede centrarse en las circunstancias de la muerte).
- C. Desde la muerte, al menos tres de los siguientes síntomas han estado presentes la mayor parte de los días en un grado clínicamente significativo. Los síntomas pueden ocurrir casi todos los días durante al menos un mes:
  1. Perturbación de la identidad desde la muerte (p. e. sentimiento como si parte de uno hubiera muerto).
  2. Sentimiento de marcada incredulidad para aceptar la muerte.
  3. Evitación de recuerdos o recordatorios que indiquen que la persona ha fallecido (en niños y adolescentes, puede estar caracterizado por esfuerzos para evitar los recordatorios).
  4. Dolor emocional intenso (p. e. ira, amargura, tristeza).
  5. Dificultad para seguir adelante: retomar relaciones y actividades luego de la muerte (p. e., dificultades para compartir con amigos, compartir intereses, o planificación futura).
  6. Aturdimiento (ausencia o marcada reducción de experiencias emocionales) como resultado de la muerte.
  7. Sentir que la vida no tiene sentido como resultado de la muerte.
  8. Sentimiento de intensa soledad como resultado de la muerte.

Distintas denominaciones fueron consideradas previamente. Finalmente se acordó emplear la establecida en la CIE-11 -duelo prolongado (*prolongad grief disorder*)-, descartándose la que inicialmente figuraba en el DSM-5 (APA, 2013) -duelo persistente y complejo (*persistent complex bereavement disorder*)- porque la primera resultaba más simple. Además, hay una diferencia en cuanto al significado entre “*grief*” y “*bereavement*”, que en español se pierde. *Grief* significa duelo, dolor, pena profunda, luto; mientras que *bereavement* es el acontecimiento que causa un estado de dolor como la pérdida de un ser querido (Oxford Dictionary, 2022). En la nueva nomenclatura se eligió *grief* porque destaca el padecer subjetivo ante una pérdida.

En ambas nomenclaturas, el duelo prolongado refiere a la pérdida a causa de la muerte de un ser querido y a las vicisitudes subjetivas del doliente. Las diferencias con el duelo normal estarían dadas sólo por su duración y su intensidad. La presencia de pasiones tristes: nostalgia, tristeza, culpa, ira, amargura y la ausencia de sentimientos de placer en la vida cotidiana lo aproximan a la depresión. Las definiciones, sin embargo, no incluyen la ideación suicida, los autorreproches o sentimientos de inutilidad.

## Antecedentes y controversias en torno a la pérdida y sus consecuencias

En la primera edición del DSM-5 se eliminó la reacción tras la muerte de un ser querido (duelo) como criterio de exclusión para hacer un diagnóstico de trastorno depresivo mayor (APA, 2014). Por lo tanto, un paciente podía ser diagnosticado y tratado por una depresión, desarrollada a punto de partida de un duelo, si la intensidad y duración de sus síntomas perturbaban inusualmente su vida cotidiana.

En una nota al pie de los criterios diagnósticos de la depresión mayor (APA, 2013, p. 161), que figuran en la Sección II -donde se consignan los síndromes vigentes-, se hace referencia al juicio del clínico que debe poder distinguir el duelo y la depresión, e incluso, el momento en que uno vira hacia la otra. También se explica que la depresión mayor puede ser una respuesta a pérdidas significativas diversas (p. e. aflicción por la muerte de un ser querido, ruina económica, pérdidas por desastres naturales, una grave enfermedad médica o incapacitante). Vale decir que, una pérdida significativa, puede desencadenar el trabajo del duelo o una depresión. No hay ninguna referencia a un duelo complejo ni prolongado.

Pero en la Sección III del mismo manual (APA, 2013, pp. 789-790), donde figuran los trastornos que

requieren más estudios para su establecimiento, se incluye el entonces llamado duelo persistente y complejo, que se desarrollaría como un duelo excesivamente largo, que va complicándose con síntomas depresivos, pero donde lo central está en la idea de pérdida por muerte de un ser querido.

Por lo tanto, la primera versión del DSM-5 ya indicaba que entre los distintos grupos de trabajo había un debate implícito (o un desacuerdo) en torno al establecimiento de un hipotético trastorno por duelo patológico. Para algunos, es un duelo que viró hacia la depresión y, para los otros, es un trastorno específico y diferente de una depresión.

En otro lugar ya señalé (Levy Yeyati, 2014) que los grupos de trabajo para el establecimiento de los diferentes trastornos se comunican poco entre sí, y a veces parecen contradecirse. Es como si fueran grupos con intereses segregativos unos de los otros. Cada grupo, al demostrar la fiabilidad de un constructo específico al que se abocan, tendrá más posibilidades de obtener financiamiento para investigaciones o publicaciones. Pero las categorías psicopatológicas carecen de límites administrativos, netos y bien delimitables.

## La pérdida en “Duelo y melancolía” de Freud

Desde que Freud publicó “Duelo y melancolía” en 1917 sabemos que la pérdida de la que se trata en el duelo admite acontecimientos diversos. Según Freud, el duelo es la reacción frente a la pérdida de una persona amada (por muerte o abandono) o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. Otras pérdidas que pueden ocurrir conciernen a nuestros bienes económicos, el trabajo, la salud. A raíz de idénticas influencias, agrega Freud, en muchas personas se observa la melancolía en lugar de duelo y por eso sospechamos una disposición enfermiza (Freud, 2006 a, [1917]). Como vemos, sus precisiones son tan clásicas y sencillas que se conservan en lo que afirmamos más arriba.

La distinción que introdujo Freud entre el duelo y la melancolía gira en torno al delirio de indignidad y al empequeñecimiento del yo, presentes en la melancolía y ausentes en el duelo. Es decir, Freud no considera que el duelo pueda complicarse, sino que se superará a no ser que se transforme en una melancolía -que es su modo de nombrar un duelo patológico.

[Al duelo] “... nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico ni remitirlo al médico para su tratamiento. Confiamos en que pasado cierto tiempo

se lo superará, y juzgamos inoportuno y aun dañino perturbarlo” (Freud, 2006 a, [1917]: 242).

Algo análogo planteó Freud a propósito de las neurosis traumáticas (precursoras del estrés postraumático): desaparecido el factor desencadenante (la guerra) la neurosis se evaporaba. Y si persistía había que pensar en otro diagnóstico y no en una neurosis traumática (Freud, 2006 b, [1919]).

En el duelo, así como en la neurosis traumática, la reacción normal a un acontecimiento extraordinario acentúa el lado traumático (en un sentido subjetivo u objetivo) de la ecuación causal. En ambos el factor accidental prevalece por sobre la disposición constitucional -para emplear la fórmula de las series complementarias-. Si, por el contrario, lo que prevalece es una disposición individual, la manifestación sintomática ya no pertenecerá ni al duelo ni a la neurosis traumática, aunque haya sido precipitada por ello. (Estas distinciones tienen un gran interés pronóstico y terapéutico que aquí sólo puedo mencionar).

## Un caso de duelo autobiográficamente narrado

Los autores de la CIE-11 y del DSM-5 obtuvieron los datos más relevantes en trabajos de campo basados en entrevistas de individuos dolientes de la población, como el realizado por *Yale Bereavement Study* (Prigerson, 2009). Este estudio comprende principalmente ancianos, viudas, mujeres caucásicas, residentes de una región pequeña de Estados Unidos cuyos cónyuges fallecieron principalmente por causas naturales. Otros estudios también incluyeron mayoritariamente mujeres, viudas, blancas y bien educadas.

*El año del pensamiento mágico* es un ensayo autobiográfico que escribió Joan Didion (2005), escritora y periodista, tras la muerte de su marido, luego de 40 años de casados. Dadas algunas coincidencias de la autora con la población de referencia considero oportuno exponer sus reflexiones, testimonio de experiencias singulares, donde trata el duelo con simplicidad desde un punto de vista clásico.

En el relato de Didion la excesiva precisión cronológica alterna con *flashbacks* de su historia. Lo que no significa que ella quiera recordar. Lo que muy a su pesar retorna, como en oleadas, la devuelve a un tiempo en que busca cambiar lo acontecido: que John, su marido, no estuviera muerto. El efecto torbellino -como lo denomina- es una compulsión a evocar y asociar que no puede detener. El torbellino tiene el matiz del autorreproche y la perplejidad: si hubiera sabido in-

terpretar a tiempo gestos, dichos, escritos, que ahora retornan en su mente como signos enigmáticos, el destino habría sido otro. Aunque es una mujer muy racional, se siente culpable de su muerte por no haber entendido a su compañero.

Alojarse en un hotel donde transcurrieron muchos años de su vida junto a su esposo y su hija -gravemente enferma, residente en otra ciudad a donde Joan debe trasladarse mientras escribe- fue un modo que encontró para defenderse de la angustia y la culpa. El hotel es el Beverly Wilshire que le parece el único sitio “... donde todo seguiría igual, donde nadie conocería los acontecimientos de mi vida reciente... donde yo todavía podría ser la persona que había sido antes de que sucediera nada de todo aquello” (Didion, 2005, p. 89).

Si forzamos la equivocidad translingüística podríamos interpretar lo siguiente: *wil-shire* es el condado o el territorio de la voluntad, del control de sí, de su deseo. La *terra cognita* donde el pensamiento de Joan reina omnipotente y cuya superstición le permite sostenerse.

Pero la defensa, por la que mantiene vivo a su esposo en ella, es la otra cara del trabajo del duelo que debe realizar para poder perderlo. No podía evitar la rumiación: “Si yo hubiera hecho tal o cual cosa ¿acaso estaría John vivo o Quintana sana? ¿Acaso me hacía falta revivir hasta la última de mis equivocaciones?” Ser empujada a asociar, evocar, dudar es repetir el examen de la realidad que le muestra que el objeto amado ya no existe, no para comprender, sino para poder desinvertirlo y separarse. Ese trabajo resulta antinatural para el psiquismo que no quiere abandonar una posición libidinal alcanzada. Freud nos explica que “esa renuencia puede alcanzar tal intensidad que produzca un extrañamiento de la realidad y una retención del objeto por vía de una psicosis alucinatoria de deseo” (Freud, 2006 a, [1917]) p. 242). La dolorosa experiencia está atravesada por remordimientos, culpas, reproches que, a pesar de ser disparatados, nos parecen muy naturales. Al perder a su compañero pierde más que a un ser querido, pierde los fundamentos de un estilo de vida.

Más allá del necesario trabajo íntimo del duelo, Didion tiene en cuenta un factor de presión social. Tal como lo que expresó G. Gorer, vivimos en tiempos en que hay un rechazo del duelo en público y esto genera una presión cada vez mayor, que impone el “deber ético de divertirse”, como un nuevo “imperativo de no hacer nada que pudiera reducir la diversión de los demás” (-Gorer, 1965, citado en Didion, 2005). Tanto en Inglaterra como en Estados Unidos, comenta, la tendencia contemporánea consiste en tratar el duelo como una

autocompasión morbosa y en conceder admiración a aquellos parientes del difunto que esconden tan bien su dolor que nadie podría adivinar lo que les pasó.

Si hace falta incluir el duelo en una clasificación de trastornos mentales esto puede obedecer a múltiples factores. Es cierto que la perturbación puede causar una disfunción significativa (personal, familiar, social). Pero también hay como un imperativo de vivir bajo el empuje a ser felices y divertirse de lo contrario estamos mal. El trabajo de duelo, que en ella llevó un tiempo y un dolor incalculable, no encajan en ningún estándar, siempre habrá sido excesivamente largo, penoso, mortificante y secreto. La escritura fue su conjuro.

## Conclusiones e interrogantes

¿Cuáles son los alcances, los límites y las resonancias culturales del nuevo diagnóstico? El trastorno por duelo prolongado puede ser una herramienta útil para asistir a personas que lo necesitan, especialmente a la población longeva que enviuda. Pero también introduce el riesgo de la medicalización del duelo.

Los autores del duelo prolongado no quieren ser considerados representantes de discursos culturales hegemónicos. Por lo tanto, en los trabajos realizados para respaldar la promoción del nuevo trastorno, explican que el duelo prolongado es una reacción normal, pero de duración e intensidad anormal. Definición cuyo argumento, en cuanto a la idea de reacción normal, es comparable con el que se dio en el DSM-III para establecer el estrés postraumático: una reacción normal ante un acontecimiento anormal.

Aunque reconocemos la existencia de síntomas típicos y síndromes estables a lo largo de las épocas, hoy sabemos que las nomenclaturas también son construidas socialmente -en el sentido de Ian Hacking (2001)- y que cambian vertiginosamente. Por un lado, hay una tendencia a la despatologización de algunos aspectos de la vida mediante la modificación o cancelación de muchos trastornos mentales. Por otro lado, se patologizan aspectos de la vida que hasta entonces se consideraban naturales mediante su inclusión como nuevo trastorno. Los cambios se deben a múltiples interacciones: no sólo participan comités de expertos e instituciones oficiales que los financian, sino también asociaciones civiles diversas, grupos de pacientes, de usuarios, de familiares, la industria farmacéutica y editorial, etc.

