

Características clínicas del ingreso por enfermedad mental en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Comarcal. Estudio descriptivo 2008-2018

Vigencia de las ideas de Erving Goffman en el trabajo de la sala de internación psiquiátrica de un hospital general

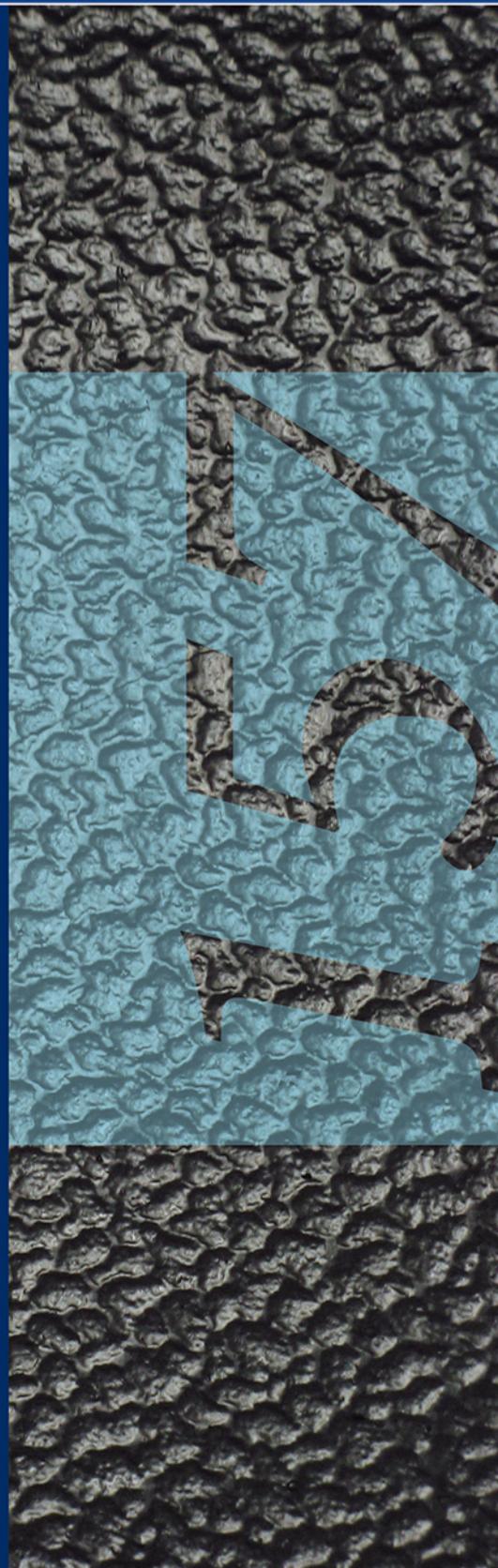
Análisis de la calidad del sueño, alteraciones del humor y modificaciones de algunos hábitos y conductas durante dos diferentes períodos de la pandemia por COVID-19 en Argentina

Cannabis de grado médico para el tratamiento de la dependencia a Δ -9-Tetrahidrocannabinol

Adaptaciones de las terapias psicológicas para adultos con Trastornos del Espectro Autista sin Discapacidad Intelectual

Comunicación del diagnóstico de enfermedad de Alzheimer: reflexiones bioéticas

¿Tratamos la demencia tipo Alzheimer o la enfermedad de Alzheimer? Fármacos antidemenciales en la era de los biomarcadores



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

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

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

Vertex Revista Argentina de Psiquiatría. (2022). 33(157): 5-77. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos SA. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores. Esta revista y sus artículos se publican bajo la licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0



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

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

Imágen de tapa: Textura metálica - www.freepik.es

REDACCIÓN

Comité científico

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

Consejo de redacción

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

Corresponsales

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



EDITORIAL

La coyuntura comunicacional pareciera pedirnos a los psiquiatras que continuemos hablando de leyes en lugar de hablar de salud. Hagámoslo una vez más, aunque repitamos argumentos ya transitados, con la esperanza de que llegue el día en el que podamos abandonar esta insólita cinta de Moebius cuya incesante repetición no puede ser leída de otro modo que como un síntoma.

Hay más de cincuenta leyes que atañen al campo de la salud en nuestro país, pero raramente se las menciona en medios de comunicación o en discusiones académicas o políticas. Lo contrario sucede con la LNSM 26657/2010, tal vez la ley más comentada y menos cumplida en la historia legislativa argentina. ¿Por qué se habla tanto de esta ley? La pregunta queda abierta, pero seguramente hay algo allí que jamás termina de resolverse y que se vincula con la fascinación y el rechazo que genera la locura, esa faceta tan humana que nos desafía, nos interpela y nos constituye a todos sin excepción.

Llama especialmente la atención el vigor de dos posturas antitéticas: la de quienes “defienden” a la ley como si se tratara de las sagradas escrituras, y la de quienes la culpan de todos los males, de todas las fallas y de todas las carencias del sistema, que por cierto no son pocas.

Ni una cosa ni la otra. Una ley es una ley, un marco general, una guía. Puede ser mejor o peor, pero siempre es perfectible. Señalar aspectos a mejorar con el objeto de proteger mejor los derechos que la propia ley garantiza no debiera ser leído como una afrenta o un ataque a la norma, sino como una modesta contribución a la construcción de un sistema justo y equitativo que respete el derecho humano fundamental a la mejor atención posible de la salud mental.

¿Qué es la ley? Una importante guía general. Es también la consagración del paradigma social de la discapacidad, ya presente en nuestra legislación en forma de pactos internacionales con rango constitucional, y con posterioridad en el nuevo Código Civil y Comercial (2015), paradigma del que no se regresa. Es una ley de derechos humanos, y por lo tanto su trasfondo filosófico y político es indiscutible.

¿Qué no es la ley? No es una biblia, razón por la cual puede y debe ser analizada y criticada con el propósito de mejorar sus efectos sobre la salud pública, al igual que podría hacerse (y se hace) con cualquier otra ley. Algunas normativas precisan de balances y recalibraciones a medida que pasa el tiempo.

¿Qué no es la ley? La ley no es un plan de salud mental, equívoco no menor que nos ha hecho encallar infinidad de veces. No es con leyes con lo que se modifica la realidad, sino con políticas activas, con planes concretos, con horizontes programáticos, con decisión política, con presupuestos suficientes, con funcionarios idóneos y con una población comprometida y





EDITORIAL

empoderada que tome el desafío como propio. Porque los derechos se conquistan y se perfeccionan de abajo hacia arriba.

Es urgente abandonar posturas rígidas y volver a escucharnos entre todos con respeto y con franqueza. Si el horizonte común es la construcción de un sistema de salud equitativo y justo, y no la defensa de intereses parciales y mezquinos, no hay error posible. El camino es claro: la prioridad indiscutible es la población sufriente, cuyos derechos se vulneran día a día en un contexto agudamente empeorado por un inédito incremento de la pobreza en un país tan rico como inequitativo.

Se trata de desinstitucionalizar a quienes viven sin razón sanitaria en monovalentes, pero no solo se trata de eso: sino también de garantizar el derecho a la mejor atención en salud mental para toda la población en todas las instancias (ver el “Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina” en *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 142(29), 275-299) y, sobre todo, comenzando por la prevención. Y esto último requiere mucho más que el retorno a la comunidad de los olvidados por el Estado.

Se trata, en una palabra, de volver a hablar de salud, de un proyecto sanitario justo e inclusivo para un mundo mejor, que tenemos la obligación de intentar construir. Se trata de volver a hablar de Salud Pública.

Santiago Levín



ÍNDICE

3 Editorial

Artículos

- 6 Características clínicas del ingreso por enfermedad mental en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Comarcal. Estudio descriptivo 2008-2018. *José Francisco Olcina-Rodríguez, Julián Díaz-Fernández, María Teresa Server-Costa, Eduardo López-Briz, Gloria Miranda-Almonte, Teresa Escalera-Sanz, Andreu Franco-Bonet, Laura Olcina-Domínguez, Fernando Gómez-Pajares*
- 14 Vigencia de las ideas de Erving Goffman en el trabajo de la sala de internación psiquiátrica de un hospital general. *Josefina Guerineau, Daniel Matusevich*
- 23 Análisis de la calidad del sueño, alteraciones del humor y modificaciones de algunos hábitos y conductas durante dos diferentes períodos de la pandemia por COVID-19 en Argentina. *Stella M. Valiensi, Agustín L. Folgueira, Noelia M. Enriz, Arturo D. C. Garay, Daniela L. Giardino*
- 34 Cannabis de grado médico para el tratamiento de la dependencia a Δ -9-Tetrahidrocannabinol. *Federico Pavlovsky, Rafael Groisman, Ana Karina Hurtado, Luciana García*
- 44 Adaptaciones de las terapias psicológicas para adultos con Trastornos del Espectro Autista sin Discapacidad Intelectual. *Francisco Musich, Agustina Aragón-Daud*
- 56 Comunicación del diagnóstico de enfermedad de Alzheimer: reflexiones bioéticas. *Edith Labos, Osvaldo Fustinoni*
- 62 ¿Tratamos la demencia tipo Alzheimer o la enfermedad de Alzheimer? Fármacos anti-demenciales en la era de los biomarcadores. *Guido Dorman, Santiago O'Neill, Franco Appiani, Ignacio Flores, María del Rosario Chiesa, Florencia Vallejos, Julian Bustin*
- 66 **El rescate y la memoria**
La terapéutica de la locura según Étienne-Jean Georget. *Juan Manuel Ferraro*
- 77 **Lecturas**
Diez días en un psiquiátrico, Nellie Bly. *Josefina Guerineau*



Características clínicas del ingreso por enfermedad mental en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Comarcal. Estudio descriptivo 2008-2018

Clinical characteristics of admission for mental illness in a Regional Psychiatric Hospitalization Unit. Descriptive study 2008-2018

José Francisco Olcina-Rodríguez¹, Julián Díaz-Fernández², María Teresa Server-Costa³, Eduardo López-Briz⁴, Gloria Miranda-Almonte⁵, Teresa Escalera-Sanz¹, Andreu Franco-Bonet⁵, Laura Olcina-Dominguez⁷, Fernando Gómez-Pajares⁶

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i157.261>

Resumen

Objetivo: Describir los ingresos de pacientes diagnosticados de enfermedad mental grave y trastorno de ansiedad en un hospital comarcal; explorar los factores relacionados con la derivación del paciente al ingreso y con estancia prolongada. **Materiales y métodos:** Estudio de corte transversal de los episodios de ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica comarcal en un periodo de 11 años con los códigos diagnósticos CIE-10 F20-29, F30-39, F60-69 y F40-48. Se extrajeron los datos a través de la Unidad de Admisión y la información de la historia clínica electrónica. Para el tratamiento estadístico se usaron pruebas descriptivas o inferenciales con nivel de confianza del 95%. **Resultados:** Se incluyeron 961 pacientes (2.324 altas totales), con edad de $40,8 \pm 14,0$ años. Los motivos más frecuentes de ingreso fueron: síntomas positivos (agitación, delirios y alucinaciones), seguidos de ideación e intento de suicidio. El principal agente remitidor de los pacientes fue la propia familia. Aproximadamente 1/5 de casos fue derivado por el propio sistema sanitario, y 1/4 de los ingresados se había autoexcluido de la supervisión especializada durante más de un año. **Conclusiones:** Los problemas causantes del ingreso y su procedencia, así como su falta de seguimiento, pueden considerarse como una oportunidad clara de mejora en el seguimiento del paciente con enfermedad mental grave. Una orientación hacia la proactividad, actuando antes de la descompensación, contribuiría a mejorar la asistencia y calidad de vida de los pacientes con enfermedad mental grave y su entorno.

Palabras clave: Trastornos psicóticos - Trastornos mentales - Unidad de Hospitalización Psiquiátrica - Trastorno de ansiedad - Trastorno esquizofrénico - Trastorno esquizoafectivo.

Abstract

Objective: To describe the admissions of patients diagnosed with severe mental illness (SMI) and anxiety disorder in a regional hospital; to explore factors related to the patient's referrer upon admission and prolonged stay. **Materials and methods:** Cross-sectional study of episodes of admission to the regional Psychiatric Hospitalization Unit over a

RECIBIDO 18/4/2022 - ACEPTADO 23/5/2022

¹Unidad de Conductas Adictivas. Departamento de Salud de Gandía, España.

²Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Francesc de Borja. Gandía, España.

³Servicio de Admisión y Documentación Médica. Hospital Francesc de Borja. Gandía, España.

⁴Servicio de Farmacia. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia, España.

⁵Unidad de Salud Mental. Hospital Francesc de Borja. Gandía, España.

⁶Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital General de Requena. Requena, España.

⁷Clínica Serendis. Salud Mental. Gandía, España.

Autor de referencia:

Eduardo López Briz

lopez_edubri@gva.es

Lugar de realización del estudio: Hospital Comarcal Francesc de Borja de Gandía, Departamento de Salud de Gandía, Valencia, España.



period of 11 years with ICD-10 diagnostic codes F20-29, F30-39, F60-69 and F40-48. The data was extracted through the Admissions Unit and the information from the electronic medical record. For the statistical treatment, descriptive or inferential tests were used with a confidence level of 95%. Results: 961 patients were included (2,324 total discharges), aged 40.8 ± 14.0 years. The most frequent reasons for admission were: positive symptoms (agitation, delusions and hallucinations), followed by suicidal ideation and attempt. The main remitting agent of the patients was the family itself. Approximately 1/5 of the cases were referred by the health system itself, and 1/4 of those admitted had self-excluded themselves from specialized supervision for more than a year. Conclusions: The problems that caused the admission and its origin, as well as its lack of follow-up, can be considered as a clear opportunity for improvement in the follow-up of patients with severe mental illness. An orientation towards proactivity, acting before the decompensation, would contribute to improving the care and quality of life of patients with severe mental illness and their environment.

Keywords: Psychotic disorder - Mental disorder - Psychiatry inpatients unit - Anxiety disorder - Schizophrenic disorder - Schizoaffective disorder.

Introducción

El Instituto Nacional de Salud Mental estadounidense (National Institute of Mental Health, 1987) postuló la definición más aceptada sobre la Enfermedad Mental Grave (EMG), que incluye un diagnóstico de trastorno psicótico (excluyendo las de origen orgánico) y algunos trastornos de personalidad; una duración de la enfermedad y su tratamiento superior a dos años; y la presencia de discapacidad por deterioro laboral, social y familiar de moderado a grave. De acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2001; Organización Mundial de la Salud, 2005; World Health Organization, 2003), actualmente se calcula que la prevalencia de esquizofrenia se sitúa alrededor de los 25 millones de personas y, por otra parte, cada año, entre 10 y 20 millones intentan suicidarse. Por otra parte, según Saraceno (Saraceno, 2004), una de cuatro familias en el mundo tiene un miembro con algún trastorno mental.

Los servicios de salud mental dan cobertura asistencial a estas patologías, algunas de las cuales requieren ingreso en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) cuando se descompensan. Entre ellas destacan las EMG y los trastornos de ansiedad (TA) (Barchielli et al., 2016; Madala-Witbooi et al., 2019; Biancosino et al., 2009; Van Rensburg, 2007; Ramos López & Díaz Palarea, 2005). Además, los intentos de suicidio y los cuadros de agitación pueden precisar de la intervención de las fuerzas de orden público (FOP) y de los servicios sanitarios de emergencia (SAMU), necesitando ocasionalmente de ingreso involuntario (Van der Post et al., 2009; Ng & Kelly, 2012; Myklebust et al., 2012; Thomas et al., 2015).

Los servicios de atención primaria juegan un papel

primordial, por ser con frecuencia el primer contacto del paciente (Pardo Guerra et al., 2015), tal como se describe en el Plan de prevención de suicidio de la Comunidad Valenciana (Sotoca Covaleda, 2017) y en el Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana de 2001 (Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2001), donde se describen los servicios que forman el eje vertebrador de esta red asistencial sociosanitaria; a saber: los servicios ambulatorios de Salud Mental (USM), las UHP en Hospitales Generales, los Hospitales de Día, los servicios de salud mental ambulatoria para la infancia y la adolescencia, las Unidades de Media Estancia, los programas de hospitalización y asistencia domiciliaria, los Centros de Rehabilitación y Reinserción para enfermos mentales, los Centros de Día y los recursos residenciales específicos para enfermos mentales crónicos. Cabe destacar que el Departamento de Salud de Gandía dispone de todos esos recursos, así como, según se expresa en la Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020, la colaboración de las Unidades de Conductas Adictivas (Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016).

Al tratarse de enfermedades crónicas, parece lógico abordarlas intentando reducir la aparición de eventos indeseables como las descompensaciones y las hospitalizaciones, pues habitualmente acarrear un impacto negativo sobre el individuo, su familia y la sociedad. En este sentido, la ausencia de datos que permitan conocer cómo el sistema sanitario gestiona la inestabilidad clínica de estos pacientes, no ayuda en la planificación de su asistencia ni permite ser proactivos a la hora de minimizar el impacto de estas patologías. Por este motivo, los objetivos del presente

estudio fueron describir los ingresos de los pacientes diagnosticados de EMG y TA en el Departamento de Salud de Gandía y explorar los factores relacionados con la derivación desde el propio sistema sanitario y con una estancia prolongada.

Materiales y métodos

Se diseñó un estudio de corte transversal que incluyó todos los episodios de ingreso por EMG y TA en el Hospital Comarcal Francesc de Borja de Gandía, entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2018. El ámbito del estudio fue el Departamento de Salud de Gandía, que tiene una población de referencia de unos 180.000 habitantes.

El estudio fue aprobado por el Comité de Docencia e Investigación del Hospital Francesc de Borja de Gandía, así como por el Comité Ético de Investigación con medicamentos del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia. No se recogió ningún dato personal que permitiera la identificación de ningún sujeto participante.

Se solicitó a la Unidad de Documentación Clínica y Admisión del Hospital Francesc de Borja la extracción, a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos, de los ingresos hospitalarios en la Unidad de Agudos de la sala de Hospitalización Psiquiátrica en el periodo mencionado. Los códigos diagnósticos CIE-10 con consideración de EMG fueron F20-29 Trastornos Psicóticos, F30-39 Trastornos Afectivos, F60-69 Trastornos de la Personalidad, y fueron añadidos los códigos F40-48 correspondientes a los Trastornos de Ansiedad. Cuando el diagnóstico estuvo codificado según la CIE-9MC fueron recodificados según el mapeado disponible en el portal del Ministerio de Sanidad (https://eciempms.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_9_mc.html). De dicha base de datos inicial, fueron seleccionados los primeros episodios de ingreso. Por otra parte, fueron eliminados los pacientes sin diagnóstico al alta de EMG o TA (episodios no relacionados con su patología mental), aquellos que no incluían los datos clínicos necesarios en el informe de alta, y los trasladados desde otros hospitales, por carecer de toda la información del proceso de atención en urgencias.

A partir de dicho listado se accedió a la historia clínica electrónica con el objeto de obtener la siguiente información: edad al ingreso (años), sexo (hombre, mujer), primera atención en el sistema de salud mental (sí, no), modalidad de atención hasta el ingreso (sanidad pública o privada), tiempo transcurrido desde el último contacto en Consultas Externas de la USM

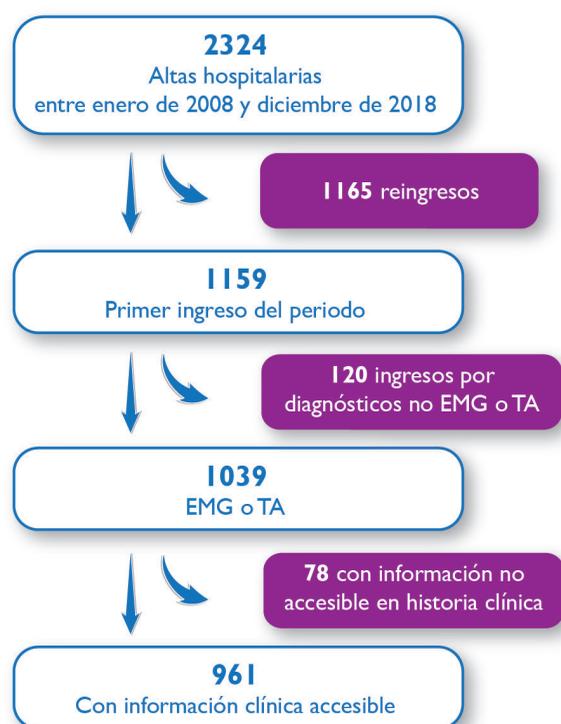
hasta el ingreso (debut, menos de 12 meses y más de 12 meses), número de atenciones en servicio de urgencias hospitalarias durante el mes previo al ingreso, agente remitente del paciente (petición propia, familia, atención primaria, consultas externas, SAMU y fuerzas de orden público, orden judicial y recursos específicos de atención a enfermos mentales crónicos), fecha de ingreso, fecha de alta, estancia hospitalaria (días), estancia mayor de dos semanas (sí, no), circunstancia de alta (domicilio, consultas externas, alta voluntaria, exitus, fuga, unidad de hospitalización domiciliaria, residencia o centro sociosanitario, unidad de agudos, unidad de media estancia y otros), código diagnóstico CIE10 y la sintomatología aguda al ingreso (agitación y/o expansividad de difícil contención, alucinaciones, ansiedad, delirios, desorganización conductual, inhibición psicomotriz, ideación suicida, intento de suicidio, gestos autolesivos y conciencia de descompensación). A partir del agente remitente se construyó la variable que indicó si la procedencia era del sistema sanitario (atención primaria, consultas externas y recursos específicos de atención mental) o no.

En lo concerniente al análisis, se llevó a cabo una primera fase descriptiva, en la que las variables cuantitativas se resumieron mediante la media, mediana y desvío estándar (DE), y las cualitativas mediante frecuencias absolutas y relativas. En la fase analítica bivalente, tanto para el estudio de factores relacionados con la derivación desde el sistema sanitario como para los relacionados con una estancia prolongada, se utilizó la prueba de la T de Student (previa comprobación del supuesto de normalidad) cuando la variable independiente fue cuantitativa y la prueba de la Chi cuadrado de Pearson en caso contrario. En el caso de la estancia prolongada como variable dependiente, se ajustó un modelo multivalente de regresión logística no condicional con las variables significativas en el análisis bivalente. Se trabajó con un nivel de confianza del 95%. Para la creación de la base de datos y su posterior análisis se utilizó el software estadístico PASW versión 18 (IBM; Armonk, NY).

Resultados

Durante el período del estudio se incluyeron 961 pacientes. La *Figura 1* muestra el flujograma de la inclusión de los pacientes que ingresaron en la UHP durante el período de estudio definido (*ver Figura 1*).

En lo referente al análisis descriptivo de la muestra, hubo aproximadamente la misma proporción de hombres y mujeres. La edad media fue de 40,8 años

Figura 1. Obtención de la muestra definitiva de análisis

EMG: Enfermedad mental grave. TA: Trastorno de Ansiedad.

(DE 14,0; Mediana 40). Los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos psicóticos seguidos de los afectivos. La estancia media fue de 11,4 días (DE 13,5; Mediana 7). El resumen del resto de parámetros se muestra en la *Tabla 1*.

En lo relativo a si la derivación fue realizada desde el propio sistema sanitario, se observaron diferencias en la edad del paciente (diferencia de medias -3,2 años; IC95% de -5,6 a -0,7), el diagnóstico, si se trataba del primer contacto, el tiempo transcurrido desde la última visita realizada a la USM y el motivo de ingreso. Los resultados de este análisis se muestran en la *Tabla 2*.

Con respecto a los factores relacionados con una estancia mayor de dos semanas, se encontró una relación significativa de ésta con el año del alta (*ver Figura 2*), el diagnóstico, el motivo de ingreso y el destino tras el alta. En el análisis multivariante se ratificaron todas estas variables excepto el destino al alta (*ver Tabla 3*).

Discusión

El perfil del paciente ingresado en la UHP durante el periodo de estudio fue una persona entre la cuarta y la quinta década de su vida, sin predominancia de ninguno de los dos sexos, con diagnóstico de trastor-

Tabla 1. Descriptivos generales de la muestra (N= 961 sujetos)

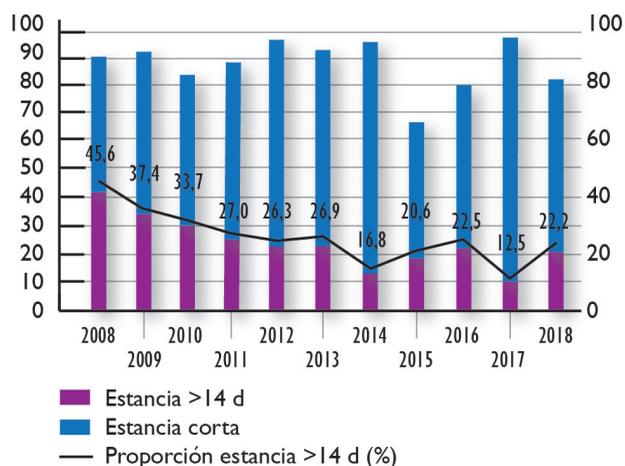
Variable	Categoría	N (%)
Sexo	Mujeres	471 (49,0)
Diagnóstico	Trastornos psicóticos	390 (40,6)
	Trastornos afectivos	334 (34,8)
	Trastornos personalidad	118 (12,3)
	Trastornos Ansiedad	119 (12,4)
Primer contacto con la red pública	No	618 (64,3)
	Sí	316 (32,9)
	Sanidad privada	27 (2,8)
Urgencias mes previo (número)	0	703 (73,2)
	1	201 (20,9)
	2	38 (4,0)
	3	19 (2,0)
Última visita a USM	Debut	316 (32,9)
	Menos de 1 año	407 (42,4)
	Más de 1 año	238 (24,8)
Remisor	Familia	422 (43,9)
	FOP-SAMU	218 (22,7)
	C. Externas USM	117 (12,2)
	Petición propia	95 (9,9)
	Atención Primaria	51 (5,3)
	CEEM	37 (3,9)
	Judicial	21 (2,2)
Motivo de ingreso	Agitación	311 (32,4)
	Ideación suicida	184 (19,1)
	Intento suicidio	167 (17,4)
	Delirio-alucinaciones	215 (22,4)
	Otros	84 (8,7)
Estancia mayor de 14 días	No	706 (73,5)
	Sí	255 (26,5)
Destino al alta	Domicilio-CE	879 (91,5)
	Alta voluntaria	35 (3,6)
	Hospital Agudos	30 (3,1)
	CEEM	7 (0,7)
	Fuga	4 (0,4)
	Otros	3 (0,3)
	UHD	2 (0,2)
	Exitus	1 (0,1)

FOP: Fuerzas de Orden Público; SAMU: Servicio de Asistencia Médica Urgente; C. Consultas; USM: Unidad de Salud Mental; CEEM: Centro Específico de Enfermos Mentales; CE: Consultas Externas; UHD: Unidad Hospitalización Domiciliaria.

Tabla 2. Resultados del análisis bivariante de los factores relacionados con la derivación desde el sistema sanitario

Variable	Categoría	Derivación por sistema sanitario - N (%)		Significación bivariante (p)
		No	Sí	
Sexo	Hombres	408 (50,4)	82 (53,9)	0,426p
Diagnósticos	T. Psicóticos	315 (38,9)	75 (49,3)	<0,050P
	T. Afectivos	283 (35,0)	51 (33,6)	
	T. Personalidad	104 (12,9)	14 (9,2)	
	T. Ansiedad	107 (13,2)	12 (7,9)	
Primer contacto con red pública	No	489 (60,4)	129 (84,9)	<0,001P
	Sí	293 (36,2)	23 (15,1)	
	Sanidad privada	27 (3,3)	0 (0,0)	
Urgencias mes previo (número)	0	582 (71,9)	121 (79,6)	0,251P
	1	177 (21,9)	24 (15,8)	
	2	34 (4,2)	4 (2,6)	
	3	16 (2,0)	3 (2,0)	
Última visita a USM	Debut	293 (36,2)	23 (15,1)	<0,001P
	Menos de 1 año	326 (40,3)	81 (53,3)	
	Más de 1 año	190 (23,5)	48 (31,6)	
Motivo de ingreso	Agitación	268 (33,1)	43 (28,3)	<0,001P
	Ideación suicida	156 (19,3)	28 (18,4)	
	Intento suicidio	154 (19,0)	13 (8,6)	
	Delirio-alucinaciones	172 (21,3)	43 (28,3)	
	Otros	59 (7,3)	25 (16,4)	
Edad (años)*		40,3 (14,0)	43,5 (13,8)	0,011T
Total		809 (100,0)	152 (100,0)	

P: Test de la Chi Cuadrado de Pearson. T: Test de la T de Student.

Figura 2. Evolución anual de la proporción de episodios con estancia prolongada

no psicótico o afectivo (entre los dos suponen el 75% de los ingresos), que no visitó el servicio de urgencias durante el mes anterior al ingreso y que, generalmente, no se trató del primer contacto con el servicio de salud mental público. Los motivos más frecuentes de ingreso fueron los síntomas positivos (agitación, delirios y alucinaciones), seguido de la ideación e intento de suicidio. El principal agente remitidor de los pacientes al servicio de urgencias, previo al ingreso, fue la propia familia, seguida de las FOP y el SAMU. Aproximadamente uno de cada cinco casos fue remitido por el propio sistema sanitario. Las consecuencias del ingreso sobre el paciente son fácilmente deducibles. Además, estas afecciones impactan sobre la familia, quien comparte las repercusiones de estas patologías que provocan una importante carga psicológica. Adicionalmente hay que tener en cuenta la repercusión

Tabla 3. Factores relacionados con una estancia prolongada

Variable	Categoría	Más de 14 días de estancia N (%)		Significación bivariante (p)	OR multivariante (IC 95%)
		No	Sí		
Sexo	Hombres	351 (71,6)	139 (28,4)	0,189 ^P	
	Mujeres	355 (75,4)	116 (24,6)		
Diagnósticos	T. Psicóticos	251 (64,4)	139 (35,6)	<0,001 ^P	1,00 (Referencia)
	T. Afectivos	240 (71,9)	94 (28,1)		1,08 (0,75; 1,57)
	T. Personalidad	105 (89,0)	13 (11,0)		0,34 (0,18; 0,64)
	T. Ansiedad	110 (92,4)	9 (7,6)		0,28 (0,13; 0,60)
Primer contacto con red pública	No	450 (72,8)	168 (27,2)	0,298 ^P	
	Sí	239 (75,6)	77 (24,4)		
	Sanidad privada	17 (63,0)	10 (37,0)		
Urgencias mes previo (número)	0	518 (73,7)	185 (26,3)	0,986 ^P	
	1	147 (73,1)	54 (26,9)		
	2	27 (71,1)	11 (28,9)		
	3	14 (73,7)	5 (26,3)		
Última visita a USM	Debut	239 (75,6)	77 (24,4)	0,404 ^P	
	Menos de 1 mes	121 (67,2)	59 (32,8)		
	2-3 meses	112 (74,2)	39 (25,8)		
	4-6 meses	37 (77,1)	11 (22,9)		
	7-12 meses	22 (78,6)	6 (21,4)		
	Más de 1 año	175 (73,5)	63 (26,5)		
Remisor	Familia	313 (74,2)	109 (25,8)	0,112 ^P	
	FOP-SAMU	153 (70,2)	65 (29,8)		
	C. Externas USM	79 (67,5)	38 (32,5)		
	Petición propia	81 (85,3)	14 (14,7)		
	A. Primaria	37 (72,5)	14 (27,5)		
	CEEM	27 (73,0)	10 (27,0)		
	Judicial	16 (76,2)	5 (23,8)		
Motivo de ingreso	Agitación	211 (67,8)	100 (32,2)	<0,001 ^P	1,00 (Referencia)
	Ideación suicida	164 (89,1)	20 (10,9)		0,26 (0,15; 0,46)
	Intento suicidio	147 (88,0)	20 (12,0)		0,38 (0,21; 0,67)
	Delirio-alucinaciones	132 (61,4)	83 (38,6)		1,32 (0,89; 1,96)
	Otros	52 (61,9)	32 (38,1)		1,29(0,75; 2,20)
Destino al alta	Domicilio-CE	633 (71,9)	248 (28,1)	<0,001 ^P	
	Alta voluntaria	35 (100,0)	0 (0,0)		
	Hospital Agudos	25 (83,3)	5 (16,7)		
	Otros	13 (86,7)	2 (13,3)		
Edad (años)*		40,4 (13,8)	42,0 (14,3)	0,112 ^T	1,01(1,00; 1,02)
Total		706 (100,0)	255 (100,0)		

*Media (desvío estándar); P: Test de la Chi cuadrado de Pearson; T: Test de la T de Student. OR: Odds ratio; IC: Intervalo de confianza.

social que representan la agitación, la agresividad, la expansividad, el intento de suicidio y la conducta desorganizada, al extremo de que uno de cada cuatro pacientes es traído al hospital por las FOP, acompañadas de los SAMU o por orden judicial.

El hecho de que la mayoría de los pacientes no sean remitidos desde el sistema sanitario plantea una reflexión interesante. Si bien es comprensible que ante un primer episodio el paciente sea llevado a urgencias por la familia, las FOP o el SAMU, no parece indicativo de una atención continuada de calidad que solo una minoría de los casos ya integrados en la red de salud mental fueran derivados por el propio sistema.

Se eligió la duración del ingreso como reflejo de la gravedad del cuadro que lo originó, asumiendo que una mayor gravedad implicaba una estancia más prolongada. Se observó, tal como se representa en la Figura 2, que conforme evolucionó la serie disminuyó la estancia media, hecho seguramente relacionado con una mayor presión asistencial y con las mejoras organizativas que el Servicio de Psiquiatría experimentó a lo largo del periodo de estudio. Estas mejoras fueron fundamentalmente la consolidación del Hospital de Día, de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria, el Programa de Primeros Episodios Psicóticos y de las intervenciones de trabajo social.

Tal como se representa en la *Tabla 3*, la ideación suicida y el intento de suicidio como motivo de ingreso se asociaron con una menor probabilidad de estancia superior a dos semanas. Esta paradoja entre la gravedad del síntoma y su rápida resolución sugirió que, seguramente, los casos más graves o son infrecuentes o no llegaron al hospital. En este sentido, sólo uno de cada veinte intentos de suicidio que fueron dados de alta en Psiquiatría, había ingresado previamente en UCI o Medicina interna. Desconocemos la magnitud de intentos de suicidio consumados que no llegaron a la sala de psiquiatría. En cualquier caso, dada la favorable relación riesgo beneficio para el enfermo, parece coherente tener unos criterios de ingreso laxos ante la ideación o el intento suicida. Asimismo, el diagnóstico de TP o TA se relacionó con una menor probabilidad de sufrir una estancia larga, haciendo sospechar una menor complejidad de su manejo clínico hospitalario. Por último, cabe reflejar que la solicitud de atención en urgencias durante el mes previo al ingreso, comparado con los que acuden por primera vez, no repercutió en la duración de este.

Otro aspecto relevante fue poder cuantificar las pérdidas de seguimiento de las personas con EMG,

pues uno de cada cuatro de los ingresados se había autoexcluido de la supervisión especializada durante más de un año. La experiencia induce a pensar que esta falta de seguimiento lleve aparejadas conductas, como un incumplimiento del tratamiento, que faciliten desenlaces no favorables como el ingreso hospitalario. En el contexto de una patología crónica, además de un correcto diagnóstico y tratamiento, cobra especial importancia un adecuado seguimiento, que podría minimizar sus consecuencias sobre el propio paciente, su entorno familiar y el tejido social. Por tanto, una orientación hacia la proactividad, tanto en los equipos de salud mental como en los de atención primaria, que implicaría actuar antes de que se produzca una descompensación en lugar de sólo reaccionar, mejoraría sin duda la asistencia de este tipo de pacientes.

Se han encontrado escasos antecedentes en la literatura acerca de la psiquiatría proactiva. Éstos se encuentran limitados a dos ámbitos de actuación. El primero sería la consulta de enlace, que logra reducir las estancias en pacientes hospitalizados por otra patología médica (Oldham MA et al., 2019). El segundo antecedente lo constituiría la Unidad de Decisiones Psiquiátricas. Se trataría de una consulta alternativa a la de urgencias hospitalarias para intervención en crisis psiquiátricas a petición del propio paciente. Ésta logra una reducción en la frecuencia de presentaciones en urgencias e ingresos psiquiátricos (Trethewey et al., 2019).

En general el diseño de la investigación que se ha mostrado está poco expuesta a sesgos, sobre todo por la preeminencia de su aspecto descriptivo, su extensión temporal y el escaso número de exclusiones. Precisamente, éstas últimas serían posibles fuentes de error al limitar la capacidad de extrapolar los resultados. Debido al diseño del proyecto inicial la base del estudio la constituyen los pacientes con EMG que han sufrido un ingreso hospitalario. La exclusión además de episodios recurrentes hace imposible la evaluación de ciertas hipótesis de interés, como por ejemplo si los pacientes que no son seguidos adecuadamente requieren un mayor número de ingresos.

Si todo lo apuntado sobre el seguimiento de los pacientes con EMG se considera de interés, sería importante dirigir futuros esfuerzos en investigación sobre este aspecto y sobre herramientas para la prevención de eventos no deseables en personas con EMG. Al igual que realizar estudios en personas con EMG que no han requerido ingreso cuyo seguimiento cercano en las unidades ambulatorias, ha evitado las descompensaciones graves que suponen la necesidad acudir a los servicios de urgencias.

Conclusiones

Los motivos que con más frecuencia propiciaron el ingreso fueron los síntomas positivos y la ideación e intento de suicidio. Solo una quinta parte de ellos procedía del propio sistema sanitario, lo que, añadido a la proporción de pacientes sin seguimiento en el año previo, puede considerarse como una oportunidad clara de mejora en el seguimiento del paciente con EMG. La ideación y el intento de suicidio se asociaron con una menor probabilidad de estancia larga, y dados los desenlaces previsibles en estas situaciones, debería resultar en una flexibilización de los criterios de ingreso. Finalmente, una orientación hacia la proactividad, actuando antes de la descompensación, contribuiría a mejorar la asistencia y calidad de vida de los pacientes con EMG y su entorno.

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

Referencias bibliográficas

- Barchielli, A., Balzi, D., Passeri, A.C., Marseglia, A.R., Miceli, M. (2016). Uso dei flussi informativi sanitari regionali per stimare la prevalenza dei disturbi mentali e il ricorso ai servizi sanitari nella popolazione di una ASL della Toscana. *Epidemiologia e Prevenzione*, 40(1): 65-73. <https://doi.org/10.19191/EP16.1.P065.016>
- Biancosino, B., Vanni, A., Marmai, L., Zotos, S., Peron, L., Marangoni, C., Magri, V., Grassi, L. (2009). Factors related to admission of psychiatric patients to medical wards from the general hospital emergency department: a 3-year study of urgent psychiatric consultations. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39(2): 133-146. <https://doi.org/10.2190/PM.39.2.b>
- Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana (2001). Plan Director de Salut Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana. https://www.fadesaludmental.es/imagenes/PLAN_SALUD_MENTAL_VALENCIA.pdf Último acceso: diciembre de 2020.
- Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana (2016). Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020. <http://www.san.gva.es/web/dgas/estrategia-de-salut-mental>. Último acceso: diciembre de 2020.
- Madala-Witbooi, N.J., Adeniyi, O.V. (2019). Demographic and clinical profiles of admitted psychiatric patients of the East London Mental Health Unit in the Eastern Cape, South Africa. *Medicine (Baltimore)*, 98(52), e183399. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018399>
- Myklebust, L.H., Sørgaard, K., Røtvold, K., Wynn, R. (2012). Factors of importance to involuntary admission. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(3): 178-182. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.611252>
- National Institute of Mental Health (1987). Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Editorial NIMH.
- Ng, X.T., Kelly, B.D. (2012). Voluntary and involuntary care: three-year study of demographic and diagnostic admission statistics at an inner-city adult psychiatry unit. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(4): 317-326. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2012.04.008>
- Oldham, M.A., Chahal, K., Lee, H.B. (2019). A systematic review of proactive psychiatric consultation on hospital length of stay. *General Hospital Psychiatry*, (60): 120-126. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.08.001>
- Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud mental en el mundo. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2005). El contexto de la salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Editorial EDIMSA.
- Pardo Guerra, M., Hernández Gaspar, M.C., Ros Llorens, R., Pardo Guerra, L., Mora Marín, R., Palmer Vicedo, R. (2015). Relación temporal entre el último contacto sanitario y el suicidio consumado, análisis de supervivencia. XVIII Congreso Nacional de Psiquiatría, Santiago de Compostela, España.
- Ramos López, A., Díaz Palarea, M.D. (2005). Características de los usuarios de una unidad de agudos de salud mental: determinantes psicosociales y clínicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25(96): 37-55.
- Saraceno, B. (2004). Mental health: scarce resources need new paradigms. *World Psychiatry*, 3(1): 1-5.
- Schmidtke A., Bille-Brahe U., Deleo, D., Kerkhof A., Bjerke, T., Crepaf, P., Haring, C., Hawton, K., Klönnqvist, J., Michel, K., Pommereau X., Querejeta, Phillipe, I., Salander-Renberg, E., Temesváry, B., Wasserman, D., Fricke, S., Weinacker, B., Sampaio-Faria J. G. (1996) Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93 (5): 327-338.
- Soares, R., Pinto da Costa, M. (2019). Experiences and Perceptions of Police Officers Concerning Their Interactions with People with Serious Mental Disorders for Compulsory Treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 10(187). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00187>
- Sotoca Covaleta, R. (ed.). (2017). Vivir es la salida. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Generalitat Valenciana. http://www.san.gva.es/documentos/156344/6939818/Plan+prevencio%C3%B3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf. Último acceso: diciembre de 2020.
- Thomas, E., Cloete, K.J., Kidd, M., Lategan, H. (2015). A decentralised model of psychiatric care: Profile, length of stay and outcome of mental healthcare users admitted to a district level public hospital in the Western Cape. *South African Journal of Psychiatry*, 21(1): 8-12. <https://doi.org/10.4102/sajpsy.v21i1.538>
- Trethewey, S.P., Deepak, S., Saad, S., Hughes, E., Tadros, G. (2019). Evaluation of the Psychiatric Decisions Unit (PDU): effect on emergency department presentations and psychiatric inpatient admissions. *Postgraduate Medical Journal*, 95(1119): 6-11. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2018-135788>
- Van Der Post, L., Mulder, C.L., Bernardt, C.M., Schoevers, R.A., Beekman, A.T.F., Dekker, J. (2009). Involuntary admission of emergency psychiatric patients: report from the Amsterdam Study of Acute Psychiatry. *Psychiatric Services*, 60(11): 1543-1546. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.60.11.1543>
- Van Rensburg, A.J. (2007). Clinical profile of acutely ill psychiatric patients admitted to a general hospital psychiatric unit. *African Journal of Psychiatry*, 10(3):159-163. <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v10i3.30248>
- World Health Organization (2003). *Mental Health Context*. World Health Organization.

