

Guías de primeros auxilios en salud mental para Argentina y Chile: un reporte del estudio de adaptación de las guías australianas

Estudio binacional sobre las agresiones de pareja en estudiantes universitarios

Tratamiento con microdosis de hongos con psilocibina en trastorno depresivo mayor: reporte de un caso

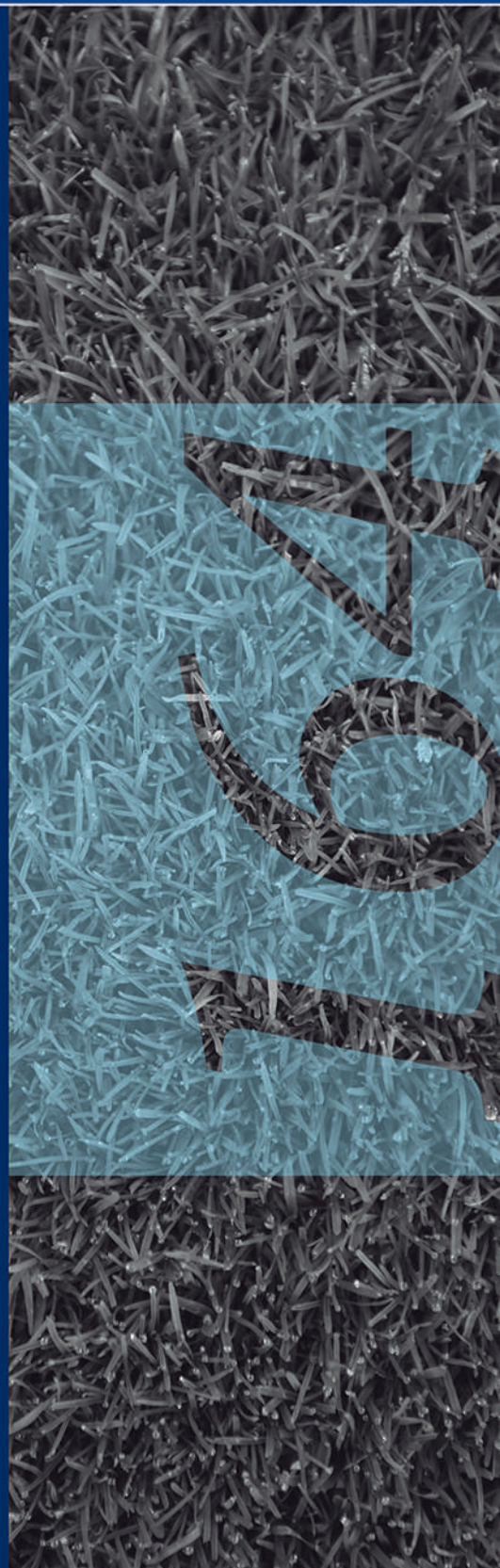
Reinternaciones psiquiátricas: Determinantes clínicos, sociales y demográficos en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires

Nuevas tecnologías y atención en salud mental. Encuesta a psiquiatras y psicólogos de Argentina sobre el uso del WhatsApp

Diagnóstico y formulación de casos en terapia psicodinámica: una revisión sobre herramientas actuales

Características de las alucinaciones en el trastorno límite de la personalidad. Similitudes y diferencias con la esquizofrenia y el trastorno bipolar

Prescripción ambulatoria de clozapina en Colombia: factores relacionados con el uso de dosis inferiores a 100 mg/día



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 Baremblit (Centre d'atenció, docència i investigació en Salut Mental). **Francia:** Thierry Tremine (Consultor independiente); Bernard Odier (Fédération Française de Psychiatrie). **Italia:** Franco Rotelli (Centro de Estudios e Investigación sobre Salud Mental). **México:** Sergio Villaseñor Bayardo (Universidad de Guadalajara). **Perú:** Renato Alarcón (Universidad Cayetano Heredia). **Reino Unido:** Germán Berrios (Universidad de Cambridge). **Suecia:** Lenal Jacobsson (Umeå University). **Suiza:** Nelson Feldman (Hospital

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

Vertex Revista Argentina de Psiquiatría. (2024). 35(164): 6-101. 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: Cesped natural de cerca - www.freepik.es

REDACCIÓN

Comité científico

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

Consejo de redacción

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

Comité de redacción

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

Corresponsales

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



EDITORIAL

En la era digital, la conexión constante a través de dispositivos electrónicos expone a una variedad de experiencias en línea, algunas de las cuales pueden tener un impacto significativamente nocivo en la salud mental de las personas.

El término *doomscrolling* (de *doom*, destino o condenación y *scrolling*, desplazamiento), se refiere a la práctica compulsiva de desplazarse por contenidos en línea negativos, deprimentes o alarmantes. Esta “navegación” puede incluir noticias sobre desastres naturales, conflictos políticos, amenazas económicas o laborales, tragedias personales o cualquier otra información que genere ansiedad, soledad o desesperanza, generando una sensación de caer en una espiral de negatividad.

Las personas atrapadas por el *doomscrolling* tienden a pasar largos períodos de tiempo consumiendo de manera compulsiva este tipo de contenidos en las redes mal llamadas “sociales”, sitios de noticias u otras plataformas digitales, sintiéndose, a menudo, incapaces de detenerse a pesar de los efectos negativos que experimentan en su estado de ánimo y bienestar emocional.

Una creciente bibliografía especializada concluye que este hábito que, a simple vista puede parecer inofensivo para las personas que se inician en él, puede producir efectos profundos y preocupantes para la salud mental. Por el contrario, al desplazarse constantemente por noticias impactantes, tragedias y conflictos, quienes realizan habitualmente esta práctica, se arriesgan a caer en una espiral de negatividad que puede tener consecuencias devastadoras.

Además, el *doomscrolling* también puede llevar a problemas de sueño, porque la exposición constante a la luz azul de las pantallas, especialmente antes de acostarse, puede interferir con el ciclo natural de sueño y hacer que sea más difícil conciliarlo. Esto, en sí mismo, puede afectar negativamente el estado de ánimo, la capacidad de concentración, reacción y la posibilidad de hacer frente al estrés diario.

Una de las razones por las que el *doomscrolling* se vuelve tan adictivo es su naturaleza de recompensa variable. Al igual que los juegos de azar, que están causando un verdadero estrago entre los adolescentes, no sabemos cuándo encontraremos una noticia que nos impacte o nos dé una sensación de confirmación de nuestras preocupaciones. Tal incertidumbre mantiene al cerebro en un estado de alerta constante, liberando dosis de dopamina cada vez que aparece una noticia impactante y reforzando así este comportamiento adictivo.

Otra dimensión que vehiculizan las informaciones que se consumen es la de introducir imágenes o informaciones destinadas a obtener efectos políticos y generar subjetividad desarrollando reacciones de rechazo y odio





EDITORIAL

hacia determinadas minorías (los pobres, los extranjeros...) y, de manera planificada manipular las conciencias de los ciudadanos con consecuencias en su libertad para discernir críticamente a quienes los van a representar y dirigir sus vidas e intereses al momento de elegirlos.

Como profesionales de la salud mental, es fundamental abordar el *doomscrolling* en nuestros consultantes inmersos en este mundo digital cada vez más complejo y abrumador, especialmente en aquellos con vulnerabilidad ansiosa o depresiva, y brindarles estrategias para manejar este comportamiento de manera efectiva. Entre ellas, ser conscientes de los hábitos digitales y establecer límites de tiempo saludables en el uso de la tecnología con horarios específicos para revisar las redes sociales, limitar el tiempo total dedicado a esta conducta y buscar fuentes de información confiables, más equilibradas y positivas que les permitan una mayor autonomía al informarse y tomar decisiones.

Juan Carlos Stagnaro



ÍNDICE

3 Editorial

Artículos

- 6** Guías de primeros auxilios en salud mental para Argentina y Chile: un reporte del estudio de adaptación de las guías australianas. *Martín Agrest, Eduardo A. Leiderman, Sara Ardila-Gómez, Demián Rodante, Esteban Encina-Zúñiga, Isidora Vidal-Zamora, Fernando Prieto, Norma Geffner, Raquel Gabriel, Rubén Alvarado-Muñoz, Nicola Reavley*
- 19** Estudio binacional sobre las agresiones de pareja en estudiantes universitarios. *Gustavo Delucchi, Ximena Guillén Verdesoto, Juana Ochoa, Elizabeth León Mayer, Jorge Folino*
- 33** Tratamiento con microdosis de hongos con psilocibina en trastorno depresivo mayor: reporte de un caso. *Mariana Zarankin, María S. Pellegrini, Francisco Zenteno*
- 40** Reinternaciones psiquiátricas: Determinantes clínicos, sociales y demográficos en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires. *Sergio Damián Chebar, Diego Javier Martino*
- 48** Nuevas tecnologías y atención en salud mental. Encuesta a psiquiatras y psicólogos de Argentina sobre el uso del WhatsApp. *Martín Agrest, Daniel Matusевич, Martín Nemirovsky, Silvia Wikinski*
- 56** Diagnóstico y formulación de casos en terapia psicodinámica: una revisión sobre herramientas actuales. *Santiago Juan, Jorge Humberto Vanegas Osorio, Gastón Giunta, Nahuel Lavanga, Javier Matías Salgado, Alejandra Beatriz Vicente, Juan Martín Gómez Penedo*
- 68** Características de las alucinaciones en el trastorno límite de la personalidad. Similitudes y diferencias con la esquizofrenia y el trastorno bipolar. *Verónica Grasso, Daniel Sotelo*
- 82** Prescripción ambulatoria de clozapina en Colombia: factores relacionados con el uso de dosis inferiores a 100 mg/día. *Jairo M. González-Díaz, Lina Lozano Lesmes, María L. Duarte Niño, Diana C. Zamora, Miquel Bioque*
- 87** **El rescate y la memoria**
Henry Maudsley: entre locos, alienistas y magistrados. *Norberto Aldo Conti*
- 97** **Carta de Lectores**
- 100** **Lecturas**
Apuntes sobre la esperanza (Aproximación neurofenomenológica), Carlos Rojas Malpica. *Juan Carlos Stagnaro*



Guías de primeros auxilios en salud mental para Argentina y Chile: un reporte del estudio de adaptación de las guías australianas

Mental Health First Aid Guidelines for Argentina and Chile: Report on the study to adapt the Australian guidelines

Martín Agrest¹, Eduardo A. Leiderman², Sara Ardila-Gómez³, Demián Rodante⁴, Esteban Encina-Zúñiga⁵, Isidora Vidal-Zamora⁶, Fernando Prieto⁷, Norma Geffner⁸, Raquel Gabriel⁹, Rubén Alvarado-Muñoz¹⁰, Nicola Reavley¹¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i164.542>

Resumen

Introducción: Los problemas de salud mental en la comunidad representan una preocupación global creciente, intensificada desde la pandemia por coronavirus y gracias a una mayor conciencia respecto de su extensión y del bajo nivel de atención que recibieron a lo largo del tiempo. En Australia se crearon las primeras guías de primeros auxilios en salud mental para promover un mayor conocimiento de temas de salud mental en la población general, brindar apoyo oportuno, facilitar el acceso a los servicios de salud por esta problemática, y disminuir el estigma asociado al padecimiento mental. **Método:** Un consorcio de investigadores de Australia, Argentina y Chile, entre marzo de 2020 y mayo de 2023, realizó la adaptación cultural de cinco guías (consumo problemático de alcohol, depresión, riesgo de suicidio, trauma, y psicosis) siguiendo la metodología de consenso Delphi. Profesionales expertos en cada uno de los temas y personas con experiencia vivida (propia o como cuidadores informales) conformaron sendos paneles con miembros de Argentina y de Chile. En dos rondas de consulta evaluaron los ítems provenientes de las guías de Australia y opinaron sobre su pertinencia para formar parte de las guías locales. Adicionalmente, sugirieron ítems que no estaban contemplados en las guías australianas. **Resultados:** El presente reporte presenta el detalle de la metodología empleada y los resultados más significativos de cada una de las cinco guías adaptadas y, particularmente, su aplicabilidad para

RECIBIDO 14/12/2023 - ACEPTADO 6/1/2024

¹Lic. en Psicología. Coordinador de Investigaciones de Proyecto Suma, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

<https://orcid.org/0000-0003-3756-2229>

²Médico especialista en Psiquiatría. Departamento de Neurociencias, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina.

<https://orcid.org/0000-0001-5870-093X>

³Dra. en Salud Mental Comunitaria. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones <https://orcid.org/0000-0002-0022-7438>

⁴Médico especialista en Psiquiatría. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Instituto de Farmacología, Buenos Aires, Argentina. Fundación Foro para la Salud Mental. Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-8888-8547>

⁵Psicólogo, Universidad de Chile. Magister, Análisis Sistemático aplicado a la Sociedad (MASS). Dpto. Antropología. Universidad de Chile. Académico Programa de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina y del Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile. <https://orcid.org/0000-0001-6711-8538>

⁶Psicóloga, Universidad de Chile. Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

<https://orcid.org/0009-0008-3128-7354>

⁷Lic. en Psicología, Universidad de Buenos Aires. Equipo de Investigaciones de Proyecto Suma, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

<https://orcid.org/0000-0003-0193-9258>

⁸Lic. en Psicología, Universidad de Palermo. Proyecto Suma, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0003-2254-9136>

⁹Médica especialista en Psiquiatría. Proyecto Suma, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

¹⁰Médico psiquiatra, Universidad de Chile. Dr. en Psiquiatría y Cuidados Comunitarios (Universidad de Granada, España). Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile. <https://orcid.org/0000-0002-8091-0324>

¹¹Doctor of Philosophy, Swinburne University of Technology, Australia. Centre for Mental Health, Melbourne School of Population and Global Health, University of Melbourne, Victoria, Australia. <https://orcid.org/0000-0001-5513-8291>

Autor correspondiente:

Martín Agrest

magrest66@gmail.com

Institución donde se realizó el estudio: Universidad de Palermo, Universidad de Chile, University of Melbourne.



Argentina y Chile. Sobresale la aceptación general del rol del asistente de primeros auxilios en salud mental, aunque también con limitaciones en el rol y funciones en favor del privilegio de profesionales de la salud. Las recomendaciones de auto-ayuda fueron mayoritariamente no aceptadas por los expertos locales, sugiriendo desconfianza respecto de estas estrategias. Otras recomendaciones específicas para cada una de las guías se describen y analizan en este reporte. *Conclusiones:* Se requiere un estudio de la implementación de la capacitación en base a estas guías para realizar ulteriores adaptaciones y determinar su utilidad local.

Palabras clave: primeros auxilios en salud mental, salud mental en la comunidad, alfabetización en salud mental, estigma, Chile, Argentina

Abstract

Background: Mental health problems represent a growing global concern. This has intensified since the coronavirus pandemic and is also partly due to greater awareness of the extent of mental health problems and the lack of attention they have received over time. In many high-income countries, increases in service provision have been accompanied by efforts to increase the mental health literacy of the general population. One example of this in Australia, is the mental health first aid training program which is informed by the mental health first aid guidelines created to promote mental health literacy among the general population, reduce stigma, and enable lay people to provide timely support, and facilitate access to health services for a person developing a mental health problem or in a mental health crisis. Methods: Between March 2020 and May 2023, a consortium of researchers from Australia, Argentina and Chile carried out the cultural adaptation of five guidelines (drinking problems, depression, suicide risk, trauma, and psychosis) using the Delphi consensus methodology. Health professionals with expertise in each of the topics and people with lived experience (their own or as informal caregivers) from Argentina and Chile were grouped into separate panels. Over two survey rounds, they evaluated the items from the Australian guidelines and gave their opinion on the importance of their inclusion in the local guidelines. Additionally, they suggested items not included in the Australian guidelines. Results: This report presents the details of the methodology used and the most significant results of each of the five adapted guidelines, particularly, those of relevance to the Argentinian and Chilean context. The general acceptance of the role of the first aider stands out as an important outcome. However, in comparison to Australia, the first aider's role was reduced and the health professional role was expanded. Self-help recommendations were typically not endorsed by local experts, suggesting skepticism toward these strategies. Other specific recommendations for each of the guidelines are described and analyzed in this report. Conclusions: A study of the implementation of training courses based on these guidelines is required to make the necessary adaptations and determine their local usefulness.

Keywords: mental health first aid, community mental health, mental health literacy, stigma, Chile, Argentina

Introducción

Luego de la pandemia por coronavirus que se manifestó a comienzos del 2020, los problemas de salud mental, desde la presencia de un trastorno mental diagnosticable hasta las crisis o dificultades transitorias, han recibido un renovado reconocimiento por parte de la población general y de los decisores en materia de salud. Distintos estudios han señalado, incluso antes de la pandemia, que una de cada cuatro personas (World Health Organization, 2001) o una de cada tres personas (Ministerio de Salud de Argentina, 2015) podría desarrollar un trastorno mental a lo largo de su vida. El último estudio poblacional en Argentina mostró que la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en la población general de la Argentina

en mayores de 18 años de edad fue de 29,1 % (sin contar los trastornos psicóticos no afectivos, que no fueron indagados) y el riesgo proyectado de vida hasta los 75 años de edad fue de 37,1 % (Stagnaro et al., 2018). En Chile, se estimó un 31,5 % de prevalencia de vida para cualquier trastorno y de 22,2 % para el último año (Vicente et al., 2006). En los últimos dos años las ya alarmantes cifras habrían empeorado (Torrente et al., 2020; World Health Organization, 2022).

Si bien en ambos países existe un desarrollo de profesionales de salud mental que sobresale mundialmente, muy particularmente en algunas regiones (Alonso & Klinar, 2015), la brecha entre quienes tienen problemas de salud mental y quienes reciben tratamiento es similarmente elevada comparada con otros países (Cia et al., 2019; Kohn et al., 2018; Leiderman et al., 2012; Mi-

nisterio de Salud de Chile, 2017b; Stagnaro et al., 2018). De acuerdo con un estudio poblacional de Argentina, solo el 27,6 % de las personas con un trastorno mental diagnosticable recibieron atención en el último año (Cia et al., 2019). Los trastornos del ánimo (tomados globalmente) y los de ansiedad mostraron cifras algo más alentadoras (35,5 % y 30,1 %, respectivamente); las personas con abuso de alcohol con dependencia, en cambio, solo consultaron en el 14,5 % de los casos (Cia et al., 2019). Un estudio regional mostró que en Chile la brecha era relativamente más baja, aunque llegaba al 61,5 %, y solo 38,5 % de las personas con algún trastorno mental recibía atención (Kohn et al., 2018).

El problema de los altos niveles de prevalencia de trastornos mentales y la brecha entre éstos y la tasa de consulta no es exclusivo de la Argentina o Chile; su extensión --incluso en países con sistemas de salud robustos como Canadá, Australia o Inglaterra-- llevó a buscar estrategias vinculadas al mejoramiento en el acceso a los servicios, la lucha contra el estigma y el desarrollo de estrategias de delegación de tareas o capacitación de personas de la comunidad en temas de salud mental.

Primeros auxilios en salud mental: ¿en qué consisten?

En esta línea, a comienzos del milenio, Australia avanzó en el desarrollo de una serie de guías para capacitar a personas de la comunidad interesadas en ofrecer ayuda informada a quien pudiera estar experimentando un problema de salud mental, tanto fuera una crisis puntual como problemas más duraderos o una exacerbación de los mismos (Kitchener & Jorm, 2002). El concepto es similar al de los ya conocidos “primeros auxilios”, que incluyen la protección, el dar alerta y el socorro mediante medidas de auxilio imprescindibles para mantener con vida a la persona, dejando a personal especializado el uso de maniobras adicionales.

Los objetivos de los primeros auxilios en salud mental son:

- Preservar la vida cuando una persona pueda estar en riesgo de sufrir daños.
- Proporcionar ayuda para evitar que el problema de salud mental se agrave.
- Promover la recuperación de una buena salud mental.
- Reconfortar a una persona con un problema de salud mental.

Un asistente de primeros auxilios en salud mental, por lo tanto, sería una persona de la comunidad que, sin necesidad de formación profesional previa, recibiendo entrenamiento específico, pudiera llevar a

cabo cuatro acciones básicas: 1) detectar y reconocer cuando otra persona estuviera experimentando un problema de salud mental; 2) acercarse e interactuar de modo de facilitar el contacto y establecer una buena comunicación; 3) mantener segura a la persona y, 4) brindar apoyo hasta tanto se resuelva la situación o que pueda lograr encauzar una consulta con el profesional más apropiado para ese problema.

Para llevar a cabo a estas acciones, el asistente de primeros auxilios en salud mental debe capacitarse para saber en qué consisten una variedad de problemas de salud mental (por ejemplo, cuáles son las formas de manifestarse, la forma en que las personas los pueden experimentar, expresar o disimular, los niveles de gravedad o urgencia de dichos problemas, las fuentes de información para conocer más al respecto, etc.). Luego, aprender una serie de principios básicos de cómo acercarse e interactuar así como también las particularidades acordes a las diferentes situaciones o problemas (por ejemplo, buscar el momento oportuno para poder hablar, centrarse en lo que a la persona pueda preocuparla, utilizar un lenguaje verbal y no verbal que promueva la conversación y la confianza de la persona, intentar deshacerse de los prejuicios que pudiera tener, expresar preocupación genuina, aceptación y empatía, tener paciencia, buscar que la persona se sienta escuchada y comprendida, etc.). Para mantener segura a la persona se requieren aprender pautas de alerta, medidas de cuidado y protección, y cómo obtener ayuda especializada inmediata si fuese necesaria. Por último, el apoyo incluye aspectos emocionales, prácticos, sociales, la provisión de información acerca de cómo obtener ayuda profesional, qué tipos de grupos de ayuda mutua existen y/o qué estrategias de auto-ayuda utilizar.

Su función se propone como complementaria de los recursos de salud existentes, como puente para su mejor utilización y, en modo alguno como sustitución de aquellas tareas que únicamente podría desempeñar un profesional de la salud.

Es importante señalar la diferencia entre este abordaje y las propuestas de Primera Ayuda Psicológica o Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) (World Health Organization, 2013) y Primeros Auxilios Emocionales (PAE) (Bodon, 2020) que están fundamentalmente planteados para crisis vinculadas a situaciones de crisis en emergencias y catástrofes, y no para una variedad de situaciones como podría ser cuando una persona presenta síntomas de psicosis, consumo de sustancias, depresión, ansiedad y, también, por la vivencia de una situación potencialmente traumática.

Luego de la implementación de los primeros auxilios en salud mental en Australia (Kitchener & Jorm, 2004; Morgan et al., 2018) y de la realización de distintos estudios de su eficacia en países de Europa para mejorar el conocimiento de la población respecto de los problemas de salud mental (Jensen et al., 2015; Svensson & Hansson, 2014), estos esfuerzos se extendieron a otros países (como China (Lu et al., 2020), Sri Lanka, (Fernando et al., 2021) y Brasil (Ayoub et al., 2021)). Más recientemente, esta propuesta se diseminó a Argentina y Chile (Agrest et al., 2022; Agrest, Tapia-Muñoz, Encina-Zúñiga, Vidal-Zamora, Ardila-Gómez, et al., 2023; Agrest, Tapia-Muñoz, Encina-Zúñiga, Vidal-Zamora, Geffner, et al., 2023; Encina-Zúñiga E et al., 2023; Encina-Zúñiga, Agrest, et al., 2023).