A propósito del duelo prolongado se introduce la misma clase de interrogantes que surgieron frente al establecimiento del estrés postraumático: en cuanto a los criterios para definirlo ¿constituye un trastorno

único y específico o representa una combinación, antiguamente reconocida, entre ansiedad de separación, depresión o estrés postraumático? ¿se trata de individuos predispuestos a otras patologías y lo que el duelo dispara es la tendencia subyacente?; la inclusión del trastorno por duelo prolongado ¿contribuye a la medicalización de las emociones humanas o es un nuevo modo de atender vicisitudes luctuosas en una sociedad cada vez más longeva?

Ya ha sido demostrado (Cf. Young, 1995) cómo en 1980 el estrés postraumático respondía particularmente a las necesidades de los veteranos de Vietnam, al reclamo de sus derechos a recibir compensación y reconocimiento tras una vergonzosa derrota. En 2022 ¿hay algún grupo o comunidad que reclame derechos a través del diagnóstico de duelo prolongado? Hasta ahora sólo parecen beneficiados sus autores, pero una investigación siguiendo esta pregunta no parece vana.

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

## Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition DSM-5TM. American Psychiatric Publishing
- American Psychiatric Association (2014) Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5 [Archivo PDF] <https://www.psychiatry.org>
- Didion, J., (2005) *El año del pensamiento mágico*. Literatura Random House
- Freud S., (2006) [1917]Duelo y melancolía. En *Obras Completas*.Vol. XIV (pp. 241-255). Amorrortu
- Freud, S., (2006 b)[1919] Introducción al Simposio sobre las neurosis de guerra. En *Obras Completas*. Vol. XVII. Amorrortu
- Gorer G., (1965) *Death, Grief, and Mourning*. Doubleday
- Hacking I., (2001). *¿La construcción social de qué?* Paidós
- Levy Yeyati, E., (2014) Trastorno por estrés postraumático: cambios significativos en el DSM-5. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.*, Vol. XXV, 68 – 72 [Archivo PDF] <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex126.pdf>
- Moran, M., (2021) Updated DSM-5 Text Revisions to Be Released in March [Archivo PDF] <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2022.1.20>
- Oxford University Press. Definition of grief; bereavement. En *Oxford English and Spanish Dictionary, Synonyms, and Spanish to English Translator*. Recuperado el 2 de febrero de 2022 de <https://www.lexico.com/>
- Prigerson ,H., Horowitz, M., Jacobs, S., Parkes, C., Aslan, M., Goodkin,K., Raphael, B., Marwit, S., Wortman, C. Neimeyer, R.A., Bonanno, G., Block, S., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B.T., Johnson,J.G., First, M.B., Maciejewski, P.B. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and CIE-11. *PLoS Med* <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- World Health Organization (2021). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (CIE-11) 6B42 Prolonged grief disorder <https://CIE.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/CIE/entity/1183832314>
- Young, A., (1995). *The Harmony of Illusions. Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton University Press.

## Mejoramiento del rendimiento cognitivo y plasticidad post lesional durante el tratamiento ambulatorio intensivo por trastorno por uso de sustancias. Reporte de caso

*Improved cognitive performance and post-injury plasticity during intensive outpatient treatment for substance use disorder. A case report*

**Ana Karina Hurtado<sup>1</sup>, Gustavo Irazoqui<sup>2</sup>, Luciana García<sup>3</sup>, Rafael Groisman<sup>4</sup>, Federico Pavlovsky<sup>5</sup>**

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i156.180>

### Resumen

Las funciones cognitivas pueden sufrir deterioro en grados variables y diferentes factores modificables pueden incidir en su evolución. El deterioro cognitivo leve es un síndrome intermedio entre el deterioro normal y el más grave relacionado a demencia y dentro de los factores modificables relacionados a su evolución se encuentra el consumo de sustancias. Se han desarrollado técnicas de cribado con valor predictivo para identificar este deterioro durante la evaluación neuropsicológica. Se presenta un caso clínico de un paciente joven con déficit cognitivo leve y policonsumo que tras 24 meses de tratamiento en un dispositivo ambulatorio intensivo mostró mejoría en los puntajes de cribado cognitivo y las neuroimágenes. Al igual que en otras causas modificables, un cribado cognitivo temprano en pacientes con trastorno por uso de sustancias podría ser una herramienta para detectar otras dimensiones afectadas y contribuir con terapias específicas que promuevan la plasticidad post lesional y la mejora general del paciente.

**Palabras clave:** Funciones cognitivas - Adicciones - Tratamiento ambulatorio - Actividad cerebral.

### Abstract

*There are different degrees of cognitive functional decline and modifiable risk factors related to their evolution. Mild cognitive impairment is a state of cognitive function between that seen in normal aging and dementia and is related to an increased risk of developing dementia. Among its potentially modifiable risk factors, substance use disorders have been described. In particular, techniques with predictive value have been developed to identify this impairment during neuropsychological assessment. We present a clinical case of a young patient with mild cognitive deficit and multiple drug abuse who after 24 months of an intensive outpatient treatment showed improvement in cognitive screening scores and neuroimaging. Together with other modifiable lifestyle factors, early cognitive screening in patients with substance use disorder could be a tool to detect other dimensions affected and contribute with specific therapies that promote post-injury plasticity and overall patient improvement.*

**Keywords:** Cognitive - Substance use disorder - Outpatient treatment - Diagnosis - Brain activity.

---

RECIBIDO 16/3/2022 - ACEPTADO 5/5/2022

<sup>1</sup>Médica/o Psiquiatra, Magíster en Neuropsicofarmacología.

<sup>2</sup>Licenciado en Psicología, Magíster en terapia cognitivo conductual de las adicciones.

<sup>3</sup>Doctora en Medicina.

<sup>4</sup>Magíster en Psiconeurofarmacología.

<sup>5</sup>Médico Psiquiatra y Legista, Magíster en Prevención y Tratamiento de conductas adictivas.

### Autor de referencia:

Federico Pavlovsky

[fpavlovsky@gmail.com](mailto:fpavlovsky@gmail.com)

Lugar de realización del estudio: Dispositivo Pavlovsky, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

## Introducción

La cognición es la capacidad que permite al individuo resolver situaciones cotidianas a partir del correcto aprendizaje y procesamiento de la información del entorno (González Martínez et al., 2021). Las funciones cognitivas engloban la percepción, atención, habilidad viso-espacial, orientación, memoria, así como el lenguaje y cálculo. Algunas de ellas, sufren un grado de deterioro variable por factores modificables (Custodio et al., 2013). Por otro lado, el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) es un síndrome intermedio entre el deterioro cognitivo normal y el más grave relacionado a demencia, que cuenta con mayor riesgo de desarrollar esta última. Está caracterizado por la presencia de déficit cognitivos que no cumple criterios de demencia y con nula o mínima interferencia con la actividad cotidiana (Barahona et al., 2014; Frutos Alegría et al., 2007). Algunos estudios precisan que el uso de técnicas de cribado, como la técnica Montreal (MoCA por sus siglas en inglés) durante la evaluación neuropsicológica tendría valor predictivo para el DCL (Loureiro et al., 2018).

Dentro de los factores de riesgo modificables del DCL se encuentra el Trastorno por Uso de Sustancias (TUS); el cual imparte alteraciones de funciones cognitivas que condicionan una cascada de síntomas conductuales y neuropsiquiátricos (Cancino y Rehbein, 2018; Viladrich et al., 2017). Así, los pacientes con TUS más severamente afectados en el test de MoCA tendrían un mayor riesgo de progresión del deterioro cognitivo leve a demencia (Rojo Mota et al., 2013). En otro estudio, el cribado con el test MoCA (Montreal Cognitive Assessment, por sus siglas en inglés), ha demostrado tener suficiente especificidad para confirmar o descartar el diagnóstico de DCL (Holguin Zambrano y Medina Quiroga, 2022). Sin embargo, poco se ha explorado los efectos en el deterioro cognitivo de tratamientos multidimensionales en pacientes con TUS.

Por otro lado, hay cambios estructurales y funcionales en diferentes niveles de la organización del sistema nervioso en el TUS vinculados al concepto de neuroplasticidad (Torrealba et al., 2017; von Bernhardt et al., 2017). Se han descrito mecanismos neuroplásticos a corto, mediano y largo plazo relacionados con la conducta adictiva que perturban la remodelación del mapa neurosináptico en la corteza mesolímbica y muchas regiones del cerebro anterior (Torrealba et al., 2017; Nestler et al., 2001). Posterior a lesiones centrales hay remodelación que subyace a la recuperación clínica parcial o completa y es denominada plasticidad post lesional (Garcés-Viera y Suárez-Escudero,

2014). Diversas técnicas neurofisiológicas han permitido describir esta reorganización cerebral, como lo son las neuroimágenes por resonancia magnética, la tomografía por emisión de positrones, la tomografía computarizada por emisión de fotón único cerebral (SPECT, por sus siglas en inglés) y la estimulación eléctrica transcraneal (López Roa, 2012)

Es en este marco que presentamos un caso clínico de un paciente joven con policonsumo que evidenció DCL al que se le realizó seguimiento cognitivo mediante evaluación secuencial con test MoCA y SPECT durante un tratamiento ambulatorio e intensivo.

## Descripción del caso clínico

### Antecedentes

Paciente masculino de 34 años que acude en búsqueda de tratamiento por consumo problemático de sustancias. Las características principales de dicho trastorno fueron un inicio temprano y policonsumo de cocaína, crack, cannabis no medicinal, nicotina, psicofármacos y alcohol con afectación de vínculos familiares e interpersonales, internaciones previas, conflictos legales y conductas de riesgo de vida.

El paciente manifestaba un neurodesarrollo armónico en la infancia. El consumo se inició a los 15 años con cannabis no medicinal, y a los 16 con consumo de alcohol. En los últimos años empeoró el consumo de alcohol con episodios de *black out* y consumo concomitante de cocaína y crack. A pesar del TUS, el paciente demostró aptitudes académicas y desarrolló un deporte olímpico en la adolescencia y luego completó estudios universitarios. En lo vincular, formó pareja estable y tiene un hijo.

En 2017 transitó duelo materno con aumento del consumo de crack, ideaciones paranoides de perjuicio e ideas de muerte. En 2018 fue ingresado por trastorno psicótico inducido por sustancias y fue medicado con olanzapina, divalproato de sodio, levomepromazina y pregabalina. Presentó acatisia por uso de haloperidol y risperidona los cuales fueron utilizados en la etapa aguda del cuadro clínico. Se estabilizó, pero en enero de 2019 presentó recaída que obligó a practicar una nueva internación en clínica neuropsiquiátrica, sin generar adherencia a las intervenciones terapéuticas.

En marzo de 2019 ingresó al dispositivo ambulatorio de hospital de día en la misma institución. En ese momento el examen mental registrado en su Historia Clínica lo describe como precontemplativo, con hipotimia y pensamiento rígido de características melancólicas. Recae en el consumo y solicita de mane-

ra voluntaria nueva internación, durante la que se le prescribe un aumento en la dosis de olanzapina y se inicia psicoeducación a la red vincular del paciente.

En julio de 2019 es admitido en el dispositivo ambulatorio adonde es evaluado y se diagraman los estudios iniciales y la estrategia de tratamiento según los procedimientos habituales (Berrio Cuartas et al., 2021).

## Evaluación psiquiátrica realizada en el dispositivo

En el examen mental de ingreso se constata en el paciente actitud pasiva, desorientado en tiempo, conciencia parcial de enfermedad, hipomnésico, discinesias, pensamiento retardado de contenido coherente, insomnio mixto y episodios de atracones. Llegó con la indicación de un esquema farmacológico que incluía 5 drogas (ver Tabla 1).

### Estudios clínicos iniciales al ingreso al dispositivo

- Hemograma: Normal (Glóbulos blanco 11.3mil/mm<sup>3</sup> - Hg. 16 g/dl, Hematocrito 48.5%).
- Glucosa: 98 mg/dl, Urea 44 mg/dl, creatinina 1.10 mg/dl.- Ácido úrico: 6.9l.
- Hepatograma: TGO 25 - TGP 34 mg/dl. Bilirrubinas, Normales.
- Colesterol total 223 mg/dl - triglicéridos 245 mg/dl.
- Test de Elisa VIH, Negativo - VDRL, No reactivo.

En las siguientes entrevistas se realizaron diferentes test de *screening* (ver Tabla 1) para objetivar el tipo y grado de dependencia (Bush et al., 1987; Conde et al., 2018; Sullivan et al., 1989; Fagerström & Furberg et al., 2008; Adamson et al., 2010; Pérez Gálvez et al., 2010).

### Cribado cognitivo y neuroimágenes diagnósticas

En la tercera entrevista se realizó el test MoCA. En este procedimiento se evaluaron los siguientes dominios cognitivos: a) comprensión auditiva; b) planeamiento; c) memoria visual y reconstrucción de una imagen gráfica; d) habilidades visuo-espaciales; e) programación motora y ejecución; f) conocimiento numérico; g) pensamiento abstracto (instrucción semántica); h) inhibición de la tendencia a colocar por características perceptuales del estímulo e i) concentración y tolerancia de la frustración (Rojo Mota et al., 2013). El resultado fue deterioro cognitivo leve y se sospecha estar ante una demencia temprana por deterioro del funcionamiento visual espacial / ejecutiva (ver Figura 1, panel a) y un puntaje de 24/30 (valor de corte normal: 26 a 30).