Vigencia de las ideas de Erving Goffman en el trabajo de la sala de internación psiquiátrica de un hospital general

Validity of Erving Goffman's ideas in the work of the psychiatric interment ward from a general hospital

Josefina Guerineau¹, Daniel Matusевич²

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i157.264>

Resumen

Varios autores han tomado el desafío de demostrar la influencia del medio social en la salud mental para cuestionar la mirada psiquiátrica hegemónica, individual y organicista, con la intención de construir modelos críticos de práctica profesional centrados en el sujeto. Este trabajo propone estudiar por un lado, los conceptos fundamentales del sociólogo Erving Goffman y por el otro a la luz de los mismos, exponer el funcionamiento actual de una sala de internación psiquiátrica en un hospital general.

Palabras clave: Erving Goffman - Internación psiquiátrica - Hospital general.

Abstract

Several authors have taken up the challenge of demonstrating the influence of the social environment on mental health and questioning the hegemonic, individual and organicist psychiatric gaze, with the intention of constructing critical models of professional practice in which the subject is prime. This work proposes to study, on the one hand, the fundamental concepts of the sociologist Erving Goffman and, on the other, in the light of them, to expose the current operation of a psychiatric inpatient ward in a general hospital.

Keywords: Erving Goffman - Psychiatric ward - General hospital.

RECIBIDO 30/3/2022 - ACEPTADO 10/6/2022

¹Médica psiquiatra. Médica asociada del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires.

²Médico psiquiatra. Sub-jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Autora de referencia:

Josefina Guerineau

josefina.guerineau@hospitalitaliano.org.ar

Lugar de realización del estudio: Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.



Introducción

La psiquiatría como especialidad enfrenta permanentemente desafíos que interpelan y cuestionan su sentido. El extraordinario desarrollo de la investigación tecno-bio-médica ha tenido una influencia determinante sobre la construcción de las prácticas clínicas en la medicina actual y la psiquiatría no ha sido la excepción.

Juan Carlos Stagnaro (2002), director de *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, plantea que este modelo científico se ha instalado como paradigma dominante, acompañado de una terapéutica “racional” de las enfermedades mentales que jerarquiza de manera casi exclusiva a la evidencia por sobre otro tipo de enfoques o miradas.

Esta aseveración nos habilita a pensar sobre lo sencillo que es para el paciente psiquiátrico quedar atrapado entre valoraciones estadísticas y datos cuantitativos, sin la posibilidad de considerar una visión antropológica (centrada en el paciente) de la enfermedad mental.

En el año 2012 uno de nosotros publicó un trabajo cuya hipótesis central sostiene que en las últimas décadas del siglo XX la psiquiatría se ha divorciado de las ciencias humanas: “la locura como fenómeno social e histórico está dando paso a la locura como fenómeno individual y biológico. La psiquiatría, de manera progresiva, está abandonando una importante tradición humanística centroeuropea para abrazar un modelo universal o globalizado.” (Matusevich, 2012).

El espíritu dirigido a la ausencia de una única verdad para explicar el sufrimiento de las personas que padecen patologías psiquiátricas permite reflexionar sobre la necesidad de complementar la mirada biológica con una perspectiva psiquiátrica antropológica, humanística, flexible y eficaz, que incluya la dimensión subjetiva, la historicidad y la sociabilidad del paciente frente a la locura, el dolor, la discapacidad y la muerte (Stagnaro, 2002).

Intentando transitar este camino, en esta comunicación analizaremos algunas de las ideas centrales del sociólogo Erving Goffman (en lo sucesivo E.G.) y las relacionaremos con el quehacer diario en la Sala de Internación Psiquiátrica de un hospital general. Los pensamientos de E.G. siempre fueron una inspiración y un norte en el trabajo de la Sala de Internación de psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires, su obra fue introducida por la doctora Noemí Chervinsky, ex Jefa de la Sala, en el año 1985 y, a partir de ese año, muchas camadas de residentes y concurrentes se formaron a la luz de sus propuestas de vanguardia.

Inspirándonos en el concepto de “sociedad de la transparencia”, planteado por el coreano Chul Han (2012), proponemos el de “psiquiatría de la transparencia” para hacer referencia al momento actual de nuestra especialidad. Recordemos que este autor sostiene que las cosas se hacen transparentes cuando abandonan cualquier negatividad, cuando se alisan y allanan, cuando se insertan sin resistencia en el torrente liso del capital; cuando, liberadas de toda dramaturgia, de toda profundidad hermenéutica y de todo sentido, se vuelven pornográficas y, finalmente, que las cosas se tornan transparentes cuando se despojan de su singularidad expresándose completamente en la dimensión del precio, concluyendo entonces que la “sociedad de la transparencia” es el infierno de lo igual.

Fue, justamente a partir de estas reflexiones que conjeturamos la eventualidad de que nuestra especialidad se encuentre, ella también, atravesando una etapa de transparencia, en la cual los valores que predominan son los de la uniformidad, la formalidad, el positivismo más extremo, vestido con los ropajes de la evidencia, la biologización de las prácticas (incluyendo las psicoterapias) y la muerte de las teorías. Estamos frente a una psiquiatría que no ofrece nada para interpretar, nada para descifrar ni nada para pensar; en palabras de Chul Han no es necesario ningún juicio, ninguna interpretación, ninguna hermenéutica, ninguna reflexión, ningún pensamiento frente al vaciamiento de su profundidad. Ejercemos en tiempos en los que pareciera que la catarata de datos e información de la que disponemos convierte en insignificantes las miradas teóricas (“... la masa positiva de datos e información, que hoy crece hasta lo monstruoso, hace superfluas las teorías, y la alineación de datos suplanta a los modelos”, en palabras del mismo autor); 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.

Este filósofo coreano, formado en Friburgo y Múnich, va más allá aún, cuando plantea de manera arriesgada que la hiperinformación y la hipercomunicación que predominan en la actualidad dan testimonio de la falta de verdad de estos tiempos, e incluso de la falta de ser, ya que más comunicación y más información no eliminan la fundamental imprecisión del todo, sino que más bien la agravan. Nuestra especialidad atraviesa mares en los que todos parecen tener una opinión, pero nadie parece esgrimir una teoría;

las opiniones van cambiando, son mutantes, en un punto carecen de consecuencias, mientras que las teorías son parte de nuestro ser, de nuestra identidad, nos permiten significar un mundo a la vez que ser significados por el mismo; no debemos perder de vista que mayor información no equivale a verdad, se necesita tener un sentido y un saber, en caso contrario somos como un barco que navega a la deriva, sin dirección (Conti & Matusevich, 2018).

Materiales y métodos

Se realizó una investigación de carácter crítico-interpretativo, con base en un enfoque cualitativo-etnográfico. A tal efecto, se realizó una lectura sistemática tomando como eje principal los lineamientos generales de dos de los textos más emblemáticos de E.G., *Internados* (Goffman, 2001) y *Estigma* (Goffman, 2008) (Rizo Garcia, 2011).

La elección de este autor se justifica por un lado en la intención de demostrar la vigencia de sus ideas y, por el otro, en la importancia y el significado que él otorga a las historias y a las vidas de los individuos: “Todo individuo es un objeto de biografía, una entidad alrededor de la cual es posible estructurar una historia, una identidad personal. La condición de sujeto normal o sujeto enfermo-desviado depende de una compleja serie de factores que se van entrelazando para que el contexto en el cual se encuentren termine siendo el factor decisivo” (Goffman, 1963).

Los conceptos centrales de E.G. fueron puestos en relación con tres trabajos dedicados a analizar la realidad de los pacientes internados (*ver Tabla 1*). Dicha

puesta en relación consistió en la intersección entre la lectura crítica de los textos y el análisis crítico de las prácticas.

Este trabajo surge frente a la constatación de que en estos tiempos las historias de las personas han perdido relevancia en los procesos de tratamiento. En el artículo “Apuntes para una psiquiatría basada en narraciones” (Matusevich, 2018), planteamos que nuestra especialidad debe aceptar la percepción del fin de los grandes relatos que para todo tenían una respuesta y enfocarse en construir las narrativas de los pacientes en el contexto de la subjetividad de estos tiempos, colocando las historias en el centro de la escena destacando la importancia de examinar valores, relaciones, políticas y las bases éticas del cuidado.

El ámbito de estudio elegido fue la sala de internación psiquiátrica de un hospital general; esto nos permitió discutir con el concepto institución total de E.G. y describir nuestra forma de trabajo. A partir de su concepción del hospital psiquiátrico como institución total, E.G. consideraba que el paciente internado experimentaba una pérdida de control y la posibilidad de interactuar con sus redes sociales externas. Esto conducía a una disolución de la individualidad del sujeto y a la incapacidad para adquirir hábitos que corrientemente son requeridos en la sociedad general (Goffman, 1961).

A la luz de esas ideas se analizó la práctica profesional ejercida en la sala de internación psiquiátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires, la cual desde el año 2000 se propone brindar un tratamiento temprano, breve, integral e intensivo de situaciones agudas y

Tabla 1. Trabajos que analizan la realidad del paciente internado

TÍTULO	AUTOR/ES	AÑO / LUGAR DE PUBLICACIÓN	OBJETIVOS PRINCIPALES
Críticas y alternativas en psiquiatría	Ortiz Lobo y Rafael Huertas	2018, Los Libros de la catarata, Madrid.	Proponer un enfoque crítico de los modelos dominantes en la psiquiatría. Promover una nueva forma de trabajo y de relación entre el profesional y el paciente internado.
Violencia, institución y locura	Gustavo Rossi y Daniel Matusevich	2012, Ed. Polemos, Buenos Aires.	Articular las ideas de Foucault y Goffman con las posibles formas de violencia institucional y pensar sus efectos en la tarea clínica diaria de la sala de internación.
Aplicación de los siete principios del aprendizaje pleno en una sala de internación de psiquiatría en el entrenamiento médico	Daniel Matusevich	2016, Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires.	Analizar los principios del aprendizaje pleno postulados por Perkins en el ámbito de la sala de internación psiquiátrica y aplicar los mismos al tratamiento de los pacientes internados.

que garantice la continuidad de los tratamientos ambulatorios.

La misma se caracteriza por ser un dispositivo de tratamiento para pacientes agudos y subagudos; cuenta con un total de 31 camas destinadas a satisfacer la demanda del sistema prepago (Plan de Salud) del Hospital Italiano de Bs. As., como así también de sistemas de salud (prepagos y obras sociales) de características demográficas similares, provenientes del área metropolitana de Buenos Aires (AMBA) o del interior del país. Los pacientes internados son mayores de 17 años, de ambos sexos, con diversos cuadros psicopatológicos. Los principales motivos de internación son procesos depresivos, ideas suicidas, episodios autoagresivos, descompensaciones psicóticas y síntomas conductuales o psicológicos de las personas que padecen demencia. La mediana de la duración de internación corresponde a 22 días; en los casos de pacientes que padecen de trastornos neurocognitivos con síntomas conductuales, en muchas ocasiones los mismos son derivados a residencias para adultos mayores con el fin de favorecer la continuidad de los cuidados llevada a cabo en la etapa aguda de la descompensación en la sala de internación. El equipo profesional está constituido por el jefe de la sala, los coordinadores (tres psicólogos y tres psiquiatras), residentes médicos y psicólogos, el equipo de enfermería, musicoterapeuta, terapeuta ocupacional y el personal auxiliar (Matusevich et. al., 2021).

Se analizó toda la información desde una perspectiva integradora y se evaluó la aplicabilidad de los conceptos estudiados. Una perspectiva integradora implica la incorporación de una visión global que incluya las dimensiones biomédica, antropológica, humanística y subjetiva del individuo y propone resaltar la importancia de la construcción de un conocimiento compartido, considerando la insuficiencia de cualquiera de esos enfoques de manera aislada e individual (Arana, 2013).

El “cara a cara” como punto de partida

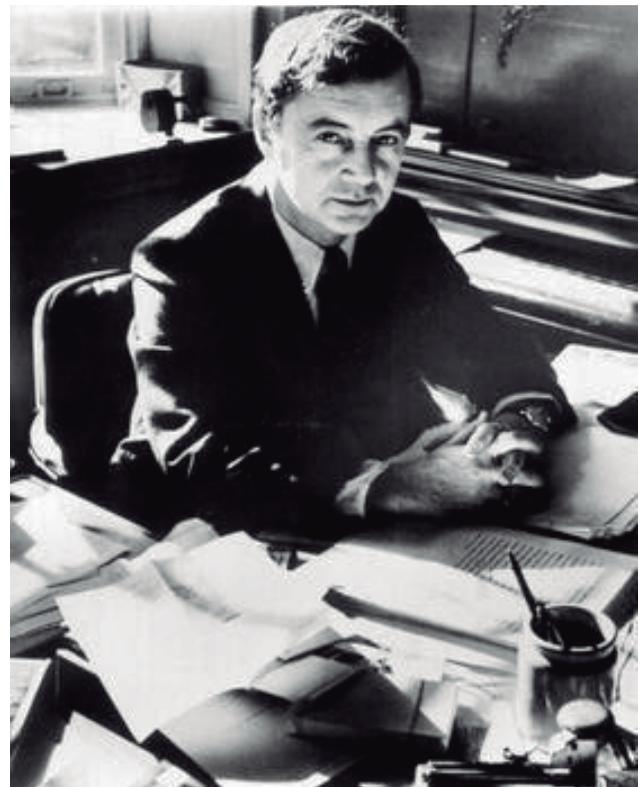
E.G. define a las interacciones sociales cotidianas como tema central de su obra. Puntualiza la existencia de roles de interacción y no de individuos concretos, de manera tal que las diferentes categorías son parte de un sistema de perspectivas que se retroalimenta en el juego de los opuestos. Es decir, que se concentra en cómo las etiquetas se introducen en las interacciones del día a día. En la obra *Internados* dichas categorías están basadas en la división expuesta en las institucio-

nes totales, donde se propone la existencia del grupo de internos y el del personal, los cuales interactúan de manera casi unidireccional, plasmando una relación de poder asimétrica (Goffman, 1961). En *Estigma, identidad deteriorada* el autor plantea la existencia de dos categorías diferentes, los estigmatizados y los normales. Considerando a ambos grupos como comportamientos adaptativos ante el control social (Goffman, 1963).

Será relevante tener en cuenta que E.G. define al paciente mental desde un punto de vista sociológico. Esto significa que una persona es considerada dentro de la categoría de enfermo psiquiátrico cuando altera su destino social. Por lo tanto, la locura suele ser en mayor medida producto de una perturbación social, es decir, que aquel considerado como enfermo no logra cumplir con ciertas exigencias esperadas en determinados contextos sociales más que por un trastorno psiquiátrico en sí mismo (Goffman, 1963).

Breve biografía de Erving Goffman

E.G., considerado uno de los sociólogos más novedosos del siglo XX, dedicó su estudio al interaccionismo simbólico a través de la observación participante. Su mayor interés fue examinar el impacto de las estructuras sociales en los niveles más locales de la vida cotidiana, es decir la microsociología.



Nació en 1922 en Canadá, descendiente de padres ucranianos que migraron a ese país. Partió a los Estados Unidos en su infancia, donde realizó toda su formación académica. Inició sus investigaciones en 1945 en la Universidad de Toronto y los continuó en la Universidad de Chicago en donde su *habitus* sociológico comenzó a formarse bajo la premisa fundamental de la determinación social de todos los actos, incluso de los más íntimos y cotidianos.

Durante las décadas de los '50 y '60 escribió la mayor parte de sus textos más valiosos, entre ellos, *Internados* (1961) y *Estigma* (1963). Finalizó su carrera en la Universidad de Pensilvania adonde trabajó desde 1968. Fue presidente de la Asociación Americana de Sociología, hasta su fallecimiento en 1982.

La vida en la sala de internación psiquiátrica de un hospital general

La actualidad propone un carácter diferente de la situación del paciente internado. A pesar de la existencia de instituciones especializadas (monovalentes en los términos argentinos en uso) en nuestro país, la incorporación de Salas de Internación psiquiátricas en hospitales generales implica un modo de funcionamiento y un dinamismo diferente (Matusevich, 2006).

La sala de internación del Hospital Italiano de Buenos Aires consiste en una unidad de cuidado cerrada teniendo en cuenta la existencia de los posibles riesgos asociados a la etapa aguda de una descompensación psicopatológica. Desde el inicio del proceso de internación, el equipo profesional coopera en la desarticulación de la coalición alienativa (*vide infra*), de manera tal que busca favorecer la interacción del paciente con el exterior y lograr la revinculación con su red familiar (Matusevich & Rossi, 2012). Es por ello que las visitas de familiares son consensuadas en conjunto con el paciente, llevándose a cabo en horarios preestablecidos lo cual permite, en caso de ser necesaria, una intervención terapéutica por parte de los profesionales.

A medida que el paciente logra atravesar el momento más crítico por el cual se encuentra internado y teniendo en cuenta la importancia de evitar el "proceso de desculturización" (E.G. define a la desculturización como la pérdida o incapacidad para adquirir hábitos que corrientemente son requeridos en la sociedad y que dicho proceso se incluye en la experiencia vivida por los pacientes en las instituciones totales (Goffman, 1961), el permiso para la utilización del celular en los tiempos de hoy se ha transformado en una cuestión a tener muy en cuenta. Frente a lo antes mencionado, nos

encontramos en pleno cambio de incorporación de las redes sociales a nuestro trabajo tratando de comprender los beneficios y potenciales limitaciones de la herramienta durante el proceso de internación.

Es importante resaltar que aún con la existencia de Salas de Internación inmersas en estructuras hospitalarias polivalentes, no hay garantía de la eliminación del riesgo de su conformación como institución total. El riesgo se mantiene vigente cuando los procesos de formación de los médicos y psicólogos tienen características decimonónicas y/o cuando las variables biológicas se jerarquizan como ejes exclusivos de los tratamientos sin contemplar ni la diversidad ni las nuevas formulaciones teóricas que caracterizan al mundo de hoy.

Alberto Ortiz Lobo (2013) propone un enfoque distinto a los modelos dominantes en la psiquiatría moderna. La misma invita a considerar múltiples perspectivas sobre la enfermedad mental, sus semejanzas y diferencias entre los sujetos de contextos sociales y culturales diversos. Promueve una horizontalidad entre el profesional y el paciente, un trato más humanizado del enfermo mental, en un sistema colectivo, equitativo y participativo.

Es por eso, que la elaboración de una visión diferente acerca del paciente internado es un desafío que implica cambios profundos. Estas modificaciones deben ser impulsadas desde un carácter humanista y empático por parte del equipo profesional quien propone la co-construcción de formulaciones narrativas junto con el paciente, considerando a las mismas como hipótesis dinámicas que contemplan los síntomas presentados, las fortalezas y el contexto de cada uno de los individuos. Lo dinámico implica una apertura permanente a los cambios en contraposición a la fijeza de ciertos diagnósticos y enfoques. En ese sentido, en el año 2010, Matusevich y Pieczanski, plantearon como nuevo paradigma la "medicina basada en valores", la cual repara en las particularidades de cada sujeto focalizándose en los valores y cultura de cada uno de ellos (Matusevich & Pieczanski, 2010).

Colocar al sujeto y su historia personal en un lugar central del tratamiento implica poder evitar caer en una psiquiatría globalizada que en pos de una supuesta universalización esconde una alarmante falta de sentido, como se señala en la introducción de este trabajo.

La "medicina basada en valores" surge como una teoría complementaria y en contraposición a la medicina basada en la evidencia que permite dar respuesta

a la toma de decisiones médicas en aquellas situaciones en las cuales diferentes perspectivas y valores potencialmente conflictivos, están en juego. La misma pone en primer lugar la perspectiva del paciente, resaltando que la diversidad es la norma y no la excepción cuando de valores se trata, y por ello el foco debe estar puesto no solamente en el resultado final sino en el proceso terapéutico.

Derivada de la filosofía analítica, la “medicina basada en valores” provee herramientas clínicas para vincular el conocimiento científico a las necesidades, deseos y expectativas que el paciente trae a la consulta clínica. El avance en los derechos trae pacientes más interesados y empoderados en cuanto a que se respeten sus deseos, perspectivas y valores en general. La “medicina basada en valores” legitima las diferentes perspectivas de valores, entiende que están cada vez más en juego en todas las áreas de la salud y pone en la toma de decisiones éticas a todos los actores involucrados, los pacientes, sus familias y el equipo profesional (Matusevich & Pieczanski, 2010).

Es aquí que el funcionamiento de la sala de internación del Hospital Italiano cobra un carácter sustancial, dado que propone, desde hace ya varios años, pensar estrategias de intervención orientadas a un trabajo colaborativo que, respetando la multiplicidad de teorías y miradas, está organizado en grupos es decir que “no hay lugar para las individualidades ya que la complejidad de la patología mental requiere del pensamiento grupal para poder ser descifrada” (Matusevich, 2016). La variedad de teorías de quienes conforman el equipo se ve reflejada en la complejidad del mundo actual, lo cual favorece un mayor entendimiento de la enfermedad mental.

La “anti supervisión” es un concepto desarrollado por Abadi y Matusevich a partir de ideas del escritor Isidoro Blaistein, que plantea una visión horizontal y complementaria del trabajo entre profesionales de distinto grado de formación analizando las diferentes narrativas del trabajo con pacientes. Aplicando ese concepto, en el quehacer diario de la internación, se llevan a cabo reuniones de equipo “anti supervisadas” por el jefe de la sala, en las cuales participa únicamente el equipo profesional constituido por los coordinadores psiquiatras y psicólogos, los residentes médicos y psicólogos, el equipo de enfermería, el musicoterapeuta, la terapeuta ocupacional y la asistente social.

El valor del grupo como forma de trabajo se edifica frente a la importancia de la integración, la circularidad y la construcción de conocimiento colectivo.

Por ende, la mirada multiteórica corresponde a un posicionamiento en el que el constructo teórico está arraigado en la presencia de un sujeto, lo cual resalta la dimensión ética de los profesionales de salud. Es precisamente esa base ética la que permite que personas con ideas y pensamientos disímiles puedan en conjunto con las personas internadas construir narrativas de sufrimiento y de mejoría contemporáneas a la muerte de los grandes relatos.

El juego completo

Siguiendo la línea de trabajo propuesta, no podemos dejar de mencionar la noción acuñada por David Perkins de juego completo que busca hacer del aprendizaje un “todo”. El mismo es resultado de un proceso interactivo permanente que involucra a los alumnos y maestros, implicando una participación activa por parte de quien aprende y haciendo hincapié en la noción del proceso y no en la de resultado. Según el artículo “Aplicación de los siete principios del aprendizaje pleno en una sala de internación de psiquiatría en el entrenamiento médico” escrito por uno de nosotros: “la interacción entre los profesionales jóvenes de manera constante y permanente con los expertos es donde radica la singularidad de la propuesta, dado que se lleva a cabo la doble tarea del aprendizaje y del desempeño profesional” (Matusevich, 2016).

La noción de aprendizaje pleno postulada por Perkins resalta no solo un modelo de aprendizaje innovador y diferente de las prácticas clínicas actuales, sino que imprime la importancia de la matriz grupal como norte de los procesos llevados adelante en la sala de internación. La relevancia de la figura del grupo se concibe en el comprender y acompañar las características propias de cada individuo (Perkins, 2016).

Es decir que el juego completo busca transformarse en una estrategia que evite la práctica, en nuestro caso, de una psiquiatría universal que no siempre repara en las particularidades de cada paciente, con la intención de resignificar el sentido del accionar de los profesionales a través de la circularidad y la construcción de un saber y una cultura comunitaria.

Análisis de tres problemas

a. La medicalización

Teniendo en cuenta el actual avance biomédico y la influencia de la industria farmacéutica, en la sala de internación del Hospital Italiano, se propone una forma de trabajo diferente en relación a los tratamientos farmacológicos de los pacientes. Dicho enfoque no

sólo da lugar a la sintomatología clínica presentada, al diagnóstico psiquiátrico y a las generalidades propias del funcionamiento del psicofármaco, sino también, a la subjetividad e historia personal del paciente. De manera tal que la elección del tratamiento psicofarmacológico se produce en consonancia con un pensamiento psiquiátrico crítico, el cual busca combatir el estigma, la cosificación y la medicalización del paciente mental.

Para dicho propósito se discute en detalle con los pacientes y sus familias los posibles efectos adversos de los diversos psicofármacos con el objeto de generar la máxima adaptación favorable a la historia de la persona internada. Cuestiones como la afectación de la esfera sexual, el aumento de peso, el enlentecimiento del pensamiento y otras son puestas sobre la mesa y contrastadas con los valores personales y familiares. También se problematizan las dosis y los tiempos de utilización de la medicación con el fin de disminuir la desesperanza de la persona frente a lo que implica un futuro con psicofármacos (Matusevich & Rossi, 2012).

b. La coalición alienativa

E.G. define a la “coalición alienativa” como al grupo de co-participantes de la realidad de un paciente que son los encargados de dar lugar al proceso de internación (Goffman, 1961; Matusevich & Rossi, 2012). Los pacientes se internan en la mayoría de los casos sin el acompañamiento permanente de sus familiares, salvo en situaciones en las que el equipo profesional considere que es necesario (pacientes que requieran asistencia en las actividades de la vida diaria). Aun así, el trabajo en conjunto con la familia se realiza desde el inicio de la internación, lo cual coopera en disminuir la experiencia subjetiva por parte del paciente de haber sido moralmente traicionado, y por ende atenuar el sentimiento de resentimiento y abandono.

El equipo profesional busca estimular la creación de redes de personas significativas alrededor del individuo para favorecer la reconstrucción de los vínculos sociales, propiciando reuniones familiares donde prime el diálogo y la comunicación. Lo mismo beneficiará a la apertura del paciente al vínculo con el equipo profesional, y así gestar el espacio para lograr una relación terapéutica más abierta.

Entre los enfoques críticos del modelo biomédico y de las condiciones institucionales del paciente internado deben señalarse los trabajos de Seikkula, Alakare y colaboradores quienes desarrollaron en Finlandia el modelo que denominaron “Diálogo abierto”.

“Diálogo abierto” es un enfoque constructorista

social para el tratamiento de la enfermedad mental que se desarrolló en el Hospital de Keropudas en Finlandia, donde continúa evolucionando y expandiéndose. Se orienta a fortalecer el aspecto adulto del paciente utilizando como eje del tratamiento principios tales como la flexibilidad y movilidad, la ayuda inmediata y la responsabilidad. El trabajo en la sala de internación incorporó algunos de los ejes fundantes del modelo finlandés, como el enfoque adaptado a las necesidades del paciente, la igualdad dialógica en las reuniones para el tratamiento, la actividad reflexiva del equipo profesional y, por sobre todas las cosas, no entender más al paciente como un objeto-de-tratamiento sino más bien como un sujeto-en-tratamiento (Seikkula, Arnkil, 2019; Haarakangas et.al. 2020).

El modelo finlandés se transformó en fuente de inspiración para lograr ciertos cambios en la práctica asistencial de la sala de internación del Hospital Italiano, aunque reconociendo que un intento de replicarlo a modo de franquicia es un camino seguro hacia el fracaso. Más que copiar una técnica y trasladarla a un contexto que no le pertenece, se trata de aprender qué claves epistemológicas nos ofrece para, a partir de ahí, implicarse en un proceso de cambio en las ideas, las prácticas y las estructuras asistenciales. Por otro lado, creemos que las revoluciones se generan en la clínica, desconfiando de los procesos que se originan en los escritorios ya que habitualmente éstos están desconectados de la realidad y del sufrimiento.

c. La carrera moral del paciente mental

A partir de una perspectiva histórico-natural, E.G. describe la trayectoria de una persona que se convierte en paciente. Distingue tres etapas transitadas por el sujeto utilizando a la internación como factor determinante de las mismas. La primera de ellas como el periodo previo a la internación (etapa del pre-paciente), el periodo de estadía en el hospital (etapa del paciente) y el periodo posterior a su externación (etapa del ex-paciente), siendo cada una de las fases experiencias de aprendizaje para fomentar lo individual y particular de cada uno (Goffman, 1961).

El autor propone como uno de los momentos críticos de la carrera moral de un individuo, la experiencia de aislamiento, la cual coincide a menudo con un periodo de hospitalización. En pos de contemplar la particularidad del proceso de internación para cada paciente, el equipo profesional intenta generar espacios de reflexión en conjunto con este con la intención de pensar el motivo que derivó a su ingreso y cuáles son los objetivos de la internación.

La construcción de un saber compartido entre el paciente, la familia y el equipo profesional constituye el eje para realizar tratamientos adaptados a la cultura del paciente y así poder potenciar sus capacidades y trabajar sobre las herramientas necesarias para una adaptación al mundo una vez externado (Figuera Álvarez, 2019).

Discusión

Al final de nuestro recorrido concluimos que frente a la ausencia de una única verdad para explicar el sufrimiento mental, es necesario resaltar la importancia de las historias personales como piedra angular de los procesos de tratamiento.

Recurrir a autores como E.G. y los demás mencionados nos posibilita repensar el rol del paciente y del profesional en el contexto de un proceso de internación desde una perspectiva complementaria a la mirada de la clínica hegemónica, acentuando el carácter antropológico de nuestra práctica. Esto implica la incorporación de una visión integral que incluya la dimensión subjetiva, la participación activa del paciente en su propio cuidado y la importancia de la construcción de conocimiento entre los diferentes actores involucrados: el paciente, su familia y el equipo tratante (Ortiz Lobo & Huertas, 2018).

El trabajo de la Sala es, para una psiquiatría reduccionista que se niega a plantearse cuestiones ontológicas y epistemológicas fundamentales y que asimismo se niega a abrirse a otros relatos, como la “kryptonita” para Superman. ¿Qué implica reducir la experiencia y la conducta humana a un mero epifenómeno de la actividad cerebral? ¿Qué supone para la clínica or-

ganizar sus conocimientos en torno a clasificaciones que naturalizan los trastornos mentales, obviando su origen y su construcción social? ¿Cómo influyen los intereses de la industria farmacéutica en mantener esta narrativa? ¿A qué se reduce el rol del psiquiatra y demás profesionales del equipo de salud?

En esta comunicación y en nuestro trabajo proponemos renunciar a la omnipotencia y abrirnos a otros relatos que den importancia a los contextos (políticos, culturales, económicos y sociales) evitando naturalizar a los diferentes modelos de autoritarismo (p. e. el modelo médico hegemónico, el patriarcado, el de la industria farmacéutica, etc.) (Hacking, 2001; Huertas, 2012). Se realizó una investigación de carácter crítico-interpretativo, con base en un enfoque cualitativo-etnográfico. Para obtener las narrativas se utilizó la observación participante, lo que consideramos es una de las limitaciones más importantes de nuestro trabajo (Canguilhem, 2004).

La psiquiatría está en una encrucijada: en las últimas décadas el paradigma tecnológico devino hegemónico, marcando el desarrollo de la actividad clínica y de investigación así como la formación de los nuevos profesionales, los mensajes transmitidos a los pacientes, y la visión global que la sociedad tiene de la enfermedad mental como algo explicable (y solucionable) en términos neuroquímicos (una neuroquímica cortoplacista negligente de los efectos secundarios que se utiliza para solucionar dudosos desequilibrios neuroquímicos) (Levin, 2019).

A pesar de la existencia de una terapéutica de las enfermedades mentales que jerarquiza de manera casi exclusiva la evidencia por sobre otro tipo de enfoques,

Tabla 2. Análisis comparativo entre las instituciones totales y la Sala de Internación psiquiátrica del Hospital Italiano

INSTITUCIONES TOTALES	SALA DE INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA DEL HOSPITAL ITALIANO
Interacciones ocasionales y de naturaleza cerrada.	Interacciones permanentes y de naturaleza semi abierta.
Desculturización del individuo internado.	Fomentar las capacidades ya existentes del paciente y realizar tratamientos adaptados a la cultura del mismo.
Pérdida de la individualidad del sujeto.	Potenciación de lo individual y particular de cada sujeto.
Experiencia de parte del paciente de ser “moralmente traicionado” por sus familiares (coalición alienativa).	Trabajo intenso y a la par con el paciente y su familia.
Tendencia a la estigmatización del paciente internado.	Construcción narrativa de la enfermedad como herramienta de trabajo terapéutico y de autoconocimiento.
Tratamientos farmacológicos orientados únicamente a los síntomas clínicos presentados.	Tratamientos farmacológicos orientados no solo a lo sintomático sino contemplando las preferencias e historia personal del paciente.
Presencia de dos grupos antagónicos (el personal y los pacientes) y una relación asimétrica de poder entre los mismos. Asimetría plena.	Intento de construcción de un saber compartido entre el paciente, la familia y el equipo profesional. Disminución de la asimetría.

la presencia de los valores que acompañan a dichos datos científicos son esenciales a la hora de definir conductas terapéuticas. La medicina antropológica nos abre una puerta que nos permite prestar atención a los mismos, saber dónde están, qué son y cómo se inmiscuyen en el cuidado de la salud de cada individuo (Stagnaro, 2002).

Este principio pone el eje en el entrenamiento médico tomando en cuenta fundamentalmente el trabajo colaborativo como usina multiteórica de convergencias y divergencias con el objeto de evitar la práctica de una psiquiatría universal que no repara en las particularidades de cada sujeto. La elaboración de una co-visión diferente acerca del paciente internado es un desafío que invita a un compromiso diferente por parte de los profesionales. Dicho cambio propone colocar al sujeto y a su historia en un lugar central del tratamiento, focalizándose en los valores y cultura de cada paciente y en la construcción de narraciones que contemplan la totalidad del individuo y su perspectiva a lo largo del recorrido terapéutico. De esta forma se instala en el valor del grupo como forma de trabajo, promoviendo la integración, la circularidad y la construcción de un conocimiento colectivo en constante evolución.

Conflicto de intereses: la autora ha trabajado en la sala de internación del Hospital Italiano de Buenos Aires. El autor trabaja en la sala de internación del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Referencias bibliográficas

- Arana, A. (2013). La vida, expresión de significados asociados a su complejidad. *Paradigma*, 34 (1), 147-172.
- Bracken T., Thomas, P. (2006). *Postpsychiatry. Mental health in a postmodern world*. Editorial Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med/9780198526094.001.0001>
- Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre la medicina*. Editorial Amorrortu.
- Conti, N., Matusevich D. (2012). Antropología y psiquiatría. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 23(105), 351-353.
- Conti N., Matusevich D. (2018). Filosofía y psiquiatría. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 29(141), 346-348.
- Ferraro, M. (2020). El estigma en psiquiatría: un repaso desde sus antecedentes a su actualidad. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 31(149), 62-69.
- Figuera Álvarez, D. (2019). Una experiencia de hospital de día basada en el apego y focalizada en los vínculos. *Revista Asoc Esp Neuropsiquiatría*, 39(136), 239-258.
- Goffman, E. (2001 [1961]). *Internados*. Editorial Amorrortu.
- Goffman E. (2008 [1963]). *Estigma*. Editorial Amorrortu.
- Haarakangas, K., Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J. (2020). Diálogo abierto: una aproximación al tratamiento psicoterapéutico de la psicosis en Finlandia del Norte. *Terapia colaborativa: relaciones y conversaciones que hacen una diferencia*. *Taos Institute Publications*, 149-162.
- Hacking, I. (2001 [1999]). *¿La construcción social de qué?* Paidós.
- Huertas, R. (2012). *Historia cultural de la psiquiatría*. Editorial Los libros de la catarata.
- Huertas, R. (2014). *La locura*. Editorial Los libros de la catarata.
- Levin, S. (2019). *La psiquiatría en la encrucijada*. Eudeba.
- Matusevich, D. (2006). Modelo de comunidad terapéutica en internaciones psiquiátricas breves. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 17(65), 55-64.
- Matusevich, D., Pieczanski, P. (2010). Promoviendo nuevos paradigmas: Bill Fulford y la Medicina basada en los valores. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 21(94), 444-449.
- Matusevich, D., Rossi, G. (2012). Violencia, institución y locura: de las escenas de la protopsiquiatría al escenario actual. En Emilio Vaschetto (Eds.) *Epistemología y psiquiatría. Relaciones peligrosas* (pp 75-90). Editorial Polemos.
- Matusevich, D. (2016). Aplicación de los siete principios del aprendizaje pleno en una sala de internación de psiquiatría en el entrenamiento médico. *Rev. Hosp. Ital. Buenos Aires*, 36(2), 50-52.
- Matusevich, D. (2018). Apuntes para una psiquiatría basada en narraciones. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 39(141), 361-367.
- Matusevich, D., Bertolani, F., Abudarham, T., Malleza, S. (2021). Análisis epidemiológico sobre la población usuaria de la sala de Internación de psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires. *En prensa*.
- Moreno Pestaña, J. (2015). El poder psiquiátrico y la sociología de la enfermedad mental: un balance. *Sociología histórica* (5), 127-164.
- Ortiz Lobo, A. (2013). *Hacia una psiquiatría crítica*. Editorial Grupo 5.
- Ortiz Lobo, A., Huertas, R. (2018). *Críticas y alternativas en psiquiatría*. Editorial Los libros de la catarata.
- Perkins, D. (2016). *El aprendizaje pleno. Principios de la enseñanza para transformar la educación*. Paidós.
- Rizo García, M. (2011). De personas, rituales y máscaras. Erving Goffman y sus aportes a la comunicación interpersonal. *Quórum Académico*, 8(15), 78-94.
- Stagnaro, J. C. (2002). Biomedicina o medicina antropológica. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 13(47), 20-27.

Análisis de la calidad del sueño, alteraciones del humor y modificaciones de algunos hábitos y conductas durante dos diferentes períodos de la pandemia por COVID-19 en Argentina

Analysis of Sleep Quality, Mood Alterations and modifications of some Habits/Behavior during two different Periods of the COVID-19 Pandemic in Argentina

Stella M. Valiensi¹, Agustín L. Folgueira¹, Noelia M. Enriz², Arturo D. C. Garay³, Daniela L. Giardino³

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i157.270>

Resumen

La pandemia provocada por COVID-19 en el mundo, en sus diferentes períodos, produjo muchos cambios en el sueño y en diversas áreas de la salud mental. *Objetivos:* Evaluar y comparar calidad de sueño y aspectos de la salud mental durante dos períodos diferentes de la pandemia por COVID-19, como así también analizar algunos cambios en hábitos/conductas. *Materiales y métodos:* Se realizó un estudio de corte transversal, a través de una encuesta anónima de la que participaron 998 personas. La misma se realizó en dos períodos de tiempo. El primer período comprendió de marzo a julio de 2020, el segundo período abarcó de marzo a julio 2021. El análisis consideró: información demográfica, calidad del sueño, síntomas depresivos y de ansiedad. *Resultados:* Al comparar la calidad de sueño durante los períodos 2020 versus el 2021, el porcentaje de malos dormidores pasó del 51% al 59% en el segundo período. En cuanto a los síntomas depresivos pasó del 21,1 al 16,3% y el porcentaje de síntomas de ansiedad pasó del 59,5 al 47,6%. La mala calidad del sueño afectó a un número mayor de personas en el 2021 que en el 2020 mientras que el porcentaje de participantes con síntomas de ansiedad y de depresión disminuyó en el año 2021. En la segunda fase de la encuesta las personas modificaron algunos hábitos/conductas como ser: cambiaron horarios de rutina, adquirieron mascotas, compartieron más sus sueños y recordaban con mayor frecuencia los mismos. Este artículo contribuye a conocer diversos aspectos del sueño, los cambios de humor y modificaciones de hábitos/conductas que ocurrieron durante la pandemia en Argentina.