En base a esto, un equipo de investigadores de Chile y Argentina junto con investigadores de Australia llevaron a cabo un estudio que se propuso realizar la adaptación cultural de cinco guías de primeros auxilios provenientes de Australia (para personas con consumo problemático de alcohol, depresión, riesgo de suicidio, trauma, y psicosis). El presente artículo presenta una síntesis cualitativa y cuantitativa de los cinco estudios.

Método

Cada una de las cinco guías de primeros auxilios en salud mental que estaban en uso en Australia en 2018 fueron formuladas como cuestionarios con conocimientos que debe tener o acciones a desempeñar por un asistente de primeros auxilios (cada uno de ellos fue formulado como un ítem; por ejemplo, “El asistente debe saber que la depresión puede variar en severidad, p.ej. de sentirse irritable a sentirse inclinado/a a quitarse la vida”); dichas acciones fueron organizadas en secciones para que expertos locales pudieran opinar acerca de la importancia de que cada acción formara parte de los conocimientos y tareas a realizar por un asistente de primeros auxilios en salud mental en Chile y Argentina.

Simultáneamente, durante 2019, se tradujeron del inglés al español los ítems de las guías de consumo problemático de alcohol, depresión, riesgo de suicidio, psicosis, y trauma (aunque esta última fue presentada en su versión en proceso de reelaboración y sin haberse aprobado como guía final). Las traducciones originales fueron realizadas por una persona bilingüe de la Universidad de Melbourne (nativa en inglés) y revisada por dos miembros del equipo de investigación. Cada una de las guías tuvo una primera adaptación cultural que incluyó: a) una consideración idiomática

por parte de integrantes bilingües del equipo de investigación de la Universidad de Palermo (en Argentina) y de la Universidad de Chile (nativos en español) para hacer que cada ítem fuera más comprensible y aceptable para la población de Chile y Argentina; b) la eliminación de algún ítem que contemplaba situaciones culturales o del sistema de salud no compatible con ambos países; c) la incorporación de entre uno y 26 ítems de acuerdo a aspectos que no estaban suficientemente desarrollados en las guías originales. Los cambios en la traducción, la eliminación y el agregado de ítems fueron discutidos con una integrante nativa en inglés previa retro-traducción de los ítems específicos. El formulario final para la creación de cada una de las cinco guías fue decidido por consenso entre todos los investigadores, sin incluir modificaciones significativas a esta altura del proceso de adaptación.

Participantes

Los ítems de cada cuestionario fueron evaluados utilizando el método Delphi de consenso entre expertos de ambos países tomados de forma integrada. Se conformaron dos paneles de expertos para evaluar cada cuestionario: un panel estaba formado por profesionales de la salud (tanto de Chile como de Argentina) y otro panel estaba formado por personas con experiencia vivida (tanto propia como cuidando informalmente a una persona con alguno de los siguientes problemas: consumo de alcohol, depresión, riesgo de suicidio, trauma, o psicosis). Treinta expertos integrarían cada uno de los dos paneles para cada una de las guías a ser adaptadas. En total (entre ambos países, tanto con experiencia como profesional de salud como con experiencia vivida) se esperaba contar con 300 expertos para la adaptación de las cinco guías.

Los expertos fueron invitados por medio de diferentes estrategias: mapeo de profesionales de la salud de diferentes especialidades (generalistas, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros, etc.), con experiencia de trabajo en diferentes tipos de servicios (atención primaria, internación, rehabilitación, etc.), y por “bola de nieve” (recomendaciones de expertos ya contactados). En Chile también se realizaron anuncios en redes sociales de la Universidad de Chile buscando personas con experiencia vivida en cada una de las temáticas de las guías.

Los expertos y expertas serían mayores de 18 años, con al menos 4 años de experiencia en el tema en el caso de los profesionales de salud, y con la auto-percepción y explicitación de tener experiencia vivida en

el tema específico de cada guía para el caso del otro panel (por ejemplo, alguien que manifestaba haber tenido experiencias de psicosis o de depresión respondería como experto en la guía de psicosis o de depresión, respectivamente).

Procedimientos

En marzo de 2020 se inició la recolección de datos, consistente en la consulta con los expertos locales. La primera ronda de los estudios se extendió hasta fin de agosto de 2022, con una demora considerable debido a la pandemia, las dificultades para contar con la colaboración de trabajadores de la salud y la dificultad para contactar a personas con experiencia vivida por recomendación de éstos. La necesaria participación de las mismas personas en ambas rondas también dilató la fase de recolección. Los participantes de las guías de consumo problemático de alcohol y de depresión respondieron más tempranamente y cerraron su participación de la primera ronda en agosto y octubre de 2020, y la segunda ronda en enero y mayo 2021, respectivamente. Los expertos de riesgo de suicidio, trauma y psicosis finalizaron su participación en la segunda ronda en noviembre 2022, diciembre 2022, y mayo 2023, respectivamente.

Los cuestionarios se distribuyeron en papel o a través de la plataforma Qualtrics (disponible en versión para teléfono celular o para computadora), aunque por limitaciones de la pandemia fueron pocos los expertos que llegaron a completar el cuestionario en papel y mayormente lo hicieron a través de Qualtrics.

Los expertos evaluaron mediante una escala Likert cada ítem presentado en la primera ronda recomendando que cada ítem fuera considerado “esencial”, “importante”, “depende/no estoy seguro/a”, “poco importante”, o “no debería estar incluido” en la futura guía para capacitar a personas de la comunidad interesadas en brindar primeros auxilios en salud mental para el tema específico de cada guía. Las respuestas fueron descargadas en una planilla de cálculo que facilitó el recuento del número de expertos de cada panel que, para cada ítem, habían seleccionado que fuera considerado “esencial” o “importante”. El número de expertos que había aprobado cada ítem se transformó en un porcentaje del total de expertos de ese panel y ronda.

La opinión de los expertos se dividió por paneles (profesionales por un lado y personas con experiencia vivida por el otro), en un pie de igualdad. Un ítem sería aceptado si en ambos paneles el 80 % o más de los expertos recomendaban que el ítem fuera “esen-

cial” o “importante”; sería rechazado si 70 % o menos de los expertos de alguno de los dos paneles aceptaba el ítem (independientemente del grado de aceptación por parte del otro panel). Por último, un ítem sería presentado en una segunda ronda si entre 70 % y 80 % de los participantes de alguno de los dos (o ambos) paneles aprobaba el ítem, siempre y cuando al menos el 70 % de los participantes del otro panel lo aceptara. Por ejemplo, un ítem con 100 % de aprobación por un panel y 69 % de aprobación del otro panel podría ser rechazado; otro ítem con 79 % de aprobación en un panel y 100 % de aprobación en el otro panel o, también, el 70 % de aprobación de ambos paneles, sería reevaluado en una segunda ronda. Un ítem evaluado positivamente por 80 % de ambos paneles alcanzaría para ser aprobado. Adicionalmente, los expertos podían sugerir nuevas recomendaciones (ítems) que consideraban importantes y no estaban contemplados en los ítems de la primera ronda. Su presentación en la segunda ronda sería decidida por el equipo de investigación en base a que fuera nuevo y que hubiese una acción que pudiera derivarse de ese ítem. En la segunda ronda la aceptación contempló la posibilidad de que un ítem tuviera al menos 75 % de aprobación en ambos paneles para ser incorporado en la guía.

Los ítems aceptados en la primera y la segunda ronda pasaron a formar parte de la guía de primeros auxilios específicos para el problema o crisis de salud mental correspondiente. [Las guías](#) se encuentran disponibles como material suplementario.

Análisis

El análisis incluyó aspectos cuantitativos de frecuencia (y de comparación de frecuencia) de aceptación de cada ítem entre los dos paneles para cada guía (incluyendo el uso de un coeficiente de correlación), diferencias cuantitativas y cualitativas entre la guía australiana y los ítems recomendados localmente, y aspectos cualitativos del significado inferido respecto de las recomendaciones de los expertos locales. Para algunos aspectos específicos se analizaron los comentarios de los expertos que pudieran asociarse a la discrepancia entre paneles.

En esta ocasión agregamos al análisis por guía una consideración global mediante la comparación entre las cinco guías adaptadas.

Aspectos éticos

Los expertos recibieron una explicación inicial del proyecto (objetivos y forma de participación). Quienes confirmaron su interés recibieron un detalle ma-

yor como parte del consentimiento informado que firmaron junto a un testigo y enviaron a los investigadores por correo electrónico o por WhatsApp.

Los comités de ética de la Universidad de Melbourne, la Universidad de Chile y la Universidad de Palermo revisaron el protocolo y dieron su aprobación.

Los participantes de Argentina recibieron una módica recompensa por el tiempo insumido para completar la encuesta. En Chile, en cambio, el Comité de Ética no avaló el uso de dinero para pagar a los expertos y, por lo tanto, éstos realizaron la tarea de forma honoraria.

Los datos fueron almacenados de manera anonimizada (con un código para cada participante en cada guía).

Resultados

Un total de 283 expertos respondieron en la primera ronda para las cinco guías (rango de 49 a 67 expertos por guía) y 239 en la segunda ronda (rango de 43 a 52 expertos), lo que representó una tasa de participación en las dos rondas por parte de 84,1 % de los participantes de la primera ronda. El panel de profesionales tuvo una tasa ligeramente mayor (85,4 % vs. 82,5 %) y estuvo conformado mayormente por psiquiatras y psicólogos (82 % del total de expertos del panel), aunque también incluyó a enfermeros, trabajadores sociales, médicos generalistas, terapeutas ocupacionales, y otros trabajadores del campo de la salud. El panel de personas con experiencia vivida, en la primera ronda, estuvo compuesto por 82 personas con experiencia propia y 44 con experiencia como cuidadores; en la segunda ronda fueron 72 y 33, respectivamente. *Ver tabla 1.*

Fueron evaluados 966 ítems durante la primera ronda de consulta entre las cinco guías (rango de 158 a 275 ítems por guía), con una tasa de aprobación de ítems de 64,1 % (rango de 58,2 % a 67,4 %). Por otra parte, los expertos sugirieron un total de 253 ítems (rango de 33 a 62 ítems por guía) durante la primera ronda y fueron incorporados 182 en las guías finales, lo cual representó un total de 20,0 % de ítems nuevos sobre el total de 912 ítems aceptados para las cinco guías. Otros 111 ítems que fueron evaluados durante la primera ronda fueron aceptados durante la re-evaluación de la segunda ronda (11,5 %), por lo que el total de aceptación de los ítems originales entre las dos rondas fue de 75,6 %. Es decir, aproximadamente tres de cada cuatro ítems que formaban parte de las guías originales fueron aceptados. *Ver gráfico 1.*

Ambos paneles de expertos tuvieron una moderada coincidencia al evaluar los ítems. Para cada una de las cinco guías se midió el coeficiente de correlación

de Spearman entre paneles y en todos los casos fue superior a $r=0,6$. Como forma adicional de observar el grado de coincidencia entre paneles se vio que en la mayoría de los ítems ambos grupos de expertos coincidieron en el porcentaje de aceptación del ítem con dispersiones menores al 10 % en más del 60 % de los ítems. Asimismo, el porcentaje de ítems que fue aceptado por un panel (con más del 80 % de los expertos a favor de su inclusión) y rechazado por el otro panel (con menos del 70 % de los expertos a favor de su inclusión) fue bajo y osciló entre 2,8 % (en la guía de riesgo de suicidio) y 8,1 % (en la guía de depresión). Sin embargo, también resultó significativo que algunos ítems recibieran evaluaciones particularmente opuestas según los paneles, con una dispersión superior al 30 % en la aceptación, e indicando que las personas con experiencia vivida podían aportar una visión complementaria a la de los profesionales de la salud. Para un análisis de la correlación entre paneles para cada guía se pueden consultar los respectivos artículos publicados (Agrest et al., 2022; Agrest, Tapia-Muñoz, Encina-Zúñiga, Vidal-Zamora, Ardila-Gómez, et al., 2023; Agrest, Tapia-Muñoz, Encina-Zúñiga, Vidal-Zamora, Geffner, et al., 2023; Encina-Zúñiga, Agrest, et al., 2023; Encina-Zúñiga, Rodante, et al., 2023).

A continuación se presentan los resultados más sobresalientes de cada una de las cinco guías.

Consumo problemático de alcohol

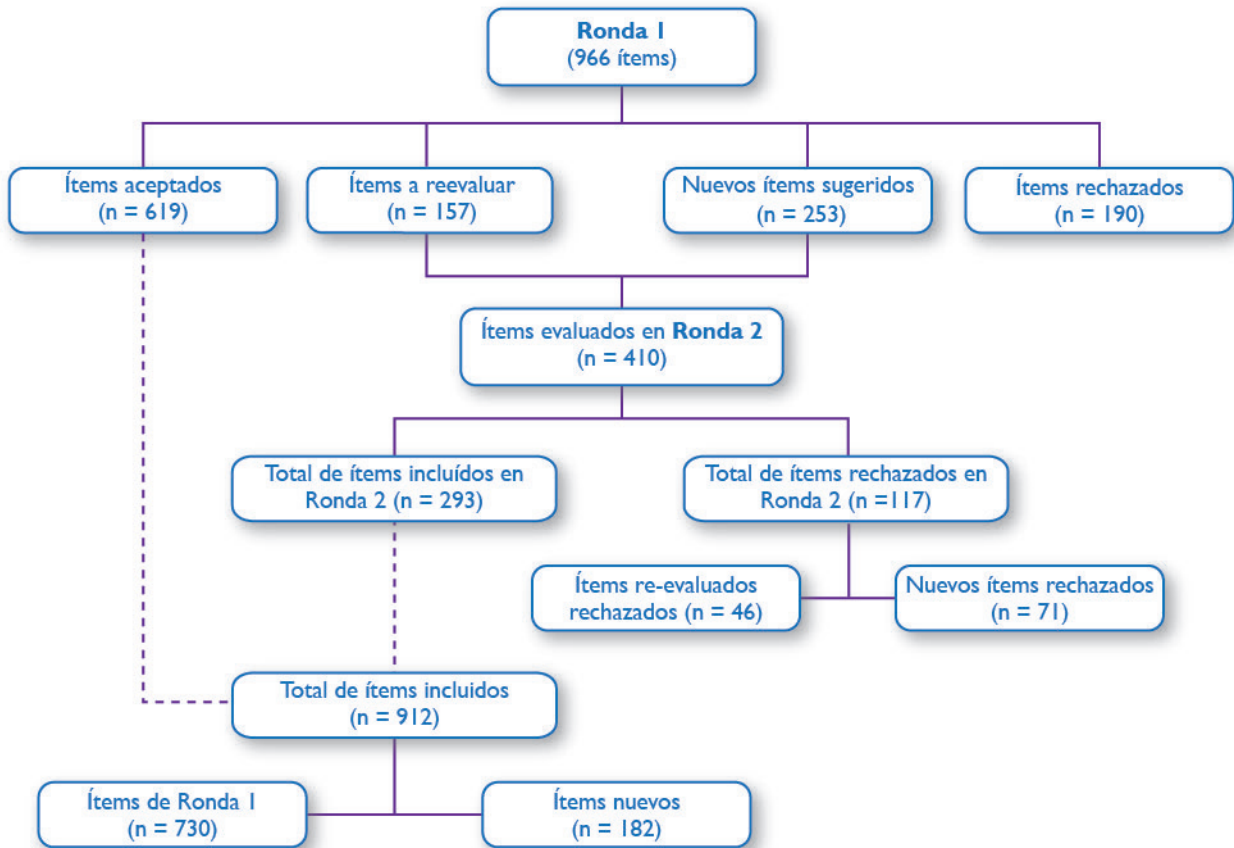
Si bien los expertos locales estuvieron de acuerdo mayoritariamente con las recomendaciones de la guía de Australia para consumo problemático del alcohol, las diferencias fundamentales fueron: 1) la no aceptación de ofrecer información sobre consumo de bajo riesgo o formas de disminuir el consumo de alcohol; 2) algunos aspectos de abordar a una persona con problemas en el consumo de alcohol (por ejemplo, el rechazo de un acercamiento apelando a la conciencia de las consecuencias perjudiciales del consumo excesivo de alcohol, el preguntar de un modo directo sobre el alcohol y el uso de la primera persona (“me preocupa que...”) para abordar a la persona).

Por otra parte, se puso en evidencia la diferencia entre profesionales y personas con experiencia vivida al considerar la importancia de la decisión de la propia persona para encarar un tratamiento y avanzar en su recuperación. Mientras que los profesionales no consideraron que la decisión para dejar de tomar fuera fundamental, sí lo hicieron las personas con experiencia vivida.

Tabla I. Características sociodemográficas de los participante

	Ronda 1				Ronda 2			
	Argentina		Chile		Argentina		Chile	
	n	%	n	%	n	%	n	%
EXPERIENCIA VIVIDA								
Sexo								
Mujer	38	48,7	37	77,1	34	50,0	29	78,4
Hombre	40	51,3	11	22,9	34	50,0	8	21,6
Otro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	78	100,0	48	100,0	68	100,0	37	100,0
TIPO DE EXPERIENCIA VIVIDA								
Propia	43	55,1	39	81,3	38	55,9	34	91,9
Cuidador/a	35	44,9	9	18,8	30	44,1	3	8,1
Total	78	100,0	48	100,0	68	100,0	37	100,0
GRUPOS DE EDAD								
18-24	2	2,6	11	22,9	2	2,9	3	8,1
25-34	11	14,1	20	41,7	6	8,8	8	21,6
35-44	16	20,5	8	16,7	14	20,6	16	43,2
45-54	13	16,7	3	6,3	11	16,2	4	10,8
55-64	28	35,9	4	8,3	26	38,2	5	13,5
65+	8	10,3	2	4,2	9	13,2	1	2,7
Total	78	100,0	48	100,0	68	100,0	37	100,0
PROFESIONALES								
Sexo								
Mujer	39	46,4	47	64,4	35	45,5	37	64,9
Hombre	45	53,6	25	34,2	42	54,5	17	29,8
Otro	0	0,0	1	1,4	0	0,0	3	5,3
Total	84	100,0	73	100,0	77	100,0	57	100,0
GRUPOS DE EDAD								
25-34	2	2,4	21	28,8	1	1,3	13	22,8
35-44	21	25,0	34	46,6	19	24,7	30	52,6
45-54	28	33,3	12	16,4	19	24,7	11	19,3
55-64	20	23,8	5	6,8	26	33,8	0	0,0
65+	13	15,5	1	1,4	12	15,6	3	5,3
Total	84	100,0	73	100,0	77	100,0	57	100,0
PROFESIÓN								
Psicólogo/a	29	34,5	48	65,8	25	32,5	40	70,2
Psiquiatra	48	57,1	4	5,5	45	58,4	1	1,8
Enfermero/a	1	1,2	5	6,8	1	1,3	5	8,8
Médico/a generalista	1	1,2	3	4,1	1	1,3	1	1,8
Trabajador/a social	2	2,4	4	5,5	2	2,6	4	7,0
Terapeuta ocupacional	1	1,2	4	5,5	1	1,3	3	5,3
Otra	2	2,4	5	6,8	2	2,6	3	5,3
Total	84	100,0	73	100,0	77	100,0	57	100,0

Gráfico 1. Ítems evaluados, aceptados y rechazados por ronda



Asimismo, fue significativo el número de personas convocadas como expertas con experiencia vivida propia (por ejemplo, asistentes a Alcohólicos Anónimos) que en alguna instancia de su participación en el estudio prefirieron identificarse como profesionales de la salud en vez de como personas con uso problemático del alcohol. Al mismo tiempo, numerosos participantes del estudio agradecieron la posibilidad de participar y solicitaron un reconocimiento formal mediante una carta que detallara la tarea que habían realizado.

Depresión

La guía de depresión fue la que tuvo mayores discrepancias en comparación con la guía de Australia, en parte debido a los desacuerdos entre ambos paneles. Mientras que los integrantes del panel con experiencia vivida aceptaron que el asistente de primeros auxilios pudiera enfatizar las fortalezas de la persona con depresión, los profesionales rechazaron la importancia de esta forma de ayuda. También estuvieron en desacuerdo ambos paneles entre sí respecto del valor de que el asistente de primeros auxilios consulte a otras

personas que hubieran experimentado depresión como fuente de conocimiento sobre el tema. El panel de experiencia vivida lo vio de utilidad, en tanto los profesionales no lo hicieron.

Asimismo, ambos paneles estuvieron de acuerdo en no aceptar pautas estrictas acerca de cómo aproximarse a una persona con depresión (por ejemplo, fue rechazado que el asistente “deba sentarse junto a la persona y en ángulo hacia ella, en lugar de directamente enfrente de ella”), algo que formaba parte de la guía australiana. Del mismo modo, fue rechazado por ambos paneles que el asistente deba “alentar a la persona a hacer una lista de preguntas que debe discutir con el profesional de la salud en su primera cita”. De modo global, las estrategias de auto-ayuda fueron mayormente descartadas por los expertos locales (tanto profesionales como personas con experiencia vivida de Argentina las cuestionaron, aunque los expertos de Chile manifestaron su apoyo) y, al tomar los paneles de forma global con participantes de ambos países, no alcanzaron consenso para que el asistente de primeros auxilios pudiera recomendarlas a alguien con depresión. Por ejemplo, a instancias de los expertos de Ar-

gentina se descartó que “si la persona está interesada en estrategias de autoayuda, el asistente debería discutir con ella una variedad de estrategias de autoayuda que podrían ser útiles”, aunque sí se aceptó que el asistente “necesita saber que la capacidad y el deseo de la persona de usar estrategias de autoayuda dependerán de su interés y de la gravedad de su depresión”.

Riesgo de suicidio

La tarea del asistente de primeros auxilios en salud mental para alguien que experimenta riesgo de suicidio mostró, como en el resto de las guías, una elevada correlación entre los dos paneles de expertos. Sin embargo, sobresalió que las personas con experiencia vivida no acordaban con preguntar de manera directa acerca de las ideas de suicidio por más que sí acordaron con que el asistente debía ser consciente de que la pregunta por el suicidio no induciría a la persona a realizarlo, algo que suele ser aceptado en las recomendaciones existentes para estas situaciones (Beyond Blue, 2022; Sally Spencer-Thomas & National Alliance on Mental Illness (NAMI), 2019).

También fue relevante que en el caso de los adolescentes en riesgo de suicidio el asistente debía tener una actitud más directiva y menos consensuada que las recomendaciones provenientes de Australia. Asimismo, los expertos locales sugirieron un capítulo nuevo con recomendaciones específicas para el riesgo de suicidio en adultos mayores, que no estaba contemplado en las guías originales.

Trauma

Para la ayuda de una persona que hubiera estado expuesta a un evento potencialmente traumático o que diera señales de haber experimentado un trauma, las recomendaciones locales acentuaron las limitaciones del rol del asistente, recortaron su autonomía, y se privilegió la actuación de un profesional de la salud mental o de respuesta en catástrofes. En segundo lugar, fue llamativo que el panel de experiencia vivida rechazara la importancia del cuidado personal del asistente, algo que se enfatiza en el entrenamiento en Primera Ayuda Psicológica (World Health Organization, 2013) con el impulso de la Organización Mundial de la Salud y que informa el accionar de la Cruz Roja (Cruz Roja (Argentina), 2023). Un tercer aspecto importante de las recomendaciones locales fue que las familias de personas afectadas por una situación potencialmente traumática también pudieran recibir apoyo de parte del asistente de primeros auxilios.