### Neuroimágenes

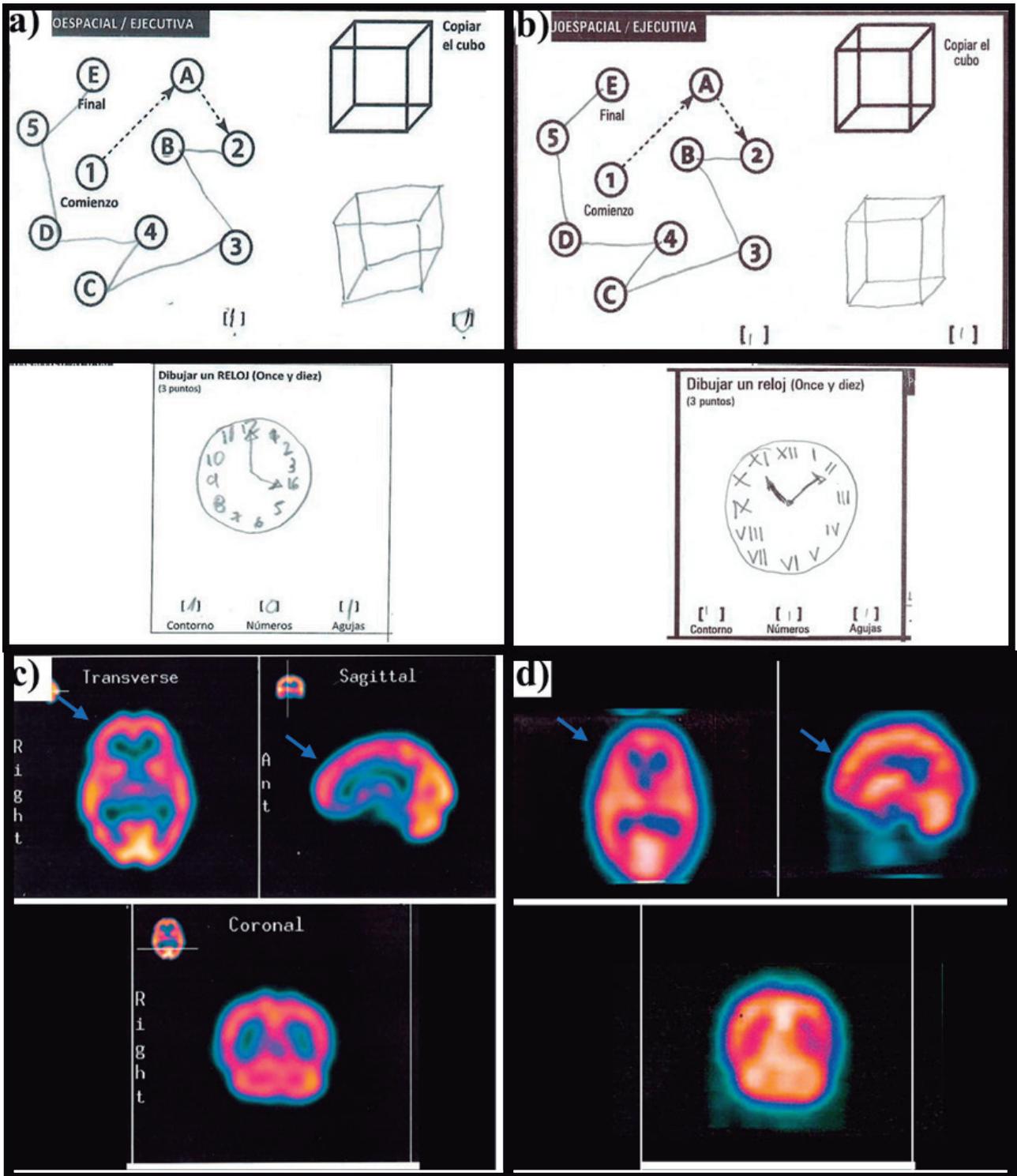
El paciente realizó un estudio SPECT en septiembre 2019 en el que se visualizó en los cortes axiales, coronales y sagitales una disminución bilateral de la actividad cerebral (ver Figura 1, panel c).

**Tabla 1.** Evolución de los parámetros clínicos y esquema farmacológico del paciente

Parámetros	Al ingreso	En fase de mantenimiento del tratamiento
<b>Test de cribado e interpretación</b>	CAGE: Dependencia alcohólica (4/4)	CAGE: Dependencia alcohólica (0/4)
	AUDIT: Riesgo Alto de dependencia alcohólica	AUDIT: consumo perjudicial de Alcohol.
	Test de CIWA-ar (3): Muy leve síndrome de abstinencia	Test de CIWA- ar: (0) Sin síndrome de abstinencia
	Test de Fagerström: Dependencia Moderada	Test de Fagerström: Dependencia Moderada
	CUDIT-R: consumo problemático de cannabis	CUDIT-R: consumo problemático de cannabis
	DAST 10: consumo problemático de crack y cocaína. (Riesgo Alto)	DAST 10 consumo de crack y cocaína (Riesgo Leve)
<b>Tratamiento farmacológico (fármaco-mg/día)</b>	Quetiapina - 300 mg	Quetiapina - 25 mg
	Levomepromazina - 62,5mg	Divalproato de Sodio -1000 mg*
	Clonazepam -1mg	
	Olanzapina -10mg	
	Divalproato de Sodio -1500mg	

\*Dosaje de Divalproato en rango normales (control anual).

**Figura 1.** Resultados del cribado cognitivo y neuroimágenes realizadas



Imágenes representativas de estudios realizados al paciente. a) Resultados MOCA al ingreso donde se observa alteraciones en la ejecución de la copia del cubo y en la realización del reloj con la ubicación de números y la hora b) resultados postratamiento con ejecución normal de los ítems alterados. c) estudio SPECT donde se señala la disminución de la actividad frontomedial anterior, leve disminución fronto orbitaria y temporobasal bilateral y disminución cerebelosa medial. d) estudio SPECT postratamiento con mejoras (flechas) en el flujo y persistencia de disminución de flujo frontal a predominio derecho y temporal a predominio izquierdo.

## Intervenciones y evolución del paciente

El programa terapéutico del dispositivo comprende psicoterapia grupal e individual semanal y psiquiatría mensual o quincenal según corresponda (Berrio Cuartas et al., 2021). En particular, dentro del proceso terapéutico de este paciente y en base a sus antecedentes personales y de conflicto familiar, se inició por una fase de admisión con herramientas de terapia dialéctica conductual. Actualmente, el paciente se encuentra en la fase de mantenimiento participando de grupos terapéuticos, grupos de integración sociolaboral y de actividad física (Faur et al., 2020). A su vez, en todo el proceso se brindaron intervenciones específicas semanales mediante grupo de red familiar.

En lo que respecta a las indicaciones psicofarmacológicas en enero de 2020 se suspendió la olanzapina porque inducía efectos extrapiramidales de tipo discinesia (Jufe, 2001) y se trabajó la higiene del sueño, se agregó Melatonina en dosis de 6 mg para la regulación de los ritmos biológicos, lo que permitió disminuir las dosis de levomepromazina hasta la suspensión de ambos fármacos en diciembre de 2020 (Ver Tabla 1).

Diferentes aspectos multidimensionales del tratamiento fueron seguidos a intervalos por el test de Severidad de Adicciones (ASI, por sus siglas en inglés), el cual releva diferentes variables y a mayor puntaje indica mayor severidad (Tabla 2). Así también, se aplicó el test abreviado de Calidad de vida de la OMS (WHOQOL-Bref, por sus siglas en inglés), que revela a mayor puntaje mayor calidad de vida (Tabla 2). Lo que se puede observar es que las dimensiones afectadas muestran mejoras en los puntajes de severidad

del ASI hacia el mes 12 de tratamiento y continúan aumentando en la fase de mantenimiento. Igualmente ocurre con la calidad de vida.

## Cribado cognitivo y neuroimágenes tras tratamiento

En la fase de mantenimiento (24 meses posterior al primer test) el paciente normalizó el puntaje MoCA alcanzando 30/30 puntos (Figura 1, panel b). En imágenes obtenidas 23 meses después se evidenció una distribución del radiofármaco con mejora de flujo. Aunque persisten zonas de flujo disminuido, se observan patrones de predominancia (Figura 1, panel d).

Actualmente el paciente se encuentra adaptado al espacio institucional igual que su familia, utiliza los recursos del dispositivo, no presenta riesgo cierto inminente para sí ni para terceros, no consume sustancias, mejoró en los parámetros de seguimiento (ver Tabla 1), re vinculó con sus familiares y retomó su actividad laboral.

## Discusión

Se presentó el caso clínico de un paciente joven con Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y TUS quien tras 24 meses de tratamiento en un dispositivo ambulatorio intensivo mostró mejoría en los puntajes de cribado cognitivo y en las neuroimágenes. Este caso plantea, que al igual que en casos con otras causas de DCL un cribado cognitivo temprano en pacientes con TUS podría colaborar con el diagnóstico y mejorar el tratamiento del mismo (Tsoi et al., 2017).

**Tabla 2.** Puntajes de los cuestionarios de severidad en la adicción y calidad de vida del paciente a distintos tiempos del tratamiento

Puntaje escala ASI	Admisión	12 meses	Fase de mantenimiento
Estado médico	0	0,10	0
Empleo/sustento	0,75	0,57	0,07
Uso de alcohol	0,08	0	0
Uso de drogas	0,11	0,06	0
Estado legal	0	0	0
Familia/Relaciones sociales	0,44	0	0
Estado psiquiátrico	0,31	0,23	0,23
Puntaje WHOQOL-Bref	Admisión	12 meses	Fase de mantenimiento
Salud física	23	31	34
Salud psicológica	21	25	27
Relaciones sociales	6	11	13
Ambiente	14	30	31

Se ha descrito, que las modificaciones en el flujo sanguíneo de la corteza prefrontal impactan en los procesos de aprendizaje de conductas problemáticas (Koob & Volkow, 2016), y que un mal funcionamiento en la flexibilidad cognitiva provoca dificultad de adaptación a las diferentes demandas del contexto (Bagnati, 2017). En este caso, en particular, el paciente tuvo abuso de múltiples sustancias en etapas en las que se finaliza el neurodesarrollo, las que provocaron la afectación de áreas de las funciones cognitivas a pesar de haber tenido un desarrollo normal previo y una buena reserva cognitiva. Esto trajo, además, problemas en las dimensiones social, laboral y familiar. Iniciado el proceso de recuperación en el tratamiento ambulatorio intensivo el paciente pudo reducir la medicación, mejorar su estado cognitivo y su desempeño en la vida diaria. Existen trabajos que señalan que alteraciones como las observadas en el paciente pueden ser revertidas, al menos en parte, al potenciar factores protectores que mejoren la flexibilidad cognitiva, como son la epigenética, ambientes facilitadores de procesos de aprendizajes e interacción social (Pérez-Palacio et al., 2021; Fredes, 2015).

Existen diferentes usos de test cognitivos para la valoración del DCL. El test con mayor difusión es el Mini Mental State Examination (MMSE) (Acosta López & Puentes, 2009). Sin embargo, es ésta es una herramienta poco sensible y algunos pacientes con deterioro cognitivo pueden presentar rangos normales (Sánchez Guayango, 2019). Esto motivó que en los pacientes con TUS del dispositivo se utilicen test de mayor sensibilidad para detectar deterioro de las funciones cognitivas leves, como el MoCA (Viladrich et al., 2017; Holguin Zambrano & Medina Quiroga, 2022); con una sensibilidad del 100% y una especificidad cercana al 90%. Dentro de lo que evalúa este test se incluyen funciones ejecutivas, que en etapas de intoxicación por consumo problemático de sustancias se observan mayormente alteradas, como las exhibidas por el paciente (planificación, atención ejecutiva, alteraciones viso ejecutivas) (Rojo Mota et al., 2013) y está diseñado para detección temprana en población joven como la población clásicamente afectada por TUS en nuestro país (Stagnaro et al., 2018).

Actualmente, las investigaciones que apuntan a reconocer en forma temprana el deterioro cognitivo han relevado la importancia de las funciones ejecutivas y la implicación del lóbulo frontal (Lázaro & Ostrosky-Solís, 2012). En nuestro caso, el test MoCA del paciente arroja alteraciones en la función viso ejecutiva que corresponden a funciones de la corteza prefrontal,

y que coincide con la disminución de la perfusión en dicha corteza por SPECT. Junto al historial del paciente, la herramienta del MoCA y el SPECT nos permiten reconstruir la disrupción descrita por el consumo de sustancia en las áreas encargadas de la función ejecutiva. Esta afectación crea perturbaciones en el funcionamiento normal del pensamiento, la conducta, y la toma de decisiones; lo cual, en última instancia, compromete las posibilidades de recuperación y la acción de la terapéutica motivacional en el paciente (Miller & Rollnick, 2012).