Palabras clave: COVID-19 - Parasomnias REM y NREM - Ansiedad - Depresión - Calidad del sueño.

Abstract

The pandemic caused by COVID-19 in the world, in its different periods, produced many changes in sleep and in various areas of mental health. Objectives: To evaluate and to compare sleep quality and aspects of mental health during two different periods of the COVID-19 pandemic, as well as to analyze some changes in habits/behaviors. Subjects and methods: A cross-sectional study was carried out, through an anonymous survey. Demographic information, sleep quality, depressive and anxiety symptoms were analyzed. Of the total, 998 surveys were selected. The survey focused

RECIBIDO 29/5/2022 - ACEPTADO 15/7/2022

¹ Médica/o Neuróloga/o. Clínica Médica. Medicina del Sueño-Neurología. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. Asociación Argentina de Medicina del Sueño (AAMS).

² Antropóloga. CONICET-IDAES/UBA. Buenos Aires.

³ Médica/o Neuróloga/o. Medicina del Sueño-Neurología-Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno" (CEMIC), Buenos Aires, Argentina. Asociación Argentina de Medicina del Sueño.

Autora de referencia:

Stella M. Valiensi

ORCID: 0000-0003-3977-2457

svaliensi@gmail.com / stellamaris.valiensi@hospitalitaliano.org.ar

Lugar de realización del estudio: Medicina del Sueño-Neurología. Hospital Italiano de Buenos Aires y Medicina del Sueño-Neurología-Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno" (CEMIC), Buenos Aires, Argentina.



on 2 time periods, from March to July 2020 and from March to July 2021. Results: When sleep quality was compared during the 2020 versus 2021 periods, the percentage of poor sleepers went from 51% to 59% in the second period. Regarding depressive symptoms, it went from 21.1 to 16.3% and the percentage of anxiety symptoms went from 59.5 to 47.6%. Poor sleep quality affected more people in 2021 compared to 2020. The percentage of participants with symptoms of anxiety and depression decreased in 2021. People changed some habits/behaviors, such as: changing routine schedules, acquiring pets, sharing their dreams more, and remembering them more frequently. This article contributes to knowing various aspects of sleep, mood swings and changes in habits/behaviors that occurred during the pandemic in Argentina.

Keywords: COVID-19 - REM and NREM - Parasomnias - Anxiety - Depression - Sleep quality.

Introducción

A fines de 2019, en Wuhan (China) se inició el brote por COVID-19 generando una crisis a nivel mundial (Wang et al., 2020). Por ello, en distintos países fue necesario implementar un aislamiento social, para aminorar la rápida expansión del virus. La limitación en el contacto social y laboral impactó fuertemente en la esfera psicosocial. Los cambios en las rutinas diarias y el desajuste de las actividades de la vida cotidiana sumadas a la incertidumbre por el devenir de la emergencia sanitaria, constituyeron una situación especialmente particular para desarrollar y/o acentuar los diversos trastornos del humor y del sueño (Brooks et al., 2020; Torrente et al., 2021).

El sueño es una necesidad fundamental en el ser humano, por lo que tanto la cantidad como la calidad, son aspectos esenciales para lograr una salud óptima, tanto física como mental, pues influyen, en la preservación del sistema inmune y las funciones cognitivas (Seelye et al., 2015). Por ejemplo, la privación crónica de sueño (afección común en la sociedad moderna), provocaría en los que lo padecen, una reducción en su rendimiento, así como un mayor riesgo de accidentes, enfermedades y muerte (Lao et al., 2018; Kim et al., 2018).

Dada la importancia del sueño con respecto a lo previamente descrito, y como parte de un equipo interdisciplinario de médicos dedicados a ese tema en el Cono Sur (Chile, Uruguay y Argentina), se diseñó una encuesta.

Las hipótesis con las que se trabajó fueron la predicción de que las personas, tendrían mayores síntomas de depresión, ansiedad y mala calidad de sueño durante el primer año de confinamiento en relación al segundo año y que a los síntomas antes señalados, se agregarían cambios en las rutinas, en los hábitos y en las conductas. Las circunstancias vividas durante la pandemia, y quizás la acumulación de sentimientos como la soledad, el miedo, la nostalgia, posiblemente podían llevar a las personas a adquirir mascotas, a compartir experiencias con otras personas, y/o a cambiar hábitos.

Objetivos

Los objetivos propuestos en esta investigación fueron: a) evaluar y comparar calidad de sueño y alteraciones del humor durante los dos primeros años de pandemia por COVID-19 y b) analizar algunas modificaciones en hábitos/conductas durante la pandemia.

Materiales y método

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal aprobado por el Comité de ética del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno" (CEMIC). Se confeccionó para el estudio, una encuesta sobre calidad de sueño, alteraciones del humor y otros cambios relacionados al sueño, hábitos-conductas, durante los diferentes períodos de la pandemia por COVID-19 en Argentina.

Se trataba de una encuesta anónima de autoreporte, generada en un formulario de Google. Los autores reclutaron a los participantes, a través de muestreo de conveniencia mediante redes como correo electrónico y diversas plataformas de redes sociales de la Asociación Argentina de Medicina del Sueño (Facebook, Instagram) como así también por diversos contactos de los asociados.

El período de apertura de la encuesta fue desde el 1° de agosto al 15 de septiembre 2021. Podían participar a partir de los 16 años de edad, quienes vivieron en Argentina desde el comienzo de la pandemia, y que permanecieron en el país durante el confinamiento. A las personas contactadas se les pidió que compartan con otros la encuesta, como una forma de muestreo de bola de nieve. Es decir, se utilizó una combinación de muestra por conveniencia y de bola de nieve, método utilizado por otros autores (Maury-Mora et al, 2022).

Previamente se detalló a los participantes los objetivos de la encuesta y se enfatizó su carácter anónimo y voluntario. Además, se declaró el compromiso de los investigadores -con la Ley 25.326- de velar por la protección de datos y la difusión de los resultados.

A los encuestados se solicitó responder las preguntas, teniendo en cuenta los recuerdos de lo ocurrido en los períodos de tiempo correspondientes a los primeros meses del aislamiento social estricto de la pandemia (marzo-julio 2020) y lo ocurrido al año siguiente (marzo-julio 2021).

La encuesta contenía preguntas de índole socio-demográficas generales: edad, género, profesión (trabajadores de salud o no trabajadores de salud), antecedentes conocidos de enfermedades clínicas y de salud mental.

La evaluación de la calidad del sueño, se realizó mediante el Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI), el cual evalúa distintos componentes del sueño como ser: calidad subjetiva, latencia, duración, eficiencia, perturbaciones, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna.

Se consideró como *malos dormidores* a quienes tenían una puntuación de PSQI mayor a 5, mientras que como *buenos dormidores* a quienes tenían una puntuación hasta 5 inclusive (Buysse et al., 1989; Escobar-Córdoba et al., 2005).

Para evaluar alteraciones del humor como ansiedad y depresión, se utilizaron dos cuestionarios, el PHQ-4 y el GAD-7.

El PHQ-4, es un cuestionario que combina dos ítems que consisten en los criterios básicos de depresión (PHQ-2), así como dos ítems para la evaluación de síntomas de ansiedad (GAD-2). Ambas sub-escalas demostraron, independientemente, ser buenas herramientas de cribado. El objetivo del PHQ-4 es permitir una medición corta y precisa de los síntomas básicos de la depresión y ansiedad. Se estableció que un punto de corte de 3 en ambas sub-escalas (Löwe et al., 2010; Rüya et al., 2014).

Dado que al inicio de la pandemia -en un estudio previo- se encontró un alto porcentaje de síntomas de ansiedad generalizada (Valiensi et al., 2021), se utilizó además del cuestionario descrito anteriormente, el Cuestionario GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder*). Consiste en un instrumento autoaplicable de 7 ítems. Se estableció un punto de corte mayor a 4, para detección de síntomas de ansiedad (Spitzer et al, 2006; García-Campayo et al., 2010).

Para evaluar cambios en los hábitos/conductas durante ambos años, se realizaron preguntas específicas.

Análisis estadístico

Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se expresaron en media y desvío Standard (DS).

Para las variables cualitativas se usó frecuencia y porcentaje. Se utilizaron medidas de tendencia y distribución para describir grupos. Para comparar variables cualitativa con cualitativa, se usó t de student. Se consideró significativa una $p < 0.05$. Se usó SPSS 18 (Chicago SPSS Inc.).

Resultados

Se recogieron 1014 encuestas, no duplicadas; se descartaron 16 (15 por no residir en el territorio argentino durante la totalidad de los períodos evaluados y 1 encuesta por estar incompleta). Por lo tanto se consideraron 998 encuestas (el 75,6% completado por personas de género femenino, el resto por otros géneros). El rango etario fue de 16 a 83 años con una media de edad 44 ± 13 años.

El 71,2% de las encuestas, procedieron de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mientras que las provenientes de la Provincia de Buenos Aires ocuparon el segundo lugar (*ver Tabla 1*).

Como antecedentes previos, el 16,9% de las/os participantes refirió obesidad; el 15% hipertensión arterial; el 7,8% depresión; el 4,1% ansiedad; el 3,2% apneas (pausas respiratorias) y el 2,7% otros trastornos del sueño (*ver Tabla 2*).

Por el PSQI, se constató un 51% de malos dormidores en el año 2020 versus el 59% en el año 2021 (*Tabla 3*).

El porcentaje de quienes presentaron latencias de inicio de sueño superior a los 30 minutos fue de 78,6% en el 2020, versus 73,8% en el 2021. En el 2020, el 71,5% reportó compartir el lecho con otra persona versus el 70,3% en el segundo año analizado. El 5,5% versus 2,9% reconoció presentar somnolencia (hablar dormido) más de 2 veces por semana; el trastorno comportamental del sueño REM reportó el 21,2 versus el 16,3%; mientras que el 19,6 versus el 13,6% refirió pesadillas; el 23,4 versus 17,9% notificó bruxismo. El 13,8 versus 10,6% reconoció usar benzodiazepinas para dormir.

Se encontró mayor alteración en todos los componentes del PSQI durante el 2020, en comparación con el año 2021 (*ver Tabla 3*).

Cuando se cotejó, mediante T de student, género (femenino/masculino), grupo etario (mayores y menores de 65 años) y profesión (trabajadores y no trabajadores de la salud), con valores medios de PSQI iguales o superiores a 5, se encontraron diferencias estadísticamente significativas de mala calidad de sueño (malos dormidores) mayoritariamente en el género femenino respecto al masculino y en los mayores de

Tabla 1. Características generales de la población encuestada

Características de la población	n =998	
	n	%
Género		
Femenino	754	75,6
Masculino	238	23,8
No Binario	1	0,1
Pangénero	2	0,2
No se identifica con ninguno	1	0,1
Edad		
Edad mayor o igual a 65 años	74	7,4
Edad menor a 65 años	874	87,4
Números de Encuestas obtenidas según provincias		
C.A.B.A.	446	44,7
Buenos Aires	264	26,5
Mendoza	65	6,5
Santa Fe	44	4,4
Córdoba	32	3,2
Santa Cruz	28	2,8
Entre Ríos	24	2,4
Misiones	15	1,5
Chaco	15	1,5
Tierra del Fuego	11	1,1
Chubut	9	0,9
Río Negro	8	0,8
Neuquén	7	0,7
Corrientes	6	0,6
San Luis	6	0,6
Tucumán	3	0,3
San Juan	2	0,2
La Rioja	2	0,2
Jujuy	2	0,2
Santiago del Estero	1	0,1
La Pampa	1	0,1
Formosa	1	0,1
Catamarca	1	0,1
Ocupación en el momento de la encuesta		
Teletrabajo en algún momento de la pandemia	642	64,3
Teletrabajo en el momento de la encuesta	103	10,3
Trabajo Presencial	274	27,5
Estudiante universitario	47	4,7
Desempleado/a o cesante	24	2,4
Jubilado	60	6,0
Trabajo Presencial + Teletrabajo	45	4,5
Profesional de la Salud	488	48,9

Tabla 2. Análisis de antecedentes relacionados con la salud en general

Antecedentes clínicos/psiquiátricos reportados	n =998	
	n	%
Vacunados para el COVID	19946	94,8
Sin Antecedentes	527	52,8
Obesidad	169	16,9
Hipertensión	150	15,0
Hipotiroidismo	131	13,1
Depresión	78	7,8
Dislipidemia	72	7,2
Ansiedad	41	4,1
Apneas del Sueño	32	3,2
Diabetes	30	3,0
Trastorno del Sueño en general	27	2,7
Enfermedad Cardiovascular	17	1,7
Hospitalizado durante las últimas 3 semanas	3	0,3

65 años respecto a los de menos edad, esto tanto en el 2020 como en el 2021 (Tabla 4).

En la Tabla 5 se muestra que mediante el análisis de PHQ-4, se constató mayor porcentaje de afectados por síntomas de ansiedad, en el año 2020 respecto al 2021 (26,4 versus 17,2%). También, mediante el análisis de GAD-7 se encontró mayor porcentaje de población afectada por síntomas de ansiedad, en el inicio de la pandemia (59,5% versus 47,6%).

De acuerdo al PHQ-4, se constató un 21,1% de personas con síntomas depresivos en el año 2020 versus el 16,3% en el año 2021 (Tabla 5).

En la Tabla 6, se comparó, mediante T de student, género (masculino/femenino), grupo etario (mayores/menores de 65 años) y profesión (trabajadores/no trabajadores de la salud), con valores medios de GAD-7 (trastorno de ansiedad), superiores a 4, se encontró diferencias estadísticamente significativas en el género femenino respecto al masculino (2020-2021) y en los menores de 65 años durante el primer período.

Se estudiaron algunas modificaciones de hábitos/conductas. El 74,7% refirió mantener la rutina de cambiar la ropa de uso diario antes de ir a dormir. El 65,1% cambió los horarios de sus actividades habituales. El 42,2% varió los lugares de actividad y/o reposo en el hogar. El 20,4% adquirió una nueva mascota, y el 23,3% reconoció dormir con ellas. En cuanto al consumo de sustancias e infusiones el 40,2% refirió tomar mate (*Ilex Paraguariensis*) y el 20,5% café (Tabla 7).

Tabla 3. Análisis del cuestionario de calidad de sueño (PSQI) según período de pandemia evaluado

Calidad de sueño (PSQI)	Año 2020		Año 2021	
	n	%	n	%
PSQI menor/igual a 5 puntos: buenos dormidores	489	48,9	409	40,9
PSQI >5: malos dormidores	510	51	590	59
Latencia de inicio de sueño de más de 30 minutos	786	78,6	738	73,8
Disturbios en los diversos componentes del PSQI				
Calidad de sueño alterada	429	42,9	331	33,1
Latencia de inicio de sueño prolongada	467	46,7	343	34,3
Duración de sueño disminuida	224	22,4	202	20,2
Eficiencia de sueño disminuida	216	21,6	185	18,5
Presencia de disturbios del sueño	297	29,7	191	19,1
Ingesta de medicación para dormir	200	20	176	17,6
Presencia de Disfunción diurna	300	30	226	22,6
Disturbios del sueño, en relación a parasomnias, eventos motores, ingesta de medicamentos para poder dormir, más de 2 veces por semana				
Compartían el lecho con otra persona	715	71,5	703	70,3
Presentaron Somniloquia	55	5,5	29	2,9
Presentaron Sonambulismo	15	1,5	12	1,2
Se Levantaron a comer	23	2,3	15	1,5
Presentaron trastorno comportamental del sueño	212	21,2	163	16,3
Presentaron Sueños vívidos	202	20,2	153	15,3
Presentaron Pesadillas/malos sueños	196	19,6	136	13,6
Presentaron Bruxismo	234	23,4	179	17,9
Presentaron Movimiento de las piernas al dormir	164	16,4	112	11,2
Presentaron síndrome de piernas inquietas	131	13,1	109	10,9
Consumieron Benzodiazepinas	138	13,8	106	10,6
Consumieron Drogas Z (zolpidem, zopiclona, eszopiclona)	43	4,3	45	4,5
Consumieron Melatonina	62	6,2	49	4,9
Antidepresivos con acción hipnótica (amitriptilina, mirtazapina/otros)	41	4,1	35	3,5
Presencia de testigos/observadores de diversos eventos durante el sueño				
Compartieron el lecho con otra personas	715	71,5	703	70,3

PSQI: Pittsburgh Sleep Questionnaire Index.

Tabla 4. Análisis comparativo de género, grupo etario y profesión con valores medios de PSQI durante los períodos evaluados, mediante T de student

Valor medio de PSQI	Año 2020					Año 2021				
	M		DE			M		DE		P
	9,32		3,1			9,96		3,1		0,00
PSQI>5 según género	Año 2020					Año 2021				
	Femenino		Masculino			Femenino		Masculino		
	M	DE	M	DE	P	M	DE	M	DE	P
	6,4	3,9	5,8	3,8	0,03	7,5	4,1	6,7	5,2	0,00
PSQI>5 según grupo etario	Año 2020					Año 2021				
	< 65 años		≥ 65 años			< 65 años		≥ 65 años		
	M	DE	M	DE	P	M	DE	M	DE	P
	6,2	3,9	7,3	4,2	0,03	7,3	4,1	7,8	3,8	0,33
PSQI>5 según profesión	Año 2020					Año 2021				
	No trabajadores de salud		Trabajadores de salud			No trabajadores de salud		Trabajadores de salud		P
	M	DE	M	DE	P	M	DE	M	DE	P
	6,2	3,8	6,4	4,1	0,59	7,1	4,1	7,5	4,2	0,19

PSQI: Pittsburgh Sleep Questionnaire Index.

Tabla 5. Cuestionarios utilizados para evaluar alteraciones del humor durante los períodos de la pandemia analizados

Cuestionarios relacionados con el humor	Año 2020		Año 2021	
	n	%	n	%
PHQ-4: PHQ2 ≥ 3 (depresión)	211	21,1	163	16,3
PHQ-4: GAD2 ≥ 3(ansiedad)	263	26,4	172	17,2
GAD 7 ≥ 5 (ansiedad)	594	59,5	475	47,6

RBDQI: REM Behavior Disorders Question I. GAD-7: Generalized Anxiety Disorders. PHQ-4: Patient Health Questionnaire.

Tabla 6. Análisis comparativo de género, grupo etario y profesión con valores de GAD-7 durante los períodos evaluados, mediante T de student

Valor medio de GAD-7	Año 2020					Año 2021				
	M		DE			M		DE		P
	9,31		4,4			9,19		4,4		0,00
Valor medio de GAD 7 según género	Año 2020					Año 2021				
	Femenino		Masculino			Femenino		Masculino		
	M	DE	M	DE	P	M	DE	M	DE	P
	6,7	5,2	4,9	4,4	0,00	5,6	5,1	4,3	4,3	0,00
Valor medio de GAD 7 según grupo etario	Año 2020					Año 2021				
	< 65 años		≥ 65 años			< 65 años		≥ 65 años		
	M	DE	M	DE	P	M	DE	M	DE	P
	6,7	5,2	4,7	4,8	0,00	5,4	4,9	4,4	4,7	0,08
Valor medio de GAD 7 según profesión	Año 2020					Año 2021				
	No trabajadores de salud		Trabajadores de salud			No trabajadores de salud		Trabajadores de salud		
	M	DE	M	DE	P	M	DE	M	DE	P
	6,3	5,1	6,3	5,1	0,99	5,5	5,1	5,2	4,9	0,27

GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7)

Tabla 7. Análisis de modificaciones en algunos hábitos/conductas

VARIABLES ANALIZADAS	n = 998	
	n	%
Modificaciones de horarios, lugares, algunos hábitos		
Cambio de horarios destinados a actividad o reposo	650	65,1
Cambio de los lugares destinados a actividad o reposo en el hogar	421	42,2
Adquisición de nuevas mascotas	204	20,4
Colecho con mascotas	235	23,5
Cambio de ropa para acostarse a dormir	747	74,7
Modificaciones en las experiencias del soñar		
Percepción de incremento en el recuerdo de los sueños	309	31,0
Percepción de incremento en la duración de los sueños	338	33,9
Percepción de incremento en la experiencia de compartir los sueños	461	46,2
Consumo de infusiones/sustancias con efectos sobre el sueño		
Mate	401	40,2
Café	205	20,5
Tabaco	88	8,8
Alcohol	72	7,2
Bebidas energizantes	32	3,2
Marihuana	13	1,3
Aceite de Cannabis	12	1,2

Al interrogar sobre cambios en relación a la experiencia del soñar: el 31% manifestó recordar los sueños con mayor frecuencia, el 33,9% dijo soñar más tiempo, el 46,2% indicó que compartió sus sueños a otras personas.

Discusión

Al analizar la encuesta sobre calidad de sueño, alteraciones del humor y otros cambios relacionados al sueño, durante los diferentes períodos de la pandemia por COVID-19 en Argentina, se constató que la mayor parte de las respuestas provino de las mujeres pertenecientes a la ciudad capital de Argentina y a la provincia de Buenos Aires, donde es mayor el porcentaje de población urbana.

Los encuestados señalaron como enfermedades preexistentes: obesidad, hipertensión arterial, hipotiroidismo, depresión y trastornos del sueño (como apneas e insomnios).

Al momento del cierre de la encuesta, casi la totalidad de los participantes tenía completo el esquema de vacunación (con 2 dosis), el 22% dijo presentar insomnio post-vacunación, dentro de los 7 días. Este dato no se encontró analizado en otros trabajos. Lograr una buena calidad de sueño posterior a una

vacunación es fundamental, pues una adecuada duración del sueño, propiciaría una mejor respuesta a las vacunas y potencialmente reduciría la incidencia de enfermedades graves, al aumentar los niveles de anticuerpos durante el sueño (Cerdanaes, 2020).

Un estudio realizado por el Observatorio de Psicología Social aplicada, encontró que los participantes refirieron alteraciones en su sueño durante la pandemia, dichas alteraciones disminuyeron a un 4% en el mes de octubre 2020, respecto a mayo de ese año. Nuestro análisis demostró un porcentaje cercano al 60% de personas con mala calidad de sueño durante el segundo período analizado.

Los cambios producidos por un sueño poco satisfactorio, con múltiples despertares, se explicaría fisiopatológicamente por una desregulación de circuitos neuronales (Malikovska & Salat, 2019), como así también por desregulación neuroendócrina, autonómica, e inmunológica, que provocarían manifestaciones sistémicas, emocionales, cognitivas y conductuales, conduciendo a cambios anatomo-funcionales, disfuncionalidad frontal y atrofia gradual, por hiperactivación amigdalina y del locus coeruleus, además de reducción del volumen hipocampal, y disfuncionalidad de sustancia gris periacueductal.

Al analizar género se encontró que las mujeres tuvieron peor calidad de sueño, y también los mayores de 65 años, al analizar por grupo etario. Estudios previos a la pandemia en Argentina demostraron mala calidad de sueño en las mujeres post menopáusicas (Valiensi et al, 2019). Otro estudio, que evaluó grupos etarios y calidad de sueño –realizado en Italia– constató que durante la pandemia, los niños dormían peor que los adolescentes (Brunni, 2021).

Al analizar por profesión, contrariamente a lo demostrado en estudios previos (Giardino et al, 2020), en la presente encuesta no se encontraron diferencias notables en la calidad de sueño entre los trabajadores de la salud y los que no lo eran.

Para analizar parasomnias y eventos motores y/u otras razones que pudieran fragmentar el sueño, se preguntó si compartieron el lecho con otras personas. Según el presente análisis, en el año 2021, creció el porcentaje de los que dormían solos.

El ser humano es un ser social por naturaleza, por lo que la soledad, puede ocasionar una serie de problemas. Bibliografía del 2018 ya evidenciaba el problema de la soledad en las personas mayores, las consecuencias emocionales (Cacioppo & Cacioppo, 2018) y en el sueño (Kurina et al, 2011).

Dentro de las parasomnias del sueño REM se analizó el trastorno de la *pesadilla*. Recordemos que las pesadillas son sueños perturbadores caracterizados por el despertar en el sueño REM, dando origen a un sueño con recuerdos muy vívidos y detallados. El contenido, suele estar relacionado con amenazas a la supervivencia, la seguridad o autoestima (APA, 2000). Para diagnosticar el trastorno como pesadilla, el contenido y el despertar debe causar angustia cínicamente significativa o deterioro en el funcionamiento diario (Schredl, 2013) y presentarse por lo menos una vez por semana, con angustia clínica significativa (Levin & Fireman, 2002) incluso emociones como ansiedad o miedo, frustración o culpa (Bixler et al., 1979).

Otra parasomnia como el trastorno conductual del sueño REM (TCSR), se reportó mayoritariamente en la primera parte del aislamiento.

Al considerar el porcentaje de uso de medicación para dormir, se halló un incremento del consumo de benzodiazepinas en el 2020 y una disminución en el 2021 pero, creció el consumo de drogas Z (zolpidem, zopiclona, eszopiclona).

También se tuvo en cuenta la depresión, enfermedad psiquiátrica caracterizada por humor depresivo, pérdida de interés o placer, sensación de culpa, dis-

turbios en el sueño y el apetito, detrimento de energía y dificultades en la concentración (Ustun et al., 2000, Soria et al., 2009). Diferentes estudios consideraron el papel que ejercía el eje hipotálamo, pituitario, adrenal, en el estado de alerta y ansiedad, promoviendo estrés e insomnio con sus efectos sobre la depresión y sobre la ansiedad (Jahrami et al, 2020; Hawryluck et al, 2004; Reynolds, 2008). Recientes investigaciones de la medicina traslacional indicaron que la delección genética de MyD88, que permite la diferenciación primaria de la glía, induce al insomnio y al comportamiento depresivo -al menos en parte- al afectar las funciones de homeostasis de la microglía y reducir la producción serotoninérgica neuronal (Choudhury et al., 2021).

El estudio pre-pandemia en la población general de Argentina (Stagnaro et al., 2018) reveló una prevalencia estimada de ansiedad (6,3-33%) y de depresión (4,7-23%).

Nuestro estudio evaluó trastornos de ansiedad, tanto por PHQ-4 como por GAD-7 y encontró que el porcentaje de afectados por estos síntomas disminuyó en el segundo período. El aislamiento inicial, probablemente provocó un aumento de preocupaciones, cavilaciones y otros tipos de pensamientos negativos, recurrentes, asociados a síntomas depresivos y ansiosos (Ehering & Watkins, 2008; Drost et al., 2014; Spinhoven et al., 2018; McEvoy et al., 2019).

El análisis de los síntomas depresivos, arrojó un porcentaje del 21,1% (2020), versus 16,3% (2021).

Durante la pandemia, se necesitó modificar algunos hábitos y conductas. Según la encuesta, la costumbre de tomar mate resultó la infusión más elegida -pese a que se desaconsejaba el uso compartido de la bombilla- seguido por la ingesta de café. No se encontró bibliografía al respecto. El consumo de tabaco y alcohol disminuyeron durante el segundo año de pandemia.

Un estudio llevado a cabo por el Observatorio de Psicología Social Aplicada (Etchevers, 2020), durante la primera, octava, décimo sexta, y trigésimo segunda semana de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio en el año 2020, arrojó que el porcentaje de consumo de tabaco disminuyó un 0,8% en octubre respecto a marzo. El mismo estudio, reveló que el consumo de drogas ilegales, disminuyó su porcentaje respecto a julio, pero el consumo de alcohol se incrementó en 0,6% en relación a la tercera medición.

La encuesta consultó acerca del uso de sustancias como cannabidiol (para trastornos del sueño) un índice menor al 2% dijo utilizarlo. Su consumo se re-

dujo en el último período analizado. Según algunos estudios, el Delta⁹ tetrahydrocannabinol (THC) puede reducir la latencia de inicio de sueño y mejorar la calidad del mismo. Los cannabidiol (CBD) sintéticos podrían mejorar diversos trastornos del sueño como, por ejemplo, disminuir desórdenes de comportamiento del sueño REM, la excesiva somnolencia diurna, y las pesadillas asociadas con estrés post traumático (nabilone), también el insomnio asociado a dolor crónico (Babbson et al, 2017). No se encontraron estudios relacionados al uso de cannabidiol, en relación a trastornos del sueño, en Argentina.

Durante la pandemia, más de la mitad de la población innovó sus horarios de rutina. El 40%, varió sus espacios de actividad y de reposo dentro de su hogar. El 25,1% refirió no cambiarse de ropa para acostarse a dormir. La literatura, revela que el tener una secuencia conductual y cognitiva, respecto a los hábitos de sueño, favorece la desconexión, predispone a la somnolencia y posterior conciliación del sueño. Cuando más rutina y orden se cumplan con respecto a determinadas conductas (como lavarse los dientes, cambiarse de ropa, colocarse pijama) mayor probabilidad de inducir el sueño se tendrá (Sociedad Española de Medicina del sueño, 2015).

En EE.UU., se reportó que el 37% de los hogares, tenían perros y el 30% gatos (Rowe et al, 2021), el 30 al 50% de los niños y adultos compartían la cama con su mascota (Hoffman et al., 2020). El colecho es un comportamiento humano común, que refleja una variedad de fenómenos culturales, sociales y psicológicos. Un estudio realizado en el 2014 comentaba que la relación humano-animal, traía beneficios en la salud física y psicológica (McCune et al., 2014). Según la encuesta, durante la pandemia, el 20,4% adquirió una mascota y el 23,5% refirió dormir con ella (colecho).

No se encontraron trabajos que analizaran, cambios en la relación humano-animal durante la pandemia.

En cuanto a la experiencia de soñar, se encontró que un porcentaje mayor al tercio de la población recordaba más los sueños (frecuencia), soñaba más tiempo (longitud) y un poco menos de la mitad, compartió sus sueños con otras personas. La experiencia de compartir los sueños, la evaluaron los antropólogos en otras oportunidades (Wright, 2008) en los aborígenes tobas (Enriz, 2017) donde “compartir los sueños” con otros es una experiencia tradicional/cultural, respetada por los integrantes de la tribu.

La necesidad de estrategias psicológicas multidisciplinarias unidas a políticas de salud, para mejorar el sue-

ño y disminuir las alteraciones del humor se plantearon e indicaron desde el inicio de la pandemia en diferentes países del mundo, en Argentina lo hizo el Ministerio de Salud, aunque probablemente dichas estrategias siguen siendo insuficientes, por lo que se debería continuar fomentando el trabajo multidisciplinario.

Conclusiones

En base al análisis realizado (2021 respecto al 2020) puede decirse que: aumentó la mala calidad de sueño mientras que disminuyeron los síntomas de ansiedad y de depresión; se modificaron hábitos/conductas como horarios de rutina, lugares de actividad/reposo en el hogar; adquisición y/o colecho con mascotas; se recordaron más los sueños y se los compartía con mayor frecuencia.

Limitaciones del estudio

Según el parecer de los profesionales que intervinieron en el estudio, la fortaleza de esta investigación está en que es la primera evaluación acerca de calidad del sueño, cambios del humor y modificaciones en hábitos/conductas en 2 períodos diferentes de la pandemia por COVID-19, si bien presenta limitaciones:

El tiempo de duración propuesto para completar la encuesta (20 minutos) podría haber provocado un sesgo de selección, dado que solo los interesados y bien dispuestos invirtieron el tiempo mencionado, en completarla. No obstante, se obtuvieron respuestas de todas las regiones del país, aunque la mayoría fueron de importantes conglomerados urbanos donde vive el 80% de la población argentina, representados en más de un 50% de la muestra.

Las respuestas recabadas corresponden a quienes tenían acceso y habilidad en el manejo del medio utilizado.

Las medidas de autoinforme pudieron restringir la fiabilidad para realizar diagnósticos, por lo que es conveniente considerar prudentemente estos resultados y evitar precipitarse a conclusiones clínicas, sobre todo en lo que respecta a trastornos de humor.

La representatividad de género está desequilibrada, las mujeres se encuentran sobre-representadas en la muestra. El género femenino se asocia con mayores tasas de ansiedad y depresión en los estudios epidemiológicos, por lo que el sesgo de muestreo puede incrementar las cifras globales de dichas alteraciones en este estudio.

Se exploró lo ocurrido entre marzo y julio de 2020 y entre marzo y julio de 2021. Si bien se consideró el

sesgo de evocación/recuerdo por parte de los participantes, al contar con otro estudio realizado en la primera parte de pandemia en Argentina, con otros sujetos pero con resultados similares al actual (en cuanto a calidad de sueño y otras medidas relacionadas a cambio de humor) permite disminuir la magnitud de este sesgo. El estudio no fue financiado.

Agradecimientos: a las Dras. Evelyn Benavides y Cecilia Orellana, al Dr. Fernando Molty, y a todos los médicos de la Asociación Argentina de Medicina del sueño, que distribuyeron y participaron de la encuesta en las diferentes regiones del país.

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

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. APA.
- Babson, K. A., Sottile, J., & Morabito, D. (2017). Cannabis, Cannabinoids, and Sleep: a Review of the Literature. *Current psychiatry reports*, 19(4), 23. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0775-9>
- Bixler, E. O., Kales, A., Soldatos, C. R., Kales, J. D., & Healey, S. (1979). Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area. *The American journal of psychiatry*, 136(10), 1257–1262. <https://doi.org/10.1176/ajp.136.10.1257>
- Buyse, D. J., Reynolds, C. F., 3rd, Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193–213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* (London, England), 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Bruni, O., Malorgio, E., Doria, M., Finotti, E., Spruyt, K., Melegari, M. G., Villa, M. P., & Ferri, R. (2022). Changes in sleep patterns and disturbances in children and adolescents in Italy during the Covid-19 outbreak. *Sleep medicine*, 91, 166–174. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.02.003>
- Cañellas, F., Collado, C. (2015). Enfermedades psiquiátricas y sueño. En Sociedad Española de Sueño. *Tratado de Medicina del sueño* (pp701-725). Editorial Panamericana.
- Benedict, C., & Cedernaes, J. (2021). Could a good night's sleep improve COVID-19 vaccine efficacy? *The Lancet. Respiratory medicine*, 9(5), 447–448. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00126-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00126-0).
- Choudhury, M. E., Mikami, K., Nakanishi, Y., Matsuura T., Utsunomiya, R., Yano, H., Kubo, M., Ando, R., Iwanami, J., Yamashita, M., Nagai, M., Tanaka, J. (2021). Insomnia and depressive behavior of MyD88-deficient mice: Relationships with altered microglial functions. *J Neuroimmunol*, 363:577794. <https://doi.org/10.1016/j.jneuroim.2021.577794>
- Drost, J., van der Does, W., van Hemert, A. M., Penninx, B. W., & Spinhoven, P. (2014). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic factor in depression and anxiety: A conceptual replication. *Behaviour research and therapy*, 63, 177–183. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.06.004>
- Druzd, D., Matveeva, O., Ince, L., Harrison, U., He, W., Schmal, C., Herzel, H., Tsang, A. H., Kawakami, N., Leliavski, A., Uhl, O., Yao, L., Sander, L. E., Chen, C. S., Kraus, K., de Juan, A., Hergenhan, S. M., Ehlers, M., Koletzko, B., Haas, R., ... Scheiermann, C. (2017). Lymphocyte Circadian Clocks Control Lymph Node Trafficking and Adaptive Immune Responses. *Immunity*, 46(1), 120–132. <https://doi.org/10.1016/j.immuni.2016.12.011>
- Escobar-Córdoba, F., Eslava-Schmalbach, J. (2005). Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh España. *Revista de Neurología*; 40:150-5.
- Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., Grasso, J., Natali, V., & Helmich, N. (2020). Salud Mental en Cuarentena. Relevamiento del impacto psicológico de la pandemia en cuatro momentos del aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) de Argentina. Buenos Aires, Argentina: Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>
- Enriz, N. Recibir los buenos consejos. Reunión de Antropólogos del Mercosur GT 61, Antropología del sueño: teoría y métodos etnográficos. Posadas; Noviembre 2017.
- Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International journal of cognitive therapy*, 1(3), 192-205.
- García-Campayo, J., Zamorano E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., Freirand, O., Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Qual Life Outcomes*; 8: 8. Published online 2010 Jan 20. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>
- Giardino, D. L., Huck-Iriart, C., Riddick, M., & Garay, A. (2020). The endless quarantine: the impact of the COVID-19 outbreak on healthcare workers after three months of mandatory social isolation in Argentina. *Sleep medicine*, 76, 16–25. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.09.022>
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging infectious diseases*, 10(7), 1206–1212. <https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>
- Hoffman, C. L., Browne, M., & Smith, B. P. (2020). Human-Animal Co-Sleeping: An Actigraphy-Based Assessment of Dogs' Impacts on Women's Nighttime Movements. *Animals: an open access journal from MDPI*, 10(2), 278. <https://doi.org/10.3390/ani10020278>
- Jahrami, H., BaHammam, A. S., AlGahtani, H., Ebrahim, A., Faris, M., AlEid, K., Saif, Z., Haji, E., Dhahi, A., Marzooq, H., Hubail, S., & Hasan, Z. (2021). The examination of sleep quality for frontline healthcare workers during the outbreak of COVID-19. *Sleep & breathing = Schlaf & Atmung*, 25(1), 503–511. <https://doi.org/10.1007/s11325-020-02135-9>
- Kim, C. W., Chang, Y., Kang, J. G., & Ryu, S. (2018). Changes in sleep duration and subsequent risk of hypertension in healthy adults. *Sleep*, 41(11), 10.1093/sleep/zsy159. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsy159>
- Kurina, L. M., Knutson, K. L., Hawkey, L. C., Cacioppo, J. T., Lauderdale, D. S., & Ober, C. (2011). Loneliness is associated with sleep fragmentation in a communal society. *Sleep*, 34(11), 1519–1526. <https://doi.org/10.5665/sleep.1390>
- Lao, X. Q., Liu, X., Deng, H. B., Chan, T. C., Ho, K. F., Wang, F., Vermeulen, R., Tam, T., Wong, M., Tse, L. A., Chang, L. Y., & Yeoh, E. K. (2018). Sleep Quality, Sleep Duration, and the Risk of Coronary Heart Disease: A Prospective Cohort Study With 60,586 Adults. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 14(1), 109–117. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6894>
- Levin, R., & Fireman, G. (2002). Nightmare prevalence, nightmare distress, and self-reported psychological disturbance. *Sleep*, 25(2), 205–212.
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A., & Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of affective disorders*, 122(1-2), 86–95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.019>
- Malikowska-Racia, N., Salat, K. (2019). A review of possible mechanisms underlying an effective pharmacotherapy. *Pharmacological Research*, 142: 30-49.
- Mauray-Mora, M., Gómez-Villarino, M. T., & Varela-Martínez, C. (2022). Urban green spaces and stress during COVID-19 lockdown: A case study for the city of Madrid. *Urban forestry & urban greening*, 69, 127492.

<https://doi.org/10.1016/j.ufug.2022.127492>

McCune, S., Kruger, K.A., Griffin, J.A., Esposito, L., Freund, L.S., Hurley, K.J., Bures, R. (2021). Evolution of research into the mutual benefits of human-animal interaction. *Anim. Front*, 4, 49-58.

<https://doi.org/10.2527/af.2014-0022>

McEvoy, P. M., Salmon, K., Hyett, M. P., Jose, P. E., Gutenbrunner, C., Bryson, K., & Dewhirst, M. (2019). Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Predictor of Depression and Anxiety Symptoms in Adolescents. *Assessment*, 26(2), 324-335. <https://doi.org/10.1177/1073191117693923>.

Ministerio de Salud Argentina. (2021). COVID 19. Recomendaciones para asistencia telefónica de salud mental en contexto de pandemia.

Nielsen, T. (2020). The COVID-19 pandemic is changing our dreams. London: Scientific American - Nature Publishing Group.

<https://www.scientificamerican.com/article/the-covid-19-pandemic-is-changing-our-dreams>.

Partinen, M. (2011). Epidemiology of sleep disorders. *Handbook of clinical neurology*, 98, 275-314.

<https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52006-7.00018-6>

Reynolds, D. L., Garay, J. R., Deamond, S. L., Moran, M. K., Gold, W., & Styra, R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology and infection*, 136(7), 997-1007. <https://doi.org/10.1017/S0950268807009156>

Rowe, H., Jarrin, D. C., Noel, N., Ramil, J., & McGrath, J. J. (2021). The curious incident of the dog in the nighttime: The effects of pet-human co-sleeping and bedsharing on sleep dimensions of children and adolescents. *Sleep health*, 7(3), 324-331. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2021.02.007>

Rüya, D., Kocalevent, F., Jiménez-Leal, W. L., Sautier, L., Hinz, A. (2014). Standardization of the Colombian version of the PHQ-4 in the general population. *BMC Psychiatry*, 14: 205.