Psicosis

Las estrategias de auto-ayuda y de mutua-ayuda fueron mayoritariamente descartadas por los expertos locales en favor de los profesionales de la salud. Pero, a diferencia del caso de personas con síntomas de depresión, esto fue descartado tanto por los expertos de Chile como de Argentina. Del mismo modo, las sugerencias sobre evitar el consumo de sustancias como forma de evitar la potenciación de síntomas de psicosis no fueron aceptadas, especialmente en base a la opinión de los profesionales de la salud de ambos países. Casi el 75 % de los miembros del panel de expertos con experiencia vivida sí estuvo de acuerdo con que el asistente alentara a la persona “a probar estrategias de autoayuda, por ejemplo, métodos de relajación, actividad física y buenos hábitos de sueño” o “a participar en un estilo de vida saludable, por ejemplo, ejercicio regular, dieta saludable, no consumir sustancias”. Pero la negativa de los profesionales determinó que esta recomendación no fuera aceptada.

Por otro lado, los expertos locales propusieron tomar recaudos adicionales cuando se conversa con una persona con psicosis en cualquier circunstancia y no solo cuando la persona se comporta agresivamente o está en una crisis severa (por ejemplo, buscando ayuda externa de inmediato si no se siente seguro, ya que nunca deben ponerse en riesgo; considerando que la persona puede actuar a partir de una alucinación o delirio por más que esté fuera de una crisis).

Asimismo, los expertos locales recomendaron que el asistente de primeros auxilios en salud mental estuviera informado de temas de derechos humanos como forma de impedir tratos que no fueran respetuosos. Sin embargo, algunas de las recomendaciones rechazadas daban por supuesto principios de auto-determinación y autonomía y éstas quedaron cuestionadas en favor de una mayor protección de la persona.

Discusión

A partir de los cinco estudios por consenso siguiendo la metodología Delphi con expertos con experiencia vivida o con formación profesional específica en el tema, se pudo observar una serie de aspectos comunes a las cinco guías. El rol del asistente de primeros auxilios en salud mental fue aceptado y surgieron numerosas recomendaciones para hacerlo más apropiado para la cultura de Chile y Argentina. Sin embargo, también resaltó que los expertos locales propusieron limitaciones para dicho rol en comparación con sus pares de Australia y de China (Li et al., 2020; Li et al., 2021; Wang et al., 2021), y prefirieron la intervención

de profesionales de la salud y salud mental, pese a que éstos podrían no estar siempre disponibles.

Asimismo, los expertos locales descartaron una cantidad significativa de consejos para promover recursos de auto-ayuda, una de las recomendaciones esenciales de los primeros auxilios en salud mental en Australia (Kitchener et al., 2017), dando por supuesto que siempre debería poder contarse con profesionales de la salud por más que esto no sea siempre posible o que, pese a su existencia, las personas recurren a éstos limitadamente (Leiderman et al., 2012). Sin embargo, los expertos de Chile y Argentina solo coincidieron en no alentar estos recursos en los casos de psicosis (aunque las personas con experiencia vivida fueron relativamente favorables a su utilización). Para la depresión esto sí fue aceptado en Chile, pero fue mayoritariamente rechazado en Argentina (por ambos paneles).

En diferentes situaciones, los expertos locales fueron menos proclives a aceptar la necesidad de consensuar con la persona que está atravesando una crisis en su salud mental las conductas a seguir y, en cambio, se inclinaron por una mayor directividad por parte del asistente. Los principios contenidos en la Convención por los Derechos de las Personas con Discapacidad (United Nations, 2006), y refrendados en los desarrollos basados en los principios de la recuperación (SAMHSA, 2012), según los cuales es prioritario el respeto por la autonomía y se promueve “la dignidad del riesgo” (Basz, 2011), fueron parcialmente apoyados. Sin embargo, por otro lado, los expertos locales enfatizaron la importancia de incluir el tema de los Derechos Humanos en la formación del asistente de primeros auxilios en salud mental. De este modo, parecería que los expertos suscribieron al paraguas de la protección y el respeto inscriptos en los principios de los Derechos Humanos, aunque en menor medida al de la autodeterminación.

Dos aspectos que merecen discutirse fueron: 1) las dudas respecto de preguntar directamente sobre las ideas de suicidio y, 2) la menor valoración de la importancia del cuidado de sí para los asistentes de primeros auxilios en el contexto de dar apoyo a una persona que hubiera experimentado una situación potencialmente traumática. Ambas recomendaciones tienen pleno consenso internacional y forman parte de otras guías en la materia. Sin embargo, en el primer caso las personas con experiencia vivida de Chile y, también de Argentina, en el segundo caso, dieron un parcial apoyo a ambas acciones para ser desarrolladas por un asistente de primeros auxilios. En el pri-

mer caso, es posible que las personas con experiencia vivida hayan dudado de la capacidad de una persona con menor formación para realizar una pregunta tan delicada como la que se refiere a las ideas de suicidio. Por más que aceptaron que la formulación de la pregunta no introduciría en la cabeza de la persona una idea que no estaba con anterioridad, la pregunta directa de parte del asistente no fue convalidada. Esta perspectiva aportada por personas con experiencia vivida podría alertar sobre los recaudos adicionales que puede necesitar una persona de la comunidad cuando se involucra en una conversación tan sensible. En el segundo caso, la menor importancia otorgada al cuidado de sí por parte del asistente indicaría que las personas con experiencia vivida (particularmente en Argentina) podrían estar esperando una ayuda con características “heroicas” y en donde el asistente no necesite resguardarse ni tener en cuenta sus propias necesidades. Nuevamente, aquello que forma parte de consensos más generales sobre el cuidado del cuidador (Brymer M et al., 2006; Cruz Roja (Argentina), 2023) quedó cuestionado. Esto hace pensar que las personas que atraviesan una situación traumática pueden tener expectativas de ayuda ilimitada durante la coyuntura, lo cual exige recalibrar el modo en que un asistente transmite a la persona sus recaudos y necesidades de cuidado propio.

Fortalezas y limitaciones

La adaptación de estas cinco guías de primeros auxilios en salud mental cuenta con algunas fortalezas y también con limitaciones que deben señalarse. Por un lado, las personas con experiencia vivida fueron consideradas en un pie de igualdad con los profesionales de la salud, lo cual dio lugar a guías más respetuosas de quienes finalmente serían los receptores de la ayuda. A su vez, la presencia de expertos de Chile y de Argentina ofreció la posibilidad de contar con documentos que contemplan las particularidades de ambos países; aunque, también, se soslayaron diferencias culturales y de organización de la atención de la salud / salud mental en función de contar con guías que pudieran ser comunes para ambos países. Por ejemplo, Chile se caracteriza por un énfasis en la atención de problemas de salud mental en el marco de la atención primaria de la salud, el uso de guías más estrictas y con un mayor hincapié en aquellas prácticas basadas en evidencia destinadas a problemas específicos (Ministerio de Salud de Chile, 2017a), y la integración del componente de salud mental dentro de la atención

de salud general (Alvarado et al., 2012; Ministerio de Salud de Chile, 2017b). En cambio, Argentina cuenta con una cobertura universal y acceso gratuito para cualquier condición de salud mental y dispone de una ley nacional de salud mental promulgada una década antes que Chile; por otra parte, buscó sustentar e impulsar la transformación de la atención de la salud mental a través de dicha ley, aunque con limitada articulación con médicos generalistas (Agrest et al., 2018; República Argentina, 2010). La realización de guías comunes a sistemas de salud con notables diferencias cabe señalarse como un potencial obstáculo para su futura implementación.

Por otro lado, otros expertos podrían haber realizado recomendaciones diferentes y algunos aspectos que fueron convalidados (o que fueron rechazados) podrían haber sido apreciados de modo diferente por un grupo alternativo de expertos de la región. En la guía de consumo problemático de alcohol numerosos miembros del panel de experiencia vivida estaban relacionados con Alcohólicos Anónimos (AA). Dicha adscripción, siguiendo los principios de ayudar a vivir una vida “sin alcohol”, puede haber determinado que privilegiaran el cese del consumo en vez del intento de moderarlo, pese a que algunas personas podrían presentar dificultades en el consumo sin ser “alcohólicas”. Es posible que una menor proporción de integrantes de AA hubiera arrojado un resultado diferente respecto del consumo de bajo riesgo. Por otra parte, la proporción de expertos en el rol de cuidadores fue marginal respecto de expertas que vivieron el problema en primera persona. Es probable que una representación más equitativa en la muestra pudiera ofrecer un mayor desafío para el consenso en el panel de experiencia vivida (Minoletti A et al., 2015).

La proporción de expertos de ambos países mostró algunas diferencias en términos de edad, profesión de los expertos profesionales de la salud y tasa de respuesta en la segunda ronda, aunque no podemos inferir que esto haya dado lugar a sesgos identificables.

Por último, la realización de dos rondas de consulta (en tanto otros estudios han utilizado tres rondas (Cottrill et al., 2021)) podría haber limitado la inclusión de una mayor cantidad de nuevos ítems o descartado otros que quedaron incluidos al bajar el punto de corte de 80 % a 75 % para la segunda ronda. De todos modos, las modificaciones en una eventual tercera ronda fueron estimadas como mínimas y sin afectación a lo fundamental del producto final consistente en las cinco guías de primeros auxilios en salud mental.

Conclusiones

Los expertos de Argentina y de Chile convalidaron el rol potencial de un asistente de primeros auxilios en salud mental para la región, enriqueciendo su futuro desempeño con aspectos culturalmente más aceptables (por ejemplo, considerando a la familia como destinataria de ayuda en una situación traumática), ampliando algunos detalles de su intervención con grupos especiales (por ejemplo, el suicidio en adultos mayores) o incorporando conocimientos generales (por ejemplo, sobre Derechos Humanos), aunque también limitando sus roles y funciones y privilegiando el rol de los profesionales de la salud.

En el marco de las iniciativas de Salud Mental Global (Patel & Prince, 2010), una propuesta de capacitación formal para miembros de la comunidad proveniente de Australia fue adaptada por medio de un proceso de consulta con expertos locales que resultó exitoso en cuanto al compromiso de los participantes y a la originalidad de los cambios introducidos en las guías de habla inglesa. La implementación de la capacitación basada en estas guías podrá aportar mayor claridad respecto de las especificidades de un rol aún pendiente en la región. Por lo pronto, se anticipa la necesidad de sortear algunos obstáculos que se infieren de la participación de los expertos locales para su mejor aceptación: los profesionales de la salud fueron priorizados por sobre otro tipo de estrategias (tanto por sobre la auto-ayuda como la de un asistente de primeros auxilios) por más que se supone que un asistente de primeros auxilios debiera ayudar a la consulta oportuna cuando ésta fuera necesaria y no pretender reemplazarla; la exigencia por lograr persuadir de un tipo de acción (por ejemplo, la consulta al profesional) por sobre el privilegio del diálogo y el respeto de la autonomía podrían agregar presión al desempeño de un asistente de primeros auxilios en salud mental en la región; la desigual distribución de profesionales y recursos de atención en salud mental podría requerir la reconsideración de estrategias no suficientemente valoradas en los lugares en los que se cuenta con abundantes recursos pero que podrían ser muy valoradas en zonas de menor abundancia. Futuros estudios de la implementación de esta capacitación podrán calibrar las ventajas de su uso en la región tanto en cuanto a una disminución del estigma asociado a los problemas de salud mental como a la consulta oportuna con profesionales de la salud.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

- Agrest, M., Mascayano, F., Teodoro-de-Assis, R., Molina-Bulla, C., & Ardila-Gómez, S. (2018). Leyes de Salud Mental y reformas psiquiátricas en América Latina: múltiples caminos en su implementación. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 29, 334-345.
- Agrest, M., Tapia-Muñoz, T., Encina, E., Wright, J., Ardila-Gómez, S., Alvarado, R., Leiderman, E. A., & Reavley, N. (2022). Development of mental health first aid guidelines for problem drinking: a Delphi expert consensus study in Argentina and Chile. *BMC psychiatry*, 22(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03749-x>
- Agrest, M., Tapia-Muñoz, T., Encina-Zúñiga, E., Vidal-Zamora, I., Ardila-Gómez, S., Alvarado, R., Leiderman, E. A., & Reavley, N. J. (2024). Development of mental health first-aid guidelines for a person after a potentially traumatic event: a Delphi expert consensus study in Argentina and Chile. *BMC Psychiatry* 24: 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05631-4>
- Agrest, M., Tapia-Muñoz, T., Encina-Zúñiga, E., Vidal-Zamora, I., Geffner, N., Ardila-Gómez, S., Alvarado, R., Leiderman, E. A., & Reavley, N. J. (2024). Development of mental health first-aid guidelines for psychosis: a Delphi expert consensus study in Argentina and Chile. *BMC Psychiatry* 24: 113 <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05501-z>
- Alonso, M., & Klínar, D. (2015). Los psicólogos en Argentina: Relevamiento cuantitativo, 2014. VII Congreso Internacional de investigación y práctica en psicología, Ciudad de Buenos Aires.
- Alvarado, R., Minoletti, A., González, F. T., Küstner, B. M., Madariaga, C., & Sepúlveda, R. (2012). Development of Community Care for People with Schizophrenia in Chile. *International Journal of Mental Health*, 41(1), 48-61. <https://doi.org/10.2753/IMH0020-7411410104>
- Ayoub, I. A., Mesquita Peres, C. H., Vidotto Cerqueira, A., Alves Assumpção, T., Andrade Loch, A., & Reavley, N. J. (2021). Cultural adaptation of the Mental Health First Aid guidelines for Brazilians with problem drinking: a Delphi expert consensus study (in submission).
- Basz, E. (2011). Dignidad del Riesgo. La autonomía del usuario. In E. Blank (Ed.), *Panorámicas de Salud Mental: a un año de la sanción de la Ley Nacional N° 26657*. Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Beyond Blue. (2022). Worried about someone suicidal. Retrieved Nov 14, 2023 from <https://www.beyondblue.org.au/mental-health/suicide-prevention/worried-about-someone-suicidal>
- Bodon, M. (2020). Intervenciones de primera respuesta en situaciones de emergencias y catastrofes: "primeros auxilios psicologicos / emocionales" XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia., Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. .
- Brymer M, Jacobs A, Layne C, Pynoos R, Ruzek J, Steinberg A, Vernberg E, Watson P, & (National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD). (2006). *Psychological First Aid (PFA): Field Operation Guide* (2nd Ed.). . https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/type/PFA/PFA_2ndEditionwithappendices.pdf
- Cia, A. H., Stagnaro, J. C., Aguilar-Gaxiola, S., Sustas, S., Serfaty, E., Nemirovsky, M., Kessler, R. C., & Benjet, C. (2019). Twelve-month utilization rates and adequacy of treatment for mental health and substance use disorders in Argentina. *Braz J Psychiatry*, 41(3), 238-244. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0036>
- Cottrill, F. A., Bond, K. S., Blee, F. L., Kelly, C. M., Kitchener, B. A., Jorm, A. F., & Reavley, N. J. (2021). Offering mental health first aid to a person experiencing psychosis: a Delphi study to redevelop the guidelines published in 2008. *BMC psychology*, 9(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00532-7>
- Cruz Roja (Argentina). (2023). Opciones de cursos. Retrieved August 3rd from <https://www.cruzroja.org.ar/primeros-auxilios/#1677767754149-f9cb8168-3a0c>
- Encina-Zúñiga, E., Agrest, M., Tapia-Munoz, T., Vidal-Zamora, I., Ardila-Gómez, S., Alvarado, R., Leiderman, E. A., & Reavley, N. (2023). Development of mental health first-aid guidelines for depression: a Delphi expert consensus study in Argentina and Chile. *BMC psychiatry*, 23(1), 161. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04661-8>
- Encina-Zúñiga, E., Rodante, D., Agrest, M., Tapia-Munoz, T., Vidal-Zamora, I., Ardila-Gómez, S., Alvarado, R., Leiderman, E. A., & Reavley, N. (2023). Development of mental health first-aid guidelines for suicide risk: a Delphi expert consensus study in Argentina and Chile. *BMC psychiatry*, 23(1), 928. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05417-0>
- Fernando, M., Chandrasiri, A., Dayabandara, M., & Reavley, N. J. (2021). Cultural adaptation of mental health first aid guidelines for depression for Sri Lanka: a Delphi expert consensus study. *BMC psychiatry*, 21(1), 585. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03598-0>
- Jensen, K. B., Morthorst, B. R., Vendsborg, P. B., Hjorthøj, C. R., & Nordentoft, M. (2015). The effect of the mental health first-aid training course offered employees in Denmark: study protocol for a randomized wait-list-controlled superiority trial mixed with a qualitative study. *BMC psychiatry*, 15, 80. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0466-1>
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2002). Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC psychiatry*, 2, 10. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12359045
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2004). Mental health first aid training in a workplace setting: a randomized controlled trial [ISRCTN13249129]. *BMC psychiatry*, 4, 23. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-23> [pii]
- Kitchener, B., Jorm, A., & Kelly, C. (2017). Mental health first aid manual (4th ed.). Mental Health First Aid Australia.
- Kohn, R., Ali, A. A., Puac-Polanco, V., Figueroa, C., López-Soto, V., Morgan, K., Saldívia, S., & Vicente, B. (2018). Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e165.
- Leiderman, E. A., Lolich, M., Vázquez, G. H., & Baldessarini, R. J. (2012). Depression: point-prevalence and sociodemographic correlates in a Buenos Aires community sample. *J Affect Disord*, 136(3), 1154-1158. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.032>
- Li, W., Jorm, A. F., Wang, Y., Lu, S., He, Y., & Reavley, N. (2020). Development of Chinese mental health first aid guidelines for psychosis: a Delphi expert consensus study. *BMC psychiatry*, 20(1), 443. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02840-5>
- Li, W., Jorm, A. F., Wang, Y., Lu, S., He, Y., & Reavley, N. J. (2021). Development of Chinese mental health first aid guidelines for problem drinking: a Delphi expert consensus study. *BMC psychiatry*, 21(1), 254. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03266-3>
- Lu, S., Li, W., Oldenburg, B., Wang, Y., Jorm, A. F., He, Y., & Reavley, N. J. (2020). Cultural adaptation of the mental health first aid guidelines for depression used in English-speaking countries for China: a Delphi expert consensus study. *BMC psychiatry*, 20(1), 336. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02736-4>
- Ministerio de Salud de Argentina. (2015). Salud Mental. Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos. Retrieved Nov 3, 2023 from <https://www.argentina.gob.ar/salud/mental-y-adicciones/que-es>
- Ministerio de Salud de Chile. (2017a). Guías Clínicas AUGE: Tratamiento de personas desde el primer episodio de Esquizofrenia (Guías Clínicas AUGE, Issue.
- Ministerio de Salud de Chile. (2017b). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Ministerio de Salud.
- Minoletti A, Toro O, Alvarado R, & Rayo X. (2015). Diferencias en percepción de calidad de atención y respeto de derechos en salud mental entre usuarios, familiares y funcionarios. *Revista De La Facultad De Ciencias Médicas De Córdoba*, 72(4), 261-269. <https://doi.org/https://doi.org/10.31053/1853.0605.v72.n4.13833>

- Morgan, A. J., Ross, A., & Reavley, N. J. (2018). Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS One*, *13*(5), e0197102. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197102>
- Patel, V., & Prince, M. (2010). Global mental health: a new global health field comes of age. *Jama*, *303*(19), 1976-1977. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.616>
- Sally Spencer-Thomas, & National Alliance on Mental Illness (NAMI). (2019). How to Ask Someone About Suicide. NAMI. Retrieved Nov 14, 2023 from <https://www.nami.org/Blogs/NAMI-Blog/September-2019/How-to-Ask-Someone-About-Suicide>
- SAMHSA. (2012). SAMHSA's working definition of recovery: Ten guiding principles of recovery. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved Oct. 25th, 2022 from <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/pep12-recdef.pdf>
- Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Ezequiel, S., Medina, M., Benjet, C., & Aguilar-Gaxiola, S. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, *29*(142), 275-299.
- Svensson, B., & Hansson, L. (2014). Effectiveness of mental health first aid training in Sweden. A randomized controlled trial with a six-month and two-year follow-up. *PLoS One*, *9*(6), e100911. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100911>
- Torrente, F., Yoris, A., Low, D. M., López, P., Bekinschtein, P., Manes, F., & Cetkovich, M. (2020). Sooner than you think: A very early affective reaction to the COVID-19 pandemic and quarantine in Argentina. *Journal of Affective Disorders*, *282*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.124>
- United Nations. (2006). Convention On The Rights Of Persons With Disabilities (CRPD). <https://social.desa.un.org/issues/disability/crpd/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-crpd>
- Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Levav, I., & Torres, S. (2006). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *Am J Psychiatry*, *163*(8), 1362-1370. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1362>
- Wang, Y., Li, W., Lu, S., Jorm, A. F., Oldenburg, B., He, Y., & Reavley, N. (2021). Development of Chinese mental health first aid guidelines for assisting a person affected by a traumatic event: a Delphi expert consensus study. *BMC psychiatry*, *21*(1), 600. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03606-3>
- World Health Organization. (2001). The World Health Report, 2001: Mental Health, New Understanding, New Hope. WHO.
- World Health Organization. (2013). Psychological First Aid: Facilitator's Manual for orienting Field Workers. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/unimelb/detail.action?docID=1692759>
- World Health Organization. (2022). Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact (WHO/2019-nCoV/Sci_Brief/Mental_health/2022.1). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352189/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-eng.pdf?sequence=1>

Estudio binacional sobre las agresiones de pareja en estudiantes universitarios

Binational study on partner aggression in university students

Gustavo Delucchi¹, Ximena Guillén Verdesoto², Juana Ochoa³, Elizabeth León Mayer⁴, Jorge Folino⁵

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i164.543>

Resumen

En esta investigación se dimensiona comparativamente la violencia en parejas de estudiantes de nivel universitario de la Argentina y de Ecuador y se explora la asociación con los celos y otras covariables teóricamente relevantes mediante análisis multivariado. Con un diseño de corte transversal se encuestaron 714 estudiantes (528 de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina, y 186 de Universidad de Cuenca, Ecuador). Los instrumentos utilizados fueron el *Conflict in Adolescents Dating Relationships Inventory*, la *Multidimensional Jealousy Scale* e ítems *ad hoc* sobre fidelidad, consumo de sustancias y estrés durante la relación de pareja. Si bien se halló un predominio de la violencia verbal/emocional, el 3,8 % de los participantes alcanzó alto valor en la medida de abuso total cometido y más de la mitad informó haber cometido, por lo menos, un acto violento físico durante la relación índice. En modelo de regresión logística se verificó que la condición de pertenecer al grupo de alta violencia se asoció positiva y significativamente con los factores celos comportamentales, celos cognitivos, estrés y consumo de sustancias, y negativa y significativamente con la edad al comienzo de la relación.

Palabras clave: violencia de pareja, estudiante universitario, celos, fidelidad, estrés, consumo de sustancias

Abstract

This research assesses violence in university students couples from Argentina and Ecuador. It focuses on its association with jealousy and other variables. Seven hundred and fourteen students (528 from the National University of La Plata, Argentina, and 186 students from the University of Cuenca, Ecuador) were surveyed using a cross cutting design. The measures used were Conflict in Adolescents Dating Relationships Inventory, Multidimensional Jealousy Scale, and other ad hoc methods related to faithfulness, substance use, and stress during dating relationship. A predominance of verbal/emotional violence was found, and 3.8% of the participants had high values in total abuse and more than half reported having committed at least one physical act against his/her partner. In a logistic regression model, it was also verified that belonging to the group of high violence was positive and significantly associated with factors behavioral jealousy, cognitive jealousy, stress and substance use and negative and significantly associated with the age at the beginning of the relationship.