Durante el desarrollo de la estrategia terapéutica, el paciente alcanzó la abstinencia, mostró mejoras en múltiples dimensiones en el score ASI y en la calidad de vida evaluada por WHOQOL y, con la adquisición de habilidades terapéuticas, disminuyó significativamente la necesidad de dosis de psicofármacos. Estas mejoras se vieron en un espacio de dos años de tratamiento. Esto coincide con los largos periodos de tiempo de recuperación de una lesión cerebral a causa de factores neurodegenerativos e inflamatorios por diferentes mecanismos de plasticidad post lesional (Magaquian et al., 2021; Lorenzo Martínez, 2021; Garcés-Viera & Suarez-Escudero, 2014). Las evidencias de otros casos de DCL muestran que el reemplazo de las neuronas dañadas depende de células madres neuronales, sumamente escasas en el cerebro adulto (Belén & Garzón, 2021). Sin embargo, hay evidencias de factores que pueden revertir el proceso (Magaquian et al., 2021, Kauer & Malenka, 2007) y mecanismos de neuroplasticidad en terapias de neurorehabilitación, objetivables por SPECT (López Roa, 2012).

Los hallazgos en las imágenes de SPECT y su concordancia con las alteraciones del MoCA implicaría la posible presencia de alteraciones disejecutiva por deterioro del córtex prefrontal (Raimondo et al., 2010). Este evento presenta características que se observaban en el paciente, tales como: dificultad de toma de decisiones, control de los impulsos, pérdida de inhibiciones, falta de atención, alteraciones del humor y estado de ánimo (Mujica Alfonso, 2011). Sin embargo, no poseemos imágenes previas al inicio del consumo del paciente por lo que no es posible saber la historia natural del deterioro cognitivo y si es causado únicamente por el consumo de sustancias, aunque su desarrollo normal y reserva cognitiva así lo señalan (Pedrero Pérez et al., 2014). Asimismo, es conocida la neuroprotección que imparte algunos de los medicamentos suministrados al paciente, como los antipsicóticos atípicos que recibía desde el inicio del tratamiento. Por lo que el efecto descrito en este trabajo resulta de la suma

de variables complejas difíciles de desvincular. Entre las posibles causas de mejoría se podría considerar: la falta de consumo durante meses, la disminución de procesos inflamatorios/reactivos (o incluso infecciosos) presentes al ingreso y la reducción de la dosis o suspensión de medicamentos.

Con respecto a las decisiones terapéuticas, a medida que el paciente iba adquiriendo habilidades cognitivas en la rutina diaria se vieron mejoras en los puntajes de severidad de consumo y la detección de la falta de control de impulsos y alteraciones del humor fueron afrontadas por estrategias de regulación de las emociones a partir del entrenamiento de *mindfulness* de la terapia dialéctica comportamental que ayudaron al ingreso a la etapa de cambio en el paciente. Existen datos que señalan que ambas terapias de tercera generación pueden producir cambios funcionales y estructurales en las redes neuronales relacionadas con la atención. Estos cambios son objetivables por pruebas de neuroimágenes, registros de electroencefalograma o pruebas neuropsicológicas (Hervás et al, 2016). Asimismo, se implementó la participación en talleres de prevención de recaídas y el sociolaboral en base a sus antecedentes de recaídas y conflicto laboral, que colaboraron a la mejoría en esas áreas, y a generar una estabilidad en los procesos adaptativos con la posibilidad de disminución de las dosis de medicamentos.

Los cambios evidenciados en el paciente ilustran cómo el desarrollo de dispositivos ambulatorios intensivos puede incidir sobre eventos neurodegenerativos como los causados por los TUS. Este trabajo aporta información para nuevas investigaciones en el área que apuntan a comparar la respuesta de pacientes con DCL y TUS en ensayos clínicos y a distintas terapias (Lázaro & Ostrosky-Solís, 2012).

## Conclusión

Al ser el DCL una variable que conlleva riesgo de demencia y puede modificarse por procesos de plasticidad post lesional, su diagnóstico mediante el test de MoCA en pacientes con TUS puede ser una herramienta para el psiquiatra, que permite detectar la necesidad de exámenes neurológicos complementarios (como el SPECT) y la necesidad de intervenciones de rehabilitación cognitiva más personalizadas y de mayor efectividad.

**Conflictos de intereses:** los autores forman parte del personal de la institución privada donde se realiza el estudio.

## Referencias bibliográficas

- Acosta López, Y., Puentes, P., & Henri, M. (2009). Perfil del mini-mental en policonsumidores de 25 a 50 años del área metropolitana de la ciudad de Barranquilla-Colombia. *Psicogente*, 12(22).
- Adamson, S. J., Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Lewin, T. J., Thornton, L., Kelly, B. J., & Sellman, J. D. (2010). An improved brief measure of cannabis misuse: The Cannabis Use Disorders Identification Test-Revised (CUDIT-R). *Drug and Alcohol Dependence*, 110(1-2), 137-143. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.02.017>
- Bagnati, P. (2017). *Evaluación neurocognitiva en adicciones*. Editorial Médica Panamericana.
- Barahona-Esteban, M. N., Villasán-Rueda, A., & Sánchez-Cabaco, A. (2014). Controversias y utilidad clínica del deterioro cognitivo leve (DCL). *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 1, 47-54. <https://doi.org/10.17060/ijodaep/2014.n2.v1.004>
- Belén, M., & Garzón, P. (2021). *Implicaciones neuropsicológicas en adultos con adicción a sustancias psicoactivas* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador]. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/7994>
- Berrio Cuartas, D. M., Hurtado Márquez, A. K., & Bovino, T. (2021). Características de un dispositivo ambulatorio intensivo en el tratamiento de trastornos por uso de sustancias. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 32(154), 38-48. <https://doi.org/10.53680/vertex.v32i154.114>
- Bush, B., Shaw, S., Cleary, P., Delbanco, T. L., & Aronson, M. D. (1987). Screening for alcohol abuse using the cage questionnaire. *The American Journal of Medicine*, 82(2), 231-235. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(87\)90061-1](https://doi.org/10.1016/0002-9343(87)90061-1)
- Cancino, M., & Rehbein, L. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Terapia Psicológica*, 34(3), 183-189. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082016000300002>
- Conde, K., Giménez, P. V., & Cremonte, M. (2018). Características de los Instrumentos de Tamizaje del Trastorno por Uso de Alcohol en Jóvenes Universitarios de Argentina. *Clínica y Salud*, 29(1), 27-33. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a5>
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J., & Bendezú, L. (2013). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de La Facultad de Medicina*, 73(4), 321. <https://doi.org/10.15381/anales.v73i4.1032>
- Fagerström, K., & Furberg, H. (2008). A comparison of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and smoking prevalence across countries. *Addiction*, 103(5), 841-845. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02190.x>
- Faur, R., Pavlovsky, F., Groisman, R., Gersberg, L., O'Reilly, C., Gargiulo, V., Sullivan, O., Mirelman, M., Guzmán, S., Jares, G., Zubillaga, M. G., Hurtado, A., Menéndez, V., Irazoqui, G., Braschi, M., Cisneros, V., Piazza, N. N., Puglisi, M. S. G., Habib, M., ... Segura, M. F. (2020). *El Dispositivo Pavlovsky para el tratamiento de los consumos problemáticos: Manual de trabajo*. Noveduc.
- Fredes, R. (2015). *Funciones ejecutivas y adicción a sustancias psicoactivas* [Tesis Doctoral]. Universidad Argentina de la Empresa.
- Frutos Alegría, M. T., Moltó Jordà, J. M., Morera Guitart, J., Sánchez Pérez, A., & Ferrer Navajas, M. (2007). Perfil neuropsicológico del deterioro cognitivo leve con afectación de múltiples áreas cognitivas. Importancia de la amnesia en la distinción de dos subtipos de pacientes. *Revista de Neurología*, 44(08), 455. <https://doi.org/10.33588/rn.4408.2006438>
- Garcés-Viera, MV, & Suarez-Escudero JC. (2014). Neuroplasticidad: aspectos bioquímicos y neurofisiológicos. *CES Medicina*, 28(1), 119-132.
- González Martínez, P., Oltra Cucarella, J., Sitges Macià, E., & Bonete López, B. (2021). Revisión y actualización de los criterios de deterioro cognitivo objetivo y su implicación en el deterioro cognitivo leve y la demencia. *Revista de Neurología*, 72(08), 288. <https://doi.org/10.33588/rn.7208.2020626>

- Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27(3), 115–124. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002>
- Holguin Zambrano, M., & Medina Quiroga, S. (2017). *Diagnóstico de deterioro cognitivo leve demencia Senil Alzheimer mediante la utilización de MMSE-MOCA* [Tesis de Maestría, Universidad Estatal de Milagro de Ecuador]. <http://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/handle/123456789/3650>
- Jufe, G. (2001). *Psicofarmacología práctica*.
- Kauer, J. A., & Malenka, R. C. (2007). Synaptic plasticity and addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, 8(11), 844–858. <https://doi.org/10.1038/nrn2234>
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760–773. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)00104-8)
- Lázaro, J. C. F., & Ostrosky-Solis, F. (2012a). *Desarrollo neuropsicológico de lóbulos frontales y funciones ejecutivas*. El Manual Moderno.
- Lopez Roa, L. M. (2012). Neuroplasticidad y sus implicaciones en la rehabilitación. *Univ. Salud*, 14(2), 197–204.
- Lorenzo Martínez, J. M. (2021). *Rehabilitación de personas con adicción a la cocaína desde un abordaje integrador Rehabilitación de personas con adicción a la cocaína desde un abordaje integrador* [Tesis de Maestría, Universidad de Alcalá]. <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/47867>
- Loureiro, C. C. de S., García, C., Adana, L., Yacelga, T., Rodríguez Lorenzana, A., & Maruta, C. (2018). Uso del test de evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) en América Latina: revisión sistemática. *Revista de Neurología*, 66(12), 397. <https://doi.org/10.33588/rn.6612.2017508>
- Magaquian, D., Delgado Ocaña, S., Perez, C., & Banchio, C. (2021). Phosphatidylcholine restores neuronal plasticity of neural stem cells under inflammatory stress. *Scientific Reports*, 11(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-02361-5>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Editorial Paidós Iberica.
- Mujica Alfonso, A. M. (2011). Nuevo objetivo en la mira de la neuropsiquiatría: el síndrome disejecutivo y disejecutividad. Hallazgos clínicos neurológicos y psiquiátricos. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 6(1), 7–10. <https://doi.org/10.5839/rcnp.2011.0601.02>
- Nestler E. J. (2001). Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction. *Nature reviews. Neuroscience*, 2(2), 119–128. <https://doi.org/10.1038/35053570>
- Pedrero Pérez, E. J., Rojo Mota, G., Ruiz Sánchez de León, J. M., Fernández Méndez, L. M., Morales Alonso, S., & Prieto Hidalgo, A. (2014). Reserva cognitiva en adictos a sustancias en tratamiento: relación con el rendimiento cognitivo y las actividades cotidianas. *Revista de Neurología*, 59(11), 481. <https://doi.org/10.33588/rn.5911.2014435>
- Pérez Gálvez, B., García Fernández, L., De Vicente Manzanaro, M. P., Olivares Valenzuela, M. A., & Lahoz Lafuente, M. (2010). Spanish Validation of the Drug Abuse Screening Test (DAST-20 y DAST-10) / Validación española del Drug Abuse Screening Test (DAST-20 y DAST-10). *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 10(1). <https://doi.org/10.21134/haaj.v10i1.35>
- Pérez-Palacio, A. C., Cadena-Villacrés, L. Á., Gómez-Cardona, oYuliza, Serna Moreno, I., & Vallejo-Quintero, Á. M. (2021). Consumo de SPA y sus efectos en la flexibilidad cognitiva en adolescentes: un estudio de revisión. *Revista Innovación y Desarrollo Sostenible*, 2(1), 43–56. <https://doi.org/10.47185/27113760.v2n1.44>
- Raimondo, E., Maisano, E., Diaz, H., Letcher, J., Poss, L., Morales, V., & Mirolí, A. (2010). Estudio sobre las alteraciones de la perfusión cerebral valorado mediante SPECT cerebral, en pacientes usuarios de drogas de abuso. *Revista Argentina de Radiología*, 74(2), 141–146.
- Rojo Mota, G., Pedrero Pérez, E. J., Ruiz Sánchez de León, J. M., Llanero Luque, M., & Puerta García, C. (2013). Cribado neurocognitivo en adictos a sustancias: la evaluación cognitiva de Montreal. *Revista de Neurología*, 56(03), 129. <https://doi.org/10.33588/rn.5603.2012628>
- Sanchez Guayango, A. (2019). Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) frente al Mini Examen del Estado Mental (MMSE) para realizar el cribaje de deterioro cognitivo. *Boletín Psicoevidencias*, 53.
- Stagnaro, J., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Sustas, S., Medina Mora, M., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S., & Kessler, R. (2018). Epidemiological study of mental health in the general population of Argentina. *Vertex Rev Arg Psiquiatr* 29(142), 275–299.
- Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneidman, J., Naranjo, C. A., & Sellers, E. M. (1989). Assessment of Alcohol Withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Addiction*, 84(11), 1353–1357. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1989.tb00737.x>
- Torrealba, F., Madrid, C., Contreras, M., & Gómez, K. (2017). Plasticity in the Interoceptive System. *Advances in experimental medicine and biology*, 1015, 59–74. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-62817-2\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-319-62817-2_4)
- Tsoi, K. K. F., Chan, J. Y. C., Hirai, H. W., Wong, A., Mok, V. C. T., Lam, L. C. W., Kwok, T. C. Y., & Wong, S. Y. S. (2017). Recall Tests Are Effective to Detect Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-analysis of 108 Diagnostic Studies. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(9), 807.e17–807.e29. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.05.016>
- von Bernhardt, R., Bernhardt, L. E., & Eugenín, J. (2017). What Is Neural Plasticity?. *Advances in experimental medicine and biology*, 1015, 1–15. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-62817-2\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-62817-2_1)
- Viladrich, C., Gómez-Benito, J., & Idago, J. (2017). *Journal. Informação Psiquiátrica*, 228, 63–70.