<https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-205>

Schredl M. (2013). Nightmare disorder. En Kushida C, (ed). *The encyclopedia of sleep* (pp. 219-24). Academic Press.

Schredl, M., Bulkeley, K. (2020). Dreaming and the COVID-19 pandemic: a survey in a U.S. sample. *Dreaming*, 30(3), 189-98.

<https://doi.org/10.1037/drm0000146>

Seelye, A., Mattek, N., Howieson, D., Riley, T., Wild, K., & Kaye, J. (2015). The impact of sleep on neuropsychological performance in cognitively intact older adults using a novel in-home sensor-based sleep assessment approach. *The Clinical neuropsychologist*, 29(1), 53-66.

<https://doi.org/10.1080/13854046.2015.1005139>

Sorokowska et al. (2017). Interpersonal contact rank is how each country ranks regarding their preferred interpersonal distance during conversation with strangers out of 42 countries. *Journal of Cross-Cultural Psychology*,

4(48), 577-592. <https://doi.org/10.1177/0022022117698039>

Soria V, Urretavizcaya M. (2009). Circadian rhythms in depresión. *Actas Esp Psiquiatr*, 37(4), 222-24.

Spinhoven, P., van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. (2018). Repetitive negative thinking as a predictor of depression and anxiety: A longitudinal cohort study. *Journal of affective disorders*, 241, 216-225.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.037>

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097.

<https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Sustas, S. E., Medina Mora, M. E., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S., Kessler, R. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, XXIX(142): 275-299.

Torrente, F., Yoris, A., Low, D. M., Lopez, P., Bekinschtein, P., Manes, F., & Cetkovich, M. (2021). Sooner than you think: A very early affective reaction to the COVID-19 pandemic and quarantine in Argentina. *Journal of affective disorders*, 282, 495-503. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.124>

Ustün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 184, 386-392.

<https://doi.org/10.1192/bjpp.184.5.386>

Valiensi, S. M., Folgueira, A. L., & Garay, A. D. (2021). Calidad de sueño, síntomas depresivos y de ansiedad durante el confinamiento por COVID-19 en Argentina. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 33(151), 6-14.

Valiensi, S. M., Belardo, M. A., Pilnik, S., Izbizky, G., Starvaggi, A. P., & Castelo Branco, C. (2019). Sleep quality and related factors in postmenopausal women. *Maturitas*, 123, 73-77.

<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.02.008>

Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet (London, England)*, 395(10223), 470-473. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9)

Wright, P. (2008). *Ser en el sueño: crónicas de historia y vida toba*. Biblos.

Cannabis de grado médico para el tratamiento de la dependencia a Δ -9-Tetrahidrocannabinol

Cannabidiol pharmacotherapy for delta-9-tetrahydrocannabinol dependence

Federico Pavlovsky¹, Rafael Groisman², Ana Karina Hurtado³, Luciana García⁴

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i157.265>

Resumen

Las adicciones son uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial. Dentro de estos trastornos, el cannabis es una de las sustancias psicoactivas que provoca mayor morbimortalidad a nivel mundial. La efectividad documentada de los tratamientos para los trastornos por uso de cannabis no es satisfactoria. Esta revisión tiene por objetivo explorar las evidencias sobre la implementación de tratamientos con cannabinoides para el abordaje de estos trastornos. La bibliografía actual cuenta con muchos ensayos sobre el uso de neuropsicofármacos en los trastornos por uso de cannabis con limitada evidencia a favor; mientras que un número más reducido de ensayos en modelos animales y en pacientes sobre el uso de cannabinoides, en especial Cannabidiol y Tetrahidrocannabinol para tratar dicha dependencia muestran evidencias de reducción en días de consumo, síntomas de abstinencia y craving. Se encuentran en desarrollo nuevos ensayos clínicos, estos son una necesidad imperiosa para proveer mayor número de pacientes y con períodos de tratamiento más prolongados y así poder explorar más a fondo su posible indicación en un futuro cercano.

Palabras clave: Adicción - Cannabis - Terapias de reemplazo - Cannabinoides - Ensayos clínicos - CBD - THC.

Abstract

Addictions are one of the most important health problems worldwide. Within these disorders, cannabis is one of the psychoactive substances with more burden of morbidity and mortality worldwide. The actual knowledge about the effectiveness of treatments for cannabis use disorders is unsatisfactory. This review aims to explore the evidence on cannabidiol for the treatment of cannabis use disorder. There are several clinical pharmacotherapy trials researching cannabis use disorders with limited evidence. A smaller number of trials in animal models and humans on the use of cannabinoids, especially Cannabidiol and Tetrahydrocannabinol to treat cannabis dependence show evidence of reduction in days of use, withdrawal symptoms and craving. New trials are under development, and there is an urgent need for trials with larger numbers of patients and longer treatment periods to support possible indications in the near future.

Keywords: Addiction - Cannabis - Replacement therapy - Cannabinoid - Clinical trials - CBD - THC.

RECIBIDO 1/6/22 - ACEPTADO 22/7/22

1. Médico Psiquiatra y Legista, Magíster en Prevención y Tratamiento de conductas adictivas. Dispositivo Pavlovsky, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

2. Médico Psiquiatra, Médico Legista, Magíster en Psiconeurofarmacología. Dispositivo Pavlovsky, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

3. Médica Psiquiatra, Magíster en Neuropsicofarmacología. Dispositivo Pavlovsky, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

4. Doctora en Medicina. Dispositivo Pavlovsky, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Autor de referencia:

Federico Pavlovsky

fpavlovsky@gmail.com

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



Introducción

Los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) son condiciones clínicas crónicas definidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018). Los TUS son uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial con más de 30 millones de personas afectadas y en franco aumento. Se estima que 11,8 millones de muertes a nivel global están directa o indirectamente vinculadas al consumo de diversas sustancias (Navarrete et al., 2021).

Dentro de los TUS, el cannabis es una de las sustancias psicoactivas más frecuentemente consumidas a nivel mundial. El uso diario de cannabis con alto porcentaje de Tetrahidrocannabinol (THC) se asocia a mayor riesgo de aparición de dificultades neurocognitivas, déficit en el crecimiento sociolaboral y desarrollo de dependencia. La efectividad documentada de los tratamientos para los trastornos por uso de cannabis (CUD, por su sigla en inglés) no es satisfactoria. Del mismo modo, no existe un planteo farmacológico con evidencia para lidiar con la dependencia (Mars-hall et al., 2014; Nielsen et al., 2019).

El presente trabajo tiene por objetivo explorar la implementación de tratamientos con cannabinoides para el abordaje de los TUS, y en especial, de los CUD y de la dependencia a THC. Luego de una breve referencia a aspectos epidemiológicos y neurobiológicos del abuso y dependencia a cannabis, se presenta bibliografía actual sobre el uso de cannabinoides, en especial cannabidiol (CBD), y THC, para tratar dicha dependencia y una discusión sobre su posible indicación en un futuro cercano.

Aspectos epidemiológicos del abuso y dependencia a cannabis

Se estima que 200 millones de personas utilizan cannabis, de las cuales un 10% desarrollan CUD que se asocia clínicamente con problemas médicos psiquiátricos y cognitivos (Zehra et al., 2018). En efecto, CUD representa alrededor de la mitad de las consultas de primera vez para tratamiento de TUS (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2017).

Actualmente existe un aumento de la prevalencia del uso de cannabis a nivel mundial, así como una disminución de la percepción de riesgo asociado a la misma (Degenharlt et al., 2016; Tapia & Khenti, 2019; Rodríguez & Khenti, 2019). Hay una alta prevalencia de uso en América del Norte y un aumento gradual

desde 2007 (Trigo et al., 2018). Algo similar ocurre en Latinoamérica. Según el informe del Uso de Drogas en las Américas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD-OEA), el 21,26% de los escolares han consumido alguna vez (OEA, 2019). Sin embargo, existe una gran variabilidad entre los países y subregiones. Mientras que, en Norteamérica, el porcentaje asciende al 30,5%, en Sudamérica alcanza al 9,9%, el 7% en los últimos 12 meses y el 5% en el último año.

En Argentina, en 2017 el Observatorio Argentino de Drogas OAD realizó un relevamiento utilizando la escala CAST (toma como base los criterios de abuso de sustancias del DSM-IV e indaga sobre hábito de consumo, problemas de memoria al fumar y la contemplación o intento de reducción en el consumo) según el cual 14,5% de los estudiantes con consumo actual de marihuana presentó un consumo de riesgo alto. En este sentido, tan solo el 1,5% de la población total bajo estudio registró un alto riesgo de consumo de marihuana. Por otro lado, al analizar los resultados por sexo, se observa entre los varones mayores porcentajes de consumo riesgoso alto respecto a las mujeres.

La prevalencia del consumo de cannabis tiene implicancias importantes para la salud pública, y su uso se ha asociado con una variedad de problemas de salud en aquellos usuarios que consumen más de dos veces por semana, con la posibilidad de desarrollar dependencia en rangos del 30% (Simpson & Barrington-Trimis, 2021).

El efecto del deterioro cognitivo fue abordado en un estudio llevado a cabo en cerca de 1000 niños nacidos en 1972-1973 en Nueva Zelanda y con seguimiento del 94% de ellos a 45 años, donde los consumidores de cannabis a largo plazo mostraron disminución del coeficiente intelectual desde la infancia hasta la mediana edad, déficits cognitivos y un menor volumen del hipocampo en la mediana edad (no relacionado a otras variables como alcohol o tabaco) (Meier et al., 2022).

El impacto del consumo problemático de cannabis en los individuos y la sociedad es significativo, y la demanda de tratamiento es creciente. Es por esto que varios equipos de investigación se han centrado en desarrollar medicamentos para el tratamiento de la dependencia al cannabis, dado que actualmente no existe una farmacoterapia aprobada para la dependencia de esta sustancia.

Aspectos neurobiológicos del modelo de las adicciones en CUD

De cerca de 30 millones de compuestos químicos, tan solo 100 sustancias psicoactivas tienen potencial de abuso, lo que implica algunas características neuro-

biológicas en común: 1) activar la vía Área tegmental ventral - Núcleo Accumbens (VTA-Nac), 2) aumentar los niveles de dopamina y noradrenalina (DA y NA), 3) activar el sistema de recompensa, 4) inhibir el sistema de recompensa en la abstinencia, 5) producir un condicionamiento espacial, 6) son sustancias que el paciente se auto-administra en forma compulsiva, 7) el uso de estas sustancias psicoactivas, funciona como gatillo para desencadenar la vuelta a un patrón de consumo regular (Gardner, 2014). El cannabis (en particular el THC) cumple con algunas etapas de desarrollo del modelo adictivo planteado por Koob y Volkow: intoxicación aguda, abstinencia-síntomas negativos, anticipación) (Koob & Volkow, 2016), y es un proceso crónico en donde las recaídas pueden ocurrir y a menudo están relacionadas con algunas variables típicas (Zehra et al., 2018). Estas variables son: episodios de *craving* inducidos por el contexto, sensibilidad al estrés, niveles altos de ansiedad, y dificultad en el control de los impulsos, entre otras. Es importante señalar que, en términos globales, la tasa de recaída de las adicciones es alta, y se ubica entre el 40 al 75% (Navarrete et al., 2021).

Factores que inciden en el desarrollo de dependencia de cannabis

Los modelos actuales de adicciones comprenden a las mismas como alteraciones en el desarrollo y aprendizaje que involucran ciclos de intoxicación, síntomas de abstinencia, *craving* y recaída, en donde se ponen en juego una serie de funciones neuropsicológicas: saliencia motivacional, procesos de memoria, en las que intervienen áreas estrechamente vinculadas por el Sistema Endocannabinoide (SEC). Las características clave del consumo de drogas al establecerse la dependencia son el consumo compulsivo, la pérdida de control sobre el consumo y los síntomas de abstinencia en la cesación del consumo de drogas. El uso diario de cannabis y los altos porcentajes de THC son factores asociados a un mayor riesgo de dificultades neurocognitivas, y déficit en el desarrollo sociolaboral, interviniendo además en la génesis de la dependencia (Solowij & Battisti, 2008). En los últimos años, ha aumentado el número de ingresos a los sistemas de tratamiento donde el cannabis es la sustancia que motiva la consulta.

Utilización de cannabinoides

Existe un creciente interés en la utilización de la planta de cannabis con un fin terapéutico; de cerca de 500 compuestos, más de 100 son fitocannabinoides, den-

tro de los cuales el Delta 9 THC y el cannabidiol son los más estudiados. Los fitocannabinoides interactúan con el SEC que regula varias funciones en el organismo: neuroplasticidad, inflamación, apetito, aprendizaje y memoria, entre otras (Gardner, 2014).

El concepto de uso medicinal del cannabis se refiere a la finalidad con la que se lo utiliza y no a la calidad del mismo. Sin embargo, este concepto trae aparejado el cumplimiento de estándares de buenas prácticas de cultivo, controles de calidad y normas internacionales de medicamentos herbales para considerarse Cannabis de Grado Médico (CGM) o especialidades medicinales (Bousso & Peyraube, 2015). Los productos artesanales no cumplen con los estándares de calidad, mientras que los aceites de CGM deben tener una cierta cantidad de cannabinoides para ser dosificados como medicamentos.

Otro factor importante son los componentes que contiene la formulación, esto divide en diferentes espectros a las formulaciones y deben ser especificados en miligramos (mg) en las mismas, aunque también pueden verse expresados en porcentajes (%) o en taza THC/CBD (ratio). Existen productos de espectro completo, los cuales contienen pequeñas cantidades de todos los componentes de la planta de cannabis que trabajan junto con las moléculas de CBD potenciando el efecto, sin el riesgo de los efectos psicomiméticos del THC (ej: aceites artesanales). Mientras que los productos de amplio espectro, el producto tiene CBD y menos de 0,3 gramos por 100 ml (0,3% o 0:1) de THC, pero contiene otros componentes de la planta de cannabis (aceite Charlotte's Web®) y CBD aislado, que es la forma más pura de CBD (ej: Epidiolex®).

La industria farmacéutica ha lanzado al mercado internacional formulaciones de cannabinoides que se encuentran aprobadas por las agencias internacionales para diagnósticos específicos como el Epidiolex® (epilepsias de difícil tratamiento de la infancia) o Sativex® (dolor neuropático de esclerosis múltiple). En Argentina con el objetivo de establecer un marco regulatorio para la investigación médica y científica del uso medicinal, terapéutico y/o paliativo del dolor de la planta de cannabis y sus derivados se promulga en 2017 la primera ley de cannabis medicinal (Ley 27.350) (De Vito, 2017). La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT, 2022a) estableció que los pacientes que cumplen con las indicaciones médicas (*ver Tabla 1*) para el uso de la planta de cannabis y sus derivados pueden adquirir bajo receta CGM (CBD aislado) elaborado en el país

Tabla 1. Recomendaciones de cannabis medicinal por la ANMAT

Náuseas, emesis y dolor relacionado a quimioterapia y hasta 6 meses después, en pacientes adultos con cáncer
Dolor crónico provocado por cáncer avanzado en adultos
Dolor neuropático crónico, de origen orgánico, en adultos
Caquexia (más de 10% de pérdida de peso), náuseas y síntomas gastrointestinales en pacientes adultos con HIV que agotaron la medicación sintomática estándar
Estados espásticos de esclerosis múltiple que agotaron la medicación sintomática estándar en adultos
Epilepsia refractaria en adultos
Epilepsia severa y refractaria en niños

de, importarlo u adquirir formulaciones magistrales elaboradas por farmacias autorizadas de los productos citados en la Ley 27.350 (ver Tabla 2).

También en el marco de esta ley, se crea el Registro del Programa de Cannabis (REPROCANN). Esta base de datos registra a aquellas personas que cuenten con las condiciones para acceder a un cultivo controlado de

la planta de cannabis, con fines de tratamiento medicinal, terapéutico y/o paliativo del dolor. Permite acceder en forma gratuita a los derivados de la planta de cannabis por parte del Estado Nacional a las personas que no posean cobertura de salud, sean atendidos exclusivamente en el sistema público de salud y que cuenten con indicación médica para cannabis medicinal (De Vito, 2017). Los pacientes obtienen autorización específica para cultivar para sí, o para acceder al cultivo a través de una tercera persona (cultivador registrado) o una organización civil autorizada a esos efectos.

En abril de este año, la ANMAT creó mediante la resolución 781/2022 una nueva categoría de productos denominada “Productos vegetales a base de cannabis y sus derivados destinados al uso y aplicación en la medicina humana” no considerados medicamento ni productos herbarios. Estos productos deberán ser regulados por este ente y cualquier producto que contenga como ingrediente activo cannabinoides o sus derivados, con tenor menor a 0,3%THC se considerará no psicotrópico y mayor a 0,3%THC psicotrópico (ANMAT, 2022b).

Tabla 2. Productos y presentaciones comerciales

Marca comercial	Producto	Presentación	Disponibilidad en Argentina	Precio en dólares
Epidiolex®	Cannabidiol	100mg/ml - Solución oral	Importación desde EEUU	N/A
Charlotte's Web®*	Cannabidiol/ THC	170 mg/ 3 mg/ml - Solución oral	Importación desde EEUU	N/A
Sativex®	Cannabidiol/ THC	25mg/27mg/ml - Pulverizador	Importación desde EEUU	N/A
Epifractan®	Cannabidiol/ THC	0mg/1 mg/ml y 50mg/1 mg/ml Solución oral	Importación desde Uruguay	N/A
Xannadiol®	Cannabidiol	50mg/ml y 100mg/ml Solución oral	Importación desde Uruguay	N/A
Royal®	Cannabidiol	399mg/ml- Solución oral	Importación desde Chile	N/A
Kanbis®	Cannabidiol	100mg/ml-Solución oral	Laboratorio nacional	42,3 ⁺ (presentación de 30ml)
Convupidol®	Cannabidiol	100mg/ml-Solución oral	Laboratorio nacional	333,77 ⁺ (presentación de 35ml)
Cannava CBD 10 ®**	Cannabidiol	100mg/ml-Solución oral	Laboratorio nacional	38,45 ⁺⁺ (presentación de 30ml)
Aceite de cannabis LIF®***	Cannabidiol	100mg/ml-Solución oral	Laboratorio nacional	Sin costo bajo Plan de Gestión de Riesgo (presentación de 30ml)

* Aprobado como suplemento dietario.

N/A: Sin fuente oficial de precio disponible.

** Inscripto en ANMAT, aprobación del Ministerio de Salud de Jujuy- Resolución N° 2346/21.

***Inscripto en ANMAT, aprobación del Ministerio de Salud de Santa Fe- Resolución N° 1022/21.

⁺Fuente: Vademecum ANMAT (ANMAT, 2022a).

⁺⁺Fuente: nota Infobae (Soriano, 2021).

Cannabinoides en el tratamiento de adicciones

CBD en el tratamiento de diferentes trastornos por uso de sustancias

El sistema endocannabinoide desempeña funciones relevantes en los estados emocionales relacionados con la adicción. La pregunta que ha permanecido es si este sistema puede aliviar dichos estados, o, por el contrario, agravarlos. La interacción de CBD con los receptores y circuitos involucrados en TUS ha planteado interés para evaluar su utilidad terapéutica. Modelos animales señalan que el CBD no tiene propiedades reforzadoras ni de condicionamiento y que carece de potencial de abuso, a diferencia del THC. Particularmente el CBD aportaría en la estrategia de prevención de recaídas al adicionar diferentes efectos: antidepresivo, ansiolítico, anti-compulsivo y neuroprotector (Gonzalez-Cuevas et al., 2018).

Si bien el mecanismo de acción del CBD no está del todo comprendido, se ha propuesto que el CBD modula directa o indirectamente la función de más de 65 blancos en el sistema nervioso central (SNC) incluyendo receptores cannabinoides (CB1, CB2), el receptor GPR55, el receptor TRPV1, el receptor de serotonina 5HT1a, la enzima hidrolasa de ácidos grasos (FAAH) o el transportador de adenosina (Navarrete et al., 2021). Este complejo sistema de señalización da paso a respuestas emocionales a veces bidireccionales que pueden ser estimuladas por cannabinoides aplicados de forma exógena y provocar comportamientos que van desde gratificantes hasta los aversivos. Además, el sustrato neural de los estados hedónicos relacionados con el abuso de drogas consiste en las neuronas dopaminérgicas mesolímbicas que se proyectan desde el área tegmental ventral al núcleo accumbens ventral y al estriado dorsal, y en las entradas glutamatérgicas desde la corteza prefrontal medial a estas áreas. Es importante destacar que el sistema endocannabinoide es funcional en todos los componentes de este circuito (Moreira & Lutz, 2008; Navarro et al., 2022).

En una reciente revisión sobre evidencia clínica y preclínica los autores plantean que CBD (solo o en combinación con otras estrategias) podría ser de utilidad en el trastorno a diversas sustancias, aunque también aclaran que aún hacen falta más estudios que abarquen, por ejemplo, posibles diferencias de acuerdo al género (Navarrete et al., 2021).

Particularmente en la *dependencia al alcohol*, una reciente revisión sistemática señala efectos favorables

sobre los daños relacionados con el alcohol -neurodegeneración (en particular hipocampo y corteza entorrinal), hepatotoxicidad, y cognición- y los síntomas de abstinencia en modelos preclínicos con la advertencia que se necesitan estudios clínicos para determinar si estos efectos positivos se traducen sustancialmente en resultados clínicamente relevantes (Turna et al., 2019). Otra revisión pre clínica resalta que estos efectos de CBD en el consumo de alcohol es a través de sus mecanismos antiinflamatorios, y de sus propiedades de inmunomodulación. Disminuye la esteatosis hepática alcohólica y la neurotoxicidad, además de brindar efectos ansiolíticos, antidepresivos y anticonvulsivantes (De Ternay et al., 2019).

A su vez, en modelos animales se ha evidenciado la capacidad de CBD de disminuir el consumo de *opioides* y *psicoestimulantes*, el síndrome de abstinencia y las recaídas (con efecto similar en la nicotina) (Prud'homme & Jutras-Aswad, 2015). Mientras que en humanos se replica el efecto del CBD en las recaídas por consumo de opiáceos (Hurd et al., 2015).

Tratamiento farmacológico para los CUD y la dependencia a cannabis

En forma similar a otras TUS, para CUD no existe un consenso psicofarmacológico aprobado para su tratamiento y se utilizan medicamentos fuera del prospecto sin acabada evidencia científica (Allsop et al., 2015). Así, por ejemplo, los ensayos con antidepresivos y estabilizantes del estado de ánimo, no tienen incidencia en CUD e incluso puede empeorar los síntomas de abstinencia, como en el caso del ácido valproico (Marshall et al., 2014).

La sintomatología de abstinencia es uno de los predictores de recaída para consumidores crónicos, se trata de una entidad (incorporado al DSM 5) autolimitado y bien definido (depresión, ansiedad, pérdida de apetito, alteraciones en el sueño, temblores, cefalea, ansiedad, irritabilidad), que puede extenderse por 4 a 7 días, con un pico de intensidad en el día tres, y se diluye con la introducción de un agonista cannabinoide (Bonnet & Preuss, 2017). Aproximadamente un 80% de los pacientes recaen en el uso regular entre el primero y el sexto mes de tratamiento (Marshall et al., 2014).

En una revisión sistemática, que incluía 21 ensayos clínicos controlados aleatorizados (la mayoría realizados en Estados Unidos) con cerca de 900 pacientes con CUD, se ensaya una amplia gama de fármacos para reducir los síntomas de la abstinencia del cannabis y para promover el cese o la reducción del consumo. De los medicamentos incluidos: antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

(ISRS), antidepresivos duales, bupropion, buspirona y atomoxetina, anticonvulsivantes como gabapentin, y también algunos estudios incluyeron tratamientos con oxitocina, y N-acetilcisteína. Estos tres últimos fármacos, la evidencia a favor es débil, merecen ser más investigados (Nielsen et al., 2019).

En forma general, estos estudios señalan que la efectividad de los tratamientos documentados no es satisfactoria, y no existe un planteo farmacológico con evidencia para lidiar con la dependencia (Marshall et al., 2014; Nielsen et al., 2019). Un planteo promisorio podría ser entonces el uso de agonistas cannabinoides, estrategia similar a la utilizada con los opiáceos y la nicotina.

Respecto a esto, la publicación de Navarrete et al. (2021) resume los principales hallazgos preclínicos sobre los mecanismos neurobiológicos que subyacen al potencial “anti adictivo” del CBD en relación con los sistemas dopaminérgico, opioidérgico, endocannabinoides, serotoninérgico y glutamatérgico, así como con la neurogénesis del hipocampo.

Uso específico de cannabinoides en pacientes con dependencia a cannabis

Para el abordaje de los CUD se han planteado nuevas estrategias posibles que involucran CBD para tratar los síntomas de abstinencia y dependencia. Las mismas plantean el siguiente abordaje (Dos Santos, 2016):

- 1. Utilización de agonistas cannabinoides en un esquema de terapia de sustitución:** THC y/o THC sintético (dronabinol, nabilona).
- 2. Incrementar la señalización endocannabinoides:** a través de los mecanismos del CBD ya descritos, sumando además efectos terapéuticos en este contexto clínico de la abstinencia (mejoría del ánimo, apetito, sueño, ansiolisis, anti-*craving*, etc.). En términos cualitativos, el insomnio y la ansiedad, manifestaciones que forman parte del síndrome de abstinencia al cannabis, son dos de los síntomas más perturbadores para estos pacientes y el CBD puede ayudar significativamente. Estudios en ratas sugieren que el CBD alivia la abstinencia espontánea de heroína y cocaína normalizando los cambios de expresión génica asociados.

Recientemente, se ha postulado un mecanismo adicional (Navarro et al., 2022):

- 3. Expresión de la sensibilización comportamental:** entre los mecanismos involucrados en el efecto beneficioso de CBD, se proponen: a) la prevención de neuroadaptaciones inducidas por la droga (vía neurotransmisores o vías de señalamiento intra-

celular), b) la acción sobre receptores (CB1-Rs) o proteínas transportadoras (ENT-1) y c) por sus efectos neuroprotectores/neuroinflamatorios.

Hasta la fecha, se han aislado de la planta una variedad de fitocannabinoides pertenecientes a la clase química de los terpenofenoles. Dentro de ellos el (-)-trans-D9-tetrahidrocannabinol (D9-THC) es el más representativo y estudiado ya que su acción sobre receptores cannabinoides del SNC provoca el efecto psicotrópico/psicotomimético característico de la marihuana (uso recreativo/adulto de cannabis). Sin embargo, está emergiendo fuertemente un gran interés por los fitocannabinoides no-psicotrópicos/psicotomiméticos. Dentro de éstos, el Cannabidiol (CBD) es el más estudiado. Se le han adjudicado varias propiedades beneficiosas tales como, neuroprotectora, anti-inflamatoria, analgésica, ansiolítica, antidepresiva, antipsicótica, antiepiléptica y antitumoral. También han sido identificados otros fitocannabinoides menos abundantes tales como el Cannabigerol (CBG). Si bien CBG posee algunas acciones similares a CBD, los mecanismos de acción de todas las propiedades terapéuticas de ambos compuestos continúan bajo estudio (Scorza et al., 2019).

Los endocannabinoides median la plasticidad a corto plazo. El abuso de drogas interrumpe la plasticidad sináptica de los circuitos cerebrales involucrada en el desarrollo del TUS y juega un papel importante en la alteración de la actividad endocannabinoides normal. La alteración de endocannabinoides facilita cambios anómalos en el cerebro y el desarrollo de las conductas adictivas que caracterizan TUS. Sin duda, una buena comprensión de estos fenómenos permitirá facilitar el desarrollo de tratamientos basados en la modulación de endocannabinoides en el cerebro que facilite la plasticidad del mismo (Fernández- Espejo y Núñez- Domínguez, 2018).

El uso de estos esquemas de reemplazo con agonistas persigue algunos objetivos simples pero estratégicos (Lintzeris et al., 2019): disminuir los síntomas de abstinencia (con pico en la primera semana), reducir el uso ilícito o no indicado de cannabis, buscar una vía de administración menos dañina que la inhalación y facilitar la implementación y permeabilidad a otras medidas psicoterapéuticas.

Una revisión de Navarrete et al ofrece una síntesis de la información específica respecto de la implementación de tratamientos con cannabinoides para el tratamiento del CUD y la dependencia de cannabis. El análisis nuclea información de 14 estudios en vo-

luntarios, usuarios que reunían criterios para CUD y pacientes con síntomas psicóticos, y dos estudios en animales de laboratorio.

En 3 estudios se observó una disminución del síndrome de abstinencia de cannabis y disminución del uso de cannabis. En otros estudios se objetivó una disminución del *craving*, de la tendencia a la recaída, de los niveles de ansiedad y de los trastornos del sueño.

Comentaremos brevemente algunos de estos trabajos y de otras revisiones recientes. A este respecto, un reporte de caso en una mujer de 19 años con síndrome de abstinencia de cannabis tratada con cannabidiol (CBD) durante 10 días mostró ausencia de síntomas significativos de abstinencia, ansiedad y disociación durante el tratamiento (Crippa et al., 2012). Una revisión realizada en 2015 resume la evidencia en CUD sobre la terapia medicamentosa de reemplazo y la realizada con cannabinoides (CRT). Los estudios que utilizaban Sativex® mostraron disminuir el uso ilícito de la sustancia, reducir la abstinencia y *craving* (Trigo et al., 2016a).

Posteriormente, un grupo de investigadores publicaron un estudio piloto de 3 meses seguido de un estudio randomizado de seguimiento por 12 semanas en el que se evaluó los efectos del uso de spray bucal de Sativex® (THC:CBD 1:1) en participantes que bajo supervisión médica realizaban la aplicación (junto a estrategias conductuales de prevención de recaídas. Se encontró una disminución de la sintomatología de abstinencia y del uso de cannabis, que se extendió por 12 semanas luego de finalizado el estudio (Trigo et al., 2016a).

Por un periodo similar, en el año 2019 el grupo de Lintzeris et al. evaluó la aplicación mucosa de nabiximols (aplicaciones de 0,1 ml: 2,7 mg de THC y 2,5 mg de CBD) en una población de 128 pacientes con dependencia de cannabis en cuatro centros ambulatorios. El ensayo arrojó una reducción significativa en el número de días de consumo en el grupo bajo tratamiento y aplicación de nabiximols (Lintzeris et al., 2019). Posteriormente, los autores realizaron un ensayo clínico aleatorio que comparó nabiximols frente a placebo en un seguimiento postratamiento de 12 semanas. Nuevamente el grupo expuesto a nabiximols informó un menor consumo de cannabis (Lintzeris et al., 2020). Dentro de las conclusiones, los autores señalan que estos resultados se dan dentro de un esquema de tratamiento escalonado, con un mínimo de 3 meses de tratamiento en conjunto con intervenciones psicosociales.

Una reciente publicación de ensayos en fase 2 realizado con el objeto de analizar el efecto del CBD en

grupos de 12 pacientes tratados con 200, 400 o 800 mg/día comparado pacientes que recibieron placebo en CUD mostró que, a pesar de ser todas las dosis seguras para los pacientes, la dosis de 400 mg/día fue superior al placebo en disminuir los días de uso de cannabis y nicotina, pero no así la dosis de 200 mg, y en menor grado aún la dosis de 800 mg (Freeman et al., 2020). Esta cinética de respuesta publicada por el grupo de Freeman et al., acuerda con publicaciones previas en modelos de animales y en voluntarios (Guimarães et al., 1990; Zuardi et al., 2017) donde se evidenció efectos selectivos de acuerdo a la dosis de CBD. En estas publicaciones los efectos ansiolíticos describen una curva dosis-efecto en “U invertida”, un hecho que debe ser tomado en consideración al planificar la terapéutica del paciente.

Una revisión realizada en el 2019 de trabajos que estudian al CBD como una promesa para el tratamiento de los TUS en estudios de animales y pacientes señalan que, en el caso del tratamiento de la dependencia a cannabis, los estudios clínicos con CBD puro son escasos la mayoría se realizan con Sativex®, el spray bucal) y muestran resultados mixtos, aunque se evidencia una disminución en el uso y en el efecto euforizante (refuerzo positivo). De acuerdo a estos autores, los estudios sugieren que estos cannabinoides tienen el potencial de reducir el *craving* y la recaída en el consumo de sustancias de los usuarios que se mantenían en abstinencia, al afectar la consolidación de la memoria de recompensa de la droga, la saliencia de las señales de la droga y la inhibición del efecto facilitador de la recompensa de las drogas. Es probable que dichas funciones surjan al actuar sobre los sistemas endocannabinoide y serotoninérgico, aunque aún no se ha dilucidado el mecanismo exacto (Chye et al., 2019).

Por último, una revisión de este año centrada en estrategias de tratamiento con agonistas de cannabinoides basadas en THC, y estrategias de tratamiento con cannabinoides no basados en THC posibles para el CUD en pacientes jóvenes remarca como beneficio potencial de los tratamientos con cannabinoides el ser más aceptables para aquellos usuarios que no buscan tratamiento e incluyendo de estas últimas se incluyen un trabajo con inhibidores de la FAAH, y dos estudios con CBD (Rømer Thomsen et al., 2022).

La abstinencia del cannabis en los grandes consumidores suele ir seguida de un aumento de la ansiedad, insomnio, pérdida de apetito, migraña, irritabilidad, inquietud y otros signos físicos y psicológicos (Budney & Hughes, 2006). En cuanto a los síntomas

que muestran una mejoría tras el uso de CBD, en serie de casos se ha reportado junto a la abstinencia disminución de los puntajes en escalas específicas de *craving* (Crippa et al., 2012; Trigo et al., 2016a) y de disconfort causado por el síndrome de abstinencia del cannabis (Crippa et al., 2012; Trigo et al., 2016a y 2016b), así como también, en puntajes de escalas de ansiedad y de los síntomas disociativos (Crippa et al., 2012). Los efectos en la reducción del *craving* y en puntajes totales de escalas de disconfort causado por el síndrome de abstinencia del cannabis también ha sido replicado en ensayos clínicos (Trigo et al., 2018). Asimismo, otros autores evidenciaron efectos beneficiosos sólo a dosis altas en la reducción de escalas de ansiedad y síntomas de abstinencia (Freeman et al., 2020). Mientras que un estudio evaluó el efecto cognitivo en pacientes con uso regular de cannabis luego de 10 semanas de terapia con CBD. Los participantes informaron de un número significativamente menor de síntomas depresivos y psicóticos, y mostraron mejoras en la atención, el aprendizaje verbal y la memoria (Sollowij & Battisti, 2008).

Actualmente, existen 5 ensayos clínicos de intervención con CBD en CUD en pacientes adultos registrados en la página de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos (<https://www.clinicaltrials.gov>), ninguno en nuestro país, algunos de los cuales han sido ya descriptos y se resumen en la *Tabla 3*.

Conclusiones

Con el objetivo de implementar tratamientos de prescripción con cannabinoides para el tratamiento de la dependencia a THC, se realiza una revisión de la bibliografía. Existen múltiples estudios sobre intervenciones con otros medicamentos en el tratamiento de CUD, tales como antidepresivos y anticonvulsivantes que no han demostrado ser de beneficio en estos pacientes. Los efectos neurobiológicos de los compuestos cannabinoides, su accionar en otros procesos neurológicos (epilepsia, dolor neuropático, etc.) y las estrategias realizadas en otros TUS (tales como el uso de naloxona) impulsaron la realización de ensayos de CRT. La gran mayoría de los trabajos revisados se implementan estrategias basadas en tratamientos con CBD, o con la combinación THC: CBD.

Tabla 3. Ensayos clínicos del uso de CBD en pacientes con CUD o adicción a cannabis

N° de registro	Estado	Título	Producto	N° de pacientes	Lugar	Fase	Publicación relacionada
NCT03102918	Finalizado	Cannabidiol Pharmacotherapy for Adults With Cannabis Use Disorder (CBD)	Epidiolex®	10	Hospital Mclean, Belmont, Massachusetts, Estados Unidos	I	No
NCT02044809	Finalizado	Cannabidiol: a Novel Intervention for Cannabis Use Problems?	Cannabidiol 00/400/800mg	82	Unidad Clínica de Psicofarmacología, Londres, Inglaterra	2a/2b	Freeman et al., 2020
NCT01748799	Finalizado	Fixed or Self-Titrated Dosages of Sativex on Cannabis Users	Sativex®	16	Centro de Adicciones y Salud Mental, Toronto, Ontario, Canada	NA	Trigo et al., 2016b
NCT01747850	Finalizado	Sativex and Behavioral-relapse Prevention Strategy in Cannabis Dependence	Sativex®	45	Centro de Adicciones y Salud Mental, Toronto, Ontario, Canada	2	Trigo et al., 2016a
NCT04105231	Reclutando	Cannabidiol for Treatment of Recent-onset Psychosis With Comorbid Cannabis Use	Epidiolex®	130	Servicio de Salud Mental, Región Capital, Dinamarca	2	Rasmussen et al., 2021
NCT03883360	Retirado por falta de financiamiento	Effects of Cannabidiol on Psychiatric Symptoms, Cognition, and Cannabis Consumption in Cannabis Users With Recent-Onset Psychosis	Cannabidiol	0	Universidad de Maryland, Baltimore, Estados Unidos	2	No

Respecto del primero, ha mostrado perfil prometedo del CBD para el abordaje terapéutico de los TUS y en el CUD, para el que numerosos ensayos clínicos evaluaron los efectos del CBD, en su mayor parte, en combinación con THC. La evaluación en estos trabajos se enfocó en los síntomas de abstinencia, el *craving* y el número de días de consumo de cannabis. Sin embargo, la información respecto del CBD como tratamiento único es aún insuficiente debido al pequeño número de pacientes incluidos en los estudios realizados hasta la fecha y la combinación en algunos estudios con otras terapias. Todos los autores en general coinciden en señalar que se requieren ensayos clínicos adicionales con un mayor número de pacientes y con períodos de tratamiento más prolongados para explorar más a fondo la eficacia y la seguridad de CBD para el tratamiento del CUD.

Desde la promulgación de la ley 27350 se han incorporado preparados de CBD en nuestro país y la posibilidad de importarlos para condiciones médicas muy específicas (Tabla 1) o para investigaciones futuras. En este momento existen 6 ensayos clínicos de intervención con CBD en CUD en desarrollo registrados en la página de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos (<https://www.clinicaltrials.gov>), ninguno en nuestro país. La revisión de la literatura y legislación actual sugiere que a la hora de pensar un protocolo de ensayo clínico en nuestro país existen productos nacionales pero dentro de la evaluación del paciente sería necesario una valoración clínico toxicológica completa, considerar la severidad del CUD, saliencia motivacional, refuerzo positivo, abstinencia, recaída y retención en el tratamiento deben ser consideradas para una descripción acabada de la eficacia de estos productos durante el tratamiento del CUD.

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

Referencias bibliográficas

Allsop, D., Lintzeris, N., Copeland, J., Dunlop, A., & McGregor, I. (2015). Cannabinoid replacement therapy (CRT): Nabiximols (Sativex) as a novel treatment for cannabis withdrawal. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 97(6), 571–574. <https://doi.org/10.1002/cpt.109>

Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). (2022a). Vademecum Nacional de Medicamentos. Recuperado el 31 de Marzo del 2022 de <http://www.anmat.gov.ar/Medicamentos/basedat.asp>

Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). (2022b). Vademecum Nacional de Medicamentos. Recuperado el 16 de Mayo del 2022 de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/260768/20220411>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). American Psychiatric Publishing.

Bonnet, U., & Preuss, U. (2017). The cannabis withdrawal syndrome: current insights. *Substance Abuse and Rehabilitation*, Volume 8, 9–37. <https://doi.org/10.2147/sar.s109576>

Bousso, J. C., & Peyraube, R. (2015). ¿Marihuana como medicina? Usos médicos y terapéuticos del cannabis y los cannabinoides (L. Sánchez, Eds.). México Unido contra la Delincuencia A.C. (Original work published 2015).