Keywords: partner violence, university student, jealousy, faithfulness, stress, substance use

RECIBIDO 6/4/2023 - ACEPTADO 17/8/2023

¹Médico psiquiatra. Profesor adjunto de Psiquiatría, Cátedra de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, Argentina. ORCID: 0000-0003-2771-1980

²Psicóloga clínica. Mg. en psicoterapia familiar para niños y adolescentes. Docente en las carreras de Trabajo Social y Orientación Familiar, coordinadora de vinculación con la sociedad de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad de Cuenca, Ecuador. ORCID: 0000-0003-0690-7941

³Psicóloga clínica. Mg. en psicoterapia. Directora de la Carrera de Trabajo Social; docente en las carreras de Trabajo Social y Orientación Familiar, Universidad de Cuenca, Ecuador. ORCID: 0000-0001-5683-6657

⁴Dra. en Ciencias de la Salud. Mg. en psicología social. Docente de la Cátedra de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, Argentina. ORCID: 0000-0003-1564-6448

⁵Dr. en Medicina. Profesor de Psiquiatría. Director de la Maestría en Salud Mental Forense, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, Argentina. ORCID: 0000-0001-5834-2212

Autor correspondiente:

Gustavo Delucchi

gad@med.unlp.edu.ar

Instituciones donde se realizó el estudio: Universidad Nacional de La Plata, Argentina; Universidad de Cuenca, Ecuador.



Introducción

A pesar que la violencia en la pareja está reconocida como problema comunitario que adopta exteriorizaciones económicas, psicológicas y físicas y puede llegar a ser letal (Organización Panamericana de la Salud, 2003), la indagación científica está lejos de considerarse agotada. Por su parte, las acciones preventivas suelen encontrar amplia variedad de obstáculos, que va desde las erróneas influencias atribucionales (Esposito et al., 2020) y el acceso a armas (Kafka et al., 2021) hasta el aislamiento por pandemia (Schokkenbroek et al., 2021). Entre los múltiples aspectos relevantes para avanzar en la prevención, se destaca la necesidad de detectar e intervenir en factores que influyen tempranamente, antes que se establezca un patrón de comportamiento violento. En ese sentido, la adolescencia tardía y la adultez temprana han sido señalados como grupos etarios de mayor riesgo (Capaldi et al., 2012) y estudios latinoamericanos previos han puesto de manifiesto la influencia de los celos (Delucchi et al., 2018; Guillén Verdesoto et al., 2021). En este estudio construimos conocimiento a partir de hallazgos de Argentina y de Ecuador buscando comparar magnitudes y características de la violencia en las parejas de estudiantes universitarios (en adelante VPEU) y poniendo a prueba un modelo de asociación multivariada en una muestra agregada binacional. A continuación, se exponen antecedentes de las principales variables incluidas en el análisis.

La violencia de pareja

La complejidad de la violencia de pareja ha sido estudiada desde múltiples perspectivas y contextos. Ha habido extensa indagación en estudios ambientales con un enfoque en la adversidad de la vida temprana, el trauma, el apego y el abuso de sustancias, y en disfunciones cognitivas y ejecutivas (Stover et al., 2022). Asimismo, ha sido ampliamente reconocida la alta prevalencia en muy diversos grupos étnicos o sociales o de género. A modo ilustrativo de su dimensión, el 10.2 % de las mujeres y 12 % de los varones de una muestra representativa de la población asiático-americana en los EE. UU. informaron haber sido víctimas de violencia por parte de sus actuales parejas (Chang et al., 2009); en una población combinada de 329.212 militares de Canadá y EE. UU. se halló que la prevalencia de violencia física cometida en el último año fue del 26 % en los varones y del 20 % en las mujeres (Kwan et al., 2020). Otros estudios informaron prevalencias del padecimiento de la violencia de pareja

en la vida en el orden del 24.3 % para mujeres y del 13.8 % para varones (Black et al., 2010) y más del doble de riesgo de sufrir violencia íntima física para personas transgénero, en comparación con personas cisgénero (Stover et al., 2022).

La violencia de pareja en adolescentes y jóvenes se ha explorado en diversos ámbitos y, en el educativo, se han incorporado variables relacionadas con el clima de seguridad vivenciado por los estudiantes. En reciente estudio sobre 6964 estudiantes de una universidad del sur de los EE. UU. se informó que, a pesar de que el 99 % de los estudiantes se sentían seguros en la universidad durante el día y el 78 % durante la noche y de que el 93 % creía que la universidad se preocupaba por su seguridad personal, el 15 % sufrió acoso verbal cara a cara y el 5 % acoso físico en el último año antes de la encuesta (Follingstad et al., 2021). Previamente, el Centro de Control de Enfermedades había informado que el 12 % de estudiantes secundarios habían padecido violencia física en una relación de pareja (Center for Disease Control and Prevention, 2000). La alta prevalencia de la violencia durante el noviazgo de jóvenes estudiantes también fue ampliamente documentada en un estudio internacional que utilizó muestras de 22 países, incluyendo dos países latinoamericanos –México y Brasil– (Chan et al., 2008); los resultados del país ubicado en la mediana indicaron que el 30 % de los estudiantes de la muestra informó haber cometido agresión física a su pareja en los 12 meses a la encuesta (Chan et al., 2008).

Otras evidencias disponibles se relacionan con el patrón de victimización de la pareja adolescente y con las variadas formas de presentación. Por ejemplo, se conoce que en las relaciones adolescentes se presenta una tendencia a que concurren la condición de víctima de violencia con la de perpetrador (Chan et al., 2008; Malik, Sorenson, & Aneshensel, 1997; Straus & Ramirez, 2007; Taylor & Mumford, 2016) e, incluso, hay estudios, como el realizado en adolescentes de colegios de Los Ángeles, que indican que las mujeres tuvieron mayor probabilidad que los varones de comportarse violentamente durante el noviazgo y que entre los factores que aumentaron el riesgo se contaba la exposición a previa violencia, la normalización del uso de la violencia y el consumo de marihuana (Malik et al., 1997).

También se conoce que la violencia en la pareja puede manifestarse de diversas maneras. Burk & Seiffge-Krenke (2015) agruparon las manifestaciones violentas en dos tipos: la agresión física y la agresión relacional. La primera consiste en el uso intencional

de la fuerza que puede herir a la pareja e incluye tanto conductas agresivas leves –por ejemplo, empujones, rasguños–, como conductas violentas severas –por ejemplo, intentos de asfixia, bofetadas, ataques con armas. La segunda involucra insultos, ataques verbales, chismes difamatorios, exclusión, coqueteo sutil con otra persona con la intención de producir celos y amenazas de terminar la relación. A esa forma de agresión relacional se la encontró asociada con mala adaptación psicológica, depresión, y con la mala calidad de la relación (Prinstein et al., 2001). Salvimalli & Kaukiainen (2004), informaron que las mujeres, comparativamente con los varones, tendieron a sentirse más afectadas por ese tipo de agresión relacional, percibieron que tenía un mayor impacto en sus relaciones, y pasaban más tiempo pensando y discutiendo acerca de ello. Cuando la violencia en las parejas es mutua, se acompaña de funcionamiento menos adaptativo, más conflictos y carencia de cualidades relevantes como la confianza y el sostén cooperativo (Seiffge-Krenke & Burk, 2015).

La adolescencia tardía y la adultez temprana forman el período en el que se ha detectado el pico de la violencia de pareja (Capaldi et al., 2012). Por otra parte, Johnson, Giordano, Manning y Longmore (2014) adicionaron el detalle que en los varones la violencia en la pareja aumenta desde los 13 hasta los 20 años para luego decrecer y que en las mujeres, si bien el patrón es similar, alcanza el pico entre los 21 y 24 años.

En Latinoamérica también se cuenta con evidencias que dan cuenta de las altas prevalencias y de la simetría en la violencia durante los noviazgos. En un estudio en 963 estudiantes de la universidad pública de Córdoba, Argentina, se halló que la prevalencia de agresión física en el año previo fue del 34 % para las mujeres y del 22 % para los varones, y que haber informado haber cometido agresiones se asoció con un aumento significativo de la probabilidad de haber sufrido agresiones, tanto de la misma modalidad como de otra (Arbach-Lucioni et al., 2015). En otro estudio argentino se encuestaron 84 estudiantes universitarios (73 % de género femenino, 26 % masculino y 1 % sin consignar; promedio de edad 24,5 años) y se halló que las interacciones a las que aludían los encuestados se caracterizaban por la bilateralidad de las manifestaciones violentas (Delucchi et al., 2018). En Ecuador, Guillén et al. (2021) encuestaron 186 estudiantes universitarios y encontraron puntajes de violencia preocupantes en el 5.4 % de los encuestados y que el 60.2 % había cometido por lo menos un acto violento físico durante la relación de pareja índice; asimismo, que los

subtipos de violencia tuvieron distribución similar entre varones y mujeres.

Los celos y la violencia de pareja

La relación entre celos y violencia de pareja es de especial interés en este estudio. Diversos antecedentes señalan a los celos como una variable significativamente asociada con manifestaciones violentas en la pareja ya sea de manera directa o en interacción con otras variables. Por ejemplo, la asociación pudo ser verificada en jóvenes norteamericanos (Davis et al., 2000; Giordano et al., 2010) y en estudiantes españoles (Muñoz-Rivas et al., 2007). La intensidad de los celos, mediada por la amenaza a la autoestima, se relacionó con la provocación de la agresión hacia la pareja en estudio experimental en Boston (DeSteno et al., 2006). También Murphy y Russell (2016) hallaron que los celos resultaron mediadores de la relación entre la sensibilidad al rechazo y la agresión, y DiBello et al. (2015), que los celos cognitivos mediaron en la asociación entre la autoestima contingente a la relación de pareja, el consumo de alcohol y los problemas relacionados con ese consumo.

Otras evidencias provienen de estudios latinoamericanos, tanto cuantitativos como cualitativos. Entre los últimos, se cuenta un aporte brasilero desde la perspectiva feminista que puso de manifiesto la relación entre los celos, la infidelidad y el consumo de sustancias con los conflictos y la violencia de pareja (do Nascimento Paixao et al., 2014). En otro estudio brasilero, con metodología cuantitativa, Costa et al. (2015) encontraron significativa asociación entre celos patológicos no delirantes y el rasgo de ansiedad, y sostuvieron que esa asociación tiene amplia potencialidad de aumentar la reactividad violenta. De la Argentina se cuenta con los hallazgos de la investigación antes mencionada que orientan a sostener la existencia de asociación significativa entre los celos y la violencia de pareja. Específicamente, en esa línea de estudios se encontró que los celos comportamentales y los celos cognitivos se asociaron positiva y significativamente con la VPEU, aun controlando otros factores tales como el estrés y el consumo de sustancias durante la relación de pareja y la edad al inicio de esa relación (Delucchi et al., 2018).

El constructo de los celos y su relación con la violencia fue tempranamente indagado como parte de una propensión psicológica que evolucionó en el Homo Sapiens con la funcionalidad de alcanzar confianza en la paternidad y de asegurar la exclusividad y control sexual del varón hacia la pareja mujer (Daly et al., 1982). Más recientemente, la atención se movilizó

hacia el estudio de la relación entre celos y otros constructos de nivel individual tanto para con la agresión como para otras consecuencias problemáticas, pero sin restringirse al sexo masculino y a la funcionalidad para la reproducción; en cambio, comenzó a interesarse, también, en jóvenes transgénero y en jóvenes no conformistas (Goldenberg et al., 2018).

Infidelidad, consumo de sustancias, estrés y violencia de pareja

Determinadas condiciones resultan factores de riesgo para la violencia en la pareja. Entre ellos se ha señalado no sólo a los celos sino, también a la infidelidad de la pareja y al uso de alcohol y drogas (Paixão et al., 2014). La infidelidad previa, ya sea cometida o sufrida, influye aumentando la predisposición a reaccionar con celos (Pines & Aronson, 1983). Algunos reportes informaron, incluso, que haber sufrido infidelidad es un predictor significativo de los celos especialmente en los varones (Burchell & Ward, 2011) y que éstos tienen propensión a desplegar sentimientos de ira y ejecutar violencia en respuesta a la infidelidad de la pareja (Miller & Maner, 2008).

El consumo de sustancias es ampliamente reconocido como un factor de riesgo de violencia en base tanto a evidencias comunitarias y asistenciales (Swanson et al., 1990; Swanson et al., 1994), como también, en la relación de pareja (Capaldi et al., 2012).

Al consumo de alcohol se lo ha encontrado significativamente relacionado con la violencia de pareja en varones celosos (Brem et al., 2018), y al consumo de marihuana sintética, con mayor riesgo de victimización por violencia en los noviazgos juveniles (Ihongbe & Masho, 2018). Si bien el consumo de sustancias interactúa con otras variables contextuales en el ámbito de la violencia de pareja juvenil, como son el sostén familiar y las expectativas estudiantiles (Gomez et al., 2019), se trata de un factor muy relevante pues es posible de intervenciones preventivas.

Por su parte, el estrés es un componente tradicionalmente reconocido de la diátesis hacia la violencia. Las capacidades para afrontar el estrés son condiciones que se incluyen en diversas sistemáticas de evaluación de riesgo de violencia (Douglas et al., 2013; Greer et al., 2020). Si bien en los noviazgos juveniles se presenta la complejidad que el estrés puede ser tanto consecuencia directa de la violencia como indirecta, como ocurre, por ejemplo, a través del sufrimiento que produce el rechazo social hacia los jóvenes de parejas violentas (Temple et al., 2016), hay evidencias

que orientan a sostener que el estrés produce una contribución significativa e independiente sobre la violencia de pareja (Buunk & Massar, 2019).

El contexto

El contexto de la investigación es binacional. Por una parte, está configurado por la Universidad de Cuenca, ubicada en la ciudad de Cuenca, Ecuador, que es una institución pública que tiene alrededor de 18.000 estudiantes en programas de pre y post grado. El estudio es pertinente a la política de la universidad pues ésta promueve el desarrollo de programas de atención y orientación a los estudiantes campañas de prevención contra las drogas y violencia, y de asistencia en casos de vulneración de derechos (Aula de Derechos Humanos, 2018; Consejo Universitario, 2018). La determinación institucional para prevenir la violencia resalta cuán pertinente es promover la investigación empírica sobre los problemas de violencia de pareja en los estudiantes universitarios y desplegar acciones preventivas basadas en evidencias, aunque la indagación sistemática en el área es, aún, incipiente (Guillén Verdesoto et al., 2021). En Ecuador, el tema es de interés general pues la información oficial a nivel nacional señala que, a lo largo de la vida, el 40.8 % de mujeres vivieron violencia psicológica y una de cada cuatro, violencia física (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2019).

Por la otra parte, es la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata la que conforma el contexto argentino. Se trata de una unidad académica del sistema educativo público y gratuito, en la que, además de medicina, se dictan las carreras de Enfermería Universitaria, Licenciatura en Nutrición, Licenciatura en Obstetricia y Tecnicatura en Prácticas Cardiológicas. La Facultad tiene estudiantes que provienen de múltiples regiones de la Argentina y de países latinoamericanos y cuenta con una Dirección de Género y Salud. Entre las particularidades institucionales, se destaca una amplia tradición de docencia e investigación en el área forense y, especialmente, en lo concerniente a comportamientos violentos (e.g., Folino et al., 2005b, 2005a; Folino et al., 2012; Folino & Raverta, 2006; Folino & Urrutia, 2001).

El presente estudio

En este estudio construimos la indagación sobre las manifestaciones violentas y la relación con los celos y otras variables teóricamente relevantes a partir de dos investigaciones realizadas en la Argentina y en Ecuador con metodología equivalente.

La investigación de la Argentina tuvo una primera etapa de colección de datos de la cual ya se informaron los resultados (Delucchi et al., 2018) y una segunda etapa en la que se alcanzó una muestra de 528 estudiantes, cuyos resultados se integran en el presente estudio. De la investigación ecuatoriana, que tuvo como muestra 186 estudiantes, también ya se informaron resultados (Guillén Verdesoto et al., 2021). En ambos estudios se colectaron los datos con una encuesta que, si bien se describe detalladamente más abajo, corresponde adelantar en este apartado que incluía a los mismos instrumentos de medición.

En el estudio ecuatoriano se halló que el 60.2 % de la muestra informó haber cometido por lo menos un acto violento físico durante la relación íntima y, mediante un modelo de regresión logística, que se verificaron asociaciones estadísticamente significativas entre los celos comportamentales y el estrés con la pertenencia al grupo de alta violencia; específicamente, los autores informaron $OR = 1,09$ ($p = 0,003$; 95 % IC 1,03; 1,2) y $OR = 1,41$ ($p < 0,001$; 95 % IC 1,21; 1,64) para los celos conductuales y el estrés, respectivamente (Guillén Verdesoto et al., 2021). La magnitud de la asociación de los celos y la VPEU informada, si bien estadísticamente significativa, podría ser interpretada como de escasa relevancia en la secuencia causal y, también, a explorarla en muestras más amplias. Por otra parte, el hecho de que variables teóricamente relevantes –consumo de sustancias, el estrés, la fidelidad y la edad al comienzo de la relación–, que habían tenido asociación bivariada significativa con la VPEU, hubieran perdido la significación en el modelo multivariado (Guillén Verdesoto et al., 2021), motiva a indagar la eventual insuficiencia de poder estadístico debido a un tamaño muestral pequeño para un modelo que incluyera todas esas variables. Estas consideraciones nos motivaron a poner a prueba el modelo informado con una población más grande formada por el agregado de las muestras ecuatoriana y argentina. En síntesis, contemplando que las variables y las medidas utilizadas en ambos estudios fueron las mismas, en el presente estudio nos propusimos extender la línea de investigación explorando las diferencias entre los hallazgos en las dos poblaciones y poniendo a prueba el modelo multivariado previamente informado, en la muestra integrada argentino-ecuatoriana.

Materiales y método

Diseño y participantes

En este estudio integramos datos de dos investigaciones con diseño de corte transversal. En una de ellas, se encuestaron estudiantes de las carreras Trabajo Social

y Orientación Familiar de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad de Cuenca entre los meses de abril y mayo de 2018. De los 220 estudiantes que durante ese período estuvieron cursando las asignaturas Psicología de la personalidad, Psicología social, Patologías sociales, Mediación y resolución de conflictos; Intervención psicosocial familiar, Terapéutica familiar, Modelos de intervención social, Psicodiagnóstico y Mediación familiar, pudieron ser encuestados 186; 150 informaron sexo femenino (80,6 %), 35 sexo masculino (18,8 %) y un participante no registró su sexo (0,5 %; la pregunta era abierta, sin código preestablecido y no preguntaba por género). La edad media al momento de la encuesta fue 22 años ($DE 2,9$; Mín. 17; Máx. 31). En la otra investigación, se encuestaron estudiantes que cursaban la asignatura Psiquiatría de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata durante los años 2017 y 2018. Ochocientos cincuenta y tres estudiantes conformaron el marco muestral durante esos años; la muestra se conformó con quienes consintieron la encuesta y tuvo 538 estudiantes; en la etapa de depuración de datos se excluyeron 10 por no haber respondido alguno de los dos principales instrumentos; la muestra quedó, finalmente, constituida por 528 estudiantes. La distribución por sexo fue 64,6 % femenino; 33,1 % masculino y 2,3 % desconocido, por no haber sido consignado. El promedio de edad de la muestra fue 24,5 años ($DE 3,7$; Mín. 19 y Máx. 54 años).

La muestra agregada quedó conformada por 714 estudiantes (68,8 % que informaron sexo femenino; 29,4 %, masculino y 1,8 % que omitió respuesta).

Instrumentos

Conflict in Adolescents Dating Relationships Inventory (CADRI)

Se utilizó la versión de CADRI (Wolfe, 2001; Wolfe et al., 2001) traducida al español por Fernández Fuertes, Fuertes Martín, y Fernández Pulido (2006), con mínima adaptación a la terminología argentina (Delucchi et al., 2018). La CADRI está formada por 35 pares de ítems, que evalúan la presencia de conflicto y violencia en la pareja. Los ítems son enunciados de manera objetiva y comportamental (por ejemplo, “Le hablé con un tono hostil u ofensivo”) y son contextualizados al momento del conflicto o pelea con la pareja. Los ítems se agrupan de a pares porque se pregunta por la conducta de quien responde y por la de su pareja. Veinticinco de los ítems son considerados para el cálculo del total y de las subescalas. Los 10 pares de ítems

restantes están relacionados con tácticas de resolución positiva de conflictos y cumplen rol de distractores y no forman parte de las mensuras. La puntuación de cada ítem va desde 0 a 3 según un ordenamiento de frecuencias, 0 corresponde a “nunca”, 1 a “raramente o una o dos veces”, 2 corresponde a “a veces o de 3 a 5 veces” y 3 a “a menudo o 6 o más veces”. Los ítems de la CADRI se agrupan en cinco subescalas que representan respectivos dominios de la violencia de pareja: violencia sexual –cuatro ítems–; “violencia relacional” –tres ítems–; “violencia verbal-emocional” –diez ítems–; “amenazas” –cuatro ítems–; “violencia física” –cuatro ítems–. Los ítems de la violencia relacional hacen referencia a acciones tendientes a desacreditar a la pareja entre sus compañeros/amigos, mientras que los de la violencia verbal-emocional hacen referencia a diversos tipos de insultos, amenazas, reproches o comportamientos dirigidos a la pareja tendientes a hacerla enojar o a darle celos. Para cada subescala se calcula la media. En las restantes subescalas el dominio medido está literalmente representado por sus respectivas denominaciones. Estas subescalas contribuyen a formar dos puntajes de segundo orden: el de “total de abuso cometido” y el de “total de abuso sufrido” que se obtienen promediando las subescalas.

Los autores del instrumento original informaron los siguientes coeficientes alfa de Cronbach: total abuso cometido, 0,83; violencia sexual, 0,51; violencia relacional, 0,52; violencia verbal-emocional, 0,82; amenazas, 0,66 y violencia física, 0,83 (Wolfe, 2001; Wolfe et al., 2001). En el estudio argentino, los coeficientes Alfa obtenidos fueron 0,84, 0,42, 0,51, 0,81, 0,82 y 0,72, respectivamente. En el estudio ecuatoriano, los valores fueron 0,84, 0,35, 0,29, 0,79, 0,51, y 0,78 respectivamente (Guillén Verdesoto et al., 2021). Wolfe et al. encontraron que las subescalas de abuso sexual y de agresión relacional variaban en su relación con el factor de segundo orden según edades y sexos, por lo que recomiendan utilizar como indicador general de violencia sólo la suma de las restantes tres subescalas (Wolfe, 2001; Wolfe et al., 2001). Siguiendo tal recomendación y considerando los valores de los coeficientes alfa obtenidos, en el presente trabajo no se informan los resultados con las subescalas de abuso sexual y de agresión relacional y la información del total de abuso cometido se refiere a la suma de las escalas violencia verbal-emocional, amenazas y violencia física.