Georg Trakl (1887-1914)

## EL RESCATE Y LA MEMORIA

### Estructura psicótica

*Perversión y psicosis, Narcisismo, Bisexualidad, Desdoblamiento*

**Eduardo Luis Mahieu**

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i156.181>

*“Amor, esto quiere decir, de una manera general, la conciencia de mi unidad con otro, si bien yo no estoy aislado para mí, sólo adquiero mi conciencia de sí renunciando a mi ser para sí y conociéndome como unidad con el otro y del otro conmigo... El primer momento en el amor es que yo no quiera ser para mí una persona que se basta a sí misma, y que si lo fuera me sentiría defectuosa e incompleta. El segundo momento consiste en que yo conquisto mi ser en otra persona, en la que gano el valor que ella, por su parte, gana en mí. De esta forma, el amor es la más enorme de aquellas contradicciones que el entendimiento es impotente para resolver... es, a la vez, la producción y la solución de esta contradicción, y, en tanto que solución, es la unión moral de los seres.”*

**Hegel, Filosofía del derecho.**

### Narcisos...

El 3 de febrero de 1987 se cumplió el centenario del nacimiento del desdichado poeta austríaco Georg Trakl (1887-1914). El anhelo de comprender las claves de su breve y torturada existencia, de su trágico destino, destino y existencia cifrados por el patético amor que profesó a su hermana Grete, nos ha inspirado estas reflexiones sobre la estructura psicótica y el narcisismo y su determinante presencia en el decurso de su devenir humano.

Trataremos de ver cómo el fantasma del narcisismo incestuoso y del desdoblamiento y reunificación del andrógino primitivo, implícitos en la estructura psicótica, al descompensarse, o desestructurarse (en lenguaje organodinámico) ésta, se actualizan, ya sea en la realidad fáctica de la perversión de la personalidad psicopática del estado límite borderline, ya sea en su reverso, en su negativo, de la realización imaginaria y metafórica de la alucinación y el delirio en la psicosis esquizofrénica. Y esto a través de dos ejemplos paradigmáticos, el de Georg Trakl y el de su *pendant*, el caso José Mendle descrito por Jaspers.

Como siempre debemos remontarnos al mito, al maravilloso mito del pueblo helénico, para aprehender la explicación primera y verdadera del misterio del ser, expresada en el poético lenguaje que es el suyo. Pierre Grimal registra tres versiones principales del mito griego de Narciso (reseñadas también por Otto Rank en su libro sobre el doble). La primera, y la más conocida, es la que el poeta latino Ovidio narra en sus *Metamorfo-*

1. El presente artículo se publica, sin duda, por su interés intrínseco, pero también, como un homenaje a Eduardo Luis Mahieu, uno de los maestros de la psiquiatría argentina desde su magisterio en la provincia de Córdoba. El texto, inédito hasta el presente, en el que se ha respetado la presentación original, fue encontrado en los archivos del autor por nuestro director asociado para Europa el Dr. Eduardo Mahieu.

sis: Narciso es hijo del dios del río Cefoso y de la ninfa Liríope quienes, deseosos de conocer el futuro de su vástago, consultaron al respecto al anciano adivino ciego Tiresias (el mismo a quien los dioses castigaron, transformándolo en mujer por el lapso de 7 años, el mismo también que, en la tragedia de Sófocles, revela a Edipo su verdadera identidad y el cumplimiento del terrible oráculo que lo condenaba al parricidio y al incesto). Tiresias profetizó que el niño “viviría hasta viejo si no se contemplaba a sí mismo”, “si él no llega a conocerse” en su palabra cargada del profundo sentido de la sentencia delfica “conócete a ti mismo”. Llegado a la edad viril Narciso fue objeto del deseo de doncellas y ninfas pero se mantuvo siempre insensible a su llamado. Una de sus desdichadas enamoradas fue la ninfa Eco, la que, en su dolor, se retiró a los bosques donde su cuerpo se consumió de pasión, quedando tan solo su voz, voz que tan sólo podía repetir, como un eco las palabras que oía, su voz que era la voz del otro, la voz del deseo del otro (de eso otro que mora en mí y que expresa mi deseo; la voz de mi deseo expresado por ese otro que soy yo mismo). Vagando Narciso por ese bosque, persiguiendo la voz de Eco, su propia voz, llega a las orillas de un manantial, y, al inclinarse para beber, contempla el reflejo de su propia imagen y en el acto queda prendado de la misma, se enamora, por primera vez y para siempre, de sí mismo. Absorto, ensimismado en su pasión imposible, apartado y ausente del mundo, ajeno e indiferente a la realidad que lo rodea, deseándose a sí mismo, deseando poseer y ser poseído por su imagen en el espejo de las aguas, se deja morir, y en el Hades, a orillas del Estige, río de los infiernos, aún hoy se sigue contemplando. Y cuenta la leyenda que en el lugar de su muerte brotó la hermosa flor a la que damos su nombre.

La segunda versión del mito, originaria de Beocia, cuenta que el joven y muy hermoso Narciso “despreciaba los placeres del amor”. Pero esta vez es un joven, un varón, el que se enamora de él y a quien rechaza constantemente. Ante la insistencia de su suspirante termina enviándole, como significativo regalo, una espada, y Aminias, que así se llamaba el apasionado efebo, se suicida, obediente, a la puerta de la casa de Narciso, pero pidiendo la maldición de los dioses para su cruel amado. Maldición que se cumple cuando Narciso, al ver reflejada su imagen en una fuente, se inflama, por primera vez, de pasión y de deseo, pero, desesperado ante la imposibilidad de consumir su amor, también se suicida. En el lugar en que había muerto, y donde la hierba había quedado impregnada con su sangre, brotó el narciso. En este caso el imposible amor culmina en el suicidio en plena juventud.

La tercera versión es la relatada por Pausanias. Consigna que “Narciso tenía una hermana gemela a la que se parecía en extremo: ambos eran bellísimos. La muchacha murió y Narciso, que la quería entrañablemente, experimentó gran dolor. Un día, al verse en una fuente creyó por un instante, contemplar a su hermana y ello mitigó su pena. Aunque sabía claramente que no era su hermana a quien veía, se acostumbró a mirarse en la fuente, para consolarse de su pérdida”.

Estas distintas versiones del mito, que expresan distintos aspectos de una problemática común de la existencia del ser, nos plantean una serie de interrogantes: ¿A quién ama, a quién desea Narciso? ¿A sí mismo? ¿A su doble de mismo sexo, con un amor homosexual? ¿A su otra mitad heterosexual de sí mismo, a esa otra mitad del ser bisexual, hermafrodita, que fuimos una vez, en la filogenia, en la embriogenia, en nuestra remota primera infancia, amor que debe cumplirse en sí mismo para reencontrar la unidad originaria del andrógino primitivo? ¿O a los tres, en el enigma de la escisión del yo, de la ambivalencia, de la disociación, que caracterizan a la estructura esquizofrénica, la estructura psicótica por excelencia? Estructura que, si el fantasma se hace realidad fáctica, organiza una existencia fronteriza y perversa, o si es reprimido y retorna en la alucinación y el delirio aprisiona el ser en el autismo esquizofrénico. Como si éste fuera el negativo, el reverso de aquélla. Como si la pervisión fuera la última defensa, la última protección, contra la catástrofe de la psicosis.

## Georg, Grete y los otros

La existencia atormentada y trágica de Georg Trakl nos proporciona un ejemplo arquetípico de lo primero: estructura psicótica que se descompensa, se desestructura en psicopatía, estado límite –bordeline, pervisión– Narciso: homosexualidad, incesto fraternal, suicidio, tres caracteres esenciales del mito que se dan, en cierta forma, en la esencia del nombre Georg Trakl. El caso José Mendel, por su parte estudiado fenomenológicamente por Karl Jaspers en su trabajo “Relaciones entre destino y psicosis en la demencia precoz” representa un ejemplo paradigmático de lo segundo: alucinación, delirio, psicosis, esquizofrenia. Sobre ambos planea el fantasma, la sombra de ambigua belleza de Narciso y su trágico y doloroso destino.

Toda la vida y la obra de Georg Trakl merecen un profundo estudio que escapa a los fines y límites del presente trabajo, por lo que nos limitaremos a los datos indispensables para la comprensión del tema que nos ocupa.

Delicado e íntimo, este poeta austríaco, de vida fugaz (1887-1919, ¡tan solo 27 años!) y obra breve (unos pocos libritos de poemas, dos dramas, fragmentos y cartas), ambas, sin embargo, vida y obra de una intensidad y riqueza excepcionales, ambas de arrebatadora belleza, de un hermético y simbólico lirismo, de él dicen los manuales que “su poesía recoge originariamente los acentos del simbolismo francés, a los que contraponen elementos cristianos en sus poemas explosivos de una intimidad atormentada. Incluido por la crítica en el expresionismo al que superan artísticamente sus poemas por la profundidad y el acabado sentido plástico, su obra incluye “Poesía” (1913), y, publicadas póstumamente, “Sebastian en Sueño” (1915), “Poemas” (1919), y “El otoño del solitario” (1920) casi toda ella traducida a nuestro idioma.

Vio la luz en Salzburgo, el 3 de febrero de 1887, siendo el cuarto de seis hijos de un típico matrimonio burgués (ferretero el padre, de gustos artísticos la madre, refinada y sensible), dos años mayor que la quinta hija, Margarete, Grete, Gretl, a quien la uniría el más profundo y doloroso afecto que embargó su alma.

En la casa natal, había, ante todo, un jardín con un bosquecillo de avellanos donde “vivirá intensamente los juegos de la inocencia y algunos otros”, jardín que constituirá un recuerdo permanente y obsesivo en su poesía. Niño sensible y soñador enamorado de la soledad de bosques y montañas, alumno mediocre y retraído, abandonó sus estudios después de seis años de liceo cuando le faltaban dos años para terminar su bachillerato. Después de un tiempo de inactividad, de perplejidades, dudas y desorientación en cuanto a la dirección de su carrera, de su proyecto y su destino digamos con lenguaje existencial, recaló en los estudios de farmacia, quizás los más ajenos a su naturaleza, esencialmente romántica y poética. Anotamos de sus biógrafos que “el comienzo de la pubertad coincidió en Trakl con una total y súbita transformación de su carácter, pasando de la alegría más abierta a un increíble desprecio de la existencia”, agregando que “se complacía en ideas de suicidio” (¿esquizoidia?, ¿ciclotimia?). En sus años de aprendizaje profesional, primero como ayudante de un farmacéutico en Salzburgo (en la farmacia del Ángel), más tarde en Viena, donde obtiene el título de *Magister Pharmaciae*, en 1910, a los 23 años, nacen sus primeras poesías, pero también su dependencia de los “tóxicos extácticos”, las drogas maravillosas, ya se llamen alcohol, cloroformo, opio, haschich, veronal (que estuvo a punto de costarle la vida en una intoxicación aguda en 1913), o cocaína (a la que sucumbirá finalmente en 1914), en una omi-

nosa conjunción, droga, alcohol y poesía, que parece signar el destino y la existencia de los “poetas malditos” nacidos con Poe y Baudelaire, con los simbolistas Rimbaud y Verlaine, y a la que también rindió tributo. En 1911 cumple su año de servicio militar como afectado a la farmacia del hospital militar de Innsbruck, donde “servir a los clientes se le vuelve una tortura que se agranda día a día: tiene miedo de esas presencias humanas, y sufre físicamente por ello hasta el punto de estar bañado en un sudor de angustia cuando hay demasiada gente en la oficina”.