Budney, A. J., & Hughes, J. R. (2006). The cannabis withdrawal syndrome. *Current opinion in psychiatry*, 19(3), 233–238. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000218592.00689.e5>

Chye, Y., Christensen, E., Solowij, N., & Yücel, M. (2019). The Endocannabinoid System and Cannabidiol's Promise for the Treatment of Substance Use Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00063>

Crippa, J. A. S., Hallak, J. E. C., Machado-de-Sousa, J. P., Queiroz, R. H. C., Bergamaschi, M., Chagas, M. H. N., & Zuardi, A. W. (2012). Cannabidiol for the treatment of cannabis withdrawal syndrome: a case report. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 38(2), 162–164. <https://doi.org/10.1111/jcpt.12018>

De Ternay, J., Naassila, M., Nourredine, M., Louvet, A., Bailly, F., Sescousse, G., Maurage, P., Cottencin, O., Carrieri, P. M., & Rolland, B. (2019). Therapeutic Prospects of Cannabidiol for Alcohol Use Disorder and Alcohol-Related Damages on the Liver and the Brain. *Frontiers in Pharmacology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fphar.2019.00627>

De Vito, E. (2017). Argentina tiene su primera ley sobre el uso medicinal de la planta de cannabis. Historia y perspectivas. *Medicina* (Buenos Aires) 77, 388–393. <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v77n5/v77n5a07.pdf>

Degenhardt, L., Ferrari, A., & Hall, W. (2016). The Global Epidemiology and Disease Burden of Cannabis Use and Dependence. In *Handbook of Cannabis and Related Pathologies: Biology, Pharmacology, Diagnosis, and Treatment*. Academic Press.

Dos Santos, R. (2016). Cannabidiol for the Treatment of Drug Use Disorders. In *Handbook of Cannabis and Related Pathologies: Biology, Pharmacology, Diagnosis, and Treatment*. Academic Press.

Fernández-Espejo, E., & Núñez-Domínguez, L. (2022). Endocannabinoid-mediated synaptic plasticity and substance use disorders. *Neurología (Barcelona, Spain)*, 37(6), 459–465. <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2018.12.024>

Freeman, T. P., Hindocha, C., Baio, G., Shaban, N. D. C., Thomas, E. M., Astbury, D., Freeman, A. M., Lees, R., Craft, S., Morrison, P. D., Bloomfield, M. A. P., O'Ryan, D., Kinghorn, J., Morgan, C. J. A., Mofeez, A., & Curran, H. V. (2020). Cannabidiol for the treatment of cannabis use disorder: a phase 2a, double-blind, placebo-controlled, randomised, adaptive Bayesian trial. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), 865–874. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30290-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30290-x)

Gardner, E. (2014). Cannabinoids and Addiction. In *Handbook of Cannabis*. Oxford University Press, USA.

Gonzalez-Cuevas, G., Martin-Fardon, R., Kerr, T. M., Stouffer, D. G., Parsons, L. H., Hammell, D. C., Banks, S. L., Stinchcomb, A. L., & Weiss, F. (2018). Unique treatment potential of cannabidiol for the prevention of relapse to drug use: preclinical proof of principle. *Neuropsychopharmacology*, 43(10), 2036–2045. <https://doi.org/10.1038/s41386-018-0050-8>

Guimarães, F. S., Chiaretti, T. M., Graeff, F. G., & Zuardi, A. W. (1990). Antianxiety effect of cannabidiol in the elevated plus-maze. *Psychopharmacology*, 100(4), 558–559. <https://doi.org/10.1007/bf02244012>

Hurd, Y. L., Yoon, M., Manini, A. F., Hernandez, S., Olmedo, R., Ostman, M., & Jutras-Aswad, D. (2015). Early Phase in the Development of Cannabidiol as a Treatment for Addiction: Opioid Relapse Takes Initial Center Stage. *Neurotherapeutics*, 12(4), 807–815. <https://doi.org/10.1007/s13311-015-0373-7>

Soriano, F. (17 de Diciembre del 2021). Las farmacias de Jujuy comienzan a vender aceite de cannabis hecho en la provincia. Infobae. <https://www.infobae.com/sociedad/2021/12/17/las-farmacias-de-jujuy-comienzan-a-vender-aceite-de-cannabis-hecho-en-la-provincia/>

- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neuro-circuitry 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)
- Lintzeris, N., Bhardwaj, A., Mills, L., Dunlop, A., Copeland, J., McGregor, I., Bruno, R., Gugusheff, J., Phung, N., Montebello, M., Chan, T., Kirby, A., Hall, M., Jefferies, M., Luksza, J., Shanahan, M., Kevin, R., & Allsop, D. (2019). Nabiximols for the Treatment of Cannabis Dependence. *JAMA Internal Medicine*, 179(9), 1242. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.1993>
- Lintzeris, N., Mills, L., Dunlop, A., Copeland, J., McGregor, I., Bruno, R., Kirby, A., Montebello, M., Hall, M., Jefferies, M., Kevin, R., & Bhardwaj, A. (2020). Cannabis use in patients 3 months after ceasing nabiximols for the treatment of cannabis dependence: Results from a placebo-controlled randomised trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 215, 108220. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108220>
- Marshall, K., Gowing, L., Ali, R., & Le Foll, B. (2014). Pharmacotherapies for cannabis dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008940.pub2>
- Meier, M. H., Caspi, A., R. Knodt, A., Hall, W., Ambler, A., Harrington, H., Hogan, S., M. Houts, R., Poulton, R., Ramrakha, S., Hariri, A. R., & Moffitt, T. E. (2022). Long-Term Cannabis Use and Cognitive Reserves and Hippocampal Volume in Midlife. *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2021.21060664>
- Moreira, F. A., & Lutz, B. (2008). The endocannabinoid system: emotion, learning and addiction. *Addiction biology*, 13(2), 196–212. <https://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2008.00104.x>
- Navarro, D., Gasparyan, A., Navarrete, F., Torregrosa, A. B., Rubio, G., Marín-Mayor, M., Acosta, G. B., García-Gutiérrez, M. S., & Manzanares, J. (2022). Molecular Alterations of the Endocannabinoid System in Psychiatric Disorders. *International journal of molecular sciences*, 23(9), 4764. <https://doi.org/10.3390/ijms23094764>
- Navarrete, F., García-Gutiérrez, M. S., Gasparyan, A., Austrich-Olivares, A., & Manzanares, J. (2021). Role of Cannabidiol in the Therapeutic Intervention for Substance Use Disorders. *Frontiers in Pharmacology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.626010>
- Nielsen, S., Gowing, L., Sabioni, P., & Le Foll, B. (2019). Pharmacotherapies for cannabis dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008940.pub3>
- Organización de Estados Americanos, OEA. (2019). Informe de Uso de Drogas en las Américas. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas - CICAD. <http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/373645975>
- Prud'homme, M., Cata, R., & Jutras-Aswad, D. (2015). Cannabidiol as an Intervention for Addictive Behaviors: A Systematic Review of the Evidence. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 9, SART.S25081. <https://doi.org/10.4137/sart.s25081>
- Rasmussen, J. Ø., Jennum, P., Linnet, K., Glenthøj, B. Y., & Baandrup, L. (2021). Cannabidiol versus risperidone for treatment of recent-onset psychosis with comorbid cannabis use: study protocol for a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03395-9>
- Rodríguez, M. F. R., & Khenti, A. (2019). Perception of harm and benefits of marijuana and its relationship with the intention of use and consumption in Colombian adolescents. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 28 (spe). <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-cicad-15-8>
- Rømer Thomsen, K., Thylstrup, B., Kenyon, E. A., Lees, R., Baandrup, L., Feldstein Ewing, S. W., & Freeman, T. P. (2022). Cannabinoids for the treatment of cannabis use disorder: New avenues for reaching and helping youth? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 132, 169–180. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.11.033>
- Simpson, K. A., Cho, J., & Barrington-Trimis, J. L. (2021). The association of type of cannabis product used and frequency of use with problematic cannabis use in a sample of young adult cannabis users. *Drug and Alcohol Dependence*, 226, 108865. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108865>
- Scorza, C., Prieto, J. P., Echeverry, Carolina, Nadal, X., & Sanchez, V. (2019). Cannabinoides no-psicotomiméticos y su potencial terapéutico en desórdenes del sistema nervioso central. *Canna World Congress*, 1(2).
- Solowij, N., & Battisti, R. (2008). The chronic effects of cannabis on memory in humans: a review. *Current drug abuse reviews*, 1(1), 81–98. <https://doi.org/10.2174/1874473710801010081>
- Tapia, M. G. M., & Khenti, A. (2019). Perception of Damage and Benefits Associated to the Use of Marijuana in Adolescents, Viña del Mar, Chile. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 28(spe). <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-cicad-13-5>
- Trigo, J. M., Soliman, A., Staios, G., Quilty, L., Fischer, B., George, T. P., Rehm, J., Selby, P., Barnes, A. J., Huestis, M. A., & Le Foll, B. (2016a). Sativex Associated With Behavioral-Relapse Prevention Strategy as Treatment for Cannabis Dependence. *Journal of Addiction Medicine*, 10(4), 274–279. <https://doi.org/10.1097/adm.0000000000000229>
- Trigo, J. M., Lagzdins, D., Rehm, J., Selby, P., Gamaledin, I., Fischer, B., Barnes, A. J., Huestis, M. A., & Le Foll, B. (2016b). Effects of fixed or self-titrated dosages of Sativex on cannabis withdrawal and cravings. *Drug and Alcohol Dependence*, 161, 298–306. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.02.020>
- Trigo, J. M., Soliman, A., Quilty, L. C., Fischer, B., Rehm, J., Selby, P., Barnes, A. J., Huestis, M. A., George, T. P., Streiner, D. L., Staios, G., & Le Foll, B. (2018). Nabiximols combined with motivational enhancement/cognitive behavioral therapy for the treatment of cannabis dependence: A pilot randomized clinical trial. *PLOS ONE*, 13(1), e0190768. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190768>
- Turna, J., Syan, S. K., Frey, B. N., Rush, B., Costello, M. J., Weiss, M., & MacKillop, J. (2019). Cannabidiol as a Novel Candidate Alcohol Use Disorder Pharmacotherapy: A Systematic Review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(4), 550–563. <https://doi.org/10.1111/acer.13964>
- UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2017. (Consultado en https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Booklet_2_HEALTH.pdf)
- Zehra, A., Burns, J., Liu, C. K., Manza, P., Wiers, C. E., Volkow, N. D., & Wang, G. J. (2018). Cannabis Addiction and the Brain: a Review. *Journal of neuroimmune pharmacology: the official journal of the Society on Neuro Immune Pharmacology*, 13(4), 438–452. <https://doi.org/10.1007/s11481-018-9782-9>
- Zuardi, A. W., Rodrigues, N. P., Silva, A. L., Bernardo, S. A., Hallak, J., Guimarães, F. S., & Crippa, J. (2017). Inverted U-Shaped Dose-Response Curve of the Anxiolytic Effect of Cannabidiol during Public Speaking in Real Life. *Frontiers in pharmacology*, 8, 259. <https://doi.org/10.3389/fphar.2017.00259>

Adaptaciones de las terapias psicológicas para adultos con Trastornos del Espectro Autista sin Discapacidad Intelectual

Psychological therapy adaptations for adults on the autism spectrum

Francisco Musich¹, Agustina Aragón-Daud²

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i157.266>

Resumen

La prevalencia de las condiciones del espectro autista ha ido en aumento en las últimas décadas, aunque esto no se ha reflejado en un aumento de la investigación clínica, por lo que se cuenta con evidencia insuficiente sobre los apoyos y adaptaciones que requieren los tratamientos psicológicos para esta población. Las terapias psicológicas basadas en evidencia frecuentemente están centradas en objetivos, generalmente a corto plazo, como la terapia cognitivo conductual, que integra modalidades cognitivas y conductuales. Debido a las altas tasas de comorbilidad en las personas con autismo, diversas terapias psicológicas se encuentran en el proceso de adaptar su implementación. Esta revisión explora las adaptaciones sugeridas en la investigación para la implementación de las terapias psicológicas en adultos con autismo sin discapacidad intelectual. Se requieren tanto adaptaciones en el encuadre como en las técnicas de intervención. Las adaptaciones en cada etapa de las terapias psicológicas son importantes para apoyar las diferencias, necesidades y preferencias del adulto con autismo. Para su correcta implementación son esenciales la formación profesional orientada al trabajo con esta población particular, e investigaciones sobre cómo optimizar el acceso de esta población a los servicios de salud mental.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista - Adultos - Terapias Psicológicas - Terapia Cognitivo Conductual.

Abstract

The prevalence of autism spectrum conditions has been increasing in recent decades. However, this has not been reflected in an increase in clinical research, so there is insufficient evidence on the supports and adaptations that psychological treatments require for this population. Evidence-based psychological therapies are frequently goal-focused, usually short-term, such as cognitive behavioral therapy, which integrates cognitive and behavioral modalities. Due to the high rates of comorbidity in people with autism, various psychological therapies are in the process of adapting their delivery. This review explores research-suggested adaptations to implement psychological therapies in adults with autism without intellectual disability. Both formal and intervention techniques adaptations are required. Adaptations at each stage of psychological therapies are important to support the differences, needs, and preferences of the adult with autism. Professional training aimed at working with this particular population, and research on how to optimize the access of this population to mental health services are essential for its correct implementation.

Keywords: Autism Spectrum Disorder - Adult - Psychological Therapy - Cognitive-Behavioral Therapy.

RECIBIDO 30/5/2022 - ACEPTADO 14/7/2022

¹Doctor en Psicología. Centro de Investigación y Desarrollo en Neurociencias Cognitivas y Ciencias del Comportamiento (UMSA-BINCA). Instituto de Neurociencia Cognitiva y Traslacional (INCYT, Fundación INECO-Universidad Favaloro-CONICET). Fundación Equipo de Terapia Cognitiva Infanto-juvenil (ETCI).

²Estudiante de Psicología. Instituto de Neurociencia Cognitiva y Traslacional (INCYT, Fundación INECO-Universidad Favaloro-CONICET)

Autor de referencia:

Francisco Musich

fmusich@ineco.org.ar



Introducción

En la presente revisión usaremos la terminología en referencia al autismo de manera intercambiable, rotando de lenguaje “persona primero” e “identidad primero”. Este uso flexible de la terminología creemos refleja el dinamismo actual tanto en la investigación científica como en la comunidad autista. A su vez, estimamos el uso flexible de la terminología como más representativo de las distintas voces (Botema-Beutel et al., 2021; Vivanti, 2020).

La prevalencia del Trastorno del Espectro Autista (TEA) se estima en 1 de cada 54 personas (Maenner et al., 2020). De las personas diagnosticadas con TEA en la infancia, el 85% continúa cumpliendo criterios diagnósticos en la edad adulta (Billstedt et al., 2005). La falta de apoyo para esta población y los limitados resultados terapéuticos constituyen un problema social. Se ha estimado que el costo social per cápita de por vida de la población con TEA es de U\$S 3,2 millones por cada individuo, siendo la falta de productividad y el cuidado de adultos los principales contribuyentes (Ganz, 2007).

Las comorbilidades son un factor principal de los altos usos y costos de servicios de atención médica y psicológica de las personas con TEA (Vohra et al., 2017; Zerbo et al., 2019). Aproximadamente, más de la mitad de los adultos con TEA presentan comorbilidades, tasa considerablemente más alta que la de la población general (Croen et al., 2015; Hollocks et al., 2019; Lai et al., 2019). Las co-ocurrencias con grado de severidad moderado a grave se asocian con peores resultados en adultos (Cadman et al., 2012; Joshi et al., 2013; Smith et al., 2019). Si bien no se conocen completamente las razones que subyacen al mayor riesgo de comorbilidades, como ansiedad, depresión y tendencias suicidas, se establece que las personas con TEA enfrentan desafíos relacionados con el acceso a los servicios de salud mental y a la plena inclusión en la sociedad (Laxman et al., 2019; Leno & Simonoff, 2020; Maddox et al., 2019; Smith & White, 2020; Taylor & Seltzer, 2011), sumados a los factores de riesgo biológicos. A pesar de las altas tasas de condiciones comórbidas, las personas con autismo suelen experimentar dificultades para acceder a los servicios de salud física y mental (Adams & Young, 2020; Doherty et al., 2020; Mason et al., 2019; Walsh et al., 2020). Con relación a la terapia psicológica, la falta de conocimientos sobre los TEA y el respectivo tratamiento por parte de los profesionales contribuye al alto costo, el retraso en la atención y al empeoramiento de síntomas (Vohra et al., 2017). Existen varias barreras que limitan el acceso al tratamiento correspondiente, re-

lacionadas al servicio (falta de disponibilidad, tiempo de espera, atención inflexible), a los profesionales (falta de conocimientos y estigmatización, subestimación de las dificultades del paciente, falta de experiencia y adaptación de la terapia), y del paciente (dificultades propias del autismo) (Adams & Young, 2021; Walsh et al., 2020). En conjunto, los adultos con autismo pueden experimentar múltiples barreras para acceder a la terapia psicológica.

Diversas terapias psicológicas se encuentran en etapa de investigación para poder adaptar su contenido e implementación en la población autista. En esta revisión nos focalizaremos en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), dado que ella presenta a la fecha el mayor número de estudios. La TCC es potencialmente útil para las personas con TEA sin Discapacidad Intelectual (DI) y el abordaje de los trastornos mentales comórbidos. Es una terapia orientada a objetivos, generalmente a corto plazo (en promedio de 6 a 20 sesiones), basada en teorías cognitivas y conductuales del comportamiento humano y en la psicopatología. Se sustenta en algunas ideas centrales: 1) nuestras cogniciones o pensamientos, emociones o sentimientos y conductas o respuestas están interrelacionadas; 2) los estilos de pensamiento y las respuestas desadaptativas hacia las experiencias angustiantes contribuyen al desarrollo y mantenimiento de los trastornos mentales, y 3) las emociones negativas pueden reforzar, y a su vez son amplificadas por, los estilos de pensamiento y las conductas desadaptativas en un círculo vicioso, manteniendo el trastorno mental (Westbrook et al., 2011). La TCC cuenta con evidencia científica bien establecida (David et al., 2018) y es una intervención de primera línea para muchos trastornos, incluidos los Trastornos de ansiedad, Depresión, Trastorno Bipolar (TB), Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2011). Entre las estrategias de la TCC se encuentra la psicoeducación, la conceptualización colaborativa del caso, las estrategias centradas en el comportamiento, así como la activación conductual, el entrenamiento de relajación y exposición graduada o experimentos conductuales; y las estrategias enfocadas a lo cognitivo, como la reestructuración cognitiva, y la resolución de problemas (Beck, 2020).

Sin embargo, algunos profesionales han expresado reservas con relación a ofrecer la TCC a adultos con TEA sin DI (Maddox et al., 2019; Maddox et al., 2020). Se ha planteado que las características centrales relacionadas con el autismo podrían potencialmente limi-

tar la idoneidad, aceptabilidad o efectividad de la TCC, como por ejemplo en relación con la alianza y el compromiso terapéutico (Anderson & Morris, 2006), y en el proceso cognitivo de identificar emociones, pensamientos y conductas asociadas, evaluar su impacto y flexibilizar algunos de esos tres componentes (Gaus, 2011a, 2011b; Spain, 2019). No obstante, el enfoque altamente estructurado, lógico y de “aquí y ahora” de la TCC puede alinearse bien con las necesidades y preferencias de los adultos con TEA. Además, las personas con TEA presentan dificultades como alexitimia (Bird & Cook, 2013), desregulación emocional (Cai et al., 2018), intolerancia a la incertidumbre (Boulter et al., 2014), inflexibilidad cognitiva (Ozsivadjian et al., 2020) y sesgos de procesamiento negativo (Hollocks et al., 2016). También experimentan altas tasas de victimización, aislamiento social y discriminación (Gaus, 2011a; Griffiths et al., 2019; South & Rodgers, 2017), lo que puede conducir a creencias y suposiciones negativas sobre uno mismo (por ejemplo: ser “raro” o “incompetente”, “no poder confiar en los demás”). En eventos estresantes, estas creencias se activan, y las personas con TEA a menudo experimentan emociones angustiantes que luego pueden perpetuarse aún más por pensamientos y patrones de conductas desadaptativas. Estas problemáticas son abordadas por la TCC mediante diferentes técnicas. Por ello, la TCC podría ser un enfoque adecuado y útil si se hacen las adaptaciones apropiadas (Spain & Happé, 2020).

Existe gran interés por comprender cuáles son las adecuaciones necesarias para aumentar la accesibilidad, la aceptabilidad y, a su vez, la eficacia de la terapia. Por ello, resulta indispensable determinar cuáles son las adaptaciones necesarias para intervenir en esta población. El presente trabajo explora las adaptaciones que son requeridas al aplicar la TCC a pacientes con TEA, y en general a las terapias psicológicas basadas en evidencia.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en buscadores como Pubmed, Scielo, Dialnet y Psychinfo, de artículos publicados a partir del año 2000 en adelante.

Eficacia de la TCC en adultos con TEA sin DI

La investigación empírica sobre la aplicación de la TCC a personas con TEA sin DI se ha realizado en gran medida en niños y adolescentes; sin embargo, hay un número creciente de estudios en poblaciones adultas (Weston et al., 2016). Si bien no se ha encon-

trado ningún meta-análisis de la TCC para adultos con TEA sin DI realizado hasta la fecha, se han encontrado dos revisiones sistemáticas sobre la efectividad de la TCC para adultos con TEA sin DI (Benevides et al., 2020; Spain, 2019), las cuales analizaron 15 estudios (una combinación de cuatro ensayos controlados aleatorios, otros estudios de intervención y estudios de casos) que incluyeron un total de 301 adultos con autismo. La mayoría se centró principalmente en las dificultades co-ocurrentes del estado de ánimo y la ansiedad (incluida la ansiedad social y el TOC). En general, la TCC, ya sea administrada individualmente o en grupos, fue efectiva para mejorar el estado de ánimo y la ansiedad autoevaluada y calificados por el profesional, y puede considerarse un enfoque emergente basado en la evidencia para adultos con TEA (Benevides et al., 2020; Spain, 2019). Sin embargo, los estudios han excluido principalmente a los adultos con TEA con DI y con condiciones de salud mental complejas, como psicosis, trastorno bipolar, tendencias suicidas y abuso de sustancias (Spain, 2019). Esto limita las conclusiones sobre la efectividad de la TCC para adultos con TEA y DI y/o comorbilidades de mayor complejidad.

Adaptaciones

En base a la literatura empírica existente, describiremos en las siguientes secciones las adaptaciones recomendadas para las diferentes etapas del proceso de TCC (Anderson & Morris, 2006; Blainey, 2019; Kerns et al., 2016; Maddox et al., 2020; NICE, 2012; Russell et al., 2019; Spain & Happé, 2020). Estas adaptaciones son ilustrativas en lugar de exhaustivas, y deberán considerarse individualmente para los diferentes pacientes, ya que no todas las adaptaciones serán necesarias para todos los adultos con TEA. Siempre es importante una evaluación exhaustiva por parte de los profesionales tratantes previamente al inicio de un proceso de tratamiento.

1. Adaptaciones formales

Muchos adultos con autismo pueden beneficiarse de adaptaciones a la estructura y al contenido de la sesión, independientemente de la modalidad terapéutica, para ajustarse a los rasgos centrales del autismo, y las dificultades en el funcionamiento ejecutivo, como estilo de procesamiento de información, dificultades en la atención, teoría de la mente y alexitimia. Es importante tener en cuenta que muchos adultos con autismo han recibido terapia antes, con diversos grados de éxito. Para algunos, pudo haber sido una experiencia útil y adecuadamente adaptada, por lo que ahora solamente buscan un “recarga”. Sin embargo, para

otros, pudo haber sido una experiencia confusa, abrumadora o angustiante. Estos pacientes suelen presentar preocupaciones respecto a comenzar un nuevo proceso terapéutico, sentir ansiedad acerca de las próximas sesiones, y desesperanza acerca de la capacidad para alcanzar los objetivos terapéuticos (Spain et al., 2022).

a. Comunicación del terapeuta

La comunicación social y las habilidades lingüísticas se pueden evaluar durante las primeras sesiones, de manera formal a través de cuestionarios o una evaluación del habla y lenguaje, o bien de manera informal durante la interacción con el paciente. También se debe consultar sobre las preferencias de terminología (por ejemplo: persona con autismo, autista), la orientación de género y otras cualidades para reducir el riesgo de producir un daño no intencional (Williams, 2020). En relación con esto, dado que un creciente cuerpo de investigación indica una mayor diversidad de género dentro del autismo (Strang et al., 2020), consideramos útil usar pronombres sin género y preguntar a los pacientes sobre los pronombres y nombres que prefieren.

Los profesionales deben estar atentos a las modalidades de comunicación que se utilizan y el lenguaje que se utiliza en ellas (Mason et al., 2022). Se debe ser claro tanto en el lenguaje oral como escrito, evitando el uso de jerga, coloquialismos o términos inespecíficos e indefinidos que pueden causar confusión y estrés (Spain et al., 2022; Chew et al., 2022). Esta confusión no se relaciona con la capacidad cognitiva o verbal del paciente, sino con la tendencia hacia la interpretación literal y un uso limitado de claves contextuales para ayudar a la interpretación. Es por ello que las personas con autismo suelen ser menos expresivas emocionalmente, pudiendo atribuirse al autismo, alexitimia u otros trastornos mentales comórbidos (por ejemplo, depresión) (Musich & D'Agostino, 2019). En esta línea, es importante pedirle al paciente que nos explique cómo se siente si parece haber una incongruencia entre la comunicación verbal y no verbal (por ejemplo, sus expresiones faciales pueden ser planas cuando se habla de eventos traumáticos). Esto también impacta en la terminología operativa utilizada (por ejemplo, ansiedad, ira, preocupación), sobre todo en el comienzo. Luego, a medida que transcurre la terapia los pacientes discernen mejor entre distintas emociones gracias a la psicoeducación emocional (Spain et al., 2022).

Además, puede ser necesario adaptar el estilo propio de comunicación. Por ejemplo, utilizar oraciones más cortas, preguntar sobre un constructo a la vez

(por ejemplo, sobre la ansiedad y luego el bajo estado de ánimo, en lugar de “¿cómo te sentís?”), utilizar una combinación de preguntas cerradas en lugar de abiertas, y recapitular con frecuencia (Spain et al., 2017). Por otro lado, puede ser apropiado el uso de medios visuales junto con la discusión, como diagramas y mini-formulaciones. Algunos pacientes pueden beneficiarse entregándoles un resumen de la sesión por escrito.

Cabe aclarar que las adaptaciones en la comunicación deben utilizarse de manera flexible de forma acorde a cada caso individual. Algunos pacientes pueden necesitar que el uso del lenguaje sea más específico, concreto y directo (limitando el uso de metáforas, ambigüedades y situaciones hipotéticas), pero esto quizás no sea necesario con otros pacientes que hagan un buen uso de la metáfora y del lenguaje no explícito (D'Agostino & Musich, 2022). Por otro lado, algunos pacientes pueden requerir de un mayor tiempo para procesar información y conceptos verbales, y formular una respuesta. Los profesionales deberán ser pacientes y sentirse cómodos con los posibles silencios, siguiendo un ritmo más lento. Por último, se debe involucrar al paciente y a su familia en conversaciones sobre posibles obstáculos antes de comenzar la terapia porque puede ser útil para mantener el cumplimiento de la misma.

b. Alianza terapéutica

La alianza terapéutica predice los resultados del tratamiento (Baier et al., 2020; Horvath et al., 2011) y abarca un acuerdo y una colaboración sobre los objetivos y tareas de la terapia, y un vínculo recíproco entre el paciente y el profesional (Borden, 1979). Una alianza terapéutica exitosa está condicionada tanto por factores relacionados con el profesional como con el paciente. Los hallazgos de un meta-análisis en muestras neurotípicas sugieren que los pacientes obtienen, en promedio, mejores resultados cuando los profesionales poseen mejores capacidades para desarrollar la alianza terapéutica (Del Re et al., 2012). Una escasa investigación se ha centrado en la alianza terapéutica en personas con autismo. Sin embargo, la evidencia preliminar indica que esto puede ser igualmente importante en la TCC (Kerns et al., 2018; Klebanoff et al., 2019), atención plena (Brewer et al., 2021) e intervenciones de habilidades sociales en niños, adolescentes y adultos jóvenes con autismo (Spain et al., 2022).

La alianza terapéutica es dinámica, por lo que puede volverse más fuerte o más débil durante la terapia.

Hay varios factores que impactan el desarrollo de la alianza terapéutica. Por ejemplo, rasgos centrales del autismo (por ejemplo: motivación social, capacidad de reciprocidad, calidad y cantidad de propuestas sociales), gravedad de los síntomas del autismo, síntomas afectivos (por ejemplo: ansiedad social, mal humor, síntomas negativos de psicosis), la regulación emocional (Brewer et al., 2021; Kerns et al., 2018; Klebanoff et al., 2019), creencias negativas sobre los demás (por ejemplo, que no se pueda confiar en los demás o preocupaciones sobre el abandono), creencias negativas sobre uno mismo (por ejemplo, sobre ser inepto o diferente), eventos adversos de la vida (por ejemplo, victimización, explotación) o falta de oportunidades para aprender habilidades sociales o participar en relaciones sociales.

Comenzar con un nuevo profesional de salud mental provoca ansiedad para la mayoría de los pacientes y es probable que esto sea aún mayor para adultos con autismo (Mason et al., 2022). A pesar de que suelen tener experiencia previa con profesionales de varias disciplinas, puede ser la primera vez que obtienen servicios de manera independiente o que se espera que participen activamente en lugar de depender de sus padres/cuidadores. De ser necesario, el paciente puede ser acompañado a las sesiones por un familiar, y de ser así deben explicitarse las reglas de privacidad y confidencialidad (Spain et al., 2022).

Los terapeutas deben dedicarle el tiempo necesario a aprender cómo se comunica cada uno de sus pacientes con TEA para formar una relación terapéutica sólida. Por ejemplo, el contacto visual o transmitir emociones a través de expresiones faciales puede resultar incómodo o difícil para algunos adultos con TEA. Se puede explorar las preferencias de los pacientes para la interacción social con otros, dentro de los límites de la terapia; por ejemplo, si disfrutan o les desagradan las conversaciones triviales, si son conscientes de que las preguntas personales que hacen a los terapeutas pueden quedar sin respuesta (D'Agostino & Musich, 2022; Musich & D'Agostino, 2019).

Un aspecto central son los intereses propios del paciente, ya que pueden encontrar estos temas más fáciles y atractivos que las conversaciones triviales convencionales. También se debe explorar los puntos de vista del paciente sobre la neurodiversidad para así establecer una buena relación terapéutica basada en el respeto. Además, es útil conocer los tipos de situaciones que pueden contribuir a malentendidos y desacuerdos y cómo se suelen resolver normalmente. Se recomienda incluir al final de agenda de la sesión un espacio de retroalimentación, donde el paciente pue-

da comentar si hubo algún comentario que le haya causado malestar o preocupación (Spain, 2019; Spain & Happé, 2020). Es necesario explicitar los aspectos formales que definen a la relación terapéutica, como la velocidad con la que el paciente puede esperar una respuesta, y a quién contactar ante una urgencia. Por último, la construcción de la alianza terapéutica también es una instancia en la que el terapeuta puede modelar normas y convenciones inherentes a las relaciones sociales.

c. Evaluación de la TCC

Las primeras sesiones de TCC, cuando normalmente se lleva a cabo la evaluación, pueden ser estresantes o confusas para algunos pacientes con TEA. Se debe proporcionar por adelantado información sobre qué esperar. Es posible que los profesionales deban realizar una evaluación durante varias sesiones para obtener una comprensión clara de los problemas del paciente. Debe incluirse la forma en que las experiencias relacionadas con el autismo pudieron haber contribuido a las dificultades actuales, la propia comprensión y experiencia de los pacientes sobre su TEA, y su perfil único de fortalezas, intereses, necesidades y dificultades asociadas. Por lo tanto, los terapeutas deben tener una buena comprensión del autismo y su heterogeneidad. Como los pacientes pueden tener formas idiosincrásicas de describir pensamientos y emociones, puede ser útil operacionalizar y utilizar la terminología propia de los pacientes. Se podría invitar a otras personas significativas, con el permiso del paciente, para brindar apoyo y contribuir con información y perspectivas adicionales a la evaluación.

Para la evaluación de la TCC a menudo se precisa, además de las entrevistas y observaciones clínicas, que el paciente complete escalas estandarizadas. Hay varios aspectos a tener en cuenta antes de administrar un cuestionario. En primer lugar, las personas con autismo pueden presentar varias dificultades para completar escalas autoadministradas. Estas dificultades pueden deberse a una serie de factores, como la alexitimia, desmotivación, perseverancia en las respuestas o habilidades lingüísticas limitadas. Es por ello que algunos pacientes pueden beneficiarse de apoyos para completar los cuestionarios, como brindarles más tiempo del habitual, y que dispongan de la ayuda del terapeuta si así lo requieran. En segundo lugar, es importante contar con un informante que brinde una perspectiva más amplia sobre los síntomas, funcionamiento, y bienestar del paciente

por fuera de las sesiones y a lo largo del tiempo. No obstante, cabe aclarar que algunos adultos con autismo prefieren que los demás no sepan que están recibiendo terapia o pueden percibir que sus opiniones no son válidas y otros los anulan, lo que podría afectar su compromiso y propensión a ser asertivos. En tercer lugar, los profesionales deben ser pragmáticos al interpretar los resultados de los autoinformes, ya que las propiedades psicométricas de varios cuestionarios son en gran parte desconocidas para la población con autismo (Brugha et al., 2015). Esto significa que las puntuaciones por encima o por debajo del punto de corte siempre requerirán una mayor exploración y sus resultados deberán solo ser utilizados como un punto de partida. Las respuestas deben debatirse con los pacientes mediante preguntas aclaratorias y de seguimiento, para tratar de separar las relacionadas con el autismo de otras experiencias (Chew et al., 2020). En cuarto lugar, la administración de cuestionarios debe hacerse a conciencia y fundada en hipótesis. Completar cuestionarios en cada sesión puede ser demasiado cansador e ir en contra de la adherencia al tratamiento. En caso de utilizar más de un cuestionario de autoinforme, se aconseja elegir aquellos que se centren en un mismo período de tiempo (por ejemplo: síntomas durante la última semana o mes). Por último, puede ser útil que el paciente complete las escalas y cuestionarios de admisión con la ayuda de un familiar, y/o de forma remota para reducir el tiempo en la sala de espera (Spain & Happè, 2020). De ser posible, los formularios de admisión deben ser revisados por pacientes con autismo para garantizar la claridad. En general, se debe evitar el uso de lenguaje profesional y puede ser útil incorporar intereses especiales o desarrollar escalas idiosincráticas (Spain et al., 2022).

Por otro lado, se deben evaluar síntomas comórbidos al TEA, como síntomas de ansiedad y depresión, que a su vez pueden afectar la voluntad de participar en las tareas y la finalización de las mismas. Asimismo, se deben evaluar correctamente las características sensoriales. La mayoría de las personas con autismo experimentan sensibilidades y aversiones sensoriales (APA, 2022), que se estima están asociadas a los síntomas psiquiátricos (Glod et al., 2015). Se debe evaluar el perfil sensorial (hipo o hipersensorial), el tipo de estrategias de afrontamiento empleadas y los factores que intensifican las experiencias sensoriales. Una vez correctamente evaluadas, las sesiones deben acomodarse a estas preferencias, por ejemplo, apagando el aire acondicionado si el sonido le molesta o dejando

las luces apagadas o encendidas según lo prefiera. Cabe destacar que también se deben evaluar las capacidades y fortalezas del paciente. Esto se puede realizar mediante la descripción de “un día típico”, en el que se pueda evaluar su nivel de autonomía e independencia y el sistema de apoyo; o bien pidiéndole que refiera qué tan capaz es de llevar a cabo una secuencia de actos determinada (e.g., ir de compras al supermercado, cocinar, viajar solo, etc.).

d. Encuadre de la terapia

También pueden ser necesarias adaptaciones prácticas para minimizar las demandas, satisfacer las necesidades relacionadas con el autismo, o reducir el estrés y la ansiedad. Será importante desde el principio establecer expectativas claras y compartidas sobre la terapia con los pacientes y allegados, respecto a la cantidad, frecuencia y duración de las sesiones (Mason et al., 2022; Spain et al., 2022). Se puede acordar una agenda colaborativa y brindar sesiones con estructuras similares. Los terapeutas también deberán ser flexibles con la duración de la sesión: se pueden ofrecer sesiones más cortas a algunos pacientes, mientras que otros pueden necesitar más tiempo o tiempo adicional, por ejemplo, para procesar información y para incluir descansos regulares (Chew et al., 2022; Spain, 2019). También deben establecerse las preferencias del paciente para comunicarse, como el uso de emails, mensajes de texto o llamadas telefónicas. De ser necesario, se le puede proporcionar una lista de verificación de aquellos aspectos de las sesiones que podrían ser adaptados y pedirle al paciente que reflexione sobre ello entre las sesiones para formular las posibles modificaciones.

En cuanto a las preferencias sensoriales, tanto la sesión como el área de espera pueden ser adaptadas a las sensibilidades sensoriales (Spain et al., 2022). Por ejemplo, los espacios pueden configurarse para que sean relajantes, con distracciones reducidas, evitando perfumes y olores fuertes y luces brillantes. A su vez, es útil preguntar explícitamente a los pacientes si hay algo que les distraiga o les moleste, ya que es posible que no lo mencionen espontáneamente o se sientan nerviosos por hacerlo. En suma, el espacio físico para la terapia, incluida la sala de espera, debe permitir que el paciente se sienta seguro.

e. Establecimiento de metas

Los objetivos de la TCC deben ser funcionales, respetuosos y relevantes para los adultos con TEA, abordando dificultades emocionales o conductuales co-

mórbidas a fin de mejorar la calidad de vida de los individuos (D'Agostino & Musich, 2022; Spain et al., 2022). Se deben establecer metas explícitas, específicas, realistas y medibles basadas en la formulación del caso y de manera colaborativa (Chew, et al., 2022; Spain, 2019). Es importante considerar las opiniones del paciente a la hora de diseñar programas de tratamiento. Es posible que algunos pacientes no estén tan motivados o experimenten preocupaciones acerca del cambio. En este caso, puede ser útil discutir las ventajas y desventajas de ciertos cambios, ayudándolos en la toma de decisiones. A su vez, algunos adultos con autismo pueden presentar dificultades en establecer metas asociadas a déficits ejecutivos de base. En esos casos, los profesionales deberán dedicar más tiempo a establecer los objetivos terapéuticos, brindando sugerencias para generar alternativas (Spain & Happè, 2020).

f. Formulación de TCC

La formulación cognitiva debe integrar idealmente la totalidad de las variables de un paciente, tales como las vulnerabilidades neurocognitivas y psicosociales relacionadas con el autismo, así como los eventos vitales relacionados con el desarrollo y mantenimiento de los síntomas psicológicos (Blainey, 2019; Gaus, 2011a; Spain & Happè, 2020). En relación con esto, las dificultades sensoriales pueden ser relevantes en la conceptualización ya que pueden estar implicadas en el desarrollo o mantenimiento de los síntomas. El terapeuta debe revisar frecuentemente la formulación con el paciente para asegurarse de que haya un entendimiento compartido, promoviendo la alianza con el terapeuta (Mason et al., 2022; Spain et al., 2022). Es importante durante el proceso de formulación del caso, destacar las fortalezas, habilidades, resiliencia y factores protectores. También puede ser útil evaluar conjuntamente con el paciente la posibilidad y beneficio de involucrar a familiares u otros significativos, ya que ocasiones personas del entorno del paciente pueden contribuir positiva o negativamente en las problemáticas del mismo.

g. Manejo del cierre de tratamiento

Con el objetivo de prevenir la ansiedad, los terapeutas deben ser explícitos sobre la cantidad de sesiones que se mantendrán y planificar el cierre del tratamiento con anticipación (Chew et al., 2022; Spain et al., 2019, 2022). Es importante revisar el progreso y desarrollar estrategias de prevención de recaídas. En ocasiones, los pacientes pueden requerir continuar con otros tratamientos de salud. En dichos casos, se recomienda

un trabajo en conjunto con los otros servicios de salud que continuarán tratando al paciente. Es importante destacar que dada la característica crónica del autismo, muchos pacientes presentan altas tasas de recurrencias, y frecuentemente los pacientes van a requerir repetidos tratamientos de salud mental (Chew et al., 2022).