Multidimensional Jealousy Scale –MJS–

Para medir el constructo de celos se utilizó la MJS (Pfeiffer & Wong, 1989) en su versión argentina (Delucchi et

al., 2018). El instrumento fue desarrollado para evaluar los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales de los celos en relaciones románticas. Diversos estudios informan buenos índices de consistencia interna superiores a 0,80 (Elphinston, Feeney, & Noller, 2011; Haas Bueno & Carvalho, 2005; Lucas, Pereira, & Esgalhado, 2012; Pfeiffer & Wong, 1989; Tani & Ponti, 2016); con la muestra argentina se obtuvieron valores de coeficiente alfa de Cronbach de 0,90; 0,86; 0,88 y 0,88 para las subescalas cognitiva; emocional; comportamental y para el total, respectivamente. Para la muestra ecuatoriana, los valores fueron 0,92, 0,87, 0,93 y 0,87, respectivamente.

La escala está formada por 24 ítems que se distribuyen en tres factores: cognitivo, que es indicador de la frecuencia de los pensamientos relacionados con los celos; emocional que es indicador de la intensidad de la respuesta emocional o sentimiento; y conductual que es indicador de la frecuencia de las acciones relacionadas a los celos. La puntuación de cada ítem va de 1 a 7 que corresponden, respectivamente, a las siguientes categorías ordenadas: “todo el tiempo”; “casi siempre”; “muchas veces”; “la mitad del tiempo”; “pocas veces”; “casi nunca”; “nunca”. Los valores de la subescala cognitiva deben ser revertidos antes de ser sumados. Las puntuaciones posibles en cada subescala tienen un rango de 8 a 56; el total tiene un rango de 24 a 168 y los valores más altos son indicativos de los mayores niveles de celos (Pfeiffer & Wong, 1989).

Escalas de fidelidad y de estrés

La valoración del encuestado sobre su propio patrón de fidelidad y sobre la fidelidad de previas parejas se midió con una escala cuyo rango va desde 0 (nada infiel) hasta 10 (completamente infiel). De la misma manera se midió la autovaloración del nivel de estrés del encuestado contextualizado en la época de la pareja índice, sin que se preguntara si el estrés era producido por conflictos de pareja u otra causa externa.

Level 2 –Substance use– adult

El consumo de sustancias contextualizado a la época de la pareja índice se midió en base a una de las escalas de medidas emergentes del DSM5. La versión en español se denomina NIVEL 2 –Uso de sustancias– Adultos y se trata de un instrumento adaptado del ASSIST (Organización Mundial de la Salud, 2011) modificado por el National Institute on Drug Abuse (American Psychiatric Association, 2013). Los ítems de la escala tienen un rango de 0 a 4, dependiendo de la frecuencia de consumo: nunca a casi todos los días del mes, respectivamente. Si bien no se encontró in-

formación sobre la confiabilidad de la versión modificada en población universitaria, Mostardinha, Bartolo, Bonifácio, y Pereira (2019) informaron un rango de 0,56 a 0,84 en los coeficientes alfa de Cronbach de las 10 subescalas de la versión original para esa población específica. Nosotros formulamos un indicador de consumo general sumando los valores de consumo para cada categoría de sustancias según la escala (valores posibles desde el mínimo de cero al máximo de 40). El consumo de alcohol no está incluido en esta escala; el consumo de alcohol fue colectado sólo en parte de la muestra y, por esa razón, fue excluido del análisis en el presente estudio.

Procedimiento

Los ítems de los instrumentos y los diseñados ad hoc se dispusieron en una encuesta en formato papel con las respectivas instrucciones. Esas instrucciones también se transmitieron verbalmente a los participantes junto con algunos contenidos pertinentes a la metodología. Posteriormente, se abrió la oportunidad de dialogar para aclarar dudas.

Se solicitó a los participantes que contextualizaran las respuestas seleccionando una relación de pareja romántica intensa, actual o pasada, independiente del sexo y género de cualquiera de los miembros. La pareja sobre la que los encuestados respondieron, se denomina pareja índice en este artículo.

A los estudiantes se les solicitó el consentimiento verbal luego de explicarles los objetivos de la investigación y detalles del procedimiento; también que podían dejar de responder el cuestionario cuando lo decidieran. Se tuvo el cuidado bioético de informárseles que la decisión de participar o no, de ninguna manera tendría impacto en la valoración de su desempeño estudiantil. También se les informó que la encuesta era anónima, que los resultados se expresarían estadísticamente y se pondrían a disposición de la comunidad científica y estudiantil. Además, se informó que el proyecto contaba con la autorización de la auto-

ridad universitaria y con acreditación en el Programa de Incentivos de la Secretaría de Ciencia y Técnica del Ministerio de Educación de la Argentina. La tarea de colección de datos fue realizada por los autores en sus respectivas unidades académicas.

Análisis estadístico

Los datos se cargaron en base de datos con doble control de seguridad y el análisis se realizó con el SPSS 20.1. En primer lugar, se realizó el análisis descriptivo de las variables según su nivel de medición y su proveniencia. Posteriormente, habiendo establecido un nivel de confianza de $p < 0,05$ se hizo el análisis bivariado calculando Rho de Spearman. Finalmente se formuló un modelo de regresión logística con método condicional de pasos sucesivos hacia atrás, con criterio de ingreso $p < 0,05$ y de salida $p < 0,10$.

Resultados

A continuación, informamos acerca de los resultados descriptivos obtenidos con cada una de las muestras y focalizamos en las diferencias entre las muestras de Ecuador y de la Argentina. Posteriormente, informamos los resultados de las medidas de asociación bi y multivariadas.

Los encuestados ecuatorianos y argentinos tuvieron diferencias significativas en las variables demográficas y la duración de la relación. En la *Tabla 1* se exhiben los estadísticos en los que se evidencia que la muestra ecuatoriana tuvo menor edad a la encuesta y al comienzo de la relación índice como, asimismo, menor duración de la relación.

El 50,1 % de todos los encuestados informó que aún continuaba con la relación al momento de la colección de datos.

En la *Tabla 2* se exhiben los estadísticos descriptivos de las variables para la muestra argentina, la ecuatoriana y para la muestra agregada binacional. En cuanto a los resultados con la medida de violencia, se destaca el hallazgo homogéneo de mayores puntajes

Tabla 1. Edad a la encuesta, al comienzo de la relación y duración de la relación

	Muestra total (N = 714)		Argentina (n = 528)				Ecuador (n = 186)				p (a)
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	Min	Máx	\bar{x}	DE	Min	Máx	
Edad a la encuesta	23,8	3,7	24,5	3,7	19	54	22	2,9	17	31	< 0,001
Edad al comienzo de la relación	19,5	3,5	20	3,7	13	46	18	2,7	13	26	< 0,001
Duración de la relación en meses	35,9	31,7	37	32	<1	240	33	30	1	144	0,04

Nota. (a) U de Mann-Whitney para medias de Ecuador y Argentina.

en las diversas formas de violencia sufrida que en las de la violencia cometida. Al respecto, cabe informar adicionalmente que la correlación de los totales de CADRI cometida y sufrida para toda la muestra binacional fue .78 ($p < 0,001$). El subtipo de violencia más cometido y sufrido fue el verbal emocional. En la comparación entre países, se destacan los valores significativamente mayores obtenidos en Ecuador para las amenazas, la violencia física y el abuso total cometido (ver *Tabla 2*).

En los resultados de las variables independientes, se destaca que, respecto a los celos, la subescala emocional alcanzó los valores más altos. Asimismo, resalta la mayor magnitud y la significación estadística encontrada en la muestra ecuatoriana para los celos cognitivos y comportamentales y para las valoraciones sobre infidelidad propia y de previas parejas y para el consumo de sustancias. Considerando la muestra agregada, los encuestados informaron haber apreciado un estrés mediano durante la relación índice y haber sido un poco más fieles de lo que habían sido con ellos, sus previas parejas. En la comparación, la muestra ecuatoriana informó mayor infidelidad propia y de previas parejas (ver *Tabla 2*).

La distribución de los valores de VPEU según CA-

DRI difirió significativamente de la normal en todas las subescalas y en el total. La distribución de valores del total de abuso cometido según CADRI se expone en el Gráfico 1. El gráfico tiene en su abscisa el rango posible de la puntuación (0-3). Si bien la concentración de puntuaciones se ubica en los valores más bajos, se destaca que el 3.8 % tuvo valor mayor a 1 en Abuso total cometido, lo que implica un preocupante nivel de violencia. El 53.4 % informó haber cometido, por lo menos, un acto violento físico durante la relación índice.

A los efectos de avanzar en el análisis hacia la puesta a prueba del modelo multivariado, a continuación, expondremos los resultados obtenidos de la muestra agregada (ver *Gráfico 1*).

El primer paso para explorar la asociación entre las variables independientes –que también tuvieron distribución significativamente diferente a la normal– y la dependiente fue determinar la correlación. Los resultados se exponen en la *Tabla 3*, junto al n válido para cada relación bivariada, dado que hubo algunos valores perdidos. Se destaca que las correlaciones resultaron altamente significativas. Además, con la excepción de la edad al comienzo de la relación, fueron positivas (ver *tabla 3*).

Tabla 2. Valores medios de CADRI y covariables según país y muestra agregada

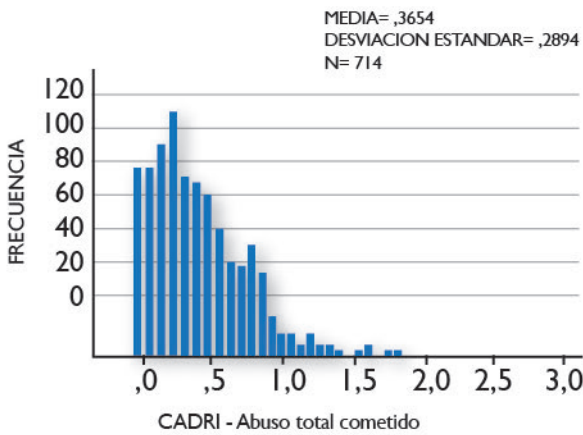
Covariable	Muestra total (n = 714)		Muestra Argentina (n = 528)		Muestra Ecuatoriana (n = 186)		p (a)
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	
CADRI Violencia Verbal/Emocional Cometida	0,84	0,50	0,85	0,50	0,84	0,49	0,97
CADRI Violencia Verbal/Emocional Sufrida	0,88	0,57	0,88	0,58	0,86	0,56	0,62
CADRI Violencia Amenazas Cometida	0,12	0,25	0,09	0,22	0,18	0,31	0,00
CADRI Violencia Amenazas Sufrida	0,17	0,38	0,15	0,37	0,23	0,41	0,00
CADRI Violencia Física Cometida	0,13	0,32	0,11	0,27	0,21	0,43	0,00
CADRI Violencia Física Sufrida	0,15	0,38	0,14	0,36	0,19	0,43	0,01
CADRI Abuso Total Cometido	0,37	0,29	0,35	0,27	0,41	0,33	0,04
CADRI Abuso Total Sufrido	0,40	0,38	0,39	0,37	0,43	0,39	0,17
MJS Cognitiva	18,01	9,16	16,59	8,01	22,06	10,88	0,00
MJS Emocional	40,69	7,02	40,78	6,54	40,45	8,25	0,75
MJS Comportamental	14,52	7,77	14,05	7,09	15,87	9,33	0,02
MJS Total	73,23	16,55	71,41	15,22	78,38	18,99	0,00
Estrés	4,49	2,69	4,52	2,74	4,41	2,55	0,57
Valoración de patrón de propia infidelidad	2,03	3,02	1,83	2,95	2,59	3,14	0,00
Valoración de la infidelidad de parejas previas	3,12	3,13	2,88	3,09	3,77	3,16	0,00
Indicador de consumo de sustancias (b)	1,20	1,55	1,34	1,51	0,81	1,61	0,00

Nota. (a): significación asintótica bilateral de prueba de Mann Whitney para diferencias de medias entre muestras de Ecuador y Argentina. (b) en este indicador de consumo no se computó el alcohol ni el tabaco. CADRI: Conflict in Adolescents Dating Relationships Inventory. MJS: Multidimensional Jealousy Scale.

Con el propósito de formular el modelo de regresión logística, dicotomizamos la variable dependiente CADRI total cometida en función de la mediana de la muestra binacional ($Md = 0,3$). De esa manera, la mues-

tra queda distribuida con 371 (52 %) casos con valores igual o menor a la mediana que denominamos “grupo baja VPEU” y con 343 (48 %) casos con valores mayores a la mediana, que denominamos “Grupo alta VPEU”.

Gráfico 1. Distribución de valores de abuso total cometido según Conflict in Adolescents Dating Relationships Inventory -CADRI- y rango posible en abscisa



Formulamos el modelo con el método condicional de pasos sucesivos hacia atrás e introduciendo variables utilizadas en el análisis bivariado y excluyendo las relacionadas con la apreciación de la fidelidad propia y de previas parejas para disminuir la cantidad de casos perdidos. De esa manera, el modelo queda formulado para $n = 672$. Los resultados se muestran en la *Tabla 4*. Controlando por las demás variables, los celos cognitivos, los celos comportamentales, el estrés y el consumo de sustancias se asociaron significativamente con mayor riesgo de pertenecer al “Grupo alta VPEU” (ver *Tabla 4*).

El modelo clasificó correctamente al 69,6 % de los casos y ajustó adecuadamente a los datos (Hosmer y Lemeshow = 12,821 (gl 8); $p = .118$). Congruentemente con el hallazgo en la correlación, el coeficiente beta

Tabla 3. Correlaciones entre CADRI total cometida, MJS y otras covariables pertinentes en la muestra binacional

Covariables	r	n (a)
MJS Cognitiva	0,373**	714
MJS Emocional	0,130**	714
MJS Comportamental	0,486**	714
MJS Total	0,391**	714
Edad al comienzo de la relación	-0,211**	708
Estrés	0,352**	707
Valoración de patrón de propia infidelidad	0,240**	711
Valoración de la infidelidad de previas parejas	0,250**	697
Indicador de consumo sin alcohol ni tabaco	0,156**	679

Nota. r: Rho de Spearman. *: La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). N = 714. (a) n es variable debido a casos perdidos. CADRI: Conflict in Adolescents Dating Relationships Inventory. MJS: Multidimensional Jealousy Scale.

Tabla 4. Modelo de regresión logística con variable dependiente “Grupo alta VPEU/Grupo baja VPEU”

Covariable	B	Error estándar	gl	p	Exp(B)	95 % C.I. para Exp(B)	
						Inferior	Superior
MJS Cognitiva	0,031	0,011	1	0,005	1,031	1,009	1,054
MJS Comportamental	0,119	0,019	1	0,000	1,126	1,084	1,170
Edad al comienzo de la relación	-0,088	0,028	1	0,001	0,916	0,868	0,967
Estrés	0,166	0,036	1	0,000	1,180	1,100	1,266
Indicador de consumo	0,240	0,065	1	0,000	1,272	1,119	1,446

Nota. n: 672. MJS: Multidimensional Jealousy Scale.

negativo para la edad al comienzo de la relación indica que a menor edad, la muestra tuvo mayor riesgo de pertenecer al grupo de alta violencia en la pareja o, dicho en otros términos, que la mayor edad al comienzo de la relación actúa, por lo menos en cierta medida, como factor protector.

Discusión

En este estudio nos propusimos extender la línea de investigación previamente desarrollada en las universidades de La Plata, Argentina, y de Cuenca, Ecuador, explorando el contraste de los hallazgos en las dos poblaciones y poniendo a prueba el modelo multivariado formulado con los datos ecuatorianos en la muestra obtenida con la integración argentino-ecuatoriana.

Los datos se obtuvieron con una encuesta que requería a los encuestados informar sobre las variables de estudio en el contexto de una relación de pareja amorosa intensa, es decir, que hubiera movilizado sus afectos, el romanticismo o el amor según sus propias interpretaciones de lo que ello implica. Los estudiantes respondieron sobre parejas con considerable duración y que, en la mitad de los casos, aún continuaban unidas al momento de la encuesta.

Los subgrupos difirieron en promedio de edad y esa diferencia se relaciona con los años de la carrera que cada grupo estaba cursando. Mientras los participantes ecuatorianos estaban distribuidos entre los años primero, segundo, tercero y cuarto de sus carreras, los participantes argentinos estaban concentrados en los dos últimos años de la carrera y, por lo tanto, era esperable que tuvieran mayor edad. Si bien ese hallazgo no es teóricamente trascendente, sí resultan destacables las diferencias significativas de edad en la edad al comienzo de la relación y en la duración de las relaciones. La muestra ecuatoriana comenzó, en promedio, las relaciones románticas referidas más tempranamente y las terminó en período más breve. En principio, nos orientamos a interpretar el hallazgo como un patrón cultural relacional diferente. Reconocemos la posibilidad que podría tratarse de un artefacto debido a la diferencia de edad al momento de la encuesta, en el sentido que los más adultos podrían haber informado sobre relaciones más cercanas en el tiempo y que los más jóvenes, no habrían tenido otra posibilidad que informar sobre relaciones más tempranas. Pero, en oposición a esa posibilidad, se tiene que el requerimiento en la consigna era que la relación hubiera sido románticamente significativa, lo que daba a los argentinos la oportunidad de haber informado so-

bre alguna relación temprana y ello hubiera impactado diluyendo las diferencias. Por otra parte, la alta tasa de embarazo de adolescentes en Ecuador, que en diversas provincias alcanza a ser de cinco embarazos por mil adolescentes (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2013), también aduna con nuestra interpretación acerca de que el hallazgo de la temprana edad refleja un patrón de inicio más temprano de las relaciones románticas en la muestra ecuatoriana. El inicio temprano coincide con un período en el que aún no están avanzados los procesos biológicos y sociales de la maduración y, por consiguiente, de la moderación comportamental (Steinberg, 2008; Steinberg et al., 2008; Steinberg & Monahan, 2007), por lo que resulta congruente relacionar, por lo menos parcialmente, el hallazgo con la mayor prevalencia de comportamientos violentos en la pareja y con su covariación con los celos.

Si bien cualquier expresión de violencia en la pareja es indeseable, es razonable la indagación acerca de aquellas poblaciones con más riesgos a los efectos de gestionar los recursos de intervención seleccionada o indicada. Al respecto, el presente estudio permitió verificar en la muestra agregada que, mientras la amplia mayoría obtuvo una tendencia general hacia los valores bajos y al predominio de la violencia verbal/emocional, hubo un 3,8 % con alto valor de abuso total cometido. El hallazgo resulta preocupante, pero, a su vez, señala que es factible detectar grupos con mayor riesgo y dirigir hacia ellos la prevención indicada. También se destaca el hallazgo que más de la mitad informó haber cometido, por lo menos, un acto violento físico durante la relación índice. Sin dudas, los hallazgos tienen implicancias para las políticas preventivas institucionales. Esas proporciones resultan indicadores empíricos de la necesidad de prevenir el efecto deletéreo que en la salud general y en el ejercicio de los derechos puede generar ese nivel de violencia en las parejas de estudiantes universitarios. También aduna en el mismo sentido que los valores medios hayan sido mayores en esta muestra que los del grupo etario más parecido -19 años- de una muestra española (Fernández-Fuertes et al., 2006). El contraste entre las muestras latinoamericanas y la europea estimula la indagación de la eventual influencia de factores de nivel macro como la inequidad de género (Okeke et al., 2019) o de pautas culturales relacionadas con el temprano comienzo de las relaciones románticas, pero, fundamentalmente llama a la acción preventiva institucional. El acceso a programas preventivos de la violencia en el noviazgo es muy heterogéneo aún en

países con intensa intervención preventiva en ámbitos estudiantiles (Khumbhandani et al., 2017) pero, de todas maneras, algunos ajustes locales podrían construirse a partir de los hallazgos del presente estudio y de antecedentes promisorios provenientes de otras latitudes (Avery-Leaf et al., 1997; De La Rue et al., 2017). Por ejemplo, el haber encontrado en el presente estudio que la violencia cometida varió concomitantemente con la violencia sufrida, siendo el contexto para ambos tipos de violencia la misma pareja índice, orienta a inferir la existencia de bidireccionalidad o predominante reciprocidad de la violencia de pareja de estos jóvenes. El hallazgo, que es coincidente con otros antecedentes (Chan et al., 2008; Fernández-Fuertes et al., 2006; Malik et al., 1997; Straus & Ramirez, 2007; Taylor & Mumford, 2016), orienta a sostener que los servicios no deberían contemplar grupos monolíticamente separados de víctimas y de victimarios (Taylor & Mumford, 2016).

Previamente a discutir acerca de la asociación de los factores contemplados en este estudio con la VPEU, será conveniente comentar algunos hallazgos descriptivos. La distribución de valores en las variables independientes difirió de la distribución normal. La apreciación del propio estrés y la valoración de la infidelidad propia y de la infidelidad de previas parejas produjeron resultados con amplia dispersión. Todo ello orienta a interpretar que, como ocurre con la violencia en la pareja, los celos intensos y las demás experiencias relacionadas con la fidelidad y el estrés afectan de manera heterogénea a la población estudiantil y que hay un subgrupo con destacado riesgo y alta necesidad de suministro de servicios preventivos. Estas disquisiciones, al igual que las de párrafos previos, podrían tenerse en cuenta para la planificación de servicios locales, pues compiten con la suposición de que serían necesarios servicios de gran alcance y alto costo y refuerzan la idea de acciones específicas sobre grupos seleccionados.

Terminando la discusión sobre aspectos descriptivos de los hallazgos en la Argentina y Ecuador, cabe destacar que mientras los estudiantes argentinos informaron, en promedio, mayor consumo de sustancias, los estudiantes ecuatorianos informaron mayores magnitudes de celos y de experiencias de infidelidad.

Para discutir los hallazgos de la asociación entre las variables independientes y la VPEU, es conveniente tener presente que buscábamos poner a prueba un modelo multivariado previo con una población mayor y binacional. En el estudio previo, se habían obtenido asociaciones estadísticamente significativas de los ce-

los comportamentales y del estrés con la condición de pertenecer al grupo de alta violencia. En el presente estudio se verificó la asociación significativa de ambas variables y, además, la de los celos cognitivos, el estrés y el consumo de sustancias. Nuestra interpretación es que la muestra más grande permitió poner de manifiesto estadísticamente la relación que, hipotetizábamos, tenían el estrés y el consumo de sustancias. El estrés y el consumo de sustancias pueden, en determinadas circunstancias, ser tanto influencias causales como consecuencias de la violencia en la pareja y, finalmente, combinarse de maneras tan intrincadas que alternen o mezclen sus roles. Precisar tan discriminativas interacciones resulta difícil a nivel grupal e individual pero, de cualquier manera, la asociación verificada permite sostener la relevancia funcional de cada una de las condiciones. Por último, al igual que ocurriera en el previo estudio, en la formulación del modelo multivariado se mantuvo significativa y con signo negativo la asociación de la edad al comienzo de la relación con el grupo de alta VPEU. El hallazgo coincide también con otros estudios (Johnson et al., 2014).