Los años 1912 y 1913 pasarán sin ocupación ni vivienda fija, entre viajes a Viena, Innsbruck y Salzburgo, y escapadas a los solitarios refugios alpinos, entre “borracheras nietzscheanas” de alcohol y de drogas, visitas a prostíbulos (aunque según su biógrafo, tan solo como espectador), pero también de afiebrado trabajo poético y nacimiento de estrechas y nobles amistades, entre ellas la del entrañable Ludwig von Ficker. Y también en 1912 su amada, dolorosamente amada hermana Grete contrae matrimonio y se va a vivir a Berlín. Y en 1913 anota su biógrafo: depresiones e intento de suicidio por veronal. Y llegamos a 1914, el año trágico de su existencia en el mundo: en febrero su hermana agoniza en Berlín a consecuencias de un aborto: Georg corre a su lado, pero el 28 de julio Austria declara la guerra a Serbia y el 6 de agosto a Rusia. Georg es movilizado en los servicios sanitarios del ejército austrohúngaro con el grado de teniente y enviado al frente ruso, participando un mes más tarde, en septiembre, en la sangrienta batalla de Grodek, en la Galitzia ucraniana, en la que los austríacos sufren una terrible derrota. Grodek será el título de su último, bellísimo poema, en cuyas líneas evocará, por última vez, “la sombra de la hermana”, como en tantos otros bellísimos poemas, y a la que ya no volverá a ver. Las escenas de horror vividas en el campo de batalla y en la enfermería, en la que deseó cumplir funciones de médico, presenciando el suicidio de soldados gravemente heridos, mas la depresión que arrastraba desde siempre, pero agravada en 1913, quebrantaron definitivamente su ánimo, e intenta matarse con un revólver.

Trasladado en observación a la sección psiquiátrica del hospital militar de Cracovia el 30 de septiembre de 1914 le toca compartir su celda con un oficial víctima de un delirio alcohólico y allí transcurrirá el último mes de su vida, en un estado de depresión cada vez más profundo, obsesionado y aterrorizado por la idea de ser fusilado por su tentativa de suicidio, casi equivalente a una desertión o a una cobardía en tiempo de guerra, y con la desgarradora certeza de su cercana,

inevitable muerte, testimoniada en sus pocas cartas de esos días, la redacción de su testamento (en la que lega todos sus bienes a su hermana Grete) y el relato de su amigo von Ficher quien viajó hasta Cracovia para ayudarlo. Y por fin, el desenlace y la liberación final, el 3 de noviembre de 1914, como consecuencia de un nuevo intento de suicidio, esta vez fatal, por sobredosis de cocaína. Pocos días después, el Dr. Michl, médico mayor del hospital militar de Cracovia escribe al medio hermano de Georg, Wilhem, contestando a su demanda de informaciones: “En respuesta a vuestra atenta del 11 de noviembre de 1914, le informo que su hermano, el médico enfermero Georg Trakl estaba en observación en nuestro hospital en razón de su estado mental (*Dement. praec.*) se ha entregado en la noche del 2 de noviembre a una tentativa de suicidio por envenenamiento con cocaína (medicamento que verosímelmente ha traído de la farmacia de campaña donde trabaja precedentemente y tan bien disimulado que no se había encontrado nada sobre él a pesar de todos los cuidados médicos).

Ha muerto el 3 de noviembre a las 9 de la noche y ha sido inhumado en el cementerio local de Rakovicz. Cracovia, 15 de noviembre de 1914. Dr. Michel St’.

Tan sólo hacía 3 meses que había comenzado la guerra, y ese último mes de su vida, por las circunstancias que lo caracterizaron, y que hemos relatado, de horror, de presión, desesperación, miedo, culpa y muerte, de lacerante soledad y falta de amor, fueron el calvario final de su vida, toda ella pasión, pathos, sufrimiento. Y, sin embargo, en medio de todo ese horror redactó sus dos últimos, bellísimos poemas “Lamentación” y Grodek” y en ambos la presencia de la “sombra de la hermana” es como una despedida de la que fue la razón de su existencia.

### Al borde...

No podemos, dentro de los límites y objetivos de este trabajo, profundizar y extendernos en un análisis existencial del transcurrir humano de Georg Trakl, empresa fascinante, compleja y hartamente difícil, que quedará para un estudio especial, de más largo aliento, pero tampoco podemos soslayar el examen, por somero sea, de algunos aspectos que tocan más de cerca a nuestra reflexión específicamente psiquiátrica. En primer lugar, el del diagnóstico “no compartiríamos ahora el único diagnóstico que conocemos se le haya hecho por contacto directo” el de demencia precoz, vale decir esquizofrenia, quizás por un médico no psiquiatra y en circunstancias muy particulares. De lo que

sabemos, Trakl no presentó síntomas positivos (alucinaciones, delirios, conducta groseramente desorganizada o lenguaje psicótico) ni negativos (autismo, déficit progresivo en lo intelectual, afectivo, volitivo o relacional), y menos aún deterioro final, “demencia esquizofrénica”. Muy por el contrario, hasta sus últimos momentos testimonió su riquísima sensibilidad, su aguda percepción de la realidad y la problemática de su existencia y, sobre todo, su discurso, su lenguaje, de arrebatadora belleza, de altísimo vuelo poético, de una profundidad conceptual que hermanan poesía y filosofía como en los orígenes del milagro griego, en que ambos eran una sola cosa. De lo que sabemos de Trakl, en cambio (su alcoholismo, su politoxicomanía, su depresión existencial, sus intentos de suicidio, su inestabilidad afectiva, su indefinición de metas y objetivos, su falta de proyecto definitivo, su perversión en la elección de objeto. Su presumible inmadurez de identidad de género sexual) nos inclinan a suponer que padeció, en un intento de diagnóstico clínico fenomenológico, de un estado límite borderline (el BL en la conceptualización de Bourgeois), de una personalidad borderline (en el sentido del DSM III, a la mayoría de cuyos ítems de ajuste y a cuya descripción remitimos), a una personalidad psicopática emparentada estructuralmente en la esquizofrenia pero no descompensada psicóticamente (esquizofrenia latente de Bleuler, esquizoneurosis de Ey), en resumen: una estructura esquizofrénica, pero, repetimos, no descompensada psicóticamente. Pero, además, un narcisismo patológico, tal como los estudiados por Kernberg o Kolmt, un narcisismo incestuoso fraternal, un narcisismo mítico, por referencia a la versión de Pausanias del mito de Narciso como veremos a continuación.

El amor que Georg Trakl profesó a su hermana Grete, ambos muy semejantes físicamente (y ambos también muy hermosos), a tal extremo que uno de sus biógrafos no vacila en describir a la muchacha como “el doble” de su hermano, fue un amor perverso (ya que, al decir de Scherrer el incesto es una perversión de la elección de objeto, en el sentido de que el mismo no es admitido socialmente), un amor perverso por narcisismo incestuoso y de tinte homosexual, ya que, como lo dice explícitamente en algunos de sus poemas, la imagen de su hermana se le aparecía a veces como la de un efebo. ¿Se amaba a sí mismo en la imagen efébrica de su hermana? Son múltiples las alusiones a esa desgraciada pasión, a veces apenas veladas, en la poesía de Trakl, en la que la figura, la imagen, real o transfigurada, de Grete, se repite constantemente. ¿Se inició ese amor en la infancia, en el bosquecillo

de avellanos del jardín de su casa natal, bajo el cielo estrellado del otoño y fue quizás sorprendido por sus padres? ¿Se consumía realmente, en la realidad fáctica de la carne ese sombrío amor de perdición? En verdad no importa, lo que sí importa es que ese amor fue el fantasma central de su existencia, alrededor del cual giró toda su vida y su poesía y signó su trágico destino.

Uno de sus poemas lleva por título "Incesto" y en muchos otros se transparentan las claves que dan sólido fundamento a esa hipótesis. Por ejemplo, en "Salmo":

La extranjera reaparece, la hermana, en los malos sueños de alguien

Extendida bajo los avellanos la ha tomado para jugar, sus estrellas

El estudiante, sosías quizás, la espía largamente por la ventana

Detrás de él se mantiene su hermano muerto, o bien desciende

La vieja escalera de caracol

A la sombra de los oscuros castaños palidece la silueta del joven

novicio.

El jardín está en la noche...

O en "Quietud y silencio":

Aún otra noche que yace con la frente entre las piedras a la luz de la luna

Efebo radiante

Aparece la Hermana en el otoño y la negra podredumbre...

Y en "Pasión":

El lamento viene de los cañaverales del otoño del estanque azul

y se va bajo el bosque, en el verde

a perderse con la sombra de la Hermana

Sombrío amor

De una raza salvaje

Que huye de la luz bajo sus ruedas de oro murmurante

Noche durmiente

Bajo la negrura de los pinos

Dos lobos petrificados en el abrazo

Han mezclado su sangre fue de oro

Esa nube deshecha por encima de la senda

Paciente secreto de la infancia...

En "De sueño y tinieblas abrazado":

Una noche, el padre no fue más que un viejo en la oscuridad de los cuartos; el rostro de la madre se volvió de piedra y sobre el muchacho comenzó a pesar la

maldición de esta raza degenerada. A veces recordaba su infancia, colmada por las enfermedades, el terror y la tiniebla, los juegos secretos del jardín a la luz de las estrellas, o bien de haber dado de comer a las ratas en la penumbra del patio. De un espejo azul salía la delgada silueta de su hermana y el caía como muerto en el corazón de la negrura... El odio quemaba su corazón, la voluptuosidad, cuando violentó, en el jardín verdeante del verano, a la criatura que se callaba y reconoció en ese rostro radiante las tinieblas del suyo... demonio flameante, su hermana... una nube púrpura nubló su cabeza, entonces, en silencio, se derrumbó sobre su sangre y su rostro, espectro lunar; piedra, se hundió en el vacío mientras que en el espejo roto aparecía su hermana como efebo agonizante; raza maldita que se tragó la noche...

En "Revelación y Perdición":

Pero cuando descendía la senda rocosa me tomó la locura y proferí altos gritos en la noche, y cuando con mis dedos plata me incliné sobre las aguas silenciosas, vi que mi rostro me había abandonado. ¡Y la voz blanca me dijo "Mátate!". En un suspiro se elevó en mí la sombra de una criatura, y ella, radiante, me miraba: entonces me derrumbé en llanto bajo los árboles, la terrible bóveda de las estrellas...

Y también en "Metamorfosis del mal" que no transcribiremos para no extendernos demasiado. Y asimismo en "Lamento" escrito en el hospital de Cracovia. Y por último en Grodek, su último poema, su despedida de la vida y de su amada hermana Grete, concebido pocos días antes de su voluntaria muerte, también en la sección psiquiátrica del hospital militar de Cracovia cuya conmovedora belleza nos obliga a citarlo por entero:

Al anochecer retumban en los bosques otoñales

Las armas mortíferas, en las llanuras doradas

y en los lagos azules sobre los que rueda

lúgubrementemente el sol. La noche abraza

a los guerreros moribundos, el salvaje lamento

de sus bocas destrozadas

Pero silenciosamente se acumula en el fondo de los prados

una nube roja en la que mora un Dios colérico

la sangre derramada y un frío lunar

todos los caminos llevan a la negra podredumbre

Bajo el ramaje de oro de la noche y las estrellas

se tambalea la sombra de la hermana

por la floresta silenciosa

para saludar a los espíritus de los héroes, a las

cabezas sangrantes

*y quedamente suenan en los juncos las oscuras  
flautas del otoño  
¡Oh, un altivo duelo! Altares de bronce  
la ardiente llama del espíritu alimenta hoy un dolor  
inmenso,  
los nietos no nacidos.*

Agreguemos tan sólo que Grete, excelente pianista, de quien ya dijimos que, casada y radicada en Berlín, estuvo a punto de morir en febrero de 1914 como consecuencia de un aborto (¿los nietos no nacidos?) se suicidó en 1917, después de un desgraciado matrimonio.

Aún unas pocas palabras acerca de las relaciones de la vivencia del cuerpo, de la percepción de la imagen del propio cuerpo, el suicidio y la muerte. Ya vimos que desde su pubertad manifestaba Trakl un “increíble desprecio de la existencia” y que “se complacía en ideas de suicidio”. ¿Deseaba Trakl realmente morir, morir totalmente, o quizás tan sólo desprender de su ser ese cuerpo odiado por culpable, de esa “negra podredumbre” que habita tan reiteradamente sus poemas? Quizás pensaba como Antonin Artaud cuando contestó a quienes le preguntaban si el suicidio es una solución “yo no siento el apetito de la muerte, siento el apetito de no ser” ¿Y quizás también como Ellen West de Binswanger, después de una larga, agotadora lucha contra su cuerpo obeso y estéril, debe reconocerse derrotada y que la liberación de ese abominado cuerpo en el que está aprisionado su ser, de ese cuerpo-tumba, ese soma-sema de los antiguos griegos órfico-pitagóricos implica inevitablemente la muerte total, la muerte del ser, la muerte del alma? ¿O quizás la decisión final llegue cuando ya hasta el alma ha muerto, cuando se tiene la certeza, como dice su biógrafo “de ser un alma muerta en un cuerpo roído”? Con las mismas palabras de nuestro poeta: “Oh, el Hombre, podrido todo el ser en su forma” y “es una extranjera sobre la tierra, el alma”, y, definitiva prueba, la carta de junio de 1913 a su confidente amigo L. von Ficker: “Anhelo el día en que el alma no querrá, no podrá vivir más en este cuerpo infeliz apestando por la tristeza, en el que pueda abandonar esta forma ridícula hecha de estiércol y podredumbre que es un reflejo demasiado fiel de un siglo sin Dios y condenado. Dios mío, sólo una pequeña chispa de alegría pura y uno estaría salvado, algo de amor y uno estaría redimido”. Ese día anhelado fue, por su propia libre decisión, el 2 de noviembre de 1914. Tenía tan sólo 27 años.