2. Adaptaciones en las técnicas de intervención

Para facilitar la comprensión y comunicación, las intervenciones pueden requerir de apoyos visuales, como una agenda de sesión escrita o burbujas de pensamiento (Spain & Happè, 2020). Tener en cuenta los intereses del paciente en las sesiones colabora en aumentar el compromiso (por ejemplo, usar metáforas, frases o viñetas de la película favorita del paciente). Puede ser útil involucrar a otros profesionales, familiares, amigos o cuidadores, siempre que el paciente esté de acuerdo, dado que algunas personas con autismo se benefician de apoyos adicionales. Esto no es necesario para todos los adultos con TEA, e incluso para algunos puede impactar negativamente en su percepción de autodeterminación e independencia (Chew et al., 2022; D'Agostino & Musich, 2022; Spain, 2017).

a. Psicoeducación

La psicoeducación es una base necesaria e importante para el trabajo de la TCC. Por lo tanto, es importante dedicar más tiempo, quizás algunas sesiones, a la socialización del modelo de la TCC, la psicoeducación sobre el autismo, las emociones. En general, las personas con TEA suelen tener dificultades con la interocepción o la identificación de emociones. Por ello es necesario fortalecer las habilidades de conciencia emocional, particularmente, ayudar al individuo a identificar y etiquetar sus emociones (por ejemplo, las señales físicas y conductuales de la ansiedad) y desarrollar un lenguaje conjunto para estos conceptos. A veces son necesarios enfoques flexibles y creativos para explicar los conceptos (por ejemplo, usando dibujos, imágenes o videos).

b. Reestructuración cognitiva

Las diferencias en el procesamiento cognitivo pueden dificultar el uso de estrategias cognitivas. Algunos pacientes pueden sentir que están siendo forzados o inducidos a cambiar su forma de pensar. A otros pacientes les puede resultar difícil desafiar los pensamientos negativos. En estos casos, se pueden utilizar estrategias alternativas, como redirigir el enfoque atencio-

nal, la atención plena, la resolución de problemas y la validación de cogniciones negativas que, de hecho, pueden ser tanto realistas como negativas (Blainey, 2019). También puede ser útil poner más énfasis en el cambio conductual, en lugar de enfocarse en las cogniciones, y usar el cambio de comportamiento como punto de partida para el trabajo cognitivo (Chew et al., 2022). Utilizar una mayor estructura y hacer que los conceptos cognitivos sean más concretos también puede ser de utilidad; por ejemplo, proporcionar hojas de trabajo que enumeren pensamientos adaptativos y desadaptativos o permitir opciones de opción múltiple para reducir la presión de generar soluciones novedosas (Spain, 2019, Spain & Happè, 2020).

Muchos adultos con TEA han tenido una exposición a entornos estresantes y/o invalidantes y, por lo tanto, sus pensamientos sobre sí mismos, los demás o el mundo pueden haber tenido una función adaptativa (D'Agostino & Muisch, 2022). Por ello, los terapeutas deben estar atentos a no invalidar los pensamientos de sus pacientes. A través de la reestructuración cognitiva se puede explorar qué experiencias pueden haber llevado a que se desarrollen estos pensamientos, así como las formas en las que se sostienen en el tiempo.

c. Estrategias conductuales

Muchos adultos autistas pueden presentar tendencia a lo mismo y preferencia por rutinas y certezas. Debido a ello, los cambios cognitivos y conductuales dentro de la TCC pueden en ocasiones generar aumento de ansiedad y preocupación. También, los nuevos comportamientos a adquirir requieren planificación y flexibilidad, lo que puede ser un desafío para algunos pacientes (Chew et al., 2022). Explicar claramente la razón y los objetivos del trabajo terapéutico puede contribuir a que la terapia sea aceptada por el paciente. Los cambios conductuales deben introducirse de forma gradual, comenzando por los más sencillos y manejables. Por ejemplo, el terapeuta puede valerse de técnicas de modelado y del juego de roles de nuevas habilidades y comportamientos durante las sesiones y, por fuera de ellas, promover la generalización. Por otro lado, utilizar tarjetas de afrontamiento y recordatorios en el celular para monitorear el estado de ánimo puede contribuir a reducir la demanda cognitiva. Enseñar estrategias de afrontamiento, regulación emocional, resolución de problemas, manejo de la incertidumbre, asertividad y habilidades organizativas, suele ser de utilidad para aumentar los beneficios de la TCC (Spain, 2019; Spain & Happè 2020).

Las conductas deben ser abordadas dependiendo de su funcionalidad. Una correcta evaluación permitirá diferenciar entre conductas evitativas y conductas adaptativas, las cuales requieren de intervenciones diferentes. Por un lado, las evitativas son aquellas que actúan como conductas de seguridad pero que indirectamente perpetúan los síntomas psicológicos, y por lo tanto se busca reducirlas (Spain, 2015, 2019). Muchas conductas adoptadas por personas con autismo no son conductas desadaptativas, sino adaptaciones apropiadas, útiles y necesarias para sus necesidades. El terapeuta en conjunto con el paciente debe identificar qué conductas son importantes y útiles para paciente y cuáles son disfuncionales. Por ejemplo, usar audífonos con cancelación de ruido para manejar las necesidades sensoriales o rechazar algunas invitaciones sociales pueden ser conductas apropiadas y funcionales para ciertos entornos, permitiendo evitar el agotamiento y respetar las preferencias y elecciones individuales. Sin embargo, otros comportamientos pueden ser desadaptativos, manteniendo síntomas de ansiedad o del estado de ánimo (Chew et al., 2022; Spain, 2019). Por ejemplo, rechazar una invitación de un amigo para ir al cine por el ruido medioambiental puede promover el aislamiento social y ser una conducta objetivo a modificar, en pos de encontrar una conducta alternativa que se ajuste al perfil particular del individuo.

d. Actividades entre sesiones

Usualmente al comienzo del trabajo terapéutico, y dados el procesamiento neurocognitivo particular de los individuos con TEA, es posible que los terapeutas deban ser más directos, ofreciendo alternativas concretas para las actividades entre sesiones, fomentando que el paciente elija una en lugar de que espontáneamente genere una alternativa propia (Spain et al., 2022; Spain & Happè, 2020). Es preciso explicitar y acordar junto con el paciente los detalles de las actividades entre sesiones (quién, qué, dónde, cuándo y cómo), anticipándose a los posibles obstáculos y su respectiva solución. Los pacientes con dificultades ejecutivas requieren especial atención en este punto, pudiendo requerir instrucciones por escrito, recordatorios o listas de verificación (Chew et al., 2022). Además, con previo consentimiento de los pacientes, otras personas de su entorno pueden colaborar en llevar a cabo las actividades entre sesiones.

e. Formación profesional

En general, la formación profesional sobre el TEA y su respectivo tratamiento suele ser muy limitada (Maddox et al., 2020), a lo que se le suma actitudes nega-

tivas y estigmatizantes hacia el autismo que a su vez influyen en la práctica clínica (Corden et al., 2021). Se debe asegurar que todos los profesionales que trabajan en los servicios clínicos tengan acceso a programas sólidos de capacitación en el conocimiento del autismo, tanto sobre elementos de tipo general (qué es el autismo), así como también de temas más específicos para los terapeutas (cómo adaptar los enfoques psicológicos estándar). En la medida de lo posible, la formación debe ser coproducida con adultos con autismo y familias.

Esta falta de formación profesional lleva a que los terapeutas no cuenten con las habilidades necesarias para adaptar intervenciones estándar para personas con autismo (Adams & Young, 2020). Si bien la fidelidad al tratamiento, definida como el grado en que un tratamiento se administra según lo previsto, se considera importante dentro de la terapia psicológica (Fonagy & Luyten, 2019), a veces es necesaria la flexibilidad en la implementación para optimizar la eficacia del tratamiento, a costa de la fidelidad (Cohen et al., 2008). Asegurar la fidelidad del tratamiento en la práctica habitual puede ser más complejo cuando se trabaja con adultos con autismo. Esto limita potencialmente las opciones de tratamiento disponibles para los adultos con TEA. Los profesionales deben tratar de lograr un equilibrio entre la fidelidad (integridad) al enfoque manualizado con la suficiente flexibilidad para que sea efectivo para el paciente particular. En esta línea, la supervisión clínica regular, y reuniones grupales o de pares, pueden ayudar a lograr este equilibrio y brindar un espacio para la reflexión.

Conclusión

Los adultos con TEA sin DI enfrentan numerosas dificultades durante la transición a la vida adulta y durante el transcurso de esta. Entre aquellas dificultades se encuentran la reducción de los servicios de asistencia y barreras de accesibilidad a dichos servicios (Adams & Young, 2021; Walsh et al., 2020). Adicionalmente, los adultos en el espectro presentan tasas elevadas de comorbilidades, las cuales impactan en la trayectoria del autismo y en la calidad de vida (Cadman et al., 2012; Joshi et al., 2013; Smith et al., 2019). Dados estos factores, resulta capital poder contar con tratamientos basados en evidencia que permitan mejorar la calidad de vida de los adultos con autismo. Numerosos estudios han demostrado que la terapia estándar requiere

modificaciones al ser aplicada en personas con TEA (Spain & Happé, 2020). Actualmente diversos estudios se encuentran en etapa de investigación a fin de adaptar las distintas terapias psicológicas a población autista sin DI (Spain et al., 2022). Dentro de las terapias psicológicas, la TCC ha demostrado cierto grado de eficacia para el abordaje de algunas comorbilidades en adultos con TEA sin DI, evidenciando la importancia de realizar adaptaciones para mejorar la eficacia y eficiencia de los tratamientos. La TCC es un enfoque altamente estructurado, práctico y centrado en el presente que, por sus características intrínsecas, es relevante y adecuado para adultos con TEA sin DI con trastornos comórbidos del estado de ánimo y ansiedad, entre otras condiciones de salud mental (Spain, 2019; Spain & Happé 2020). En base a las investigaciones recientes en los últimos años y la práctica clínica se recomiendan adaptaciones individualizadas en las diferentes etapas del tratamiento. Las adaptaciones deben ser realizadas en base a la necesidad del paciente, la conceptualización del caso y los objetivos de la terapia.

La presente revisión recopila las adaptaciones más comunes reportadas hasta la fecha en relación con la aplicación de la terapia psicológica, específicamente la TCC, en adultos con TEA, con el objetivo de difundir los lineamientos actuales entre los profesionales clínicos. No obstante, se requieren más investigaciones que estudien la efectividad de las diversas terapias basadas en evidencia para esta población, delimitando qué enfoques son beneficiosos y bajo qué condiciones. Además, futuras investigaciones deben explorar qué conocimientos y habilidades terapéuticas permiten trabajar de manera más eficaz con los adultos con TEA, población que ha sido relegada tanto a nivel de la investigación como en la práctica clínica. A su vez, sería de relevancia poder avanzar en próximas investigaciones en comprender que adecuaciones son necesarias para adultos con DI, dado que usualmente no son incorporados en los protocolos de investigación. Otro aspecto potencialmente beneficioso en futuras investigaciones es la posibilidad de incorporar adultos e investigadores autistas en el diseño de tratamientos, tornándolos participantes activos en la tarea de determinar qué intervenciones resultan más beneficiosas para ellos mismos.

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

Referencias bibliográficas

- Adams, D., & Young, K. (2021). A Systematic Review of the Perceived Barriers and Facilitators to Accessing Psychological Treatment for Mental Health Problems in Individuals on the Autism Spectrum. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 8(4), 436–453. <https://doi.org/10.1007/s40489-020-00226-7>
- Anderson, S., & Morris, J. (2006). Cognitive behaviour therapy for people with Asperger syndrome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(3), 293–303. <https://doi.org/10.1017/S1352465805002651>
- Adams, D., & Young, K. (2020). A systematic review of the perceived barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in individuals on the autism spectrum. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1–18. <https://doi.org/10.1007/s40489-020-00226-7>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fifth Edition, Text Revision (DSM-V-TR). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Baier, A. L., Kline, A. C., & Feeny, N. C. (2020). Therapeutic alliance as a mediator of change: A systematic review and evaluation of research. *Clinical psychology review*, 82, 101921. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101921>
- Blaine, S. (2019). General anxiety. In E. Chaplin, D. Spain, & C. McCarthy (Eds.). *A clinician's guide to mental health conditions in adults with autism spectrum disorders: Assessment and interventions* (pp. 97–110). Jessica Kingsley Publishers.
- Beck, J. S. (2020). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (3rd ed.). Guilford Press.
- Benevides, T. W., Shore, S. M., Andresen, M.-L., Caplan, R., Cook, B., Gassner, D. L., Erves, J. M., Hazlewood, T. M., King, M. C., Morgan, L., Murphy, L. E., Purkis, Y., Rankowski, B., Rutledge, S. M., Welch, S. P., & Wittig, K. (2020). Interventions to address health outcomes among autistic adults: A systematic review. *Autism*, 24(6), 1345–1359. <https://doi.org/10.1177/1362361320913664>
- Billstedt, E., Gillberg, C., & Gillberg, C. (2005). Autism after adolescence: population-based 13-to 22-year follow-up study of 120 individuals with autism diagnosed in childhood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(3), 351–360. <https://doi.org/10.1177/1362361317703090>
- Bird, G., & Cook, R. (2013). Mixed emotions: the contribution of alexithymia to the emotional symptoms of autism. *Translational Psychiatry*, 3(7), e285–e285. <https://doi.org/10.1038/tp.2013.61>
- Borden, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, Theory Research and Practice*, 16, 252–260.
- Boulter, C., Freeston, M., South, M., & Rodgers, J. (2014). Intolerance of uncertainty as a framework for understanding anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(6), 1391–1402. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-2001-x>
- Bottema-Beutel, K., Kapp, S. K., Lester, J. N., Sasson, N. J., & Hand, B. N. (2021). Avoiding ableist language: Suggestions for autism researchers. *Autism in Adulthood*, 3(1). <https://doi.org/10.1089/aut.2020.0014>
- Brewe, A., Mazefsky, C., & White, S. (2021). Therapeutic alliance formation for adolescents and young adults with autism: Relation to treatment outcomes and client characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(5), 1446–1457. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04623-z>
- Brugha, T., Doos, L., Tempier, A., Einfeld, S., & Howlin, P. (2015). Outcome measures in intervention trials for adults with autism spectrum disorders; a systematic review of assessments of core autism features and associated emotional and behavioural problems. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 24(2), 99–115. <https://doi.org/10.1002/mpr.1466>
- Cadman, T., Eklund, H., Howley, D., Hayward, H., Clarke, H., Findon, J., ... & Glaser, K. (2012). Caregiver burden as people with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder transition into adolescence and adulthood in the United Kingdom. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(9), 879–888. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.06.017>
- Cai, R. Y., Richdale, A. L., Uljarević, M., Dissanayake, C., & Samson, A. C. (2018). Emotion regulation in autism spectrum disorder: Where we are and where we need to go. *Autism Research*, 11(7), 962–978. <https://doi.org/10.1002/aur.1968>
- Chew, X. Y., Leong D.-j., Khor, K. M., Tan, G. M. Y., Wei, K.-C., & Magiati, I. (2020). Clarifying self-report measures of social anxiety and obsessive-compulsive disorder to improve reporting for autistic adults. *Autism in Adulthood*. Advanced online publication. <https://doi.org/10.1089/aut.2019.0064>
- Chew, X. Y., Ozsivadjian, A., Hollocks, M., Magiati, I. (2022). *Psychological Therapies for Adults with Autism*. Oxford University Press.
- Cohen, D., Crabtree, B., Etz, R., Balasubramanian, B., Donahue, K., Levinton, L., Clark, E. C., Isaacson, N. F., Stange, K. C., & Green, L. (2008). Fidelity versus flexibility: Translating evidence-based research into practice. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(5), S381–S389. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.08.005>
- Corden, K., Brewer, R., & Cage, E. (2021). A systematic review of health-care professionals' knowledge, self-efficacy and attitudes towards working with autistic people. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1–14. <https://doi.org/10.1007/s40489-021-00263-w>
- Croen, L. A., Zerbo, O., Qian, Y., Massolo, M. L., Rich, S., Sidney, S., & Kripke, C. (2015). The health status of adults on the autism spectrum. *Autism*, 19(7), 814–823. <https://doi.org/10.1177/1362361315577517>
- D'Agostino, C. & Musich, F. M. (2022). *Social Skills Interventions. Psychological Therapies for Adults with Autism*. Oxford University Press.
- Del Re, A., Flückiger, C., Horvath, A., Symonds, D., & Wampold, B. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted–maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 642–649. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.07.002>
- Doherty, A., Atherton, H., Boland, P., Hastings, R., Hives, L., Hood, K., James-Jenkinson, L., Leavy, R., Randell, E., Reed, J., Taggart, L., Wilson, N., & Chauhan, U. (2020). Barriers and facilitators to primary health care for people with intellectual disabilities and/or autism: an integrative review. *BJGP Open*, 4(3), 1–10. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101030>
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2019). Fidelity vs. flexibility in the implementation of psychotherapies: Time to move on. *World Psychiatry*, 18(3), 270–271. <https://doi.org/10.1002/wps.20657>
- Ganz, M. L. (2007). The lifetime distribution of the incremental societal costs of autism. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161(4), 343–349. <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.4.343>
- Gaus, V. L. (2011a). Adult asperger syndrome and the utility of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(1), 47–56. <https://doi.org/10.1007/s10879-010-9159-8>
- Gaus, V. L. (2011b). Cognitive behavioural therapy for adults with autism spectrum disorder. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 5(5), 15–25. <https://doi.org/10.1108/20441281111180628>
- Glod, M., Riby, D., Honey, E., & Rodgers, J. (2015). Psychological correlates of sensory processing patterns in individuals with autism spectrum disorder: A systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2(2), 199–221. <https://doi.org/10.1007/s40489-015-0047-8>
- Griffiths, S., Allison, C., Kenny, R., Holt, R., Smith, P., & Baron-Cohen, S. (2019). The Vulnerability Experiences Quotient (VEQ): A study of vulnerability, mental health and life satisfaction in autistic adults. *Autism Research*, 12(10), 1516–1528. <https://doi.org/10.1002/aur.2162>
- Hollocks, M. J., Lerh, J. W., Magiati, I., Meiser-Stedman, R., & Brugha, T. S. (2019). Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(4), 559–572. <https://doi.org/10.1017/s0033291718002283>
- Hollocks, M. J., Pickles, A., Howlin, P., & Simonoff, E. (2016). Dual cognitive and biological correlates of anxiety in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(10), 3295–3307. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2878-2>
- Horvath, A., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.06.002>

- Joshi, G., Wozniak, J., Petty, C., Martelon, M. K., Fried, R., Bolfek, A., ... & Biederman, J. (2013). Psychiatric comorbidity and functioning in a clinically referred population of adults with autism spectrum disorders: a comparative study. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(6), 1314-1325. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1679-5>
- Kerns, C., Collier, A., Lewin, A., & Storch, E. (2018). Therapeutic alliance in youth with autism spectrum disorder receiving cognitive-behavioral treatment for anxiety. *Autism*, 22(5), 636-640. <https://doi.org/10.1177/1362361316685556>
- Kerns, C. M., Roux, A. M., Connell, J. E., & Shattuck, P. T. (2016). Adapting cognitive behavioral techniques to address anxiety and depression in cognitively able emerging adults on the autism spectrum. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(3), 329-340. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.06.002>
- Klebanoff, S., Rosenau, K., & Wood, J. (2019). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy for school-aged children with autism and clinical anxiety. *Autism*, 23(8), 2031-2042. <https://doi.org/10.1177/1362361319841197>
- Laxman, D. J., Taylor, J. L., DaWalt, L. S., Greenberg, J. S., & Mailick, M. R. (2019). Loss in services precedes high school exit for teens with autism spectrum disorder: A longitudinal study. *Autism Research*, 12(6), 911-921. <https://doi.org/10.1002/aur.2113>
- Lai, M.-C., Kasseh, C., Besney, R., Bonato, S., Hull, L., Mandy, W., Szatmari, P., & Ameis, S. H. (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 819-829. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30289-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30289-5)
- Leno, V. C. & Simonoff, E. (2020). ASD and Co-occurring Psychiatric Conditions: A Conceptual Framework. In C. A. M. S. W. White, B. M. Maddox (Ed.). *The Oxford Handbook of Autism and Co-Occurring Psychiatric Conditions*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190910761.013.1>
- Maenner, M. J., Shaw, K. A., Baio, J., Washington, A., Patrick, M., DiRienzo, M., Christensen, D. L., Wiggins, L. D., Pettygrove, S., Andrews, J. G., Lopez, M., Hudson, A., Baroud, T., Schwenk, Y., White, T., Rosenberg, C. R., Lee, L.-C., Harrington, R. A., Huston, M., ... Dietz, P. M. (2020). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. *MMWR. Surveillance Summaries*, 69(4), 1-12. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6904a1>
- Mason, D., Ingham, B., Urbanowicz, A., Michael, C., Birtles, H., Woodbury-Smith, M., Brown, T., James, I., Scarlett, C., Nicolaidis, C., & Parr, J. R. (2019). A systematic review of what barriers and facilitators prevent and enable physical healthcare services access for autistic adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(8), 3387-3400. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04049-2>
- Mason, D., Stark, E., & Musich, F. M. (2022). Experiences of Psychological. *Psychological Therapies for Adults with Autism*, 6.
- Maddox, B. B., Crabbe, S., Beidas, R. S., Brookman-Frazee, L., Cannuscio, C. C., Miller, J. S., Nicolaidis, C., & Mandell, D. S. (2020). "I wouldn't know where to start": Perspectives from clinicians, agency leaders, and autistic adults on improving community mental health services for autistic adults. *Autism*, 24(4), 919-930. <https://doi.org/10.1177/1362361319882227>
- Maddox, B. B., Crabbe, S. R., Fishman, J. M., Beidas, R. S., Brookman-Frazee, L., Miller, J. S., Musich, F., & D'Agostino, C. (2019). Social Skills Interventions. *A Clinician's Guide to Mental Health Conditions in Adults with Autism Spectrum Disorders: Assessment and Interventions*, 278.
- Nicolaidis, C., & Mandell, D. S. (2019). Factors influencing the use of cognitive-behavioral therapy with autistic adults: A survey of community mental health clinicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(11), 4421-4428. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04156-0>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). Common mental health disorders: identification and pathways to care (*Clinical Guideline No. 123* [CG123]). Retrieved December 1, 2020, from <http://www.nice.org.uk/guidance/cg123>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2012). Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management (*Clinical Guideline No. 142* [CG142]). Retrieved December 1, 2020, from <http://www.nice.org.uk/guidance/cg142>
- Ozsivadjian, A., Hollocks, M. J., Magiati, I., Happé, F., Baird, G., & Absoud, M. (2020). Is cognitive inflexibility a missing link? The role of cognitive inflexibility, alexithymia and intolerance of uncertainty in externalising and internalising behaviours in young people with autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Advanced online publication. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13295>
- Russell, A., Jassi, A., & Johnston, K. (2019). *OCD and autism: A clinician's guide to adapting CBT*. Jessica Kingsley Publishers.
- Smith, I. C., Ollendick, T. H., & White, S. W. (2019). Anxiety moderates the influence of ASD severity on quality of life in adults with ASD. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 62, 39-47. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2019.03.001>
- Smith, I. C., & White, S. W. (2020). Socio-emotional determinants of depressive symptoms in adolescents and adults with autism spectrum disorder: A systematic review. *Autism*, 24(4), 995-1010. <https://doi.org/10.1177/1362361320908101>
- Spain, D. (2019). Cognitive behaviour therapy. In E. Chaplin, D. Spain, & C. McCarthy (Eds.). *A clinician's guide to mental health conditions in adults with autism spectrum disorders: Assessment and interventions* (pp. 290-307). Jessica Kingsley Publishers.
- Spain, D., & Happé, F. (2020). How to optimise cognitive behaviour therapy (CBT) for people with autism spectrum disorders (ASD): A Delphi study. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 38(2), 184-208. <https://doi.org/10.1007/s10942-019-00335-1>
- Spain, D., Sin, J., Harwood, L., Mendez, M.A. and Happé, F. (2017). Cognitive behaviour therapy for social anxiety in autism spectrum disorder: a systematic review. *Advances in Autism*, Vol. 3 No. 1, pp. 34-46. <https://doi.org/10.1108/AIA-07-2016-0020>
- Spain, D., Sin, J., Chalder, T., Murphy, D., & Happé, F. (2015). Cognitive behaviour therapy for adults with autism spectrum disorders and psychiatric co-morbidity: A review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 9, 151-162. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.10.019>
- Spain, D., Musich, F. M., & White, S. W. (2022). *Psychological Therapies for Adults with Autism*. Oxford University Press.
- Spain, D., Musich, F. M., & White, S. W. (2022). Ensuring Accessible and Acceptable Service Delivery for Adults with Autism. *Psychological Therapies for Adults with Autism*. Oxford University Press.
- South, M., & Rodgers, J. (2017). Sensory, emotional and cognitive contributions to anxiety in autism spectrum disorders. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11(20). <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00020>
- Strang, J., van der Miesen, A., Caplan, R., Hughes, C., daVanport, S., & Lai, M. (2020). Both sex-and gender-related factors should be considered in autism research and clinical practice. *Autism*, 24(3), 539-543. <https://doi.org/10.1177/1362361320913192>
- Taylor, J. L., & Seltzer, M. M. (2011). Employment and post-secondary educational activities for young adults with autism spectrum disorders during transition to adulthood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(5), 566-574. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1070-3>
- Vivanti, G. (2020). Ask the editor: What is the most appropriate way to talk about individuals with a diagnosis of autism? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(2), 691-693. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04280-x>
- Vohra, R., Madhavan, S., & Sambamoorthi, U. (2017). Comorbidity prevalence, healthcare utilization, and expenditures of Medicaid enrolled adults with autism spectrum disorders. *Autism*, 21(8), 995-1009. <https://doi.org/10.1177/1362361316665222>
- Walsh, C., Lydon, S., O'Dowd, E., & O'Connor, P. (2020). Barriers to healthcare for persons with autism: A systematic review of the literature and development of a taxonomy. *Developmental Neurorehabilitation*, 23(7), 413-430. <https://doi.org/10.1080/17518423.2020.1716868>

Weston, L., Hodgekins, J., & Langdon, P. E. (2016). Effectiveness of cognitive behavioural therapy with people who have autistic spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 49, 41-54. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.08.001>

Williams, M. (2020). *Managing microaggressions: Addressing everyday racism in therapeutic spaces*. Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190875237.001.0001>

Zerbo, O., Qian, Y., Ray, T., Sidney, S., Rich, S., Massolo, M., & Croen, L. A.

(2019). Health Care Service Utilization and Cost Among Adults with Autism Spectrum Disorders in a U.S. Integrated Health Care System. *Autism in Adulthood*, 1(1), 27-36. <https://doi.org/10.1089/aut.2018.0004>

Comunicación del diagnóstico de enfermedad de Alzheimer: reflexiones bioéticas

Delivering the diagnosis of Alzheimer's disease: bioethical considerations

Edith Labos¹, Osvaldo Fustinoni²

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i157.267>

Resumen

Al comunicar al paciente el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer, pueden originarse situaciones no acordes con la necesaria conducta ética profesional. Presentamos dos casos en los que, al actuarse con imprudencia, no se respetó el requisito de no maleficencia. En ambos casos la revelación diagnóstica empeoró la situación previa a la consulta, provocando en el paciente y su familia decisiones y consecuencias desafortunadas. El uso abrupto y cortante del término "Alzheimer", junto a la información insuficiente sobre las características de la afección, parece haber sido el factor principal de un impacto emotivo negativo, mostrando una actitud profesional dueña de un saber "absoluto" e inapelable, en un vínculo sin equidad. El acto de comunicar un diagnóstico debe ajustarse al criterio de prudencia, y no solamente al de veracidad o exactitud, evitando por sobre todas las cosas provocar un daño mayor al ya causado por la enfermedad.

Palabras clave: Alzheimer - Diagnóstico - Bioética - No maleficencia.

Abstract

Delivering the diagnosis of Alzheimer's disease to the patient can cause situations that do not meet the necessary ethical professional standards. We present two cases in which the rash way such a diagnosis was delivered did not respect the principle of nonmaleficence. In both cases the revelation worsened the situation prior to the consultation, causing unfortunate distress to the patient and family. The blunt use of the term "Alzheimer", together with the insufficient information on the characteristics of the affection, seems to have been the main factor that produced a negative emotional impact, revealing an arrogant professional attitude of 'absolute' and unquestionable knowledge, without the necessary equity. A diagnosis of Alzheimer's should be not only truthful but delivered with caution, above all things avoiding a further damage than that already brought about by the disease.

Keywords: Alzheimer - Diagnosis - Bioethics - Nonmaleficence.

RECIBIDO 27/7/2022 - ACEPTADO 10/8/2022

¹Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, UBA. Área de Investigación de Funciones Cognitivas en el adulto.

²Área Enfermedades Vasculares y Cognitivas Cerebrales, Instituto de Neurociencias Restaurativas (INERE), Buenos Aires.

Autora de referencia:

Edith Labos

edithlabos@gmail.com

Lugar de realización del trabajo: Facultad de Medicina, UBA.



*La ética no nos dice expresamente
lo que debemos hacer,
sino cómo debemos hacerlo,
si lo debemos hacer.*

**Juan Carlos Suarez Villegas,
"Principios de Ética Profesional."**

Introducción

La demencia causada por enfermedad de Alzheimer (EA) es una de las afecciones de mayor impacto en las personas que la sufren y en su entorno familiar. Ocasiona pérdida de la noción de tiempo y espacio, de la autonomía cotidiana, de la historia de vida y, en última instancia, de la identidad. Paulatinas y devastadoras, sus manifestaciones causan enorme sufrimiento, impotencia y discapacidad.

El uso actual de biomarcadores, que permite arribar a un diagnóstico temprano con mayor presunción de certeza, ha dado lugar a un conjunto de procedimientos terapéuticos que incluye farmacoterapia, activación cognitiva, atención a factores de riesgo y cambios cruciales en el estilo de vida del paciente y su familia, pudiendo ralentizarse así la progresión del déficit cognitivo y funcional. Pero la afección se comporta como irreversible y no hay tratamiento etiológico.

Se abren asimismo interrogantes sobre la comunicación del diagnóstico por parte del profesional al paciente o a su familia, difíciles de responder para la comunidad científica. Hay posturas que recomiendan, pero otras que desaconsejan, revelar el diagnóstico al paciente (Carpenter & Dave, 2004; Iliffe et al., 2010).

¿Debe comunicársele al paciente el diagnóstico? De hacerlo, ¿en qué momento? ¿De qué forma? ¿En qué contexto? ¿Qué consecuencias para el paciente y la familia tiene tal revelación?

Robles et al, en un trabajo sobre el tema expresan: "Hay que intentar que la revelación del diagnóstico no ocasione un trastorno en la vida del paciente y de sus allegados, es decir, es necesario prudencia cuando el diagnóstico se revela en fases en las que tan sólo existe déficit aislado de memoria" (Robles et al., 2011).

En cualquier caso, es claro que al respecto se deben cumplir los principios éticos que rigen la práctica médica: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia (Informe Belmont, 1979).

A pesar de la importancia clínica y ética del tema existe escasa información sobre la experiencia y vivencias de aquellos pacientes a quienes se les ha hecho saber el diagnóstico, así como de las actitudes que tal revelación origina en pacientes y familiares (Gély-Nargeot et al., 2003).

Método

Se seleccionaron, de entre los consultantes de los autores, dos casos representativos del tema que motiva esta comunicación y se practicó una revisión bibliográfica en relación al mismo.

Resultados

Los casos clínicos siguientes suscitan reflexiones que hacen a la epistemología clínica de la EA.

Caso I

MR, mujer de 65 años y estudios universitarios completos. Fue presidenta de una empresa comercial hasta 6 meses previos a la consulta. Es separada, tiene dos hijos, y vive con una nueva pareja desde hace diez años, en un barrio del conurbano bonaerense. Su pareja actual recibe quimioterapia por diagnóstico de linfoma. Maneja su automóvil sin dificultades y no presenta alteraciones ostensibles en el quehacer cotidiano. Al momento de la consulta, se hace cargo de su casa y de las compras para el hogar.

La evaluación neuropsicológica registra fallas en la memoria episódica y en las funciones ejecutivas, sin alcanzar niveles de demencia, con un puntaje en la prueba de Estado Mental Mínimo (Mini-Mental State Test, MMST) de 27. Se encuentra orientada espacialmente, pero con fallas temporales leves. Tres meses atrás, luego de estudios clínicos, de neuroimagen y evaluación cognitiva, el neurólogo tratante la cita junto a sus hijos y pareja para la devolución diagnóstica, que le es comunicada de viva voz durante una entrevista presencial a la que ellos acuden por segunda vez.

MR pregunta: "¿Qué tengo doctor?". El médico responde: "Ud. tiene EA de grado leve", y seguidamente le indica medicación y rehabilitación cognitiva, sin mayores explicaciones sobre el pronóstico o variabilidad individual en la evolución de la enfermedad.

A partir de ese momento MR entra en una profunda depresión, y se encierra en el baño a llorar varias veces al día. Está asténica, se queda en la cama todo el día sin querer salir de su casa. Se niega durante varios meses a recibir atención terapéutica.

Su pareja contrata nuevo personal de servicio, porque MR ya no realiza ninguna tarea doméstica y abandona sus actividades habituales tales como gimnasia, salida con amigas y otras. Se le indica medicación psiquiátrica.

Tras mucha insistencia concurre a la consulta neuropsicológica para iniciar activación cognitiva. Se la ve desalineada, sin maquillaje, muy emotiva y con llanto espontáneo al hablar de su diagnóstico.

Se comenzó tratamiento con una frecuencia de dos veces por semana. Se le aclaró que en su caso el diagnóstico más apropiado es Deterioro Cognitivo Leve, que se puede tratar y compensar para evitar su posible progresión. Se abordó el tema de la importancia de su reserva cognitiva como recurso compensatorio para un posible déficit. En los días siguientes, MR mejoró ostensiblemente su ánimo y se mostró activa e interesada. Retomó sus actividades habituales -verdaderos pilares de activación cognitiva en el día a día- y se instalaron cuidados de prevención. Al año permanecía estable en su desempeño cognitivo.

Caso 2

NP, mujer de 71 años, ama de casa con estudios secundarios completos. Casada, madre de cuatro hijos, dos mujeres y dos varones. Vive con su marido quince años mayor, quien sufrió un ACV seis meses antes de la consulta, con buena recuperación. Si bien ha dejado de lado algunas de las tareas hogareñas que antes hacía, como cocinar y organizar las compras, se maneja en forma autoválida. Sale sola, pero tiene leves fallas ocasionales de orientación.

En una primera consulta con un psiquiatra reconocido, por presentar apatía y escasas fallas de memoria de pocos meses de evolución, el médico indica una evaluación diagnóstica que incluye estudios complementarios y en particular Tomografía por Emisión de Positrones con marcador amiloide PIB (PIB PET). Con un MMST de 28, la paciente no se encuentra en niveles de demencia.

La devolución diagnóstica es transmitida de viva voz por el médico a la paciente y familia en una entrevista presencial. Al indagar sobre la forma en que se transmitió la información, el familiar responde: "Fue violenta. El médico le mostraba la resonancia y las imágenes mientras le decía que las manchas blancas que aparecían en las placas eran la causa de sus síntomas. Mi mamá se empezó a angustiar y le preguntó qué eran. La respuesta fue: "Ud. tiene EA", y le desencadenó una crisis de llanto. No volvimos más porque nos pareció un bruto. Creo que mi mamá no quería saber...".

En una segunda consulta con un neurólogo, este contradice el diagnóstico anterior y aconseja a la familia no decirse. Le explica a la paciente que no tiene EA, pero que debe iniciar una activación cognitiva y seguir pautas de prevención para que sus fallas no progresen. No le brinda información a la familia sobre las variaciones en la evolución de la enfermedad ni sobre la importancia de los recursos cognitivos disponibles. La familia pregunta: "¿Cuándo va a dejar

de reconocernos?", y el profesional responde: "En dos años aproximadamente".

Las hijas efectúan cambios sustanciales en la casa de su madre, y contratan dos empleadas domésticas que se hacen cargo de comidas, compras y limpieza. La hija mayor organiza con su padre el movimiento cotidiano del hogar. No la dejan salir sola y le administran la medicación. No hace ninguna actividad habitual y se muestra francamente peor.

NP acude a la entrevista neuropsicológica con su hija menor. Muy lúcida, bien vestida, muestra excelente interacción verbal. Al preguntársele qué es lo que más le preocupa y qué querría resolver, responde: "Me tienen oprimida, me siento ahogada, anulada". Al tocar el tema de los problemas de memoria dice: "¡No la nombre! Sí, me olvido de cosas, pero eso no es lo que me tiene mal".

La paciente no quiso hablar de su diagnóstico. En la entrevista familiar se explica la diferencia entre el diagnóstico de EA, que es el de una alteración estructural cerebral subyacente a sus síntomas, y el de demencia, que es clínico. Se señala que la paciente atraviesa un período en el que, si bien parece probable que tenga EA, no se encuentra al momento de la consulta con fallas suficientes como para perder autoválida cognitiva. De perderla, su estado sería el de una demencia, de pronóstico mucho más grave. Se hace notar que existen variaciones y fluctuaciones individuales, se explica el concepto de reserva cognitiva y los factores de los que ella depende, con relación a los ejes de prevención y a los períodos evolutivos de la afección. Se subraya que es imposible predecir el tiempo en que dejará de reconocer a sus allegados, sin dejar de agregar que el reconocimiento emocional suele preservarse notablemente más que el cognitivo.

Se comienza activación cognitiva una vez por semana, centrada en sus posibilidades de accionar cotidiano y especialmente en la toma de decisiones en la organización de los quehaceres domésticos. En suma, se promueve la autonomía cotidiana de la paciente dentro de sus posibilidades al momento de la consulta.

Discusión

Lo relatado da lugar a varios interrogantes. ¿Se podría haber manejado de otra manera la transmisión del diagnóstico médico? ¿Fueron conscientes los profesionales intervinientes de las consecuencias de su conducta diagnóstica? ¿La revelación intempestiva de un diagnóstico de EA puede alterar el curso de la enfermedad? ¿La decisión de revelarlo de esa forma

responde a una norma del quehacer médico? ¿Fue una conducta acorde con los principios éticos de la práctica médica? ¿Es ético transmitirle al paciente un diagnóstico presentado como de certeza frente a una enfermedad cuya certificación final es solo anatómopatológica? ¿No debería haberse más bien transmitido un diagnóstico de probabilidades? Incluyeron los profesionales actuantes el concepto reconocido de reserva cognitiva como factor operante en el posible devenir de la enfermedad?

En ambos casos la revelación diagnóstica empeoró la situación previa a la consulta, provocando en el paciente y su familia decisiones y consecuencias desafortunadas. La indudable repercusión anímica y emocional y la pérdida de iniciativa cotidiana a las que dio lugar la actitud de los profesionales intervinientes sugieren que no fueron respetadas las normas éticas antes mencionadas, en particular la de no maleficencia.

Anteponer fríamente la realidad objetiva de los datos sin tener en cuenta las contingencias individuales y contextuales se parece más a una actitud de indagación formal que a una interacción personal empática. El profesional aparece así como dueño de un saber “absoluto” e inapelable de la verdad, en un vínculo sin equidad que coloca al paciente en situación de desconocimiento e impotencia.

El uso abrupto y cortante del término “Alzheimer” parece haber sido el factor principal de tal impacto emotivo, reflejado en la actitud de la paciente NP, que pide a quien la evalúa que “no nombre” a la enfermedad, situación que sugiere una consideración desde la perspectiva neurolingüística. Las palabras y sus conceptos configuran una red semántica particular y singular, donde una palabra activará nodos semánticos de palabras o conceptos vinculados a la misma categoría o unidas por su significado individual. La palabra “Alzheimer” tiene una fuerte connotación actual, íntimamente ligada a un significado emotivo que excede lo racional, pudiendo causar un cambio brusco y negativo en el ánimo y la conducta, tal como sucedió. De modo que la forma en la que los profesionales actuantes se valieron de esa palabra, que debería haberse utilizado de un modo mucho más cuidadoso, y preferiblemente evitado, resultó imprudente.

También el criterio dispar de los profesionales del caso 2 fue desacertado. El primero debió explicarle a la paciente la índole de las “lesiones blancas” cerebrales, seguramente vasculares, facilitándole una mejor comprensión de sus fallas cognitivas, en lugar de mencionar al temible “Alzheimer”.

En resumen, la actitud diagnóstica de los profesionales mencionados resultó en maleficencia, no intencional obviamente, pero sí imprudente.

El surgimiento del constructo de Reserva Cognitiva ayude a que los pacientes comprendan mejor su situación clínica. El concepto se desarrolla a partir del “Estudio de las monjas” de Snowdon, cuyo objetivo fue estudiar el deterioro cognitivo asociado al envejecimiento y a la enfermedad de Alzheimer. Comenzó en 1986 con un grupo de 678 monjas, con una edad promedio de 83 años, de la congregación de las Hermanas de Notre Dame en Baviera, Alemania. Las participantes eran en su mayoría maestras y profesoras y presentaban distintas condiciones físicas y mentales. Los resultados del estudio mostraron que actividades como la lectura, la escritura, las interacciones sociales y afectivas, la alimentación y la actividad física mejoraban el grado de rendimiento cognitivo. Pero el caso más impactante fue el de la hermana Bernadette quien, con una gran formación académica y sometida periódicamente a pruebas cognitivas no mostró síntomas de deterioro. Tras su muerte luego de un infarto de miocardio, su estructura cerebral mostró en la necropsia, sorprendentemente, un sustrato neuropatológico de gran severidad, típico y compatible con la enfermedad de Alzheimer (Snowdon, 2002).

En suma, las manifestaciones clínicas del déficit cognitivo, pueden estar ausentes aún en los casos de “certeza razonable” justificada por la presencia de lesiones típicas, cuya extensión no alcanzó el “umbral” suficiente para causar demencia clínica.