Si bien el diseño del estudio no permite expedirse respecto a causalidad, los hallazgos posibilitan una aproximación más cercana a lo que puede ser la realidad en cuanto a influencias que promueven la violencia en las parejas de jóvenes estudiantes. El modelo orienta a sostener que los celos (especialmente cuando se exteriorizan de manera comportamental), el consumo de sustancias y el estrés influyen, en los comportamientos violentos en la pareja. Asimismo, que la mayor edad ejerce un efecto protector. El hallazgo produce una representación plausible: los celos cognitivos, más allá de poder movilizar acciones violentas directamente vinculadas con la existencia de potencial competidor, producen un inconfort que puede sensibilizar a la persona joven para la reacción ante reactivos de otras naturalezas; a tales potencialidades, los celos comportamentales le suman la alternativa de mayor conflictividad producida por la acción defensiva o reclamo de la persona celada; a su vez, el consumo de sustancias (Levitt & Cooper, 2010) y el estrés (Mozley et al., 2021), cualquiera sea su nexo de relación, pueden adicionar, entre otros efectos, el de desestabilización y, consiguientemente, menos inhibición para con la violencia. Con el transcurso de los años de vida, las experiencias pueden ir templando a la persona o a sus reacciones; la experiencia de desencantos amorosos puede inducir actitudes más tolerantes y realistas, mayor control comportamental y una respuesta diferente a la particular ecuación de derechos, libertades

y compromisos que se asumen en la pareja romántica. Por supuesto que el aumento de la edad no puede contemplarse como un factor que lleve directa e invariablemente al aumento del efecto protector; con más años de vida también pueden presentarse otras condiciones que, en determinadas circunstancias, podrían tener efecto mucho más poderoso que la madurez o templanza adquirida y conducir a comportamientos violentos, incluso más graves; así ocurre cuando se presentan determinantes patológicas celotípicas en el transcurso del alcoholismo (Folino & Escobar-Córdoba, 2009; Jaspers, 1977) o especiales conflictos emergentes de la fallida inversión de recursos en parejas perdurables (Buss & Duntley, 2011).

La asociación entre estos factores y la VPEU de ninguna manera da cuenta de la variancia completa del fenómeno. Investigaciones futuras podrán medir localmente otros factores influyentes, como las normas sociales que se relacionan con la violencia en el noviazgo (Meiksin et al., 2023). Mientras tanto, el hallazgo del presente estudio predispone a la planificación preventiva sobre estados personales empíricamente delimitados y que pueden ser detectados por terceros o motivar la consulta de quienes lo padecen.

Además de las limitaciones del diseño transversal, en este estudio se reconocen otras limitaciones. Los resultados no pueden generalizarse a los estudiantes de la universidad; si bien la muestra abarca una amplia población que es mayoría de los estudiantes que cursaban los respectivos años de las carreras ecuatorianas (186 de 220 elegibles) y de la carrera argentina (528 de los 853 elegibles), no puede considerarse muestra representativa del universo estudiantil local y, por lo tanto, la comparación tiene un carácter exploratorio. Con los datos obtenidos no se pudo establecer si el consumo sustancias fue posterior a la violencia, y consumido como acción paliativa del inconfort, o previo, de manera tal que eventuales efectos psicoactivos pudieran estar vigentes al momento de la interacción violenta. Tampoco si se trata de un consumo que sólo causó los efectos transitorios o si alcanzó a conformar un trastorno perdurable. Este factor podría ser investigado en nuestro medio en el futuro, pero aún con la reconocida imprecisión no queda obstaculizada su condición de blanco de acciones preventivas. Si bien características de las consignas del estudio, tales como la contextualización a una relación amorosamente significativa y el anonimato, tienden a atenuar el riesgo de los sesgos de memoria y de deseabilidad social, no puede dejar de reconocerse la posibilidad de algún grado de influencia de esos sesgos en la información obtenida.

Por último, queremos expresar nuestra expectativa que este estudio sirva de insumo para las políticas universitarias locales tendientes a la prevención de la violencia. La consideración de los factores potencialmente influyentes y pasibles de intervención que fueron delimitados empíricamente puede ser parte de la razonabilidad de esas políticas y contribuir a su eficiencia.

Agradecimiento: los autores agradecen la cooperación de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata y de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad de Cuenca.

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

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). Cross-cutting level 2: Substance use - adult. Retrieved from <http://www.psychiatry.org/File>
- Arbach-Lucioni, K., Nguyen-Vo, T., & Bobbio, A. (2015). Violencia física en el noviazgo: análisis de los tipos diádicos en población argentina. *Revista Argentina de Ciencias Del Comportamiento*, 7(2), 38-46.
- Aula de Derechos Humanos. (2018). Protocolo de prevención y actualización en casos de acoso, discriminación y violencia basada en género y orientación sexual en la Universidad de Cuenca. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Avery-Leaf, S., Cascardi, M., O'leary, K. D., & Cano, A. (1997). CURRICULUM EVALUATION Efficacy of a Dating Violence Prevention Program on Attitudes Justifying Aggression Curriculum evaluation Dating violence Prevention program Attitude change Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 21(96), 11-17.
- Black, M. C., Basile, K. C., Breiding, M. J., Smith, S. G., Walters, M. L., Merrick, M. T., ... Stevens, M. R. (2010). National Intimate Partner and Sexual Violence Survey 2010 Summary Report.
- Brem, M. J., Shorey, R. C., Rothman, E. F., Temple, J. R., & Stuart, G. L. (2018). Trait Jealousy Moderates the Relationship Between Alcohol Problems and Intimate Partner Violence Among Men in Batterer Intervention Programs. *Violence Against Women*, 24(10), 1132-1148. <https://doi.org/10.1177/1077801218781948>
- Burchell, J. L., & Ward, J. (2011). Sex drive, attachment style, relationship status and previous infidelity as predictors of sex differences in romantic jealousy. *Personality & Individual Differences*, 51(5), 657-661. Retrieved from <http://10.0.3.248/j.paid.2011.06.002>
- Burk, W. J. ., & Seiffge-Krenke, I. (2015). One-sided and mutually aggressive couples: Differences in attachment, conflict prevalence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 50, 254-266. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.08.011>
- Buss, D. M., & Duntley, J. D. (2011). The evolution of intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior*, 16(5), 411-419. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.04.015>
- Buunk, A. P., & Massar, K. (2019). Intimate Partner Violence in Nicaragua: The Role of Possessive Jealousy, Intrasexual Competitiveness, Life History, Mate Value, and Stress. *Journal of Interpersonal Violence*. <https://doi.org/10.1177/0886260519842854>
- Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W., & Kim, H. K. (2012). A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partner Abuse*, 3(2), 231-280. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.231.A>
- Center for Disease Control and Prevention. (2000). Youth risk behavior surveillance--United States 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 49(5), 1-96.

- Chan, K. L., Straus, M. A., Brownridge, D. A., Tiwari, A., & Leung, W. C. (2008). Prevalence of dating partner violence and suicidal ideation among male and female university students worldwide. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(6), 529–537. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.04.016>
- Chang, D. F., Shen, B. J., & Takeuchi, D. T. (2009). Prevalence and demographic correlates of intimate partner violence in Asian Americans. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(3), 167–175. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.02.004>
- Consejo Universitario. (2018). Reglamento de la Unidad de Bienestar Universitario de la Universidad de Cuenca. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Costa, A. L., Sophia, E. C., Sanches, C., Tavares, H., & Zilberman, M. L. (2015). Pathological jealousy: Romantic relationship characteristics, emotional and personality aspects, and social adjustment. *Journal of Affective Disorders*, 174, 38–44. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.017>
- Daly, M., Wilson, M., & Weghorst, S. J. (1982). Male sexual jealousy. *Ethology and Sociobiology*, 3(1), 11–27. [https://doi.org/10.1016/0162-3095\(82\)90027-9](https://doi.org/10.1016/0162-3095(82)90027-9)
- Davis, K. E., Ace, A., & Andra, M. (2000). Stalking perpetrators and psychological maltreatment of partners: Anger-jealousy, attachment insecurity, need for control, and break-up context. *Violence and Victims*, 15(4), 407–426. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.15.4.407>
- De La Rue, L., Polanin, J. R., Espelage, D. L., & Pigott, T. D. (2017). A Meta-Analysis of School-Based Interventions Aimed to Prevent or Reduce Violence in Teen Dating Relationships. *Review of Educational Research*, 87(1), 7–34. <https://doi.org/10.3102/0034654316632061>
- Delucchi, G., Leon-Mayer, E., & Folino, J. (2018). Celos y violencia en parejas de estudiantes universitarios. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, XXIX, 245–254.
- DeSteno, D., Valdesolo, P., & Bartlett, M. Y. (2006). Jealousy and the threatened self: Getting to the heart of the green-eyed monster. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(4), 626–641. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.4.626>
- DiBello, A. M., Rodriguez, L. M., Hadden, B. W., & Neighbors, C. (2015). The green eyed monster in the bottle: Relationship contingent self-esteem, romantic jealousy, and alcohol-related problems. *Addictive Behaviors*, 49, 52–58. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.05.008>
- do Nascimento Paixao, G. P., Gomes, N. P., Freire Diniz, N. M., Menezes Couto, T., Carneiro Vianna, L. A., & Pessoa dos Santos, S. M. (2014). Situations which precipitate conflicts in the conjugal relationship: the women's discourse. *Text Context Nursing*, 23(4), 1041–1049.
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). HCR-20 v3 Assessing Risk for Violence. Vancouver: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Elphinston, R., Feeney, J., & Noller, P. (2011). Measuring romantic jealousy: Validation of the multidimensional jealousy scale in Australian samples. *Australian Journal of Psychology*, 63(4), 243–251.
- Esposito, C., Di Napoli, I., Esposito, C., Carnevale, S., & Arcidiacono, C. (2020). Violence against Women: A Not in My Back Yard (NIMBY) Phenomenon. *Violence and Gender*, 7(4), 150–157. <https://doi.org/10.1089/vio.2019.0067>
- Fernández-Fuertes, A. A., Fuertes Martín, J. A., & Fernández Pulido, R. (2006). Evaluación de la violencia en las relaciones de pareja de los adolescentes. Validación del Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 339–358. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Folino, J. O., Cáceres, M. S., Campos, M. L., Silveri, M., Ucin, S., & Ascázar, M. (2005a). Assessment of dynamic violent behavior risk factors. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 16(61), 188–195.
- Folino, J. O., Cáceres, M. S., Campos, M. L., Silveri, M., Ucin, S., & Ascázar, M. (2005b). Evaluación de factores dinámicos de riesgo de violencia. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, XVI, 188–195.
- Folino, J. O., & Escobar-Córdoba, F. (2009). *Estudios sobre homicidios. Perspectivas forense, clínica y epidemiológica*. La Plata: Librería Editora Platense.
- Folino, J. O., Lescano, M. J., & Sánchez-Wilde, A. (2012). Sistema de justicia juvenil en la provincia de Buenos Aires y métodos de evaluación [The Juvenile Court in the province of Buenos Aires and assessment methods]. *Universitas Psychologica*, 11(4), 1065–1079.
- Folino, J. O., & Raverta, M. J. (2006). Forensic Psychiatry in Argentina: A Training Forum For Latin America. *American Academy of Psychiatry and the Law Newsletter*, 31, 28–29.
- Folino, J. O., & Urrutia, M. I. (2001). Mental disturbances and criminological characteristics in crime-accused insane as recorded at the Judiciary Office in La Plata, Argentina, for 10 years. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24(4–5), 411–426.
- Follingstad, D. R., Chahal, J. K., Bush, H. M., Coker, A. L., Li, C. R., Wu, X., ... Carlson, C. R. (2021). A Campus Climate/Violence Survey's Psychometrics and Findings. *Violence Against Women*, 27(14), 2735–2767. <https://doi.org/10.1177/1077801220969870>
- Giordano, P. C., Soto, D. A., Manning, W. D., & Longmore, M. A. (2010). The characteristics of romantic relationships associated with teen dating violence. *Social Science Research*, 39(6), 863–874. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2010.03.009>
- Goldenberg, T., Jadwin-cakmak, L., & Harper, G. W. (2018). *Intimate Partner Violence Among Transgender Youth: Associations with Intrapersonal and Structural Factors*. 3(00). <https://doi.org/10.1089/vio.2017.0041>
- Gomez, J., Orchowski, L., Pearlman, D. N., & Zlotnick, C. (2019). Alcohol Use and Intimate Partner Violence among Community College Women: An Exploration of Protective Factors. *Violence and Gender*, 6(3), 187–195. <https://doi.org/10.1089/vio.2018.0023>
- Greer, B., Taylor, R. W., Cella, M., Stott, R., & Wykes, T. (2020). The contribution of dynamic risk factors in predicting aggression: A systematic review including inpatient forensic and non-forensic mental health services. *Aggression and Violent Behavior*, 53(April), 101433. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101433>
- Guillén Verdesoto, X., Ochoa Balarezo, J., Delucchi, G., León-Mayer, E., & Folino, J. O. (2021). Jealousy and intimate partner violence in students of the University of Cuenca, Ecuador. *Ciencias Psicológicas*, 15(June), 1–16. <https://doi.org/10.22235/cp.v15i1.2353>
- Haas Bueno, J. F., & Carvalho, L. de F. (2005). Um Estudo de Revisão do Inventário de Ciúme Romântico (ICR). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 435–444.
- Ihongbe, T. O., & Masho, S. W. (2018). Gender Differences in the Association Between Synthetic Cannabinoid Use and Teen Dating Violence Victimization. *Violence and Gender*, 3(00), 1–7. <https://doi.org/10.1089/vio.2017.0046>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2013). Informe de Resultados ECV 2013 - 2014. Quito.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2019). Encuesta nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres (EN-VIGMU). Quito.
- Jaspers, K. (1977). *Escritos psicopatológicos*. Madrid: Editorial Gredos, S.A.
- Johnson, W. L., Giordano, P. C., Manning, W. D., & Longmore, M. A. (2014). The Age-IPV Curve: Changes in the Perpetration of Intimate Partner Violence During Adolescence and Young Adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(3), 708–726. <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0158-z>
- Johnson, W. L., Giordano, P. C., Manning, W. D., & Longmore, M. A. (2014). The Age-IPV Curve: Changes in the Perpetration of Intimate Partner Violence During Adolescence and Young Adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(3). <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0158-z>
- Kafka, J. M., Moracco, K. E., Williams, D. S., & Hoffman, C. G. (2021). What is the role of firearms in nonfatal intimate partner violence? Findings from civil protective order case data. *Social Science and Medicine*, 283(February), 114212. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114212>
- Khubchandani, J., Clark, J., Wiblehauser, M., Thompson, A., Whaley, C., Clark, R., & Davis, J. (2017). Preventing and Responding to Teen Dating Violence: A National Study of School Principals' Perspectives and Practices. *Violence and Gender*, 4(4), 144–151. <https://doi.org/10.1089/vio.2017.0043>

- Kuczynski, M., Rodríguez, M. C., Wiese, R., Ruiz, V., Dal Bello, M., Castillo, J., ... Folino, J. (2011). [Mental disorders and working capacity evaluation in psychiatric boards]. *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*, 22(95).
- Kwan, J., Sparrow, K., Facer-Irwin, E., Thandi, G., Fear, N. T., & MacManus, D. (2020). Prevalence of intimate partner violence perpetration among military populations: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 53(April), 101419. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101419>
- Levitt, A., & Cooper, M. L. (2010). Daily alcohol use and romantic relationship functioning: evidence of bidirectional, gender-, and context-specific effects. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 36(12), 1706–1722. <https://doi.org/10.1177/0146167210388420>
- Lucas, C., Pereira, H., & Esgalhado, G. (2012). Evaluation of Romantic Jealousy: Psychometric Study of the Multidimensional Jealousy Scale for the Portuguese Population. *Psychology, Community & Health*, 1(2), 151–162. <https://doi.org/10.5964/pch.v1i2.26>
- Malik, S., Sorenson, S. B., & Aneshensel, C. S. (1997). Community and dating violence among adolescents: Perpetration and victimization. *Journal of Adolescent Health*, 21(5), 291–302. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(97\)00143-2](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(97)00143-2)
- Meiksin, R., Bonell, C., Bhatia, A., Melendez-Torres, G. J., Kyegombe, N., & Kohli, A. (2023). Social Norms About Dating and Relationship Violence and Gender Among Adolescents: Systematic Review of Measures Used in Dating and Relationship Violence Research. *Trauma, Violence, and Abuse*, 15–17. <https://doi.org/10.1177/15248380231155526>
- Miller, S. L., & Maner, J. K. (2008). Coping with Romantic Betrayal: Sex Differences in Responses to Partner Infidelity. *Evolutionary Psychology*, 6(3), 413–426. <https://doi.org/10.1177/147470490800600305>
- Mostardinha, A. R., Bártoło, A., Bonifácio, J., & Pereira, A. (2019). Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) among university students. *Acta Medica Portuguesa*, 32(4), 279–288. <https://doi.org/10.20344/amp.10650>
- Mozley, M. M., Modrowski, C. A., & Kerig, P. K. (2021). Intimate Partner Violence in Adolescence: Associations With Perpetration Trauma, Rumination, and Posttraumatic Stress. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(17–18), 7940–7961. <https://doi.org/10.1177/0886260519848782>
- Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L., O'Leary, K. D., & González, M. P. (2007). Aggression in Adolescent Dating Relationships: Prevalence, Justification, and Health Consequences. *Journal of Adolescent Health*, 40(4), 298–304. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.11.137>
- Murphy, A. M., & Russell, G. (2016). Rejection Sensitivity, Jealousy, and the Relationship to Interpersonal Aggression. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(13), 2118–2229. <https://doi.org/10.1177/0886260515622572>
- Okeke, N. L., Mumford, E. A., & Rothman, E. F. (2019). Adolescent Relationship Aggression Perpetration and Victimization in the Context of Neighborhood Gender Equality. *Violence and Gender*, 6(2), 131–138. <https://doi.org/10.1089/vio.2018.0028>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias* (ASSIST). In Oms. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Paixão, G. P. do N., Gomes, N. P., Diniz, N. M. F., Couto, T. M., Vianna, L. A. C., & Santos, S. M. P. dos. (2014). Situations which precipitate conflicts in the conjugal relationship: the women's discourse. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(4), 1041–1049. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014003290013>
- Pfeiffer, Susan M; Wong, P. T. (1989). Multidimensional Jealousy. *Journal of Social and Personal Relationships*, 6, 181–196.
- Pines, A., & Aronson, E. (1983). Antecedents, correlates, and consequences of sexual jealousy. *Journal of Personality*, 51(1), 108–136. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1983.tb00857.x>
- Prinstein, M., Boegers, J., & Vernberg, E. (2001). Overt and relational aggression in adolescents: Social-psychological adjustments of aggressors and victims. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(4), 479–491.
- Salmivalli, C., & Kaukiainen, A. (2004). Female aggression revisited. Variable- and person-centered approaches to studying gender differences in different types of aggressive behavior. *Aggressive Behavior*, 30, 158–163.
- Schokkenbroek, J. M., Anrijs, S., Ponnet, K., & Hardyns, W. (2021). Locked down Together: Determinants of Verbal Partner Violence during the COVID-19 Pandemic. *Violence and Gender*, 8(3), 148–153. <https://doi.org/10.1089/vio.2020.0064>
- Seiffge-Krenke, I., & Burk, W. J. (2015). "Bad Romance": Links between Psychological and Physical Aggression and Relationship Functioning in Adolescent Couples. *Behavioral Sciences* (2076-328X), 5(2), 305–323. Retrieved from <http://10.0.13.62/bs5020305>
- Steinberg, L. (2008). A Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk-Taking. *Developmental Review: DR*, 28(1), 78–106. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002>
- Steinberg, L., Albert, D., Cauffman, E., Banich, M., Graham, S., & Woolard, J. (2008). Age differences in sensation seeking and impulsivity as indexed by behavior and self-report: evidence for a dual systems model. *Developmental Psychology*, 44(6), 1764–1778. <https://doi.org/10.1037/a0012955>
- Steinberg, L., & Monahan, K. C. (2007). Age differences in resistance to peer influence. *Developmental Psychology*, 43(6), 1531–1543. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.6.1531>
- Stover, C. S., Tobon, A. L., McFaul, C., & Gorio, M. C. F. (2022). A conceptual understanding of intimate partner violence behaviors in men: Implications for research and intervention. *Aggression and Violent Behavior*, 65(December 2020), 101763. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2022.101763>
- Straus, M. A., & Ramirez, I. L. (2007). Gender symmetry in prevalence, severity, and chronicity of physical aggression against dating partners by university students in Mexico and USA. *Aggressive Behavior*, 33(4), 281–290. <https://doi.org/10.1002/ab.20199>
- Swanson, J. W., Holzer, C. E., Ganju, V. K., & Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *HOSP-COMMUNITY-PSYCHIATRY*, (41), 761–770.
- Swanson, J. W., Monahan, J., & Steadman, H. (1994). Mental Disorder, Substance Abuse and Community Violence: An Epidemiological Approach. In J. Monahan & H. Steadman (Eds.), *Violence and Mental Disorder - Developments in Risk Assessment* (pp. 101–136). Chicago: University of Chicago Press.
- Tani, F., & Ponti, L. (2016). The Romantic Jealousy as Multidimensional Construct: A Study on the Italian Short Form of the Multidimensional Jealousy Scale. *The Open Psychology Journal*, 09(1), 111–120. <https://doi.org/10.2174/1874350101609010111>
- Taylor, B. G., & Mumford, E. A. (2016). A National Descriptive Portrait of Adolescent Relationship Abuse: Results From the National Survey on Teen Relationships and Intimate Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(6), 963–988. <https://doi.org/10.1177/0886260514564070>
- Temple, J. R., Ph, D., Choi, H. J., Ph, D., Elmquist, J., A. M., ... A. M. (2016). Psychological Abuse, Mental Health, and Acceptance of Dating Violence Among Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 59(2), 197–202. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.034>
- Wolfe, D. A. (2001). Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory. Los Altos, CA: Sociometrics Corporation.
- Wolfe, D. A., Scott, K., Reitzel-Jaffe, D., Wekerle, C., Grasley, C., & Straatman, A.-L. (2001). Development and validation of the Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory. *Psychological Assessment*, 13(2), 277–293.

Tratamiento con microdosis de hongos con psilocibina en trastorno depresivo mayor: reporte de un caso

Psilocybin fungi microdose treatment in major depressive disorder: a case report

Mariana Zarankin¹, María S. Pellegrini², Francisco Zenteno³

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i164.544>

Resumen

La depresión mayor es una enfermedad de gran prevalencia e impacto mundial. Los tratamientos actuales presentan una tasa de no respuesta del 15 al 30 %, mientras que en casos de eficacia se suelen observar efectos adversos como el síndrome de apatía y la falta de respuesta emocional. Se postula que el tratamiento con hongos psilocibios genera la posibilidad de reducción de dosis y suspensión de psicofármacos clásicos y ocasiona cambios a nivel emocional y comportamental benéficos en pacientes con trastorno depresivo mayor. Este es un caso de un paciente no binario de 19 años de edad con diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Se realizó un acompañamiento y asesoramiento del paciente apelando al derecho de autonomía, en el proceso de autoadministración de microdosis de psilocibina, para disminución de riesgos en salud y potenciar efectos benéficos probables, con evaluación semanal, durante un periodo de 7 meses; utilizando la anamnesis clínica, análisis de laboratorio y la escala validada de depresión de Hamilton. Como resultado de esta intervención se evidenció una remisión completa sintomática, la suspensión del tratamiento farmacológico convencional, sin síntomas de discontinuación y mejorías a nivel comunicacional, de interacción social y bienestar general. Estos hallazgos apoyan la idea de que los tratamientos con microdosis de psilocibina son una herramienta prometedora en los tratamientos de depresión. Se necesitan más estudios que aporten evidencia científica para comprobar dichos hallazgos.