## Del fantasma...

El fantasma central del narcisismo incestuoso, del desdoblamiento del ser bisexual que fuimos y que retorna en la alucinación y el delirio se hace psicosis esquizofrénica en José Mendel, magistralmente estudiada por Karl Jaspers en su trabajo de 1913 sobre “Relaciones entre destino y psicosis en la demencia precoz”. De este caso, de riquísima sintomatología excepcionalmente florida, verdadero compendio de vivencias y conductas psicóticas y cuya evolución se ajusta punto por punto, *avant la lettre*, a la descripción del decurso de la experiencia delirante en fases sucesivas (de trema, apofanía, apocalíptico catatónica, de consolidación y estado residual) que debemos a Klaus Conrad en su magnífico estudio de 1953 sobre “La esquizofrenia incipiente”, transcribiremos tan sólo los párrafos más significativos en relación con el tema que nos ocupa, pero advirtiendo que la lectura integral del texto de Jaspers es necesaria a los fines de situar los fenómenos psicopatológicos que se relatarán, en su adecuado contexto.

El doctor en jurisprudencia José Mendel, nacido en 1883, presentó en mayo de 1912, a los 20 años de edad, una psicosis aguda de 14 días de duración, vivencialmente muy rica. Su padre y su madre eran nerviosos y había mucha desarmonía en la vida conyugal. Es el mayor de los tres hermanos (dos varones y una mujer), todos ellos también nerviosos. Durante su niñez aprendió a hablar y a caminar algo tardíamente. En el colegio fue al comienzo buen alumno, pero fue decayendo y la escuela se transformó para él en una tortura, siempre excitado y tímido, hasta que abandonó en el octavo curso y se hizo comerciante. Esta profesión no le agradaba y se sentía muy deprimido. Después de seis meses empezó de nuevo a estudiar en forma particular para reingresar al colegio. Lo hizo y se recibió de bachiller en 1904, a los 22 años, con buenas notas. Ingresó luego a la Universidad para estudiar leyes, pero desde 1906, a los 23 años comenzó a padecer distimias afectivas todos los años, a aficionarse a las bebidas alcohólicas y su gusto por la abogacía se transformó en asco y rechazo, dedicándose cada vez más a lecturas literarias y filosóficas.

Todas estas peculiaridades se intensificaron a partir de los 25 años: se ocupaba exclusivamente de filosofía, y quería escribir un tratado (que más tarde fue su “sistema”). Se volvió parco en palabras, consideraba que “la sociedad le era contraria” y “nunca se sentía bien”, retraído, deprimido y abúlico se volvió extraordinariamente limpio y se lavaba las manos con excesiva frecuencia. En lo relacionado con lo sexual era muy reservado.

Desde 5 años atrás se sentía íntimamente superior a las demás personas. En diciembre de 1911 rindió su examen estatal en leyes, para el que no se había preparado en absoluto, creyendo, sin embargo, que merecía recibir la máxima calificación. En 1912 los acontecimientos se precipitan hasta culminar en rebrote alucinatorio y delirante que motiva su internación en la clínica psiquiátrica de Heidelberg. A comienzo de abril le comunican que ha recibido la nota 2 (la máxima era 1), que consideró injusta, lo que lo excitó sobremanera: durante un par de días no pudo comer ni dormir, quería estar siempre solo y no soportaba a nadie fuera de su hermana. Dos semanas más tarde se encaraba repetidas veces con ella diciéndole: “¿Verdad que ya no me conoces?”. Ya en la clínica le expresa al médico que lo examina: “Yo creo que soy usted y tal vez más”, “todos están en mí porque sólo la fantasía es realidad y el mundo (la realidad) se ha vuelto fantasía para todos por mí”, “el mundo está en mí; usted también está en mí; yo también estoy en usted”.

De la sección del trabajo de Jaspers titulada “La historia de vida contada por el propio paciente” de extraordinaria riqueza psicopatológica, sólo extractaremos unos poquísimos párrafos, los más significativos en relación con el tema que estamos estudiando: “La sensación de que su hermana vivenciaba tal como él ya se había presentado antes de un modo muy vívido. Tenía la sensación de una prolongación de su personalidad o “algo parecido”, que le comprendía totalmente y seguía rigurosamente todas las fluctuaciones de su ánimo. Creyó ahora que no sería su hermana y se lo preguntó directamente. En verdad ella se veía como tal. Pero súbitamente se había presentado en él esta sensación extraña, completamente sin ningún fundamento, sólo la sensación. Simultáneamente, sin embargo, él quería mucho a esta hermana que no era su hermana. Tuvo las siguientes ideas: la figura anterior es secundaria. Existe la posibilidad de un intercambio de almas. Existiría otra personalidad en su hermana. A esta personalidad la sentía en cierto grado como propia. Se sentía duplicado, pero duplicado con un sexo diferente. Este sentimiento de desdoblamiento era todavía poco claro, más tarde se hizo más evidente” ... “En estas horas se desarrolló también progresivamente la sensación de la presencia de otra personalidad y del doblamiento. Hasta ahora había vivido fluctuaciones: había en él otra personalidad que sentía y se movía con él en lo más mínimo, que era, luego, en el doblamiento, él mismo como mujer.

Se hizo ahora muy claro el desdoblamiento en su dormitorio. La otra personalidad penetró ahora en él;

él sentía en sí mismo el cuerpo femenino. Sentía los pechos femeninos, las caderas redondas, los genitales femeninos. Pero, al mismo tiempo, sentía su propia forma y sus genitales masculinos. Sin embargo, en cierta medida, se sentía él lo más real y nuclear, y a lo femenino como una sombra transparente. Sentía, empero, la vida del cuerpo femenino, su respiración, etc., todo con mucha claridad. Como hombre se sentía muy alto, tenía un miembro gigantesco y se sentía bello como el Adán de Durero. Se palpaba en su belleza.

Pensaba que así, tan grande y bien proporcionado, se volverían todos los seres humanos. Finalmente, se negó entre él mismo, como hombres y como mujer, al coito. Era una sensación amorosa; sin embargo, sin excitación sexual; algo como “un sentimiento libre y elevado”, sin placer, y, sin embargo, estaban allí las sensaciones sensuales del coito. Después de transcurrido éste, pasó toda la vivencia del doblamiento”.

Creemos que los párrafos transcritos son sobradamente reveladores del fantasma del narcisismo incestuoso, del doblamiento del andrógino primitivo, como para que nos extendamos en más citas del caso de José Mendel, cuya lectura integral, repetimos, es necesaria, esclarecedora y de excepcional interés para la psiquiatría fenomenológica. Pero, además, queremos resaltar la extraordinaria similitud de los aspectos esenciales del caso de José Mendel con el del presidente Schreber, cuyas “Memorias de un enfermo nervioso” fueran magistralmente analizadas por Freud en su brillantísimo estudio de 1911 “Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoide) autobiográficamente descrito”, fundador de la interpretación psicoanalítica de la temática y el contenido de los delirios. La lectura integral de ambos casos revelará esa asombrosa analogía a la que hacíamos mención, pero a los efectos de la cuestión que nos ocupa, transcribiremos de dichas “Memorias de un enfermo nervioso”, tan solo el siguiente párrafo, sobradamente demostrativo: “Para no ser mal interpretado, tengo que señalar aquí que, al hablar del cultivo de la voluptuosidad, que, por así decirlo, se ha convertido para mí en un deber, no aludo nunca a una concupiscencia sexual respecto de otros seres humanos (personas femeninas) ni tampoco a un trato sexual con ellos, sino a representarme a mí mismo como hombre y mujer en una sola persona, realizando el coito conmigo mismo”... (P. 227).

El análisis del valor de los fenómenos de los que nos hemos ocupado para una comprensión totalizadora del sentido y significación de la existencia psicótica, especialmente esquizofrénica, del esclareci-

miento de la génesis y organización de la estructura psicótica, y del desarrollo, en sentido jaspersiano, de la personalidad psicopática y la perversión, serán dejados para un trabajo ulterior. El presente artículo debe ser considerado como una comunicación preliminar, y las hipótesis heurísticas, vale decir, como estímulo y guía para una investigación más honda.

De los temas tratados, que hacía a la identidad del ser, más estrictamente a la conciencia de la identidad sexual, a la conciencia y vivencia del cuerpo sexuado, se han ocupado, desde Gérard de Nerval (quien con la fina intuición y poder de introspección y autoanálisis de los poetas, supo, el primero, en 1853, en el relato autobiográfico de su experiencia delirante “Aurelia”, acceder a la aterradora revelación de que “el hombre es doble”) hasta Stoller, en su magnífico artículo sobre los *Gender Identity Disorders* del *Comprehensive Textbook of Psychiatry* de Freedman, Kaplan y Sadock, pasando por Dostoievsky (*El doble*, 1846), Otto Rank (excepcional estudio sobre *El Doble*, 1914), Carl G. Jung (y sus concepciones de la sombra, en *animus* y el anima), Alby (y su noción de la identificación femenina parcial), Scherrer (en el voluminoso tomo III de su *Approche Clinique a la Psychiatrie*, dedicado casi totalmente al tema de las perversiones y especialmente al capítulo sobre el incesto), Sven Follin (en varios trabajos sumamente valiosos sobre el tema, pero sobre todo “Le transexualisme psychotique...”), Letailleur, Morin y Le Borque (en un hermoso análisis de un caso clínico de visión de su doble de sexo opuesto) y Bergeret (en su indispensable *Psychologie Pathologique*, en sus capítulos sobre la noción de estructura y la estructura psicótica). Y por supuesto, la obra de Freud, especialmente los tres trabajos citados en la bibliografía que iniciaron el camino de la revelación del sentido profundo y el simbolismo de los síntomas psicopatológicos. Y, por último, las brillantísimas aportaciones de Henri Ey, en el marco de la teoría órgano-dinamista de la enfermedad mental, en su Tratado de las Alucinaciones de 1973, en particular los capítulos sobre alucinaciones acústico-verbales, alucinaciones corporales, alucinaciones delirantes y modelo órgano-dinámico de las alucinaciones.

Es precisamente desde esta perspectiva órgano-dinamista, síntesis dialéctica superadora de la tesis organicista y la antítesis psicodinámica, que podemos tratar de explicar y comprender la génesis y la significación existencial de la problemática que hemos reseñado, que podríamos designar como el fantasma del narcisismo incestuoso por desdoblamiento del

andrógino primitivo (cuyas raíces se pueden rastrear hasta el poema de Empédocles y el *Fedro* de Platón). En el proceso de estructuración de la personalidad, de constitución del ser-en-el-mundo, de la vivencia, la conciencia del yo, y más específicamente de la identidad sexual, de identidad de género, del cuerpo sexuado que describió Merleau Ponty, atravesamos una fase de hermafroditismo psíquico, de ambisexualidad pulsional, de bisexualidad (concepción que, en la psiquiatría moderna desarrolló Freud, a partir de ideas de Krafft-Ebing, Fliess y Weininger, entre otros), y que podemos situar entre los 3 y los 5 años de edad, sucediendo a la fase de a-sexualidad o de indiferenciación de la identidad sexual, y precediendo a la de constitución de la primera identidad unisexual de la infancia, que se afirmará, haciéndose definitiva, en la pubertad y adolescencia, después de atravesar el periodo de latencia. No hacemos, por otra parte, y ahora en el plano de lo psíquico, más que repetir la filogenia y la ontogenia (en la evolución de las especies biológicas, botánicas y zoológicas, y en el desarrollo embrionario del ser humano): en ambas se atraviesa esa frase de hermafroditismo, de bisexualidad, cuyo vestigios quedarán latentes en nuestros cuerpos, y en nuestra psique, prontos a reactivarse si un proceso patológico lo libera del control, de la inhibición, de la represión que ejercen sobre ellos las nuevas instancias superiores órgano-funcionales que se han ido desarrollando y estructurando en el curso del proceso de crecimiento y maduración.