Actualmente el índice de reserva cognitiva es considerado un factor fundamental para el pronóstico evolutivo de enfermedades que cursan con daño cerebral (Stern et al., 2020). Explicar este concepto a los pacientes y familiares, contrarresta la inesperada angustia provocada por el diagnóstico, flexibilizando los tiempos evolutivos, a la vez que jerarquiza la individualidad y singularidad histórica del paciente y su contexto.

Se introduce en este punto de la reflexión un tema eminentemente epistemológico y bioético que enmarca su definición. La epistemología es la vertiente de la filosofía que estudia los principios, fundamentos, extensión y métodos del conocimiento humano. En esta línea, Mainetti promueve la inclusión de las ciencias humanas al estatuto epistemológico de la medicina, fundando el concepto de la bioética aplicada a las ciencias de la salud. Introduce al “sujeto” al estatuto médico otorgándole subjetividad en el marco de

una filosofía médica (Mainetti, 1989) Esta inclusión cambia la mirada sobre el proceso salud / enfermedad, intentando un camino diferente al de la marcada “medicalización de la vida” que tiene la medicina contemporánea, al abrir nuevas reflexiones acerca de la ética del diagnóstico. Actualmente, el componente subjetivo como expresión de actividad cerebral y base de motivación, volición y valores, que fundamentan la opción ética bien/mal, constituye uno de los pilares del concepto de neuroética (Evers, 2009).

Para González de Rivera y Revuelta, “El diagnóstico, acto médico por excelencia, requiere una observación fidedigna, una inteligencia deductiva y un decidido sesgo hacia el beneficio del enfermo (González de Rivera y Revuelta, 1996).

“Curar cuando se pueda, aliviar siempre, y por encima de todo no dañar”, dice el juramento hipocrático. Russell resume así el objeto del accionar ético como la prescripción del “acto más prudente”: “El acto más prudente es el que, teniendo en cuenta todos los datos disponibles, nos ofrece en comparación [con otras alternativas] la mayor expectativa de bien o la menor expectativa de mal”. Y también agrega que hay circunstancias en las que lo más prudente es actuar sin tener en cuenta todos los datos disponibles. “Es por esto –dice– y en este sentido, que se debe concebir al diagnóstico como un acto que debe ajustarse al criterio de prudencia, y no solamente al de veracidad o exactitud” (Russell, 1966).

Laín Entralgo propone cuatro razones fundantes para hacer un diagnóstico, de las cuales se destacan dos: saber y ayudar. El orden del saber es siempre patrimonio del que trasmite el diagnóstico, que en los ejemplos clínicos citados no cumple con la segunda razón, es decir ayudar.

¿Podrían considerarse otras alternativas en el acto de comunicar el diagnóstico? Hablar de ética en esa instancia es entenderla como una exigencia de calidad en el servicio que se ha de prestar a los demás cuando se realiza una actividad profesional (Suárez Villegas, 2001), que no debería agotarse en normas preestablecidas. El concepto de “ética positiva” expuesto por Laín Entralgo, se refiere a pautas que se establezcan en distintos ámbitos de la actividad humana, dotándolas de justicia, eficacia y mayor bienestar (Laín Entralgo, 1982). Es decir, que una mirada ética, en relación al accionar diagnóstico, implica una reflexión y un sentimiento de humanidad para elegir una estrategia acorde a las disyuntivas de cada caso, donde se integre al sujeto –en tanto subjetividad activa y presente– a su entorno y

a sus circunstancias, a fin de elegir la mejor opción, en la dirección del menor daño y la mayor ayuda.

Existen por fin algunas propuestas actuales, elaboradas con el fin de destacar aquellos factores a tener en cuenta a la hora de comunicar el diagnóstico de EA.

El protocolo SPIKES (Buckman, 1992) es un método utilizado en medicina clínica para dar malas noticias a pacientes y familiares. Ha sido adaptado por Peixoto et al., para revelar el diagnóstico de EA (SPIKES-D) (Peixoto, 2020). Esta herramienta incluye factores tales como la empatía, el reconocimiento y la validación de los sentimientos, el suministro de información sobre la intervención y el tratamiento y la garantía de que el paciente comprenda aquello que se le trasmite. Las siglas se corresponden con: *Setting* (marco), es decir considerar el escenario o ambiente en el que se hará saber la información, siempre presencial y adecuado a la situación, nunca en un pasillo, por teléfono, celular o computadora; *Perception* (percepción), o evaluación de la percepción que tiene el paciente de la situación, que permitiría saber la creencia del paciente sobre lo que le pasa; *Invitation* (invitación), preguntar al paciente si desea compartir los resultados en ese momento, *Knowledge* (conocimiento), es decir, proporcionar el conocimiento al paciente acerca de sus síntomas, *Empathy* (empatía), empatizar con el impacto de la noticia en el paciente y *Strategy* (estrategia), idear una estrategia sobre qué hacer a continuación, ya que cada situación es única.

Por otro lado, el Grupo de Trabajo de Demencia de la Sociedad Catalana de Geriatria realizó una revisión del tema a fin de proponer pautas de actuación frente a la revelación del diagnóstico (Robles et al., 2011).

Algunos de sus puntos relevantes son los siguientes:

- La información relativa a su enfermedad debe ser comunicada de forma gradual y a ser posible en las fases iniciales de su enfermedad. No obstante, al no disponer de un diagnóstico de certeza de la enfermedad es aconsejable revelar la información con cautela, sobre todo en etapas muy precoces y en presencia de deterioro cognitivo leve, en las que sería más apropiado hablar de posibilidad de enfermedad.
- La revelación del diagnóstico debería incluir información sobre la enfermedad, evolución y pronóstico de la enfermedad, a ser posible en la justa medida, adaptada a la fase de la enfermedad en la que se encuentra el paciente y según las demandas del paciente y de la familia, sin anticiparse excesivamente a los acontecimientos para no generar desánimo y reacciones psicológicas innecesarias.

- La revelación del diagnóstico debería hacerse de una forma rigurosa manteniendo siempre una actitud de respeto, empatía y sentimiento de esperanza. La información debe darse de forma sensible, positiva y con soporte, adaptada al nivel educacional y cultural del paciente y familia, y teniendo en cuenta las expectativas y miedos del paciente. También se debe proporcionar información escrita adicional como apoyo.
- Es recomendable llevar a cabo un seguimiento del impacto que ha supuesto la información del diagnóstico en el paciente y familia, así como de las reacciones generadas a fin de poder realizar las intervenciones precisas.

Conclusiones

Al proporcionar un diagnóstico, en este caso particular, de EA es necesaria una investigación clínica sistemática que permita identificar las variables individuales y contextuales de posible impacto del diagnóstico en cada caso, registrar los formatos verbales y contextuales del acto de informar, así como los testimonios de pacientes y familiares.

Sin duda el tema amerita un espacio de discusión interdisciplinario que permita esclarecer los indicadores necesarios acerca del paciente y su familia que optimicen las estrategias de transmisión.

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

Referencias bibliográficas

- Buckman, R. (1992). A Six Step Protocol. En Buckman, R., (Ed.). *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals* (pp. 65-97). Johns Hopkins University Press.
- Carpenter, B., Dave, J. (2004). Disclosing a dementia diagnosis: a review of opinion and practice, and a proposed research agenda. *The Gerontologist*, 44(2), 149-158. <https://doi.org/10.1093/geront/44.2.149>
- Evers, K. (2009). *Neuroéthique: quand la matière s'éveille*. Odile Jacob.
- Gély-Nargeot, M. C., Derouesné, C., Selmès, J., & Groupe OPDAL (2003). Enquête européenne sur l'établissement et la révélation du diagnostic de maladie d'Alzheimer. Etude réalisée à partir du recueil de l'opinion des aidants familiaux [European survey on current practice and disclosure of the diagnosis of Alzheimer's disease. A study based on caregiver's report]. *Psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement*, 1(1), 45-55.
- González de Rivera y Revuelta, J. L. (1996). La ética del diagnóstico: aspectos clínicos. *Psiquis*, 17(6), 263-278.
- Illife, S., Eden, A., Downs, M., Rae, C. (2010). The diagnosis and management of dementia in primary care: development implementation, and evaluation of a national training programme. *Aging & Ment Health*, 3:2, 129-135. <https://doi.org/10.1080/13607869956280>
- Informe Belmont (1979). *Principios Éticos y Directrices para la Protección de sujetos humanos de investigación*. Estados Unidos de Norteamérica: Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento. <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Laín Entralgo, P. (1982). *El diagnóstico médico. Historia y teoría*. Salvat.
- Mainetti J. A. (1989). *Ética médica: Introducción histórica*. Editorial Quirón.
- Peixoto, V., Diniz, R., Godeiro, C. O. (2020). SPIKES-D: a proposal to adapt the SPIKES protocol to deliver the diagnosis of dementia. *Dementia & neuropsychología*, 14(4), 333-339. <https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-040001>
- Robles, M. J., Cucurellab, E., Formigac, F., Fortd, I., Rodríguez, D., Barrancof, E., Catenag, J., Cubig, D. (2011). La información del diagnóstico en la demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 46(3), 163-169. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2011.01.008>
- Russell, B. (1966). *Ensayos filosóficos*. Allen & Unwin.
- Snowdon, D. (2002). *678 monjas y un científico*. Planeta.
- Stern, Y., Arenaza-Urquijo, E. M., Bartrés-Faz, D., Belleville, S., Cantilon, M., Chetelat, G., Ewers, M., Franzmeier, N., Kempermann, G., Kremen, W. S., Okonkwo, O., Scarmeas, N., Soldan, A., Udeh-Momoh, C., Valenzuela, M., Vemuri, P., Vuoksima, E., & the Reserve, Resilience and Protective Factors PIA Empirical Definitions and Conceptual Frameworks Workgroup (2020). Whitepaper: Defining and investigating cognitive reserve, brain reserve, and brain maintenance. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 16(9), 1305-1311. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.07.219>
- Suárez Villegas, J. C. (2001). *Principios de Ética Profesional*. Tecnos.

¿Tratamos la demencia tipo Alzheimer o la enfermedad de Alzheimer? Fármacos antidemenciales en la era de los biomarcadores

Do we treat dementia of the Alzheimer type or Alzheimer's disease? Anti-dementia drugs in the era of biomarkers

Guido Dorman^{1,2,3}, Santiago O'Neill², Franco Appiani², Ignacio Flores², María del Rosario Chiesa¹, Florencia Vallejos^{2,3}, Julian Bustin³

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i157.268>

Resumen

Los tratamientos farmacológicos aprobados para la enfermedad de Alzheimer (EA) son sintomáticos y no modifican el curso de la enfermedad. Estos incluyen inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) y el antagonista del receptor de N-metil-D-aspartato, memantina. Estos medicamentos fueron aprobados para la demencia de tipo Alzheimer (DTA) hace unos 20 años, basándose en ensayos clínicos centrados en la presentación clínica amnésica de la EA sin considerar biomarcadores o presentaciones clínicas atípicas de EA. Los nuevos biomarcadores que detectan amiloide y neurodegeneración nos han permitido evaluar cambios patológicos compatibles con la EA. Estos nuevos avances desde la perspectiva de los biomarcadores y clínicos han llevado a una actualización de los criterios diagnósticos, pasando de criterios exclusivamente clínicos a criterios híbridos: clínicos y basados en marcadores. Estos biomarcadores facilitan el diagnóstico precoz de la EA y otras demencias; sin embargo, a veces generan desafíos y replanteos en relación al tratamiento farmacológico adecuado. Sería útil implementar ensayos clínicos que evalúen la eficacia de los fármacos aprobados para la enfermedad de Alzheimer, en su momento con criterios de demencia tipo Alzheimer en función de los criterios diagnósticos actuales (perfil clínico y biomarcadores). Además, la actualización de la indicación de prescripción de IACE y memantina por parte de las autoridades regulatorias especificando con más detalle la población objetivo ayudaría a prescribir el mejor tratamiento posible a los pacientes sin aumentar los riesgos.

Palabras clave: Demencia tipo Alzheimer - Enfermedad de Alzheimer - Biomarcadores - Inhibidores de la acetilcolinesterasa - Memantina.

Abstract

Approved drug treatments for Alzheimer's disease (AD) are symptomatic and don't modify the disease course. These include acetylcholinesterase inhibitors (AChI) and N-methyl-D-aspartate receptor antagonist, memantine. Around 20 years ago, these drugs were approved for Alzheimer type Dementia. This was based on clinical trials which inclusion criteria were focused on a clinical amnesic AD presentation. At that time, subjects with an atypical AD clinical presentation or biomarkers were not included in the pharmacological trials. New biomarkers that detect amyloid and neurodegeneration have allowed us to evaluate pathological changes compatible with AD. These new advances from a clinical and biomarkers perspective allowed a diagnostic criteria update; going from an exclusively clinical criteria to one that is hybrid: clinical presentation and biomarkers based criteria. New biomarkers facilitate the early diagnosis of AD and other dementias. However, they also generate new challenges and questions regarding the adequate pharmacological

RECIBIDO 3/6/2022 - ACEPTADO 22/7/2022

¹División Neurología, Hospital "J. M. Ramos Mejía", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

²Instituto de Neurociencias, Hospital Universitario Fundación Favaloro. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

³Instituto de Neurología Cognitiva (INECO). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Autor de referencia:

Guido Dorman

guido.dorman@gmail.com

ORCID: 0000-0003-0281-6153



treatment. There is a need for clinical trials that evaluate anti-dementia drug's efficacy based on current diagnostic criteria (clinical profile and biomarkers) and new practice guidelines. In addition, regulatory authorities should update AChI and memantine indications. This will help doctors to prescribe the best possible treatment for this specific population without increasing risks.

Keywords: Alzheimer's type Dementia - Alzheimer's disease - Biomarkers - Acetylcholinesterase inhibitors - Memantine.

Introducción

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad neurodegenerativa progresiva, causada por cambios cerebrales específicos que generan síntomas cognitivos y conductuales que afectan las actividades de la vida diaria de las personas (Knopman et al., 2021).

La enfermedad de Alzheimer (EA) puede manifestarse con el cuadro clásico, con síntomas a predominio amnésicos (Demencia tipo Alzheimer (DTA)), pero también con diferentes síndromes cognitivos (variantes atípicas) (Dubois & Albert, 2004). El paciente puede tener predominantemente un deterioro del lenguaje (variante logopéica de la afasia progresiva primaria (APP-vl) (Bergeron et al., 2018), compromiso visual (atrofia cortical posterior (ACP)) (Crutch et al., 2017) o afectación frontal como variantes conductuales y disejecutivas (Ossenkoppele et al., 2017).

El *National Institutes of Health* (NIH) de los EE. UU., estableció la definición de biomarcador como aquellas sustancias con características biológicas, bioquímicas, antropométricas, fisiológicas, etc., objetivamente mensurables, capaces de identificar procesos fisiológicos o patológicos, o bien una respuesta a una intervención terapéutica. Los nuevos biomarcadores que detectan depósitos cerebrales de amiloide y *Tau*, a través de tomografía por emisión de positrones (PET cerebral con marcación amiloide y *Tau*), con dosaje de niveles de *Tau*, p-*Tau*, Ab1-42 en líquido cefalorraquídeo y próximamente dosaje en sangre, nos han permitido evaluar si hay cambios patológicos compatibles con EA independientemente de la presentación clínica (Blennow & Zetterberg., 2018). Estos nuevos avances desde la perspectiva de los biomarcadores han llevado a una actualización de los criterios diagnósticos, pasando de criterios exclusivamente clínicos a criterios híbridos: clínicos y basados en marcadores (Dubois et al., 2021). Sin embargo, a pesar de que el uso de estos biomarcadores actualmente está ampliamente difundido en el ámbito de la investigación, sigue estando bastante limitados a casos específicos en la práctica asistencial (por ej. casos dudosos, pacientes jóvenes) (Atri et al., 2018).

Por otro lado, los tratamientos farmacológicos tradicionales aprobados para la EA son sintomáticos y no tienen evidencia de efecto sobre la patología de base de la EA. Estos incluyen a los inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) y la memantina. El donepecilo, la rivastigmina y la galantamina actúan sobre las vías colinérgicas, retrasando la degradación de la acetilcolina, y están relacionados con la atención y el proceso de memoria. Estas drogas han demostrado leves mejoras sintomáticas en los déficits cognitivos y en el funcionamiento global en pacientes con demencia leve a moderada (Marucci et al., 2021). La memantina modula la neurotransmisión glutamatergica tratando de lograr la activación normal del receptor NMDA y bloquear la activación patológica asociada a la EA, lo que lleva a una optimización de las sinapsis, la potenciación a largo plazo, la plasticidad y la consolidación de la memoria en regiones como el hipocampo. A nivel clínico hay evidencia que produce un leve beneficio en la cognición, en las mediciones globales y una mejoría temprana en la conducta en pacientes con EA moderada a severa (Robinson & Keating, 2016).

Estos medicamentos fueron aprobados para la DTA hace unos 20 años, basándose en ensayos clínicos centrados solamente en la presentación clínica amnésica de la EA sin el uso de biomarcadores y sin la inclusión de personas con variantes atípicas de EA. Entonces no podemos dejar de cuestionarnos la eficacia y la correcta indicación de los tratamientos farmacológicos tradicionales para la enfermedad de Alzheimer.

¿Opinión de expertos?

El estudio IDEAS ha evaluado los cambios en las decisiones médicas con la utilización del PET con marcador amiloide en más de 16.000 pacientes. Este estudio demostró que alrededor del 35% de la prescripción de medicamentos para la enfermedad de Alzheimer aumenta después de una PET positivo, pero solo hay una interrupción de aproximadamente el 5% de estos medicamentos después de un resultado negativo del PET con marcador amiloide (Rabinovici et al., 2019).

Por otro lado, hemos preguntado a través de formularios de Google a veinticuatro especialistas en trastornos cognitivos de la Argentina sobre la prescripción de IACE en diferentes situaciones. La encuesta mostró que la mayoría de estos médicos prescriben estos medicamentos para la EA amnésica típica en función de los síntomas clínicos (83%), para las variantes atípicas de la EA con biomarcadores positivos (83%) y para las variantes atípicas de la EA en función de la presentación clínica (67%), pero solo el 35% continúa con el tratamiento con IACE en sujetos con presentación clínica amnésica y biomarcadores amiloides negativos (ver Figura 1).

Está claro que estos nuevos escenarios plantean preguntas sobre el manejo del caso y la prescripción del tratamiento.

¿Está justificado el uso de tratamientos sintomáticos aprobados en pacientes con patología compatible con EA, independientemente de la variante clínica de la EA?

Después de ensayos clínicos pivotaes con tratamientos sintomáticos, parece claro que los pacientes con variante amnésica típica o DTA y biomarcadores com-

patibles con la EA serían los candidatos ideales para recibir estos fármacos sintomáticos.

Ensayos con animales han demostrado que las vías colinérgicas tienen un papel en más de una región del cerebro, por lo que el aumento de la acetilcolina puede proporcionar algún beneficio en las variantes no amnésicas. Como ejemplo, en APP-vl, se ha demostrado una denervación colinérgica relevante (Mesulam et al., 2019).

Sin embargo, hay una falta de evidencia positiva real con estudios en humanos para prescribir IACE y memantina a pacientes con biomarcadores positivos de EA y variantes no amnésicas. Ciertos estudios específicos como DONIPAD, que evaluaron la eficacia del donepezilo en pacientes con PCA, no mostraron beneficios (Ridha et al., 2018).

En resumen, consideramos que hoy en día no existe evidencia sólida que apoye el uso de fármacos antidemenciales en variantes no amnésicas de la EA. Por lo tanto, debería replantearse la prescripción de estos fármacos con adecuados estudios de eficiencia en esta población.

¿Es correcto el uso de fármacos antidemenciales en pacientes con variante amnésica con biomarcadores negativos?

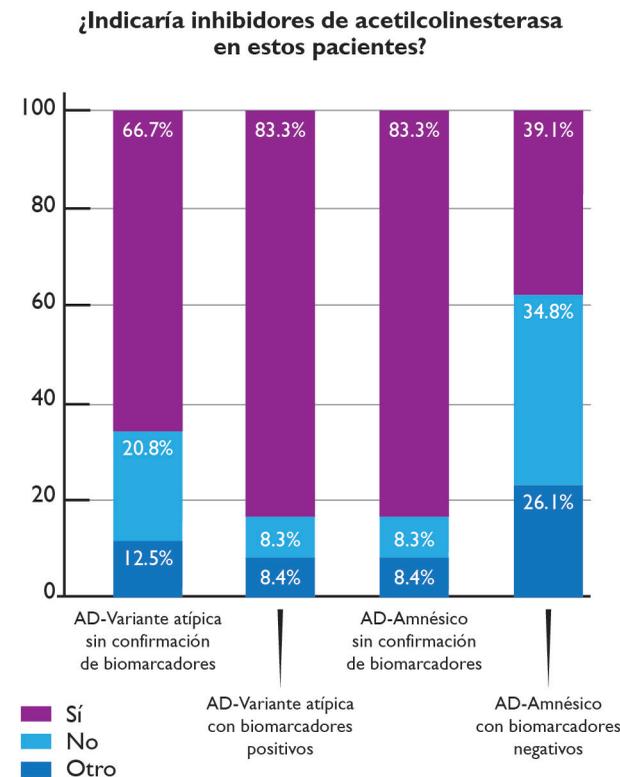
En los últimos años se han descrito nuevas enfermedades con un perfil clínico amnésico, pero con patología diferente a la EA, como la encefalopatía TDP-43 relacionada con la edad con predominio límbico (Nelson et al., 2019). Estas anomalías clínico-patológicas pueden ser difíciles de diferenciar de la EA en función de la presentación clínica.

No tenemos evidencia que apoye la prescripción de medicamentos contra la demencia en patologías que no sean EA, con excepción de la demencia con cuerpos de Lewy (Matsunaga et al., 2015). Sin embargo, teniendo en cuenta que los ensayos pivotaes de IACE y memantina se han incorporado sujetos basados en el fenotipo clínico y no en biomarcadores, algunos médicos consideran que esos estudios pueden haber incluido sujetos con DTA y no EA. Es decir que las indicaciones de medicamentos antidemenciales como la memantina y IACE debería ser para el fenotipo amnésico progresivo en lugar de la enfermedad de Alzheimer.

Conclusión

Los biomarcadores nos facilitan el diagnóstico precoz de la EA y otras demencias; sin embargo, a veces generan desafíos para la práctica diaria del médico.

Figura 1.



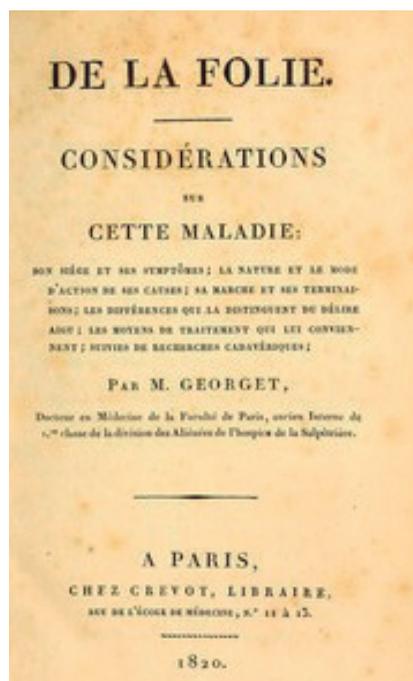
Sería útil implementar ensayos clínicos que evalúen la eficacia de los fármacos antidemenciales en función de los criterios diagnósticos actuales (perfil clínico y biomarcadores) y así como guías de uso de los mismos en estas situaciones para la práctica diaria.

Además, es necesario, la actualización de la indicación de IACE y memantina por parte de las autoridades reguladoras especificando con más detalle la población objetivo. Sin lugar a dudas, esto ayudaría a prescribir el mejor tratamiento posible a los pacientes sin aumentar los riesgos.

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

Referencias bibliográficas

- Atri, A., Hendrix, J., Carrillo, M., Dickerson, B. (2018). First Practice Guidelines For Clinical Evaluation Of Alzheimer's Disease And Other Dementias For Primary And Specialty Care. Acceso on line el 09/08/2018. <https://aaic.alz.org/downloads2018/sun-clinical-practice-guidelines.pdf>
- Bergeron, D., Gorno-Tempini, M. L., Rabinovici, G. D., Santos-Santos, M. A., Seeley, W., Miller, B. L., Pijnenburg, Y., Keulen, M. A., Groot, C., van Berckel, B., van der Flier, W. M., Scheltens, P., Rohrer, J. D., Warren, J. D., Schott, J. M., Fox, N. C., Sanchez-Valle, R., Grau-Rivera, O., Gelpi, E., Seelaar, H., ... Ossenkoppele, R. (2018). Prevalence of amyloid- β pathology in distinct variants of primary progressive aphasia. *Annals of neurology*, 84(5), 729–740. <https://doi.org/10.1002/ana.25333>
- Blennow, K., & Zetterberg, H. (2018). Biomarkers for Alzheimer's disease: current status and prospects for the future. *Journal of internal medicine*, 284(6), 643–663. <https://doi.org/10.1111/joim.12816>
- Crutch, S. J., Schott, J. M., Rabinovici, G. D., Murray, M., Snowden, J. S., van der Flier, W. M., Dickerson, B. C., Vandenberghe, R., Ahmed, S., Bak, T. H., Boeve, B. F., Butler, C., Cappa, S. F., Ceccaldi, M., de Souza, L. C., Dubois, B., Felician, O., Galasko, D., Graff-Radford, J., Graff-Radford, N. R., ... Alzheimer's Association ISTAART Atypical Alzheimer's Disease and Associated Syndromes Professional Interest Area (2017). Consensus classification of posterior cortical atrophy. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 13(8), 870–884. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2017.01.014>
- Dubois, B., & Albert, M. L. (2004). Amnesic MCI or prodromal Alzheimer's disease?. *The Lancet. Neurology*, 3(4), 246–248. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(04\)00710-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(04)00710-0)
- Dubois, B., Villain, N., Frisoni, G. B., Rabinovici, G. D., Sabbagh, M., Cappa, S., Bejanin, A., Bombois, S., Epelbaum, S., Teichmann, M., Habert, M. O., Nordberg, A., Blennow, K., Galasko, D., Stern, Y., Rowe, C. C., Salloway, S., Schneider, L. S., Cummings, J. L., & Feldman, H. H. (2021). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: recommendations of the International Working Group. *The Lancet. Neurology*, 20(6), 484–496. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00066-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00066-1)
- Knopman, D. S., Amieva, H., Petersen, R. C., Chételat, G., Holtzman, D. M., Hyman, B. T., Nixon, R. A., & Jones, D. T. (2021). Alzheimer disease. *Nature reviews. Disease primers*, 7(1), 33. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00269-y>
- Marucci, G., Buccioni, M., Ben, D. D., Lambertucci, C., Volpini, R., & Amenta, F. (2021). Efficacy of acetylcholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease. *Neuropharmacology*, 190, 108352. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2020.108352>
- Matsunaga, S., Kishi, T., Yasue, I., & Iwata, N. (2015). Cholinesterase Inhibitors for Lewy Body Disorders: A Meta-Analysis. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 19(2), pyv086. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyv086>
- Mesulam, M. M., Lalehzari, N., Rahmani, F., Ohm, D., Shahidehpour, R., Kim, G., Gefen, T., Weintraub, S., Bigio, E., & Geula, C. (2019). Cortical cholinergic denervation in primary progressive aphasia with Alzheimer pathology. *Neurology*, 92(14), e1580–e1588. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000007247>
- Nelson, P. T., Dickson, D. W., Trojanowski, J. Q., Jack, C. R., Boyle, P. A., Arfanakis, K., Rademakers, R., Alafuzoff, I., Attems, J., Brayne, C., Cogle-Gilchrist, I., Chui, H. C., Fardo, D. W., Flanagan, M. E., Halliday, G., Hokkanen, S., Hunter, S., Jicha, G. A., Katsumata, Y., Kawas, C. H., ... Schneider, J. A. (2019). Limbic-predominant age-related TDP-43 encephalopathy (LATE): consensus working group report. *Brain: a journal of neurology*, 142(6), 1503–1527. <https://doi.org/10.1093/brain/awz099>
- Ossenkoppele, R., Pijnenburg, Y. A., Perry, D. C., Cohn-Sheehy, B. I., Scheltens, N. M., Vogel, J. W., Kramer, J. H., van der Vlies, A. E., La Joie, R., Rosen, H. J., van der Flier, W. M., Grinberg, L. T., Rozemuller, A. J., Huang, E. J., van Berckel, B. N., Miller, B. L., Barkhof, F., Jagust, W. J., Scheltens, P., Seeley, W. W., ... Rabinovici, G. D. (2015). The behavioural/dysexecutive variant of Alzheimer's disease: clinical, neuroimaging and pathological features. *Brain: a journal of neurology*, 138(Pt 9), 2732–2749. <https://doi.org/10.1093/brain/awv191>
- Rabinovici, G. D., Gatzonis, C., Apgar, C., Chaudhary, K., Green, I., Hanna, L., Hendrix, J., Hillner, B. E., Olson, C., Lesman-Segev, O. H., Romanoff, J., Siegel, B. A., Whitmer, R. A., & Carrillo, M. C. (2019). Association of Amyloid Positron Emission Tomography With Subsequent Change in Clinical Management Among Medicare Beneficiaries With Mild Cognitive Impairment or Dementia. *JAMA*, 321(13), 1286–1294. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.2000>
- Ridha, B. H., Crutch, S., Cutler, D., Frost, C., Knight, W., Barker, S., Epie, N., Warrington, E. K., Kukkastenevmas, R., Douglas, J., & Rossor, M. N. (2018). A double-blind placebo-controlled cross-over clinical trial of DONIPAD In Posterior cortical atrophy due to underlying Alzheimer's Disease: DONIPAD study. *Alzheimer's research & therapy*, 10(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s13195-018-0363-1>
- Robinson, D. M., & Keating, G. M. (2006). Memantine: a review of its use in Alzheimer's disease. *Drugs*, 66(11), 1515–1534. <https://doi.org/10.2165/00003495-200666110-00015>



EL RESCATE Y LA MEMORIA

La terapéutica de la locura según Étienne-Jean Georget

Juan Manuel Ferraro

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i157.269>



Étienne-Jean Georget nació el 9 de abril de 1795 en Vernou-sur-Brenne. Hijo de padres agricultores de escasos recursos, se revolvió contra la idea de dedicarse al cultivo de la tierra y permanecer en su pueblo natal. De esta forma se marcha a París a los diecisiete años, lugar donde se siente atraído por la anatomía, la fisiología y la química. Pero los eventos de la batalla de París de 1814 y la posterior Restauración le obligan a dejar la capital para irse a Tours, sitio en el que permanece durante un año adscrito al Hôpital Général de la Charité.

En 1815 regresa a París y el 29 de noviembre rinde el concurso para ingresar como médico interno a La Salpêtrière, sitio que no abandonará nunca más en su vida.

Defiende su tesis intitulada *Dissertation sur les causes de la folie* el 8 de febrero de 1820, mismo año en que publica *De la folie. Considérations sur cette maladie*, texto que lo hizo conocido. Allí, Georget dedica su quinto capítulo a la parte “más necesaria y más difícil”, al objetivo al que todas las investigaciones y las observaciones sobre la materia deben guiar su utilidad: el tratamiento de la locura.

Lo divide en dos: tratamiento indirecto o racional, en el que la acción sobre el cerebro del alienado es mediata y de acuerdo a indicaciones muy precisas; y tratamiento cerebral directo o empírico, que actúa fisiológicamente sobre el órgano enfermo sin que se conozca su mecanismo de acción.

Sobre este último es que versan los fragmentos que compartimos a continuación, y sobre el que, a su vez, describe dos fases distintas y sucesivas. En primer lugar, el aislamiento: elemento pasivo pero fundamental que saca al alienado del medio que causó y / o mantiene su perturbación, para colocarlo en uno nuevo que propicie el cambio mental. Una vez producida una neta mejoría en el estado del alienado, y que éste es susceptible de recibir la influencia de la persona del médico, llega el turno de la segunda fase que es la educación médica: elemento activo por el que se obtiene la cura y se descartan los riesgos de recaída, y donde la curación se guía según tres principios: nunca estimular el pensamiento de los alienados en el sentido de su delirio; nunca atacar de frente y abiertamente las ideas, los afectos y las inclinaciones exaltadas de los locos; y hacer nacer, por medio de impresiones diversas, nuevas ideas, afectos y conmociones morales, despertando así facultades inactivas.

A pesar de inscribirse él mismo en la línea inaugurada por Pinel y Esquirol, a quienes dedica su tesis “En homenaje de respeto y reconocimiento”, por sus reticencias a utilizar la denominación de “tratamiento moral o intelectual” (Georget prefiere hablar de tratamiento cerebral directo o empírico), sumado a la indicación general de mantener en reposo una función cuyo órgano encargado se encuentra en irritación, dará por

resultado la declinación del tratamiento moral, cuyo último exponente será, años más tarde, François Leuret, y el ascenso del higienismo mental como principio rector, en el que el aislamiento, el reposo y las distracciones serán la parte fundamental de la terapéutica.

Geroget murió prematuramente a causa de la tuberculosis el 14 de mayo de 1828, pero dejó sus obras que siguen resonando como una expresión de los pioneros de la especialidad en el dominio de la clínica y de la terapéutica, pero también en materia médico-legal. Efectivamente, es el primer alienista en emprender la defensa de alienados ante un tribunal, a quienes invita a cuestionar: “¿Ha cometido el acusado el acto voluntariamente y con el libre ejercicio de sus facultades morales o de su razón?”, pregunta, cuya respuesta deberá decidir si el sujeto del que se trata es más digno del asilo que de la cárcel.

Bibliografía de referencia

Bercherie, P. (1986). *Los fundamentos de la clínica*. Editorial Manantial.

Georget, E. J. (1820). *De la folie. Considérations sur cette maladie*. Chez Crevot, Libraire.

Georget, E. J. (1825). *Examen medical des procès criminels des nommés Leger, Feldtmann, Lecouffe, Jean-Pierre et Papavoine, dans lesquels l'aliénation mentale a été alléguée comme moyen de défense, suivi de quelques considérations médico-legales sur la liberté morale*. Chez Migneret.

Semelaigne, R. (1894). *Les grands aliénistes français*. G. Steinheil Éditeur.

De la folie. Considérations sur cette maladie

Étienne-Jean Georget

Capítulo V

Tratamiento de la locura¹

Procederé ahora a la exposición de estos diversos medios y de los casos en los que son apropiados. Llamaré *tratamiento cerebral directo empírico o moral e intelectual* a aquel por el que se tiende a modificar principalmente el ejercicio de las facultades intelectuales. La mayoría de los autores lo han llamado simplemente *moral*². No me gusta mucho esta expresión, porque tiende a excluir la idea de una acción sobre el organismo, y porque sólo indica una parte de la inteligencia. Sin embargo, la utilizaré para evitar repeticiones o largos circunloquios; y llamaré *tratamiento cerebral indirecto o racional* a aquel que incluye el uso de medios que principalmente ejercen su acción sobre órganos alejados del cerebro.

1. Tratamiento cerebral directo, o moral e intelectual

Es enteramente fisiológico; ningún agente físico puede ejercer su acción sobre el cerebro como medio de curar la locura. Además, todo lo que pudiera llegar a este órgano por esa vía causaría siempre perturbaciones más graves que las que se querían destruir, como las caídas y los golpes sobre la cabeza. Aunque tales accidentes hubieran producido por casualidad una curación, no se deduciría que deban utilizarse metódicamente. ¿Significa esto que porque un loco se cura tras arrojarse por una ventana, todos los alienados deben ser sometidos a esta prueba? ¿Por qué no proponemos también prender fuego la casa de un paralítico para hacerle correr? Porque a algunos les ha sucedido que han recuperado el uso de sus piernas en tal evento.

Veamos, en pocas palabras, el objetivo que nos proponemos alcanzar actuando sobre la moral de los alienados, antes de indicar los medios para lograrlo.

A partir de lo que hemos dicho sobre la acción de las causas, la naturaleza de los desórdenes intelectuales y las acciones cometidas por los alienados, es fácil establecer las indicaciones que se desprenden de ellas.

Están destinadas a: 1) Atenuar y destruir las causas que, después de haber provocado el desarrollo del delirio, lo mantienen, tienden a perpetuarlo o pueden renovarlo con el retorno a la razón, cuya acción había sido suspendida por la locura. El amor, la religión, los celos, un miedo vivo son más propensos a perpetuar, a renovar sus efectos, a aumentar y a menudo a hacer incurable la locura. Los sufrimientos que impone un amor frustrado son eternos; se necesita tiempo y fuerza de voluntad para acostumbrarse a ellos. Las ideas y los escrúpulos religiosos son tanto más tenaces cuanto que se fundan en motivos poderosos, y son constantemente alabados en nombre de las cosas más santas. Y hasta que no hayamos llevado a nuestro paciente a una indiferencia religiosa casi completa, debemos temer una recuperación muy incierta y una recaída a la menor oportunidad. Lo mismo ocurre con los celos, puesto que es difícil olvidar los resentimientos que suscitan. 2) Separar al enfermo de los objetos o personas que, si no han provocado la enfermedad, se convierten en causa del delirio o del furor: bien por error de los sentidos del insensato, bien por un falso juicio de sus atributos, cualidades, acciones, etc. 3) Ponerle en situación tal que no pueda cometer actos perjudiciales para sí mismo o para los demás. 4) Rectificar las falsas sensaciones y errores de los sentidos que dan lugar a alucinaciones, y a un cúmulo de ideas y acciones estrafalarias. 5) Fijar la atención del maníaco en un pequeño número de objetos; obligarle a pensar, a reflexionar sobre lo que dice y hace; impedirle divagar sobre todo, sin detenerse en nada. 6) Desviar la atención de los monomaníacos, que está demasiado fijada en ciertos objetos. Destruir, hacer olvidar las ideas falsas y viciosas que los obsesionan, los persiguen, los entristecen, los asustan. Contrarrestar las inclinaciones excesivamente exaltadas, hacerlas desviar buscando excitar las contrarias. 7) Estimular la facultad de pensar de los alienados estúpidos en quienes es nula, darles la fuerza necesaria para desplegar sus ideas o al menos para expresar algunas de ellas. 8) Devolver el valor a los lipemaniacos, para sacarlos de la tristeza y el abatimiento moral que los abrumba. 9) Por últi-

1. Fragmentos del Capítulo V: Tratamiento de la locura escrito por Étienne-Jean Georget para su obra *De la folie. Considérations sur cette maladie* (1820), pp. 260-294. Traducción Juan Manuel Ferraro.

2. N. del E.: El término moral utilizado en la época podría asimilarse en la actualidad a una forma de tratamiento psicológico.

mo, devolver a todos los alienados sus inclinaciones y afectos regulares, cuyo retorno anuncia a menudo la convalecencia y asegura una cura sólida.

Para cumplir con estas indicaciones, podemos actuar sobre la inteligencia de los alienados de dos maneras: pasivamente, a través del *aislamiento* y la forma de conducirlos; y activamente, a través de lo que llamaré la *educación médica*.

1° Sobre el aislamiento

Separar a los locos de los objetos que los rodean, alejarlos de las manos de sus familiares o amigos, es la primera condición; una condición más o menos indispensable para su recuperación. Y con muy pocas excepciones se puede decir que no recuperarán jamás la salud en sus casas. Aislándolos de esta manera, nos proponemos cumplir las siguientes indicaciones: 1) Se les aleja de las causas que puedan haberles afectado y que podrían despertar impresiones pasadas, y así facilitarles el olvido. 2) Se les aleja de la presencia de las personas de las que más a menudo tienen quejas; de quienes ignoraron la enfermedad desde el principio o consideraron sus actos como meros caprichos; de quienes les han tomado aversión como consecuencia de la propia enfermedad. 3) Se encuentran sometidos a los cuidados de nuevas personas, a las que no conocen y de las que no esperan nada. Es bastante seguro que los que habitualmente atienden al enfermo ya no son aptos para estar con él; indóciles y exigentes, mandarán, querrán ser obedecidos, se enfadarán, se amotinarán y quizá lleguen a los extremos si se les resiste. No exigirán lo mismo a los extraños que, sin escatimar los cuidados –ni siquiera las indulgencias–, parecerán darlas muy voluntariamente o al menos según órdenes superiores, y podrán rechazarlas sin dar razones cuando sea conveniente. El alienado se encontrará feliz de recibir señales de afecto por parte de tales anfitriones y podrá, si conserva o recupera un poco de sentido común, entregarse prontamente a los consejos y sugerencias que le den. 4) Apartando así al alienado de su esfera habitual, todo se vuelve nuevo para él, y puede operarse una rápida distracción en su espíritu. La obligación de relacionarse, de conocer, de estudiar nuevos objetos, puede contribuir poderosamente a debilitar las viejas impresiones, a disminuir o destruir las ideas del monomaniaco y a restablecer el orden en la inteligencia del maniaco.