Palabras clave: psilocibina, psilocina, trastorno depresivo mayor, microdosis, psicodélicos

Abstract

Major depression disorder is an entity with high prevalence and worldwide impact. Current treatments present a non-response rate of 15-30%, and certain adverse effects are seen like apathy syndrome and lack of emotional response. It is stated that the treatment with psilocybin fungi allows the possibility of dose reduction and suspension of classic psychotropic drugs and entails changes on an emotional and behavioral level that result benefic in patients with major depressive syndrome. We present a case of a 19 years old patient with major depressive syndrome diagnosis. Accompaniment and patient advice was made appealing to the right of autonomy, on the psilocybin microdose self-administration process, aiming to reducing health risks and potentiate probable beneficial effects, with weekly evaluations, for a period of 7 months; using clinical anamnesis, laboratory tests and the Hamilton depression scale. As a result of this intervention, a symptomatic complete remission was proven, alongside with the suspension of conventional pharmacological treatment without discontinuation symptoms and improvements at the communicational level, social interaction and general well-being. These findings support the idea that psilocybin microdose treatments are promising tools in depression treatments. Scientific studies are needed in order to certify these findings.

Keywords: psilocybin, psilocin, major depressive disorder, microdose, psychedelics

RECIBIDO 29/6/2023 - ACEPTADO 15/8/2023

¹Psiquiatra, práctica privada, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0008-2689-4475>

²Neurocirujana, práctica privada, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0003-0680-1629>

³Licenciado en Psicología, práctica privada, Región de Araucanía, Chile. <https://orcid.org/0009-0001-3491-1553>

Autor correspondiente:

Mariana Zarankin

dramarianazarankin@gmail.com



Introducción

Según la OMS, la depresión mayor presenta una prevalencia estimada a nivel mundial aproximada del 3,8 %, esto equivale a 280 millones de personas. Es considerado un factor de riesgo principal en suicidio y en discapacidad (OMS, 2023). Los síntomas típicos son tristeza persistente, desinterés, anhedonia, dificultades para dormir, alteraciones en el apetito, fatiga, alteraciones cognitivas y, en varios casos pensamientos o deseos de muerte.

Cuando los síntomas depresivos duran más de 2 años sin remisión se define como trastorno depresivo persistente, que incluye al trastorno depresivo mayor crónico y al trastorno distímico. Los pacientes suelen presentarse negativos, pesimistas, sin sentido del humor, introvertidos e hipercríticos y quejumbrosos. Suele comenzar en la adolescencia y perdurar por años. Los síntomas fluctúan por encima y debajo del umbral del episodio depresivo mayor.

En el tratamiento se utilizan fármacos, psicoterapia o ambos y en ocasiones terapia electroconvulsiva o estimulación magnética transcraneal rápida (rEMT) (Coryell, 2021). Para evaluar la respuesta al mismo, suele utilizarse la escala de Hamilton (Gibbons et al., 1993). Se calcula que la tasa de respuesta al tratamiento antidepresivo en pacientes con criterios de DSM-5 para un episodio depresivo mayor es de un 30-40 % en el primer intento y que tras varios intentos, el 15 al 30 % no responde. Sumado a la falta de respuesta, los efectos adversos más invalidantes son el síndrome de apatía con falta de iniciativa y respuesta emocional y la disfunción sexual (Jufe, 2017).

Dado el incremento en las patologías de salud mental en la época actual y la falta de éxito en los tratamientos, se observa el resurgimiento de terapias con psicodélicos, los cuales parecen ser prometedoras para hacer frente a las demandas actuales en salud (Anderson et al., 2019; Toby et al., 2020)

La Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA) otorgó el estatus de terapia innovadora a la psilocibina (un compuesto activo derivado de los hongos psilocibios) en 2018 para la depresión resistente al tratamiento y en 2019 para el trastorno depresivo mayor. Se suele utilizar en formato de macrodosis y microdosis, (dosis menores al 10 % de la dosis utilizada para generar un efecto psicomimético, aproximadamente menores a 0,5 g del hongo seco). Se está estudiando actualmente en: depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, ansiedad en enfermos terminales, migraña, autismo, dolor crónico,

trastorno por déficit de atención, disfunción sexual, trastornos alimentarios y adicciones, entre otros (Carhart-Harris et al., 2016; Goldberg et al., 2020). También suele ser utilizado domésticamente para mejorar el ánimo, la función cognitiva y la concentración mental, promover la creatividad, la resolución de problemas y mejorar la energía física y el bienestar general (Carhart-Harris et al., 2016; Lazur et al., 2023).

La psilocibina es agonista no selectivo de varios receptores serotoninérgicos en especial el 5ht_{2a}. Se postula que posee efectos indirectos a nivel glutamatérgicos y en menor medida otros, como los dopaminérgicos. También se está estudiando por sus efectos antiinflamatorios (Ling et al., 2021).

Junto a la acción combinada glutamatérgica y serotoninérgica se presume que la psilocibina (4-fosforiloxi-N,N-dimetiltriptamina), presenta un mecanismo de acción diferente a los antidepresivos clásicos. En este caso, se observa su comportamiento como agonista parcial directo de los receptores 5ht_{2a}, que mediatiza los principales efectos psicoactivos, genera su principal efecto antidepresivo y pareciera estar relacionado con sus efectos en la neuroplasticidad (Davis et al., 2021; Vollenweider & Kometer, 2010).

En pacientes con depresión suele observarse disminución de los niveles de glutamato a nivel de la corteza prefrontal (CPF), esto se asocia a una disminución en su activación en respuesta a estímulos. También, en conjunto con los pacientes con ansiedad, se observan altos niveles de activación de la amígdala, una disminución de la neuroplasticidad cortical, una atrofia sináptica a nivel de la CPF y una menor habilidad de la misma para regular áreas límbicas. Se teoriza que una de las causas son los niveles disminuidos del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) y otros, que son requeridos para la neurogénesis y neuroplasticidad a nivel de hipocampal (Lazur et al., 2023).

Se postula que la normalización de estas redes neuronales a través de una adaptación neuroplástica dependiente de glutamato, estaría relacionada con los efectos antidepresivos y ansiolíticos de los psicodélicos y que las observaciones de los efectos duraderos podrían relacionarse con dichos efectos. Estos cambios se observaron sobre todo a nivel de la corteza prefrontal e hipocampo (Calder & Hasler, 2023).

También se ha observado que los psicodélicos favorecen la flexibilidad cognitiva y esto podría estar ligado con la mayor respuesta a la psicoterapia, con la posibilidad de cuestionar creencias, la disminución de la rumiación y la mejoría a nivel emocional (Calder & Hasler, 2023; Carhart-Harris & Friston, 2019; Carhart-Harris & Nutt, 2017).

Se hipotetiza que el tratamiento con hongos psilocibios generará la posibilidad de reducción de dosis y suspensión de psicofármacos clásicos y ocasiona cambios a nivel emocional y comportamental benéficos en pacientes con trastorno depresivo mayor. Abonando a esta hipótesis, el presente reporte busca describir un tratamiento de acompañamiento en la ingesta de microdosis de hongos con contenido de psilocibina en un paciente con depresión mayor y a partir de éste tratamiento, mostrar nuevas formas de abordaje terapéutico que posibiliten nuevos estudios.

Materiales y métodos

Se presenta un caso de un paciente no binario de 19 años de edad con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, de 2 años de evolución, con tratamiento farmacológico con antidepresivos y antipsicóticos. Luego de varios abordajes, decide solicitar ayuda para ser acompañado con microdosis con hongos que contengan psilocibina.

El paciente se autodenominaba como neurodivergente. Sedentario con antecedentes de consumo de marihuana y alcohol ocasional. Refiere antecedentes familiares maternos de depresión leve. No describía antecedentes personales de episodios compatibles con manía o hipomanía.

Durante sus años escolares presentó dificultades en la interacción social, con episodios de aislamiento y depresión leve, fluctuante, con desconexión emocional y dificultades para comprender los códigos sociales, motivo por el cual realizó su primer tratamiento psicológico.

A sus 16 años presentó un episodio de depresión mayor con un intento de suicidio, con posterior internación domiciliar y tratamiento psiquiátrico (quetiapina 200 mg, un antipsicótico atípico y sertralina 250 mg, un antidepresivo de la familia de los isrs) y psicológico de forma ambulatoria. El abordaje psicoterapéutico fue con terapia dialéctico conductual y luego de unos años con terapia vincular familiar.

Se realizaron análisis de sangre y neuroimágenes (RMN) con el objetivo de descartar causalidad orgánica, los cuales resultaron normales.

Le disminuyeron progresivamente la medicación hasta quetiapina 125 mg y 100 mg de sertralina, no pudiendo continuar con el descenso de los mismos, por presentar con menor dosis, síntomas depresivos e insomnio (Escala de Hamilton de 9 compatible con depresión leve).

Al cumplirse 2 años del episodio depresivo, con persistencia parcial del mismo, se le diagnostica como

trastorno depresivo persistente. Continuaba con dificultades en las actividades instrumentales y avanzadas de la vida diaria, sobre todo a nivel del autocuidado, colaboración con las tareas del hogar, comunicación e interacción social y educacional.

Consulta para asesoramiento y acompañamiento con microdosis de psilocibina.

El mismo se decide abordar de manera interdisciplinaria, con un equipo conformado por psiquiatría, psicología con abordaje humanista transpersonal y abordaje vincular familiar.

Apelando al derecho de autonomía del paciente se realizó un acompañamiento y asesoramiento del mismo, explicándole sobre los riesgos y normativas legales vigentes. Se le acompañó en el proceso de autoadministración de microdosis de psilocibina, para disminuir riesgos en salud y para potenciar efectos benéficos probables. Se realizó una evaluación semanal, durante un periodo de 7 meses mediante la anamnesis clínica, análisis de laboratorio y la escala validada de depresión de Hamilton, para su seguimiento.

Se solicitó consentimiento informado del paciente para la publicación de este artículo. Se protege la confidencialidad de los datos personales del paciente, en cumplimiento con lo establecido por la Ley 25.326 (Protección de datos personales). No se requirió revisión institucional.

Se realizó una búsqueda bibliográfica de la literatura, utilizando la plataforma de Pubmed. Se seleccionaron los artículos más apropiados para el abordaje del caso, los cuales son referenciados al final de este artículo.

Resultados

Se mantuvo inicialmente la dosis de sertralina en 100 mg y la quetiapina en 125 mg. Se realizaron sesiones de frecuencia semanal con inicio de titulación de hongo seco pulverizado de 0,05 g con un protocolo de administración de día por medio.

Se realizó psicoeducación con pautas de alarma y se promovieron conductas higiénico dietéticas, haciendo hincapié en la actividad física. Se trabajó sobre sus vínculos personales, laborales y familiares.

Al llegar a 0,2 g el paciente empezó a reportar leve mejoría del ánimo, con mejor desempeño laboral y concentración, pero con persistencia de fatiga. Continuó con sensación de vacío existencial e ideas pasivas de muerte. Con una dosis de 0.37 g presentó mejorías en cuanto al ánimo y la disponibilidad energética con disminución leve de la libido.

Trascurrido el mes de comienzo del tratamiento, se inició el descenso de dosis de quetiapina y adminis-

tración de melatonina para regulación del insomnio, manteniendo la misma dosis del hongo.

Se observó una respuesta favorable en la bulia, la disponibilidad energética y la timia. Presentó mejoras a nivel comunicacional, en la interacción social (tanto con sus pares, como con sus familiares y figuras de autoridad) y mayor tolerancia a la frustración. Se evidenció mejoras en el autocuidado, en su autonomía y en la colaboración con las tareas cotidianas del hogar.

A las 2 semanas de comenzado el descenso se observó cansancio, con disminución de la energía, por el cual se descendió progresivamente la cantidad en la ingesta del hongo hasta 0,2 g, por interpretarse como sensibilización al mismo y de forma paralela se progresó con la disminución de la dosis de quetiapina. Transcurridos los 2 meses de tratamiento, se suspendió la quetiapina y se modificó el protocolo de administración del hongo a 5 días semanales. Se observó mejoría del ánimo y energía; mayor creatividad, menor irritabilidad, reactividad emocional, remisión de ideas de muerte, mayor sociabilidad y comunicación con su ambiente. Los progenitores reportaban mayor cercanía emocional y comunicacional.

Posteriormente se inició descenso progresivo de sertralina hasta su suspensión, no evidenciándose síntomas de discontinuación. Se disminuyó la dosis del hongo hasta 0.1 g, y al mes se suspendió completamente; no observándose alteraciones en el laboratorio clínico y obteniendo un valor de escala de Hamilton de 0. El paciente pudo desenvolverse en espacios recreativos con ingenio y entusiasmo, logró un cambio laboral de mayor exigencia y complejidad, se independizó junto a su compañera, de su familia de origen. Pudiendo sostener el mismo con eficiencia y responsabilidad. Se mostró colaborativo con la terapia. El nivel de auto observación y entendimiento fue francamente incrementado, así como la posibilidad de

regulación emocional y la tolerancia a la frustración.

En ningún momento del proceso presentó síntomas psicomiméticos ni efectos adversos.

Discusión

Una cantidad creciente de pruebas científicas sugiere que los psicodélicos pueden ser instrumentos eficaces, si se aplican adecuadamente en un entorno terapéutico controlado, tanto para ayudar en tratamientos por trastornos neuropsiquiátricos, como para facilitar el desarrollo personal.

Si bien a la fecha aún no hay ensayos clínicos que avalen la práctica de microdosis de psilocibina como tratamiento adyuvante en los cuadros depresivos, el caso presentado muestra una evolución favorable tras el mismo, con la posibilidad de desmedicalización. (ver Tabla 1).

En la actualidad, hay reportes de que esta práctica viene siendo utilizada por usuarios y por profesionales, sobre todo por las fallas registradas en los tratamientos farmacológicos actuales y por sus efectos adversos. Si bien en el tratamiento de depresión con antidepresivos algunos logran mejorar, suelen reportar apatía, disminución de la libido, falta de motivación y desconexión emocional como efectos adversos frecuentes (Cartwright et al., 2016; Jufe, 2017). Estos efectos secundarios son justamente los blancos sobre los cuales se estima que la psilocibina actúa (Calder & Hasler, 2023; De Caso, 2022; Lea et al., 2020; Szigei et al., 2021).

Davis y col. propusieron que la psilocibina es un agonista directo de los receptores 5ht_{2a}, el cual presentaría un mecanismo antidepresivo diferente al convencional y que podría explicar los resultados favorables en el paciente reportado (Davis et al., 2021).

Carhart-Harris y Friston proponen mediante el modelo Rebus, un mecanismo neuronal por el cual los psicodélicos generan su efecto terapéutico a través del

Tabla 1. Estudios relevantes que utilizan microdosis de hongos con contenido de psilocibina

Autores	Tipo de estudio	Resultados
Szigei (2021)	Observacional naturalístico.	Mejorías psíquicas luego de 4 semanas, sin diferencias significativas vs. placebo.
Cavana (2022)	Experimental doble ciego y controlado.	Alteraciones en el EEG, sin mejoría en el bienestar general, la creatividad o la función cognitiva.
Marschall (2022)	Doble ciego, controlado de tipo trasversal.	No afectó el procesamiento de emociones, la conciencia interoceptiva ni los síntomas de ansiedad y depresión vs. placebo.
Lyons (2022)	Reporte de caso.	Reducción de los síntomas depresivos en depresión resistente al tratamiento.
Kinderlehrer (2023)	Reporte de caso.	Remisión de síntomas neuropsiquiátricos asociados a la enfermedad de Lyme.

aumento de la entropía cerebral y el estímulo del pensamiento creativo, debilitando las creencias superiores y dejando que fluya más información. Por lo cual las creencias negativas que condicionan a las personas podrían cuestionarse, generando mayor flexibilidad cognitiva; lo cual se correlaciona con los cambios de conducta, pensamiento y emociones del paciente presentado (Carhart-Harris & Friston, 2019).

Una de las dificultades que suelen observarse para realizar estudios con microdosis de hongos, es la variabilidad interindividual en la dosis necesaria para generar los efectos buscados. Sumado a esto, como suele observarse una mayor sensibilidad al efecto de la psilocibina a lo largo del tiempo, sería necesaria la variación de la dosis, requiriéndose estudios de mayor complejidad para evaluar resultados. En los estudios publicados a la fecha como el realizado por Szegedi y col. no se evidenció diferencia con el efecto placebo, pero en el mismo se utilizaron de forma indiscriminada microdosis con LSD y hongos con contenido de psilocibina y en dosis estandarizadas (Szegedi et al., 2021).

En el estudio de Cavana y col. donde se reclutaron 34 pacientes, a los cuales se les aplicó una dosis estandarizada de 0,5 g de hongos secos por 2 semanas, se encontraron alteraciones en el ritmo encefalográfico, sin evidencia de mejoría en el bienestar, creatividad o función cognitiva (Cavanna et al., 2022).

Hallazgos similares fueron evidenciados en el estudio de Marschall y col, donde se evaluó por 3 semanas con dosis estandarizadas correspondientes a 0,7 g de hongos secos, la conciencia interoceptiva y la reducción de síntomas negativos en depresión, estrés y ansiedad, concluyéndose que la microdosis con psilocibina no genera mejorías significativas en dichas áreas comparado con el placebo (Marschall et al., 2022). Con el presente caso se plantea la posibilidad de un seguimiento prolongado, con una regulación en la dosificación según la respuesta del paciente.

De forma similar en la enfermedad de Lyme, donde se reguló la dosificación y el seguimiento fue a largo plazo, se evidenciaron resultados favorables con este tratamiento para las manifestaciones neuropsiquiátricas (Kinderlehrer, 2023).

En el presente reporte, la dosis administrada fue de hasta 0,37 g y el seguimiento fue por 7 meses, donde sí se pudieron observar mejorías en todas las áreas previamente mencionadas. Esto sumado a una mayor permeabilidad a la psicoterapia, a vincularse con su entorno, a la mejoría en la empatía y autonomía. Habilitando el cuestionamiento de creencias completamente rigidizadas y adquiriendo hábitos de vida más saludables.

Sumado a lo mencionado, la quetiapina, al ser un bloqueante 5ht_{2a}, genera una disminución en los efectos de la psilocibina ya que se postula que los principales efectos son mediatizados por éste mismo receptor (Howland, 2016). Lo cual podría ayudarnos a explicar por qué en éste paciente fue necesario ir disminuyendo la dosis del hongo, paralelamente a la disminución de la quetiapina.

Varios expertos y usuarios reportan su potencialidad como tratamiento coadyuvante a los psicofármacos. También como forma de que los mismos puedan ser retirados de forma exitosa o con menor dificultad, ya que la mayoría de los psicofármacos son difíciles de retirar por un síndrome de discontinuación o, en gran porcentaje, por recidiva sintomática (Cartwright et al., 2016).

En este paciente se observó que la disminución del antidepresivo no generó síndrome de discontinuación, cuando antes de la microdosis se había intentado y no había sido exitoso, ya que los síntomas empeoraban. Un caso similar fue reportado por Lyons y col. donde un paciente con depresión resistente al tratamiento realizó un tratamiento con microdosis de hongos con psilocibina y a los 6 meses de tratamiento, había mejorado francamente, encontrándose en remisión a los 2 años (Lyons, 2022).

Dado a la aparente dificultad para obtener resultados en los ensayos clínicos, los estudios naturalísticos han adquirido una mayor relevancia para reportar las experiencias de los usuarios, observándose beneficios ya que a diferencia de los primeros, son los usuarios los que regulan el proceso (Anderson et al., 2019; Hutten et al., 2019; Rootman et al., 2021; Rootman et al., 2022; Toby et al., 2020).

Es importante destacar que una de las principales limitaciones del presente reporte, es que se trata de una muestra muy pequeña, al ser un sólo paciente. Dado el marco legal actual, existe una falta de ensayos clínicos controlados y randomizados sobre microdosis de psilocibina, que permitan evaluar éste tipo de tratamientos a una mayor escala y así, definir su utilidad. En éste contexto, se observa la utilización desregulada y sin supervisión de éstos tratamientos, por lo que se esperan futuras investigaciones que tengan un impacto positivo en esta materia.

Conclusión

A la fecha hay evidencia creciente sobre los efectos benéficos de los tratamientos con psilocibina en dosis altas en trastornos depresivos, no así sobre tratamientos en formato de microdosis, en parte debido a las dificultades para estandarizar los ensayos y los marcos regula-

torios actuales. Es ahí donde cobran importancia los estudios naturalísticos, que sentaron las bases para poder realizar el acompañamiento de este paciente, donde se observaron resultados congruentes con dichos estudios y en un periodo de seguimiento prolongado.

Es importante destacar la mejoría en aspectos relacionados al ánimo, la conducta, su autonomía, en la sociabilización y la posibilidad de desmedicalización sin síntomas de discontinuación.

El presente escrito es el primer caso reportado sobre la suspensión del tratamiento farmacológico convencional en conjunción con el tratamiento con microdosis de psilocibina.

Dada la situación actual en el marco de salud mental y al incremento de las patologías psiquiátricas como los trastornos del estado del ánimo y ansiedad, donde la respuesta a los tratamientos convencionales en muchos casos es parcial o directamente falla, se observan efectos secundarios como el síndrome de apatía con falta de iniciativa y disminución de respuesta emocional. Sumado a las dificultades que se presentan en la suspensión de los tratamientos antidepresivos, éste reporte sienta precedente para continuar evaluando los potenciales beneficios de estas nuevas terapéuticas.