Pero para que suceda esa desestructuración, esa desorganización del “corps psychique”, no solo es indispensable un proceso patológico actual que, afectándolo en su totalidad produzca el déficit funcional de las instancias superiores del psiquismo (la conciencia), los síntomas negativos, y la liberación de las instancias inferiores (el Inconsciente) controladas y reprimidas por aquéllas, en forma de síntomas positivos (el retorno de lo reprimido), sino que exista una falla en la organización de ese nivel de bisexualidad del andrógino primitivo, o mejor aun arcaico, falla estructural o fracaso en el proceso de personación como quiere Follin. Y esa falla estructural es, recurriendo a una analogía, a las que Freud era tan afecto, aunque toda analogía es incompleta e imperfecta más aun si se aplica a un proceso bio-psíquico dinámico como cuando en la construcción de un edificio de varios pisos se emplea una viga más débil en determinado nivel de la estructura metálica interna que los sostiene y sin embargo el edificio se sigue construyendo, sigue creciendo, alrededor y por encima de esa falla estruc-

tural que podrá estar a la altura de cualesquiera de los pisos que se construyen, de los niveles estructurales de maduración, y a nivel de la cual se producirá la grieta o el derrumbe si un terremoto actual, y en función de la intensidad del mismo, sacude el edificio. Y esa falla estructural parece ser visible desde siempre, afeando constantemente a la construcción y revelando su fragilidad intrínseca, o quedar oculta, invisible en la apariencia exterior, pero existente y real en la interioridad del mismo, y no hacerse evidente nunca, salvo por procedimientos altamente especializados de análisis de estructuras edilicias, o revelarse bruscamente y quedar a descubierto en la crisis del sacudimiento sísmico. Esa falla estructural, ese *locus minore* resistenciae, es la estructura psicótica, evidente desde siempre en la personalidad psicopática, en el estado límite borderline (el ELBL de los autores franceses), u oculta definitivamente, haciéndose visible solo para algunos pocos y a través de estudios altamente especializados (el descubrimiento del fantasma subyacente en el análisis, como señalan Laplanche y Pontalis en el artículo respectivo de su diccionario), u oculta y que se revela bruscamente en la desestructuración psicótica de la personalidad, metamorfoseada imaginaria y simbólicamente en la alucinación y el delirio. La estructura psicótica es como una moneda (¿o quizás mejor aún como una cinta de Moebius?) cuya sustancia es el fantasma de la bisexualidad del andrógino primitivo (¿será esto valedero para todas las psicosis endógenas?), y cuyo anverso, cuyo positivo, es la perversión psicopática y como reverso cuyo negativo, es la psicosis. Y esa falla estructural, la constitución de ese fantasma, y también ese sismo desestructurante responden, en su génesis, a la causalidad bio-psico-social, a la dialéctica natura-nurture que, en su última instancia, explica todos los avatares de la existencia humana, de la organización del ser-en-el-mundo, que es un eterno devenir, que es lo que no es y que no es lo que es según la hondísima fórmula artiana. Y que también explica la enfermedad mental como un avatar más del ser existente humano, que solo en esa perspectiva puede ser explicado, y comprendido integralmente. Y en esa perspectiva existencial, y ya Hegel lo había previsto, el narcisismo, perverso o psicótico, es un fracaso, una frustración de la existencia, existencia defectuosa e incompleta, en suma, una existencia inauténtica.

Pero, sobrepasando esa perspectiva, yendo más allá de la reflexión psiquiátrica, filosófica, existencial, y si es que existe una esencia del hombre, y esa esencia

es, como dijo el mismo Hegel, que “el hombre no es nada más que la existencia de sus actos”, no nos importarán el narcisismo, la perversión, la enfermedad de Georg Trakl, negaremos que la suya haya sido una existencia fracasada, frustrada o inauténtica, diremos, con Sartre, que el hombre existe en la medida en que se realiza sus actos, y definiremos a los hombres, no por las enfermedades que padecen, sino por la obra que nos dejan, por su quehacer en el mundo. Esa es su esencia, esa es la triunfal realización de su existencia. *Georg Trakl, poeta.*

## Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (1980). *DSM III*. American Psychiatric Press.
- Alby, J. M. (1962). *Identité et Rôle sexuels. L'Evolution Psychiatrique, II*.
- Bergeret, J. (1972). *Abrégé de Psychologie Pathologique*. Masson.
- Bourgeois et al. (1986). *Limites et incertitudes des états limites. Ann med-psychol*, 3(144).
- Ey, H. (1973). *Traité des hallucinations*. Masson.
- Follin, S., et al. (1961). *Le transexualisme psychotique. Ann. Med. Psychol.* 4(199).
- Follin, S. (1981). *Cas cliniques de Psychoses hystériques. L'Evol Psychiatrique, II*.
- Follin, S. (1963). *Les états oniroïdes*, Masson.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos sobre teoría sexual*. Obras Completas. Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1911). *Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia*. Obras Completas. Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. Obras Completas. Biblioteca Nueva.
- Frosh, I. (1983). *The Psychotic Process*. International Universities Press.
- Grimal, P. (1978). *Diccionario de Mitología Griega y Romana*. Edit. Labor.
- Jaspers, K. (1977). *Escritos Psicopatológicos*. Gredos.
- Kernberg, O. (1985). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Paidós.
- Kohut, H. (1980). *La restauración del sí mismo*. Paidós.
- Khan, M. M. R. (1987). *Alienación en las perversiones*. Nueva Visión.
- Laplanche J., Pontalis J-B. (1971). *Diccionario de Psicoanálisis*. Labor.
- Letailleur et al. (1958). *Heautoscopie hétérosexuelle et Schizophrénie. Ann Med Psychol*, 3(116).
- Modern, R. “*Georg Trakl a través de su correspondencia*”. *Diario La Prensa*. 9 de Agosto de 1970.
- Modern, R. “*El último poema de Georg Trakl*”. *Diario La Nación*, Febrero de 1987.
- Mujica, H. *Diario La Razón*, 8 de Febrero de 1987.
- Nerval, Gérard de. (1966). *Aurelia, in Oeuvres*, La Pléiade, NRF.
- Pellegrini, A. “*Georg Trakl*”. *Diario La Opinión*, 5 de Noviembre de 1972.
- Platon. (1986). “*Fedro*”. *En Platon. Diálogos III*. Editorial Gredos.
- Rank, O. (1961). *El Doble*. Orion.
- Rovini, R. (1964). *Georg Trakl. Poètes d'aujourd'hui*. Seghers.
- Scherrer, P. (1980). *Approche clinique a la psychiatrie*. T. III, SIMEP.
- Schereber, D. P. (1979). *Memorias de un enfermo nervioso*. Edic. Carlos Lohlé.
- Zolla, E. (1981). *The Androgyne. Fusion of the sexes*. Thames and Hudson.

Benjamín  
Labatut

La piedra  
de la locura

NUEVOS cuadernos anagrama

## LECTURAS

Daniel Matusevich

### La piedra de la locura

Benjamín Labatut

Anagrama, 2021.

Esta vez comentaremos un pequeño ensayo de Benjamín Labatut en el que reflexiona sobre los límites de nuestra realidad o, más bien, si existen varias realidades, la locura y la cordura. A partir de la sagaz observación de mi amigo y colega Daniel Abadi, tomé nota de que en esta ocasión hemos aceptado el desafío de construir una reseña que se ocupa específicamente de nuestro campo de estudio, lo que implica que no

deberemos cimentar puentes entre disciplinas o miradas, sino más bien intentar abrazar y profundizar las ideas de un autor que no le teme al cruce de géneros y que es capaz de poner en relación escenarios en apariencia opuestos y contradictorios, como sucedió en su primera novela *Un verdor terrible*.

Este análisis se dispara a partir de un pequeño cuadro del Bosco, piedra angular de la lectura que realiza nuestro autor. Nos referimos a *La cura de la locura*, también conocido como *Extracción de la piedra de la locura*, donde se ve a un cirujano del medioevo intentando extraer del cráneo de un paciente un bulbo de tulipán supuestamente responsable de la demencia o la idiotez de la persona.

En su libro anterior Labatut escribe acerca de varios descubrimientos científicos que desafiaron la lógica y alteraron profundamente las coordenadas del mundo de aquellos que los realizaron: jamás volvieron a ser los mismos, sus realidades cambiaron para siempre de formas extrañas y muy difíciles de predecir.

La pregunta por la locura y si existe algo parecido a la cordura atraviesa todo el texto, en la primera parte más como meditación filosófica; en la segunda, a partir de una historia que le sucede al propio escritor (¿le sucede?), un pasaje con muchísimos ecos de Philip Dick, maestro junto con James Ballard en anticipar, definir y cartografiar estos tiempos en los que nos toca ser.

Veamos este párrafo, quizás largo, pero sin duda esclarecedor de las intenciones del que escribe: “¿...disponemos de algún remedio eficaz para sus problemas, o debemos conformarnos con el feroz equivalente moderno de la trepanación que aparece en el cuadro del Bosco, ese río de drogas y químicos con que inundamos el sistema nervioso de tantas mujeres y hombres que habitan los bordes de la razón en nuestro vano intento por domar las



Extracción de la piedra de la locura. Hieronymus Bosch (el Bosco)

*quimeras de la paranoia, las fantasías de los dementes y la bestial imaginación de los desquiciados?”.*

Debemos señalar en primer lugar que esta no es para nada una reflexión deudora de la antipsiquiatría o cosa por el estilo, Labatut no va por ahí; los caminos que transita lo llevan más bien a cuestionar las certezas con las que construimos la realidad que habitamos, preguntándose si no debe existir algo más. Y es ahí donde recurre a otro autor infalible como Howard Philip Lovecraft, maestro del terror metafísico y creador de mundos paralelos que quedan a la vuelta de la esquina: *“La irrupción de lo nuevo es un proceso traumático. Hoy, los monstruos y maravillas de la ciencia y de la tecnología nos tienen paralizados. Debemos hacer un esfuerzo constante para no ahogarnos entre las rompientes de una interminable marea de cambios, mientras los poderes políticos y económicos nos apalean hasta la sumisión, y las grandes compañías que habían prometido ‘no hacer el mal’ nos espían con su hambre de algoritmos”.*

Este breve escrito nos enfrenta a una realidad que preferimos ignorar mientras seguimos tratando de arbolar nuestra realidad lo mejor que podemos: ¿son seguras las categorías de nuestro pensamiento?, ¿estamos dispuestos a mirar a los ojos esta realidad o la añoranza que sentimos por la seguridad de un pasado filosóficamente seguro hace que neguemos que vivimos en tiempos de “accidentes normales” y preferimos cerrar los ojos para no abismarnos y seguir con nuestras ideas, a pesar de que ya dejaron de ser funcionales hace mucho?

Los monstruos de Lovecraft están en nuestro barrio, no podemos negarlo más, estamos conviviendo con ellos y son parte de nuestra realidad: cambio climático, violencia social extrema, pobreza y desigualdad como no se vio nunca, deforestación y pérdida de la biodiversidad, se combinan para construir un Kraken que amenaza con no dejar nada a su paso. Pareciera que todos los Grandes Relatos que dieron sentido a nuestra vida están derrumbándose como un castillo de naipes y mientras llega el próximo Gran Relato (si es que llega) cada uno de nosotros deberá aferrarse a pequeñas verdades y sentidos transitorios para intentar ponerle palabras a una realidad que escapa a toda lógica.

Frente a este panorama nuestro oficio nos coloca en el lugar preciso de guías sin brújula habilitados para acompañar a aquellas personas que así lo soliciten, sumando nuestra perplejidad a la de ellos en el intento de escalar las montañas de la locura. Las teorías clásicas colapsan y se muerden su propia cola *“...si bien la perspectiva racional e ilustrada aún es poderosa*

*e imponente, se esta resquebrajando. Los bordes de la realidad han comenzado a sangrar, y muchos tenemos la sospecha que confirmamos todas las noches al soñar o cada vez que prendemos el televisor de que esta pequeña ciudadela, el castillo de seguridad y orden que hemos construido, está rodeado por todos lados, y que sus muros, sin importar cuán altos los elevemos, pueden ser fácilmente derrumbados, no solo por quienes los asaltan desde afuera, sino también por las fuerzas que los embisten desde adentro”.*

Hubo un tiempo en el que los terapeutas estaban “hipnotizados por una sola forma de hacer las cosas”, podían ser las coordenadas seguras del psicoanálisis o alguna otra psicoterapia manualizada o la seguridad del psicofármaco modulador del carácter o la personalidad. Hoy, en cambio, debemos aprender a ver las cosas diferentes porque “la llama de la razón no alcanza a iluminar el complejo laberinto que va tomando forma a nuestro alrededor”.

Frente a este estado de las cosas, tan bien descrito por Labatut, quizás el único puerto seguro en el que buscar abrigo es el de la humildad epistemológica, que nos permite abstraernos de las falsas certezas. Y, desde allí, intentar construir con nuestros pacientes y sus variadas circunstancias las nuevas narrativas que se puedan aplicar a estos tiempos. En esa tarea la lectura deberá ocupar un lugar central como usina de ideas y encuentros, pero creemos deberá ser una lectura alejada del canon, ya que este hace mucho que desafina. En esta sección venimos proponiendo, hace ya bastante tiempo, una matriz de lecturas imaginadas para ofrecer algunas claves que hagan más leve, pero no menos interesante la tarea post clínica.

Labatut, tomando una metáfora del ajedrez, plantea que la humanidad se ha “salido del libro”, entendiéndose esto como que una gigantesca ola de novedad se esta derramando sobre el mundo y, más allá de que ya ha habido tiempos de transformaciones en el pasado la velocidad, la violencia y el alcance de la crisis actual no tiene parangón. Por eso las preguntas deberán ser construidas fuera de pista, buscando aquí y allá, cruzando ideas, abrazando la incertidumbre intentando construir historias que nos expliquen porque estamos atrapados en una carrera alocada *“desencadenados del pasado y sin una imagen fija que nos ate al futuro”.* Imposible escapar a la desorientación general, como le pasa a nuestro autor, cuando en el final de su recorrido plantea que *“...en todo este asunto no logro distinguir quién es el médico, quién el monje, quién el paciente, quién la monja y cuál de todos nosotros carga la piedra de la locura en la frente”.*