Se ha temido, por ejemplo, que los alienados separados de los objetos de su afecto, puedan angustiarse por ellos y empeorar así su estado. En primer lugar, estos afectos ya no existen, y los enfermos rara vez tienen el conocimiento suficiente para saber a dónde serán llevados. Además, incluso si realmente lamentan dejar su casa, a sus parroquianos o amigos, esto sería una razón más para alejarlos de ellos; de esta manera se producirá una fuerte impresión y el deseo de volver a verlos pronto se convertirá en un poderoso motivo para que se comporten bien y sean dóciles a los consejos del médico.

Se ha temido que la presencia de otros alienados –al ser puestos en una institución– les cause tal impresión que el mal se incremente. Pero este es un temor quimérico; raramente tengan el razonamiento suficiente como para apreciar el lugar en el que se encuentran o las personas que los rodean. Ni siquiera se dan cuenta ellos mismos y tienen mucho tiempo para familiarizarse con estos objetos, para no verse afectados desagradablemente por ellos. Entonces, lejos de angustiarse, se ríen con sus compañeros de todos sus errores, y se compadecen de aquellos que no han sido lo suficientemente afortunados para recuperar la razón.

Algunas personas han pensado que era de temer que se abusara de la facilidad de secuestrar³ a los alienados en contra de la libertad individual. Si la libertad moral ya no existe, es necesario, en efecto, estar muy seguro de destruir la una sólo cuando la otra ya lo está. En una institución pública, supervisada por una administración superior, no es de temer tal abuso; y es difícil creer que en una institución privada un médico quiera prestarse a manejos tan viles como odiosos.

Hay tres maneras de aislar a los alienados: haciéndolos viajar, colocándolos en una casa particular preparada *ad hoc* y para un solo individuo, o en un establecimiento público o privado destinado a recibir un cierto número de estos enfermos.

Sobre los viajes

Los viajes son empleados más para distraer a los alienados que para aislarlos. Sólo son adecuados en la convalecencia –y sobre este aspecto hablaremos más adelante–, o sólo en algunas variedades de melancolías sin demasiados desórdenes de la inteligencia, como en el spleen, y actuando como ya diremos.

3. En el lenguaje jurídico francés séquestrer indicaba poner a una persona por fuera de la sociedad mediante los medios legales. En el contexto de la teoría de las pasiones como causas de la alienación mental, secuestrar consistía en aislar al enfermo de todo contacto con su medio habitual, para alejarlo de excitantes nocivos y ponerlo bajo influencia del tratamiento hospitalario. Ver Nota del Editor Nro. 81 en: Stagnaro, J.C. (Ed.) (2012). El nacimiento de la psiquiatría. Editorial Polemos, p. 501

Aislamiento en una casa particular

Esta forma de aislar a los alienados, que es muy onerosa –y por tanto poco práctica–, rara vez cumple la intención del médico. Suele ser una casa de campo perteneciente al enfermo la que se arregla para este fin. Los antiguos sirvientes se colocan allí; los familiares, amos en sus propias casas, se entrometen en todo, o al menos les resulta difícil separarse por completo del objeto de sus afectos. El enfermo, viéndose en casa, manda a los suyos; y las órdenes del médico son ignoradas o mal ejecutadas. Incluso suponiendo que se pudieran evitar todos o algunos de estos inconvenientes, no se tendrían las ventajas de una reunión de varios enfermos que se sirven de ejemplo mutuamente, que disfrutan de la compañía de los demás, que se cuentan sus desgracias, etc. El hombre desgraciado no quiere sino encontrar víctimas como él mismo, y mientras que una persona feliz parece hacerle una injusticia, otra persona desgraciada le consuela.

Aislamiento en un establecimiento especial

Es en establecimientos consagrados especialmente a recibir alienados que tratamos la locura en Europa. Son considerables en Francia, a expensas del Gobierno, y donde recibimos particularmente a los pobres. Ellos son en París: Bicêtre para los hombres, la Salpêtrière para las mujeres, y Charenton para uno y otro sexo. Los Departamentos son menos favorecidos en este aspecto que la Capital, y con muy pocas excepciones puede decirse que en casi todos ellos los alienados no han despertado todo el interés que merecen, y tan sólo son abandonados en algún rincón de un hospicio.

Las principales ventajas de estos establecimientos son: 1) Que se edifique y se distribuya lo más favorablemente posible para aislar y contener a los furiosos, para reunir a los convalecientes, para reunir a los que se adaptan y pueden ayudarse mutuamente en su recuperación, y para evitar los accidentes que la inclinación al suicidio, los ataques de furor y los malos designios que algunos alienados deben hacernos temer. 2) Reunir, en número suficiente, sirvientes bien intencionados y acostumbrados a atender a esta clase de enfermos; que estén acostumbrados a sus caprichos y que no teman ante los arrebatos de los furiosos. 3) Alejar a los enfermos de toda influencia extraña y ponerlos así a la consideración del médico. 4) Finalmente, contener todos los medios de tratamiento, distracción y represión que sean convenientes. Para dar una idea de lo que deberían ser, voy a analizar el de la Salpêtrière.

La división, que contiene unos mil doscientos individuos, está formada por dos secciones separadas: una

es para idiotas, imbéciles y dementes, que suman cuatrocientos; la otra contiene maníacos, monomaníacos y alienados estúpidos, incurables y en tratamiento. Hablaré sólo de esta sección, ya que fue construida exclusivamente para el propósito que cumple. Consta de: 1) Dos grandes dormitorios –pudiendo contener cada uno a cien enfermos– destinados la una a los convalecientes y la otra a los monomaniacos tranquilos. 2) Varios dormitorios pequeños de diez o quince camas cada uno, que sirven para alojar a enfermos sosegados que necesitan vivir alejados del tumulto. 3) Por último, un gran número de casillas de una o dos camas, para los alienados furiosos e irrazonables, con alucinaciones molestas, o para aquellos cuyo carácter pendenciero no puede soportar un compañero. Estas habitaciones, construidas en la planta baja –excepto el dormitorio de los monomaniacos que se encuentra en el primer piso–, circundan patios más o menos amplios, la mayoría de los cuales están plantados con árboles, todos provistos de fuentes que proporcionan agua en abundancia, y algunos de los cuales están cerrados por un alambrado. Los dormitorios tienen numerosas ventanas, grandes, pero enrejadas para evitar accidentes. Las casillas, adosadas las unas a las otras por tres costados, tienen una puerta y una pequeña ventana, tallada sobre el cuarto muro que resta libre. Las camas de éstas están sólidamente adosadas a la pared.

Hay una sala de baños dispuesta en el servicio. Las bañeras están provistas de una tapa de madera con una hendidura para recibir el cuello y evitar que la cabeza se sumerja en el agua, y otras tantas tuberías para las duchas.

Un vasto jardín está destinado al paseo de los alienados tranquilos, y un taller para recibir a los que quieren trabajar.

El dormitorio de los convalecientes, un patio enrejado y algunas habitaciones con una o dos camas, contienen a los enfermos en tratamiento; los incurables ocupan el resto del establecimiento.

Si se construyera de nuevo un establecimiento de este tipo, para evitar algunos de los inconvenientes que presenta la Salpêtrière, sería necesario: 1º- No construir jamás las habitaciones de los alienados en la planta baja. 2º- No hacer grandes dormitorios. Rara vez un gran número de enfermos están tranquilos o pueden soportarse mutuamente; uno solo es suficiente para perturbarle el descanso de todos los demás en la noche. 3º- Separar enteramente a los incurables de los enfermos en tratamiento. 4º- Tener un sector separado para los furiosos. 5º- Separar los pabellones por grandes espacios, ya sean patios o jardines. 6º- Procu-

rar que las casillas sólo sean contiguas por dos lados, y que se pueda poner una gran ventana en la pared opuesta a la puerta. 7º- Por último, tener un refectorio general para todos los alienados tranquilos que se reúnan en común a tomar su comida.

Este establecimiento, a pesar de sus defectos, sigue siendo uno de los mejores o quizás el mejor de Europa. Gracias a los cuidados de Monsieur Desportes ya ha sufrido numerosas mejoras, y si este administrador filántropo pone en práctica los proyectos que tiene para ampliarla y embellecerla, quedará poco que desear.

Quienes deseen más detalles sobre este tema pueden consultar el artículo *Hospice d'Aliénés*, de Monsieur Esquirol, inserto en el *Dictionnaire des Sciences Médicales*, y sobre todo la obra que este médico va a publicar próximamente sobre el mismo tema.

Una casa así debe tener normas, reglamentos y una jerarquía de poderes acorde con las personas que contiene. Los insensatos no pueden ser gobernados como seres razonables; suelen ser como niños muy indóciles a los que es aún más difícil controlar, ya que en su locura pretenden actuar bien, y creen que la injusticia preside la conducta hacia ellos cuando uno les lleva la contraria. Para tener ideas claras sobre este tema, veamos de nuevo lo que se practica en la Salpêtrière.

El médico es el director del servicio. Nada se hace sin sus órdenes y sólo se hace según sus órdenes. Él está advertido de todas las medidas tomadas, de las correcciones aplicadas, etc. Todas las quejas de los familiares o de los enfermos se dirigen a él.

Una primer supervisora, extremadamente gentil y amable –muy conciliadora y firme en ocasiones, generalmente querida por todos aquellos que son razonables y respetada incluso por la mayoría de los furiosos–, tiene la dirección de las empleadas inferiores. Es responsable de que todo esté en orden, de que cada uno esté en su sitio, de que los enfermos reciban un trato humano, de que reciban su comida o sus medicinas, y de reclamar al médico de cualquier inconveniente que ocurra sobre estas cuestiones.

Varias supervisoras auxiliares –cada una a cargo de una sub-sección–, y un gran número de muchachas de servicio, están destinados a proporcionar cuidados a las alienadas. Estas chicas son tomadas de entre las convalecientes que quieren hacerse un lugar. Esta medida es sumamente ventajosa: asegura la existencia de mujeres que, habiendo salido, podrían haber tenido una recaída; y que habiendo estado en el mismo estado que aquellas a las que cuidan, se interesan mucho más, saben a menudo lo que puede agitarlas o atormentarlas, y cómo conducir las y complacerlas.

Es raro que en una reunión de personas privadas –en todo o en parte– de la razón, reine constantemente el buen orden. Algunos se pelean, otros discuten, algunos son desagradables y hacen padecer a los más timoratos, etc. Hay que poner fin a estas disputas y agresiones, y separar y castigar a los culpables. El médico y el primer supervisor, que deben tener siempre la confianza general y ser queridos por todos, no pueden asumir el papel de represores. A esta función se le asignó un supervisor adjunto. La naturaleza de sus deberes, y el hábito de realizarlos, le dan una expresión de dureza en su fisionomía y su palabra que hace que los pacientes se estremezcan con sólo verle pasar o escucharle hablar. Se presta a llamar al orden a los que se extravían, a separar a los pendencieros y a los combativos, y a encerrar a los más furiosos.

El gobierno de los locos debe ser absoluto. Todos los asuntos deben ser decididos y sin apelación por el médico, quien puede –si las peticiones y quejas de los enfermos se vuelven demasiado importunas– oponerles las reglas de la casa. Si hubiera varias autoridades rivales, celosas del poder, rara vez se pondrían de acuerdo, y no dejarían de fomentar la desobediencia de una u otra parte. Hay que tener cuidado de no reprender públicamente a los empleados por sus faltas; los enfermos aprovecharían para resistirse aún más y despreciar las órdenes de ellos.

Buscaremos ganar la confianza de los enfermos, tratándolos con delicadeza, para persuadirlos de que uno no les desea ningún mal, de que no tiene nada que ver con la medida que ha provocado su reclusión. Porque al no creerse enfermos, se revolverán fuertemente ante lo que llaman una injusticia. Sobre todo hay que tener cuidado de no embaucarlos e incumplir las promesas que se les hacen, ya sea de castigo o de recompensa, o de salir de los problemas con ellos mediante la evasión, no dando ninguna respuesta positiva a sus peticiones.

Se han ideado multitud de medios para contener a los alienados furiosos. En la Salpêtrière, sólo se utiliza un chaleco de fuerza que siempre ha sido suficiente. Se trata de una especie de camisola de tela muy resistente que se ata por detrás, y cuyas mangas, bastante largas, terminan en un cordón muy fuerte que se utiliza para detener los brazos cruzados alrededor del cuerpo y para fijar al enfermo en algún lugar si uno lo juzga oportuno. La mayoría de las veces se le deja libre para caminar. El *tranquilizante* de Rusch me parece muy ventajoso en algunos casos. Es una silla con correas para asegurar los brazos, las piernas, el cuerpo e incluso la cabeza. En el pasado se encadenaba a estos desgraciados y se les dejaba pudrirse en mazmorras

inmundas; lejos de calmar la agitación, esto la aumentaba enormemente. Hoy en día, la contención se utiliza sólo para evitar los accidentes que podrían derivarse de un exceso de libertad de acción.

Para contener a un alienado furioso, que comete acciones reprobables y que amenaza con usar la fuerza antes que rendirse, es necesario imponerse a él de inmediato con la ayuda de un gran número de asistentes, y sobre todo avanzar sobre él sin vacilar y sin parecer temerosos, ni tampoco hesitar en que pueda resistirse. La mayoría de las veces no ofrecen ninguna resistencia. En casos parecidos en la Salpêtrière, envolvemos la cabeza de la enferma repentinamente con un manto; aturdida, sin poder ya defenderse, cede con gran facilidad.

Si debemos utilizar la delicadeza para calmar y contener a los alienados –con aquellos que no quieren obedecer– hay que obligarlos a hacerlo por algún medio de represión, y si cometen actos reprobables, hay que sancionarlos inmediatamente. Hay algunos díscolos que actúan así a sabiendas y con maldad; deberemos ser más rigurosos con ellos. Hoy en día, para cumplir este objetivo, no empleamos sino los medios más humanos. El cambio de morada, un tiempo en patios cerrados, el chaleco de fuerza, la ducha, la reclusión de varias horas o de un día en una casilla, son los únicos medios utilizados en la casa. Nos cuidamos, sobre todo, de no utilizar golpes ni malos tratos.

Observamos que, en general, los hombres se someten más fácilmente a las mujeres, y las mujeres a los hombres. Esto se debe, según creo, a que la idea de un sexo opuesto siempre excita agradablemente, y muy a menudo permite o impele a hacer grandes concesiones. Y a que en general las mujeres, no teniendo muy buena opinión de su sexo, se lanzan rápidamente a hacer presa a las institutrices –que casi siempre les desagradan– de los vicios más atroces.

2° Educación médica

Hasta aquí sólo hemos intentado actuar sobre la inteligencia de los alienados de forma indirecta, externa y totalmente a través de los sentidos, abandonándolos, por así decirlo, a sus propias fuerzas. Ahora vamos a cultivar sus espíritus, a devolverles, mediante una nueva educación y haciendo desaparecer las ideas anómalas, inclinaciones o afectos que les perjudican la armonía que tenían antes. No es tarea fácil ser médico del alma: además de un conocimiento profundo de todos los pliegues del corazón humano –tan indispensable como el de la fisiología en general para el resto de la patología–, hace falta adjuntarle un gran hábito de observar a los enfermos, para captar los motivos de sus

acciones, el tiempo, el instante, la oportunidad de actuar favorablemente y con éxito sobre su espíritu, sin tomar el camino equivocado para lograrlo. El médico no sólo debe hacerse capaz de ejercer tales funciones; todos sus subordinados deben formar parte de él, asistiéndole en su presencia, supliéndolo en su ausencia, haciendo continuamente aquello sólo él puede hacer.

La educación médica no puede ser puesta en uso ni en todos los periodos ni en todas las formas de delirio. Sólo cuando, mediante el aislamiento y la administración de medios racionales, haya disminuido la irritación general y cerebral, cuando las ideas han perdido su firmeza y tenacidad, cuando el cerebro se ha vuelto capaz de recibir y apreciar nuevas impresiones, es que podemos esperar tener éxito. Sería en vano que usted se dirigiera a los alienados en el período de excitación o en un estado continuo de furor; serían insensibles. Los monomaniacos le comprenderán más rápidamente, y estarán en mejores condiciones de realizar algunos actos de razón. Los maníacos deben, por así decirlo, pasar por esta forma de delirio para llegar al mismo punto. Por último, los alienados estúpidos recuperan habitualmente, a veces repentinamente, el ejercicio de sus facultades.

La naturaleza simple o complicada de las impresiones que queramos producir, el orden de las facultades sobre las que se desea intervenir, plantean también consideraciones importantes a este respecto. Cuanto más sencillos sean los medios de educación –al alcance del enfermo y familiares para su espíritu–, menos esfuerzo de combinación intelectual requerirán, y más pronto se los puede poner en uso con provecho. Los trabajos manuales y agrícolas, así como algunos objetos recreativos, cumplen más o menos estas condiciones. También las que tienden a actuar sobre las inclinaciones y los afectos producirán efectos más pronto y más fácilmente que las destinadas a modificar las otras facultades de la inteligencia. Es mucho más fácil sentir que expresar el resultado de las sensaciones y que razonar. Un loco podrá manifestar el deseo de ver a sus parientes, a sus hijos, a sus amigos, y sentirá la sensación de vergüenza, de placer o de tristeza, mucho tiempo antes de ser capaz de darnos el motivo de sus actos, o de sostener el más mínimo razonamiento.

Expondré los principios que deben seguirse y los medios generales que pueden emplearse para cumplirlos, sin entrar en los detalles de las circunstancias individuales, tan variadas que corresponde al médico atenderlas y conducirse como crea conveniente según estos mismos principios.

1^{er} Principio. Nunca estimular el pensamiento de los alienados en el sentido de su delirio

Hacer lo contrario sería absolutamente como cultivar una ramificación parásita en lugar de cortarla, que acabaría invadiendo todos los jugos nutritivos del árbol. Si se permite que el devoto siga todas las desviaciones que le sugiere un celo escrupuloso, o al ambicioso que se cree rey que se entregue a la idea de superioridad, de mando o de dominio, inevitablemente los haremos incurables. Generalmente se cree que hace falta emparejar a la loca por amor al objeto de todos sus deseos. Esto es un error: la enfermedad podría haberse evitado por el matrimonio; pero en una locura declarada, este medio –lejos de ser favorable– podría convertirse en todo lo contrario, aumentando el delirio; suele ocurrir entonces que el amante no es más que un pérfido. Hay que hacerle olvidar. ¿Creen ustedes que una nueva Mesalina recuperaría la razón satisfaciendo sus impúdicos deseos? Lejos de eso, los resultados serían contrarios a sus expectativas; los unos estarían más distantes y los otros más impetuosos. Un desgaste excesivo sería prontamente inevitable. Además, ¿no es un precepto de la terapéutica general –aplicable a los desórdenes de las facultades intelectuales– no ejercitar una parte enferma demasiado excitada?

2^{do} Principio. Nunca atacar de frente y abiertamente las ideas, los afectos y las inclinaciones exaltadas de los locos

Los alienados no se creen enfermos, y el día en que se les pueda convencer de que lo están, su curación no estará lejos. Creen que su discurso y sus acciones están llenos de sentido y de razón; nada en el mundo puede disuadirlos. Díganselo a un devoto; los anatematizará, huirá y nunca se ganarán su confianza. A un pretendido rey, que no lo es; les responderá con invectivas. A otro que se cree abandonado por todos, indigno de vivir, que sus parientes, sus amigos todavía le aprecian; no creerá ni una palabra. A un alucinado, que los fantasmas que cree ver, las voces que le hablan, son seres imaginarios, y no le convencerán. Es más, actuando así, no solamente no se ganarán la confianza de sus enfermos o la perderán, sino que los hará más pertinaces en sus opiniones; les obligarán a buscar los medios para sostenerse, de igual modo que uno afila sus armas para prepararse para el combate. El resultado inevitable de tal conducta será, o bien aplazar la curación durante mucho tiempo, o bien hacerla imposible.

Sólo cuando la razón ha recuperado en gran medida su dominio, cuando el enfermo sabe apreciar la mayor parte de sus errores pasados, es que uno puede,

sin miedo y con esperanza de éxito, buscar destruir directamente por medio del razonamiento las pocas ideas falsas que puedan persistir. Una mujer se creía encinta, sabiendo no poder estarlo. Pero ha llegado al punto de concebir que lleva diez o doce meses en la casa, que no ha visto a ningún hombre y que le vuelve periódicamente la menstruación; podemos entonces hacerle ver lo ridículo de semejante idea.

3^{er} Principio. Hacer nacer, por medio de impresiones diversas, nuevas ideas, afectos y conmociones morales, despertando así facultades inactivas

Este principio no es más que la consecuencia de los dos precedentes y tendrá por objeto: 1° Ocupar el pensamiento del enfermo de otra manera y hacerle olvidar las ideas irracionales. Produciremos estos efectos actuando sobre las facultades intelectuales, mediante el trabajo manual, el trabajo agrario, los objetos de recreo, etc. 2° Contrarrestar y finalmente destruir, por su oposición, las ideas dominantes. Quiero indicar particularmente aquí la acción de las pasiones; si ellas devienen a menudo causas de la locura, también podemos hacerlas servir a la cura. Cuanto más poderosamente actúen sobre la moral, más podrán, si están bien dirigidas, hacer una poderosa desviación de las ideas dominantes. 3° Dar motivos para combatir las ideas viciosas. En lugar, por ejemplo, de refutar a un alienado la condición de rey que pretende tener, demuéstrelle que carece de poder; que usted, que no es menos, lo puede todo sobre él. Tal vez reflexione que, efectivamente, podría estar en un error. No le diga a los alucinados que no oyen nada; pero vaya con ellos al lugar de donde parten las voces y los ruidos que les obsesionan; repita a menudo este procedimiento, y tal vez obtenga algún efecto. Sin embargo, rara vez produce resultados positivos. Un alienado se cree rodeado de enemigos, y tiene miedo de todo. Ponga un criado a su lado, hágale dormir en su habitación, y puede que acabe tranquilizándose. 4° Excitar la acción cerebral de los alienados estúpidos, de ciertos lipemaniacos, conmoviendo fuertemente, romper la cadena de ideas viciosas. Tales son a veces los efectos de ciertos afectos vivos del alma, suscitados a propósito. El sentimiento de vergüenza, de una sorpresa extrema, de súbita alegría, etc., han restablecido, en ciertos casos, casi súbitamente la armonía intelectual. A menudo he tratado de hacer que las alienadas aprecien su situación, la naturaleza de sus ropas, la distancia de todo lo que les es querido, su indiferencia culpable hacia sus parientes, etc. Si se producía un marcado silencio, un flujo de lá-

grimas, era una muy buena señal. Mademoiselle M..., que llevaba casi un año de estupidez, se encontraba en un estado de completa indiferencia hacia su propia suerte y la de su familia. Todas las mañanas, durante casi quince días, la excité de este modo con éxito, y la convalecencia se declaró poco tiempo después.

Estos son los efectos que nos proponemos producir en la moral de los alienados; veremos ahora por qué medios los conseguiremos. Consisten más o menos todos en conversaciones, en consejos del médico, en la asociación de alienados convalecientes, en el trabajo manual, la agricultura, el esparcimiento, la visita de parientes o amigos, en la reducción y luego el cese del aislamiento, en los viajes.

El médico, jefe supremo del establecimiento, ejerce una gran influencia sobre el espíritu de los enfermos. Aquellos que todavía están privados de su razón, aprenden pronto que todo depende de él, que deben escucharle y obedecerle para obtener cualquier cosa. Y a aquellos que comienzan a recuperarse, que conciben en parte su enfermedad, les dará confianza en una curación cercana; entonces tomarán todos los remedios adecuados que hasta entonces habían rechazado. Un medio que a menudo resulta para ganar ascendencia sobre ciertos enfermos desde la primera visita, resulta de la información que se tiene, sin que ellos lo supongan, de toda su conducta pasada. Después de haberlas examinado durante algún tiempo, se les dice en tono profético: "Usted tiene funestos designios; busca destruirse a sí misma; se ha portado mal en casa; ya no quiere a su marido, rechaza a sus hijos, etc.". Asombradas por semejantes predicciones y por el talento de aquél que las hace, suelen confesar ordinariamente la verdad, aceptan que han tenido unos cuantos accesos de delirio febril (*Fièvre chaude*), lo que las familiariza con la idea de tratamiento, y conceden prontamente su confianza. He visto resultados extremadamente felices de este poder sobre la imaginación de los alienados. Una joven, salida después de un mes en la Salpêtrière en muy buen estado, regresó con el corazón apesadumbrado y desesperación en el alma, para consultar por unas molestias que temía fueran el preludio de una recaída; en efecto, así había debutado su enfermedad. Después de haberla consolado, Monsieur Esquirol escribió al pie de una orden: "Yo respondo por la curación de Mademoiselle...". Convencida de que este médico no querría comprometer su reputación asegurando tan positivamente lo que no estaba seguro, ella recobró la esperanza y desde entonces todos los accesos desaparecieron.

El médico también ejerce un poder muy grande so-

bre las alienadas en su calidad de hombre. Hay las que se someten a todas las renunciaciones que reclama, escuchan sus consejos y los siguen, sólo por eso: por complacerle. Por eso se piensa que, en general, es más conveniente que sea bueno que malo, y que no tenga defectos físicos demasiado marcados que se presten a la burla.

El médico no se contentará con ver a los enfermos en una visita matutina; debe estar constantemente en medio de ellos, estudiando los motivos de sus acciones, las variaciones de su carácter, reprendiéndolos, viendo si cumplen las promesas que han hecho de comer, de estar tranquilos, de trabajar, etc.

Nada es más favorable para acelerar la curación que las *reuniones de alienados* más o menos convalecientes. Están tanto más confiados entre ellos, cuanto que todos tienen un interés común: el de salir cuanto antes para retornar al seno de sus familias. Son un ejemplo para los demás; el que sale hoy le prueba a todos los demás que el mismo favor se les concederá cuando estén curados como él. Se prestan mutuamente ayuda y consejos afectuosos; a menudo sucede que un alienado saludable adopte a otro, se ocupe de distraerlo, de hacerlo entrar en razón, y le da esperanzas mostrándose a sí mismo como si hubiera estado en condiciones mucho menos favorables. Esta atención desinteresada, estas conversaciones entre infortunados, son de una utilidad tan remarcable en el tratamiento de la locura, que creo que debemos atribuir en gran medida el poco éxito que obtenemos en el aislamiento particular al hecho de que es imposible sustituirlas.

Para procurar estas ventajas en los asilos generales, todo se distribuye de manera tal que se evite la soledad. Un taller común, el jardín y el refectorio ofrecen numerosas ocasiones de encuentro. Sin embargo, hay que tener cuidado de no reunir a pacientes demasiado tristes, desesperados o con inclinación al suicidio; se perderán. Divíselos, confíelos a otros que estén más serenos, más alegres.

Un trabajo más físico que intelectual ha sido recomendado por todos los autores, y especialmente por Monsieur Pinel, como uno de los principales medios de tratamiento. Es, en efecto, no sólo una buena señal que vuelva el deseo de ocuparse, sino que el cuerpo así ejercitado –al mismo tiempo que se fortalece–, desvía la atención demasiado fijada de ciertos alienados. Se fija, por el contrario, a otros objetos y acostumbra al pensamiento a crear combinaciones nuevas, y combate así al delirio sin violencia. En la Salpêtrière, las tareas de costura y tejido están a disposición de las enfermas, que reciben una pequeña remuneración. Se les anima por todos los medios posibles a mantenerse

ocupadas; es una condición impuesta para conceder favores a las convalecientes: ver a la familia, salidas del establecimiento, etc. Tiene muy buenos efectos. En el caso de los hombres, se podría poner a su disposición un trabajo similar a su modo de vida: el cultivo de los campos, el ejercicio de ciertos oficios, cumplirían perfectamente el mismo objetivo.

Pero es imposible poner en uso medios similares en las clases más acomodadas. Una gran dama no querrá ejercitar sus dedos, ni un hombre acostumbrado a no hacer nada, a fatigar su cuerpo. Esto es ciertamente una desgracia; hará falta remediar este inconveniente mediante ocupaciones más análogas a la situación de la persona, con juegos de habilidad, el billar, el ejercicio de los talentos adquiridos, del canto, la pintura, la ejecución de instrumentos musicales. Monsieur Esquirol no encontró ningún efecto positivo de los espectáculos y conciertos como medio de distracción. Los primeros daban lugar a menudo a alusiones desafortunadas, y los segundos indisponían mucho a los enfermos que creían que se estaba burlando de su desgracia. Sin embargo, pienso que en una época muy avanzada de la convalecencia pueden recrear agradablemente el espíritu y operar una útil distracción. La lectura no se debe permitir hasta muy avanzada la recuperación, y con criterio. Sobre todo, hay que procurar que el enfermo no se encuentre con opiniones o situaciones que puedan inquietarlo o aumentar su delirio. Se puede permitir a veces el estudio de alguna rama de la historia natural y la botánica, por ejemplo.

Toda casa de alienados debe contar con grandes jardines, vastos recintos que sirvan de paseo. Que los que no quieran o no puedan trabajar, al menos caminen. Incluso a los furiosos, refrenados con el chaleco de fuerza, hay que dejarlos libres para que corran en recintos separados; nada aumenta el furor como el reposo forzado. Que consuman el exceso de vida que parece agitar todo su organismo: el cuerpo así cansado, el espíritu más o menos distraído, traerán el descanso por la noche, el abatimiento, sino el sueño.

Las personas ricas encuentran un poderoso medio de distracción en los viajes. Los objetos novedosos proporcionan sensaciones agradables y variadas. Al mismo tiempo que el organismo se fortalece, el cerebro debilitado recupera su energía. Aconsejaría a quien pueda hacerlo que consolide su curación de esta manera.

El cese del aislamiento, a través de las visitas de los familiares o amigos, nos permitirá causar impresiones muy importantes en la moral de los alienados. El momento de estas visitas y la forma en que se realizan no son consideraciones indiferentes. En general, sólo de-

ben concederse cuando los propios pacientes deseen ver a sus familiares y lo soliciten desde hace tiempo. Para prevenir efectos potencialmente peligrosos, también es necesario avisar al enfermo por adelantado; si es razonable, estará complacido con ellos sin querer seguirlos y marcharse, y podremos pensar en la segunda visita y las siguientes. Estas conversaciones familiares le devolverán a sus antiguos afectos, y le harán esforzarse por acelerar su curación para poder disfrutarla más a gusto; la madre querrá cuidar de sus hijos, la esposa volver a su hogar. Pero mientras los enfermos no pidan volver a ver a sus parientes, sería casi inútil, sino perjudicial, llevarlos a su presencia; o bien no querrían reconocerlos y no les hablarían, o bien despotricarían contra ellos. Sin embargo, en ciertos casos de indiferencia prolongada, de insensibilidad moral, se podría, por este medio, suscitar un afecto vivo de sorpresa, una conmoción mental que despierte el cerebro y lo llamara a su acción ordinaria; sería entonces necesario que la entrevista fuera inesperada.

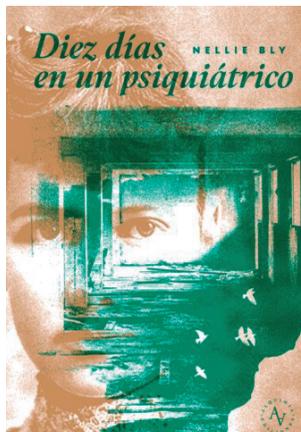
Por último, no debemos olvidar que hay reglas que observar en la convalecencia del intelecto, como en la de las demás funciones, y así como a un estómago que empieza a recuperarse le damos alimentos ligeros y en pequeñas cantidades, así también debemos economizar al cerebro en recuperación, no exponiéndolo a afectos morales demasiado vivos y repentinos, y cuidarnos de cansarlo con combinaciones demasiado profundas o con un trabajo demasiado sostenido, etc. Y una vez que las facultades intelectuales se han restablecido por completo, habiéndose originado las causas de la enfermedad en el ejercicio de estas facultades, recuérdese siempre que su fuente no deja de existir, y que deben evitarse cuidadosamente todas las circunstancias y todas las ocasiones que puedan despertarlas.

Un principio general muy importante de la terapéutica –que debo recordar aquí de manera especial porque se olvida con demasiada frecuencia– violado en el tratamiento moral de la locura, es el que establece que una función debe permanecer en reposo, ejercerse lo menos posible, cuando el órgano encargado se encuentra en estado de irritación. ¿Qué diríamos, por ejemplo, de un médico que ordenara a un enfermo de gota o a un reumático que corriera, o a un peripneumónico que respirara aire frío con una respiración profunda, o a un enfermo de gastritis que comiera y bebiera en abundancia? Que es un necio, y que así aumentará hasta el último grado los accidentes ya existentes. ¿No hacen lo mismo los que se complacen en atormentar a un alienado, excitándolo continuamente sobre el objeto de su delirio, y antagonizándolo cons-

tantamente tratando de demostrarle, mediante razonamientos, que está en un error? Vean, en efecto, lo que resulta de estos crueles divertimentos: un redoblamiento de la actividad cerebral, esfuerzos por salir de la disputa, cólera o furor, con todos los fenómenos que acompañan a este estado, como el transporte de la sangre a las partes superiores, enrojecimiento, calor de la cara y del cráneo, latidos frecuentes y fuertes de las arterias, etc. ¿Y creemos que con esto no aumentamos la irritación del órgano intelectual? Basta con observar el estado de ánimo de una persona razonable que acaba de experimentar alguna afección viva del alma, un acceso de cólera, y pronto nos convenceremos de la

verdad de esta afirmación. Afortunadamente, hoy en día en Francia estos infortunados ya no son vistos por el público como bestias curiosas. Es cierto que no hace mucho tiempo que se tomó esta medida en todos los hospitales provinciales; mencionaría uno, si no estuviera demasiado cerca de mi región natal, donde esta práctica bárbara todavía existía hace unos años. Me han asegurado que en Inglaterra aún no se ha abolido, ni siquiera en los establecimientos más destacados. Me cuesta creer que una nación tan ilustrada, en la que el estudio de la locura ha hecho tantos progresos, siga haciendo un espectáculo de este lamentable estado de la inteligencia humana.

[volver al índice](#)



LECTURAS

Josefina Guerineau

Diez días en un psiquiátrico

Nellie Bly

Alquimia Ediciones, 2021.

A lo largo de la historia han surgido testimonios y relatos ficcionales de mujeres que han expuesto sus relaciones con el discurso y la práctica manicomial. Esos textos respondieron a motivaciones tan diversas como narrar vivencias, relatar sufrimientos, denunciar abusos o intentar construir la propia identidad.

Un hito en ese derrotero fue, sin duda, *Diez días en un psiquiátrico* (*Ten days in a mad house*, según su título original de 1887, cuya traducción más fidedigna hubiera sido *Diez días en un manicomio*, como se prefirió en la primera edición en español de Buck, aparecida en Barcelona en 2009), que acaba de publicarse nuevamente en Buenos Aires.

Hacia finales del siglo XIX en los Estados Unidos comenzaba a abrirse un mundo de posibilidades para las mujeres. Es en esa época en la que surge la figura de Elizabeth Jane Cochran, quien, indignada, envió una carta al diario *Pittsburgh Dispatch*, rebatiendo los argumentos de una columna publicada en ese medio, titulada: "Para qué sirven las chicas", en la que se afirmaba que las mujeres solo eran útiles para el trabajo doméstico y la procreación. Impresionado por esa misiva, el editor del periódico propuso a Cochran integrarse como miembro de la redacción, convite que ella aceptó, y para lo cual adoptó el seudónimo Nellie Bly.



Elizabeth Cochran (1864-1922), "Nellie Bly" a sus 20 años.

A partir de entonces, el periodismo fue utilizado por Bly como una plataforma para el activismo reformista, obligando a la sociedad a informarse de los horrores que se le imponían a los grupos más vulnerables. Sin embargo, su militancia no estuvo exenta de conflictos, en desacuerdo con ciertos sesgos conservadores que adoptó el diario, renunció al *Pittsburgh Dispatch* y se radicó en New York adonde, en el periódico sensacionalista *New York World*, de Joseph Pulitzer, le encomendaron la singular tarea de investigar lo que se denunciaba que acaecía en el Asilo de mujeres lunáticas (*Women's Lunatic Asylum*) de la Isla de Blackwell. Bly aceptó y, temerariamente, se hizo internar en ese lugar en 1887.

En el texto que comentamos aquí describe su trabajo de campo, un señero antecedente del periodismo de investigación, como "... una narrativa directa y sin barnices sobre el tratamiento de las mujeres internadas"; el cual le permitió, por un lado, denunciar y exponer las injusticias asociadas al sistema de institucionalización que padecían las pacientes, y por el otro, contribuir a la reflexión sobre lo que significaba ser mujer y estar loca.

A lo largo del relato, la autora describe detalladamente los pasos a seguir para lograr su misión: ingresar al asilo, deteniéndose en la interpretación personal que se vio forzada a hacer para simular ser una paciente psiquiátrica: "Empecé a confiar más en mi habilidad, ya que un juez, un doctor, y una masa de personas ya me habían declarado loca". Comentario que deja traslucir una forma de funcionamiento de ese entonces en la cual el estigma podía más que la observación clínica.

Su odisea continuó una vez dentro del psiquiátrico. Durante su investigación entabla diálogo con una compañera de encierro: "¿Dónde estamos?! En el asilo de lunáticos de la Isla Blackwell, respondió con tristeza. / ¿Tú estás loca?! No, me respondió, pero cómo hemos sido enviadas aquí, tenemos que quedarnos tranquilas hasta que encontremos alguna forma de escapar".

El manicomio se delinea así como una paratopía, como propone Rafael Huertas en *Locura en primera persona* (2020), una ubicación paradójica, un lugar que el sujeto no siente como propio, al que no le vincula ningún sentimiento de pertenencia, un lugar imposible en el que no debe ni tiene por qué estar. Un sitio en el que al sentimiento de no pertenencia se le agrega la negación de la identidad, el lenguaje no compartido, la soledad y la locura.

Simultáneamente a ese fenómeno de anomia Bly observó una característica propia de ese tipo de instituciones de segregación en tanto lugares de la pobreza: *“Muchas que llegaban ahí lo hacían después de ser detenidas por crímenes absurdos como vagancia o mendigar. La pobreza o su condición de inmigrantes eliminaban la posibilidad de ser cuidadas por miembros de su familia, si es que la tenían”*.

El loquero de la Isla de Blackwell albergaba el doble de pacientes de lo que permitía su capacidad. Las condiciones en las que vivían las internas mostraban una horrorosa negligencia. La comida consistía en pan seco o crudo, carne en mal estado y agua sucia. Abundaban las ratas y las pobres internas sufrían golpes, baldazos de agua fría y eran objeto de maltrato de todo tipo, incluso abusos sexuales.

En otra observación, la autora muestra que los manicomios lo son hasta en su más absurda y siniestra razón interna: *“... desde el momento que entré al pabellón de locos en la isla, no hice ningún intento por seguir asumiendo el rol de la locura. Hablé y actué como lo hago en mi vida común. Y aún más extraño, mientras más cuerdamente hablaba y actuaba, más loca me creían”*.

Al cabo de diez días, lapso que sugirió el título de su memorable informe, Bly quiso abandonar el lu-

gar pero no logró convencer a nadie de que era una periodista encubierta y no le permitieron salir sino gracias a la intervención de un abogado que envió su periódico para rescatarla: *“Por diez días -relata- había sido una de ellas, estúpidamente me parecía tremendamente egoísta dejarlas a su sufrimiento. Sentía un deseo quijotesco por ayudarlas con mi presencia. Pero solo por un momento. Los barrotes habían bajado y la libertad era más dulce que nunca para mí”*.

El alivio por recuperar la libertad no le impidió partir embargada por sentimientos encontrados: *“Dejé el pabellón de los insanos con gusto y culpa: gusto porque una vez más podía disfrutar el libre aliento del cielo, culpa porque no pude llevarme a algunas de las desafortunadas mujeres que vivieron y sufrieron conmigo y quienes estoy segura estaban tan cuerdas como yo lo era y lo sigo siendo”*.

Tras su relato la periodista logró lo que ella denominó como un *“premio consuelo”*, ya que la administración decidió entregar una mayor cantidad de dinero para mejorar la vida de las pacientes.

La novela permite reflexionar sobre lo que implica la locura femenina. Logra transmitir la idea, defendida no solo por la autora sino por otros, de que el diagnóstico puede estar al servicio de discursos y prácticas que favorecen la estigmatización, la alienación y la cosificación de las enfermas mentales. *Diez días en un psiquiátrico* plasma una narrativa de denuncia, de activismo, pero también un relato introspectivo y personal, pudiendo convertirse en un camino posible para la comprensión del sufrimiento psíquico e inspirar algunas reflexiones para descubrir lugares y prácticas de recepción y tratamiento de la locura frecuentemente invisibilizados.