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

Referencias bibliográficas

- Anderson, T., Petranker, R., Rosenbaum, D., Weissman, C.R., Dinh-Williams, L., Hui, K., Hapke, E. & Farb, N. A. S. (2019). Microdosing psychedelics: personality, mental health, and creativity differences in microdosers. *Psychopharmacology* 236, 731–740. <https://doi.org/10.1007/s00213-018-5106-2>
- Calder, A. & Hasler, G. (2023). Towards an understanding of psychedelic-induced neuroplasticity. *Neuropsychopharmacology*. 48, 104–112 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41386-022-01389-z>
- Carhart-Harris, R. L., Bolstridge, M., Rucker, J., Day, C. M., Erritzoe, D., Kaelen, M., Bloomfield, M., Rickard, J. A., Forbes, B., Feilding, A., Taylor, D., Pilling, S., Curran, V. H. & Nutt, D. J. (2016). Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open-label feasibility study. *Lancet Psychiatry*. 3(7):619-27. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30065-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30065-7)
- Carhart-Harris, R. L. & Nutt, D. J. (2017). Serotonin and brain function: a tale of two receptors. *J Psychopharmacol*. 31(9):1091-1120. <https://doi.org/10.1177/0269881117725915>
- Carhart-Harris, R. & Friston, K. J. (2019). REBUS and the Anarchic Brain: Toward a Unified Model of the Brain Action of Psychedelics. *Pharmacol Rev*. 71 (3) 316-344. <https://doi.org/10.1124/pr.118.017160>
- Cartwright, C., Gibson, K., Read, J., Cowan, O. & Dehar, T. (2016). Long-term antidepressant use: patient perspectives of benefits and adverse effects. *Patient Prefer Adherence*. 10:1401-1407. <https://doi.org/10.2147/PPA.S110632>
- Cavanna, E., Muller, S., de la Fuente, L. A., Zamberlan, F., Palmucci, M., Janeckova, L., Kuchar, M., Pallavicini, C. & Tagliazucchi, E. (2022). Microdosing with psilocybin mushrooms: a double-blind placebo-controlled study. *Transl Psychiatry* 12, 307. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02039-0>
- Coryell, W. (2021). University of Iowa Carver College of Medicine. Trastornos Depresivos. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>
- Davis, A., Barrett, F. B., May, D. G., Cosimano, M. P., Sepeda, N. D., Johnson, M. W., Finan, P. H., & Griffiths, R. R. (2021). Effects of Psilocybin-Assisted Therapy on Major Depressive Disorder. *JAMA Psychiatry*. 78(5):481–489. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.3285>
- De Caso, I. (2022). *Psicodélicos y salud mental*. Editorial Argonowta.
- Gibbons, R. D., Clark, D. C. & Kupfer, D. J. (1993). Exactly what does the Hamilton depression rating scale measure? *Journal of Psychiatric Research*. 27(3):259-73. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(93\)90037-3](https://doi.org/10.1016/0022-3956(93)90037-3)
- Goldberg, S., Pace, B. T., Nicholas, C. R., Raison, C. L. & Hutson P.R. (2020). The experimental effects of psilocybin on symptoms of anxiety and depression: A meta-analysis. *Psychiatry Res*. 112749. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112749>
- Howland, R. H. (2016). Antidepressant, Antipsychotic, and Hallucinogen Drugs for the Treatment of Psychiatric Disorders: A Convergence at the Serotonin-2A Receptor. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 54(7):21–24. <https://doi.org/10.3928/02793695-20160616-09>
- Hutten, N., Mason, N. L., Dolder, P. C. & Kuypers, K. P. C. (2019). Self-Rated Effectiveness of Microdosing With Psychedelics for Mental and Physical Health Problems Among Microdosers. *Front Psychiatry*. 10:672. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00672>
- Jufe, G. (2017). *Psicofarmacología práctica*. Editorial Polemos.
- Kinderlehrer, D. (2023). The Effectiveness of Microdosed Psilocybin in the Treatment of Neuropsychiatric Lyme Disease: A Case Study. *International Medical Case Reports Journal*. 16:109-115. <https://doi.org/10.2147/IMC.RJ.S395342>
- Lazur, J., Hnatyk, K., Kała, K., Sulowska-Ziaja, K. & Muszyńska, B. (2023). Discovering the Potential Mechanisms of Medicinal Mushrooms Antidepressant Activity: A Review. *Antioxidants (Basel)*. 12(3):623. <https://doi.org/10.3390/antiox12030623>
- Lea, T., Amada, N., Jungaberle, H., Schecke, H., Scherbaum, N. & Klein, M. (2020). Perceived outcomes of psychedelic microdosing as self-managed therapies for mental and substance use disorders. *Psychopharmacology* 237. 1521–1532. <https://doi.org/10.1007/s00213-020-05477-0>
- Ling, S., Ceban, F., Lui, L. M. W., Lee, Y., Teopiz, K. M., Rodrigues, N. B., Lipsitz, O., Gill, H., Subramaniapillai, M., Mansur, R. B., Lin, K., Ho, R., Rosenblat, J. D., Castle, D. & McIntyre, R. S. (2022). Molecular Mechanisms of Psilocybin and Implications for the Treatment of Depression. *CNS Drugs*. 36(1):17-30. <https://doi.org/10.1007/s40263-021-00877-y>
- Lyons, A. (2022). Self-administration of Psilocybin in the Setting of Treatment-resistant Depression. *Innov Clin Neurosci*. 19(7-9):44-47. PMID: 36204170
- Marschall, J., Fejer, G., Lempe, P., Prochazkova, L., Kuchar, M., Hajkova, K. & van Elk, M. (2022). Psilocybin microdosing does not affect emotion-related symptoms and processing: A preregistered field and lab-based study. *Journal of psychopharmacology* 36(1):97-113. <https://doi.org/10.1177/02698811211050556>
- OMS. (2023, 31 de marzo). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Rootman, J., Kryskow, P., Harvey, K., Stamets, P., Santos-Brault, E., Kuypers, K. P. C., Polito, V., Bourzat, F. & Walsh, Z. (2021). Adults who microdose psychedelics report health related motivations and lower levels of anxiety and depression compared to non-microdosers. *Sci Rep* 11, 22479. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-01811-4>
- Rootman, J., Kiraga, M., Kryskow, P., Harvey, K., Stamets, P., Santos-Brault, E., Kuypers, K. P. C. & Walsh, Z. (2022). Psilocybin microdosers demonstrate greater observed improvements in mood and mental health at one month relative to non-microdosing controls. *Sci Rep* 12, 11091. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-14512-3>

Szigeti, B., Kartner, L., Blemings, A., Rosas, F., Feilding, A., Nutt, D. J., Carhart-Harris, R. L. & Erritzoe, D. (2021). Self-blinding citizen science to explore psychedelic microdosing. *Elife* 10:e62878. <https://doi.org/10.7554/eLife.62878>

Toby, L., Amada, N., Jungaberle, H., Schecke, H. & Klein, M. (2020). *Microdosing psychedelics: Motivations, subjective effects and harm reduction*. *Int J Drug Policy*. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.11.008>

Vollenweider, F. X & Kometer, M. (2010). The neurobiology of psychedelic drugs: implications for the treatment of mood disorders. *Nat Rev Neurosci* 11, 642–651. <https://doi.org/10.1038/nrn2884>

volver al índice

Reinternaciones psiquiátricas: Determinantes clínicos, sociales y demográficos en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires

Psychiatric rehospitalizations: Clinical, social and demographic determinants in a hospital of the City of Buenos Aires

Sergio Damián Chebar¹, Diego Javier Martino²

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i164.545>

Resumen

Objetivo: Este trabajo busca determinar las variables asociadas a las rehospitalizaciones múltiples en una sala de internación de mujeres, del Hospital de Emergencias Psiquiátricas “Torcuato de Alvear” de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. **Método:** El presente es un estudio analítico, de tipo transversal, en el que se incluyeron consecutivamente 350 pacientes de entre 18 y 65 años, hospitalizadas desde 2013 hasta diciembre de 2017 en la sala de internación de mujeres de dicho hospital. Al momento del alta se recabaron datos sociodemográficos, clínicos y sobre las condiciones de internación de todas las pacientes. Se definió internaciones múltiples al haber tenido 3 o más internaciones previas al momento de la actual internación. Para variables continuas se realizó test t o el análisis de varianza (ANOVA) en casos de distribución normal, y test de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis en casos de distribución asimétrica. Las variables cualitativas se analizaron a través del test de chi-cuadrado con corrección de continuidad. La asociación entre variables se evaluó a través de los coeficientes de correlación de Pearson o Spearman según corresponda. **Resultados:** Las variables asociadas con reinternaciones múltiples fueron: el diagnóstico de Trastorno Bipolar, encontrarse realizando tratamiento al ingreso, así como la precariedad habitacional, la falta de trabajo y de autonomía económica. **Conclusión:** Las variables representativas de vulnerabilidad social y económica se asociaron con la utilización de camas de internación psiquiátrica. Son necesarias políticas públicas que permitan interrumpir la relación entre pobreza y patología mental.

Palabras clave: internaciones múltiples, puerta giratoria, desempleo, pobreza, trastorno bipolar

Abstract

Objective: This study aims to determine variables associated with multiple rehospitalizations in a women's hospitalization unit in a Psychiatric Emergency Hospital in the City of Buenos Aires, Argentina. **Method:** In this an analytical, cross-sectional study 350 patients between 18 and 65 years of age, hospitalized from 2013 to December 2017 in the women's hospitalization room of the Psychiatric Emergency Hospital “Torcuato de Alvear” were included. At the time of discharge, sociodemographic, clinical and discharge conditions data were collected from all patients. Multiple hospitalizations were defined as having had 3 or more prior life-time. For continuous variables, t-test or analysis of variance (ANOVA) was performed in cases of normal distribution, and Mann-Whitney and Kruskal-Wallis test in cases of asymmetric distribution. The qualitative variables were analyzed through the chi-square test with continuity correction. The association between variables was evaluated through Pearson or Spearman correlation coefficients as appropriate.

RECIBIDO 7/8/2023 - ACEPTADO 5/11/2024

¹Médico especialista en psiquiatría, Mg. en Salud Pública, especialista en Medicina Legal. Hospital de Emergencias Psiquiátricas “T. de Alvear”. ORCID: 0009-0002-7246-419X

²Médico especialista en psiquiatría; Doctor en Medicina. Investigador independiente Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Buenos Aires, Argentina. ORCID: 0000-0002-8608-9346

Autor correspondiente:

Sergio Damián Chebar

damianchebar@gmail.com

Lugar de realización de la investigación: Hospital de Emergencias Psiquiátricas “Torcuato de Alvear” de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Results: *The variables associated with multiple rehospitalizations were: the Bipolar Disorder diagnosis, being under treatment at the time of admission, as well as housing precariousness, lack of work and economic autonomy. Conclusion: Representative variables of social and economic vulnerability were associated with the use of psychiatric inpatient beds. Public policies are needed to interrupt the relationship between poverty and mental pathology.*

Key words: *multiple hospitalizations, revolving door, unemployment, poverty, bipolar disorder*

Introducción

Las internaciones psiquiátricas constituyen una importante herramienta terapéutica al mantener al paciente en crisis en un ambiente seguro y controlado, permitir un abordaje terapéutico intensivo e interdisciplinario, y establecer una distancia momentánea con su entorno. A pesar de sus beneficios, no dejan de ser una interrupción de la trayectoria vital que se asocia a estigmatización, disminución de la autoestima, pérdida de empleo y dificultades en la reinserción comunitaria, entre otras consecuencias indeseadas (Carlsson, 2010; Duhig et al. 2017; Klinkenberg & Calsyn, 1996; Sullivan et al. 1995). Asimismo, la estigmatización de las personas con padecimientos mentales promueve internaciones más largas y frecuentes (Loch, 2012). Desde una perspectiva sanitaria, estas internaciones aumentan considerablemente los costos directos e indirectos de la salud al tiempo que quitan recursos a los tratamientos ambulatorios (Frick et al., 2013; World Health Organization, 2018).

Existe consenso en que las reinternaciones han aumentado desde mitad del siglo pasado a la actualidad (Sullivan et al., 1995; Frick et al., 2013; Oiesvold et al., 2000; Silva et al., 2009). Al respecto, Jeppesen y colaboradores (Jeppesen et al., 2016) estudiando la utilización de los hospitales psiquiátricos daneses por pacientes con diagnóstico de esquizofrenia desde 1970 a 2012, describen una reducción del 68 % en la cantidad total de camas y un aumento de las admisiones para este diagnóstico del 220 %, que se vincularían con una disminución en la duración de las internaciones y un aumento de las reinternaciones del 51 % al 70 %. De modo similar, en Canadá, Martin y colegas (Martin et al., 1976) registran un aumento del 200 % en las admisiones entre 1941 y 1971. Para ese año, las reinternaciones ya representaban el 55 % de todas las admisiones en los hospitales psiquiátricos y el 44 % en los hospitales generales en un contexto de disminución de camas psiquiátricas y de los tiempos de internación.

El incremento en las reinternaciones ocurrido en las últimas décadas es consistente en los diferentes es-

tudios contemporáneos. En su revisión, Lin y Li las ubican, en Taiwan, en 47 % al año y en forma retrospectiva encontraron tasas del 6 %, 9 % y 12 % a los 14, 30 y 60 días del egreso respectivamente (Lin & Li, 2008). En Israel el 37,8 % de las admisiones estudiadas durante un período de dos años correspondió a internaciones de pacientes con reinternaciones múltiples (Oyffe et al., 2009). En Brasil, Silva y col., encontraron tasas de reinternación del 30 % al 59 % al año (Silva et al., 2009). En relación a estudios realizados en nuestro país, Serrani y col. en un Hospital público del Área Metropolitana de Buenos Aires tuvieron una tasa de reinternaciones al año del 8 % (Serrani et al., 2017), mientras que la tasa de Strejilevich y col. fue del 30 % en 5 años en un Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires (Strejilevich et al., 2002). En una organización de medicina prepaga, Nemirovsky y col. encontraron una tasa del 17 % anual (Nemirovsky et al., 2003), en una clínica privada de Bahía Blanca, Buedo y Fiadarón reportaron una tasa de reinternación del 20 % anual (Buedo & Fiadaron, 2016), mientras que Sacco y Rodríguez del 22,5 % en el mismo periodo en una obra social (Sacco & Rodríguez, 2001). Un estudio realizado en nuestro mismo hospital en el año 1993 por Agrest y col. describe una tasa de reinternación del 63,8 % y de internaciones múltiples de 27,6 % (Agrest et al., 1993).

Al hecho de las reinternaciones en múltiples oportunidades se lo ha llamado “fenómeno de la puerta giratoria”. Otros términos que se han utilizado para designar a estos pacientes son: “usuarios frecuentes”, o en la nomenclatura anglosajona “heavy user”, “frequent user”, o “high frequency user” (Beck et al., 2016). Si bien muchos autores observan en los cambios del sistema de salud (disminución del número de camas, menores tiempos de internación y derivación a dispositivos comunitarios) un papel causal en la producción del “fenómeno de la puerta giratoria”, otros investigadores buscan las respuestas en los cambios sociales. En este sentido, la falta de contención por parte de la familia, la estigmatización de la enfermedad mental, la pérdida del capital social de la comuni-

dad y las dificultades en la inserción laboral, son todas variables que también podrían estar involucradas. Desde el punto de vista del financiamiento sanitario, estudios internacionales muestran que las reinternaciones múltiples generan que un porcentaje minoritario de entre un 30 y un 35 % de los pacientes consuma alrededor del 80 % de los recursos (Fisher & Stevens, 1999).

Diferentes variables sociodemográficas, clínicas, y terapéuticas han sido vinculadas al riesgo de reinternación. Entre los hallazgos más consistentemente asociados a rehospitalizaciones se encuentran el *número de internaciones previas* (Donisi et al., 2016; Frick et al., 2013; Klinkenberg & Calsyn, 1996; Olfson et al., 1999; Perlman et al., 2015; Schmutte et al., 2009; Stein et al., 2014; Voineskos & Denault, 1978), la edad menor a 35 años (Donisi et al., 2016; Gastal et al. 2000; Machado et al., 2012; Oiesvold et al., 2000), y *los diagnósticos de esquizofrenia* (Frick et al., 2013;; Oiesvold et al., 2000; Perlman et al., 2015; Saarento et al., 1997; Schmutte et al., 2009; Silva et al., 2009; Strejilevich et al., 2002), *trastorno de la personalidad* (Machado et al., 2012; Madi et al. 2007; Saarento et al. 1997) y *consumo problemático de sustancias* (Frick et al., 2013; Jaramillo-Gonzalez et al., 2014; Lerner & Zilber, 2010; Machado et al., 2012; Madi et al., 2007; Olfson et al., 1999; Perlman et al., 2015). Asimismo, aspectos sociales como el *bajo nivel educativo* (Donisi et al., 2016; Frick et al., 2013; Jaramillo-González et al., 2014; Schmutte et al., 2009; World Health Organization, 2018), *el bajo nivel socioeconómico* (Donisi et al., 2016; Klinkenberg & Calsyn, 1996; Silva et al., 2009; ,25; Stein et al., 2014; Voineskos & Denault, 1978), *vivir en un entorno urbano* (Frick et al., 2013; Silva et al., 2009), *vivir en soledad* (Frick et al., 2013; Gastal et al. 2000; Jaramillo-Gonzalez et al., 2014; Machado et al., 2012; Oiesvold et al., 2000; Oyffe et al., 2009; Silva et al., 2009; Voineskos & Denault, 1978), *falta de contención familiar* (Donisi et al., 2016; Durbin et al., 2007; Olfson et al., 1999), *estar desempleado* (Donisi et al., 2016; Machado et al., 2012; Perlman et al., 2015; Oiesvold et al., 2000; Schmutte et al., 2009) y *haber abandonado voluntariamente el tratamiento* (Oyffe et al., 2009) también se asociaron a reinternaciones. Por el contrario, *vivir en residencias protegidas, un buen funcionamiento previo* (Donisi et al., 2016; Frick et al., 2013), *tener empleo* (Frick et al., 2013; Oyffe et al., 2009) y *las internaciones compulsivas* (Frick et al., 2013; Olfson et al., 1999) se asociaron a un mayor tiempo vivido en la comunidad. Tanto el *género* del paciente (Bernardo & Forchuk, 2001; Donisi et al., 2016; Frick et al., 2013; Haywood et al., 1995;

Jaramillo-Gonzalez et al., 2014; Lerner & Zilber, 2010; Lichtenberg et al., 2008; Madi et al., 2007; Oiesvold et al., 2000; Olfson et al., 1999; Perlman et al., 2015; Schmutte et al., 2009; Silva et al., 2009), como la *duración de la internación* (Fisher & Stevens, 1999; Jaramillo-Gonzalez et al., 2014; Lerner & Zilber, 2010; Machado et al., 2012; Madi et al., 2007; Olfson et al., 1999; Oyffe et al., 2009; Perlman et al., 2015; Saarento et al., 1997; Silva et al., 2009) presentan resultados contradictorios en relación al riesgo de reinternarse.

Sin embargo, no existen en nuestro medio estudios que hayan abordado el problema de las reinternaciones múltiples. Actualmente la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) no cuenta con estadísticas sobre este problema, ni con programas específicos para pacientes con internaciones múltiples. Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo general describir las características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas en pacientes que tienen múltiples internaciones (más de 4 internaciones a lo largo de su vida) ingresadas en un Hospital de Emergencias Psiquiátricas de la CABA.

Material y métodos

El presente es un estudio analítico, de tipo transversal, en el que se incluyeron consecutivamente pacientes de entre 18 y 65 años hospitalizadas entre el 2013 y el 2018 en la sala de internación de mujeres del Hospital de Emergencias Psiquiátricas "T. de Alvear" de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Para cada paciente se relevaron variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas de la historia clínica. Se definieron como pacientes con internaciones múltiples a aquellas que tenían antecedentes de tres internaciones previas a la actual del estudio a lo largo de su vida en cualquier efector. Las pacientes ingresan a la sala luego de un tiempo variable de permanencia en la guardia, según el cuadro clínico y la disponibilidad de camas. Es importante mencionar que un porcentaje minoritario de las pacientes, que se recuperan rápidamente o cuentan con una red de contención robusta son externadas en forma directa desde la guardia.

Los diagnósticos fueron realizados por médicos del servicio con más de 10 años de experiencia clínica, según los criterios de la CIE-10. Los datos relacionados con la situación habitacional y laboral fueron organizados con criterios similares a los utilizados en el último censo nacional, aunque con algunas modificaciones realizadas por los autores vinculadas a la experiencia de trabajo. En aquellos casos que presentaron más de una internación en el hospital durante el

período de estudio, sólo se consignaron los datos de la última con la finalidad de que todas las observaciones puedan ser consideradas independientes. Todas las pacientes (o sus representantes legales) firmaron un consentimiento informado al momento del alta, previo al relevamiento de los datos del estudio y luego de haber sido adecuadamente informadas acerca del alcance del mismo. Si bien no se cuentan con datos en relación a la pérdida de casos, se considera a los mismos marginales en la medida que los datos se relevaban de las historias clínicas.

Respecto al análisis estadístico, la normalidad de las variables se evaluó mediante métodos analíticos (Kolmogorov-Smirnov). Dada la distribución asimétrica de la mayoría de las variables, la comparación entre grupos de variables continuas se realizó utilizando el test de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Incluso en el caso de variables no paramétricas, se utilizaron la media y desvío estándar como medidas descriptivas para facilitar la comprensión. Las variables cualitativas se analizaron a través del test de chi-cuadrado con corrección de continuidad. La asociación entre variables se evaluó a través de los coeficientes de correlación de Spearman.

Resultados

Durante el período de estudio se incluyeron 350 pacientes con una edad media de 36.59 años (Desvío Estándar=11,67) y 11.26 (2,2) años promedio de educación. El 41,5 % no tenía hijos, mientras que entre aquellas que si tenían el promedio fue de 2.14 (1,13). Las mismas estuvieron internadas durante 97.37 (67,89) días en el hospital incluyendo los primeros días de estadía en guardia (13,64±12,53), predominando las internaciones involuntarias (67,9 %) sobre las voluntarias (32,1 %). Las características sociodemográficas adicionales se muestran en la *Tabla 1*.

El 66 % de la muestra (n=231) tenían antecedentes de internaciones psiquiátricas previas (m=2,12, DE=2,74), habiendo transcurrido un promedio de 25,14 (32,35) meses desde su última admisión. Los diagnósticos principales de las pacientes internadas fueron esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (27,7 %), depresión unipolar (12,6 %), trastorno bipo-

Tabla 1. Características sociodemográficas de las pacientes al momento de la hospitalización

VARIABLE	Porcentaje válido %
Nacionalidad argentina	90.8
Estado civil	
Soltera	57.0
Casada/Conviviente	18.7
Separada	20.8
Viuda	3.5
Lugar de vivienda	
CABA	45.0
Gran Buenos Aires	52.1
Otros	2.9
Tipo de vivienda	
Material	90.7
Casilla precaria	1.2
Pensión/Institución	7.2
Situación de calle	0.9
Situación de vivienda	
Propia	35.5
Alquilada	19.9
Familiar/Prestada	39.0
Otras	5.6
Trabajo	
Trabajo formal/Tiempo completo	12.0
Trabajo precario/A tiempo parcial	14.6
No busca trabajo (ama de casa)	29.8
Desocupada	43.6
Autonomía económica	
Autónoma/No recibe ayuda	16.6
Ama de casa	10.8
Recibe ayuda de pareja o familia	48.3
Recibe pensión o plan social	21.5
Otros	2.9
Tipo de cobertura de salud	
Obra social/Prepaga/Incluir Salud	22.8
Ninguna	72.2
Certificado de discapacidad	28.7
Pensión por discapacidad	22.8

lar –incluyendo tanto depresión como manía– (27,1 %), y trastornos de la personalidad (22,9 %). El resto de los pacientes (9,7 %) tuvieron diagnósticos menos frecuentes como trastornos de ansiedad, demencias, o discapacidad intelectual, entre otros. El 18,7 % de la muestra presentó comorbilidad con abuso de sustancias, mientras que el 15,0 % presentó comorbilidad con abuso de alcohol.

Factores asociados a las reinternaciones múltiples

De las 350 pacientes incluidas, 121 (34,5 %) se encontraron cursando una reinternación múltiple, definida como aquella que ocurría en el contexto de 3 o más internaciones previas (las restantes 229 pacientes se utilizaron como controles en los siguientes análisis). No hubo diferencias entre estos grupos respecto de la duración de la internación (Mann-Whitney $Z=-1,16$; $p=0,25$), ni de los meses transcurridos desde la última internación –considerando las pacientes sin reinternaciones múltiples pero con antecedentes de alguna hospitalización previa ($n=110$)– (Mann-Whitney $Z=-0,96$; $p=0,34$). Tampoco hubo diferencias entre grupos en relación al carácter voluntario o involuntario de la internación ($X^2=1,97$, $gl=1$, $p=0,16$). Las pacientes con reinternaciones múltiples se encontraban realizando tratamiento al momento del ingreso con más frecuencia que aquellas con menor número de internaciones previas (72,47 % vs. 57,7 %) ($X^2=4,38$; $gl=1$; $p=0,036$).

Entre las variables sociodemográficas, las reinternaciones múltiples no se asociaron a la edad (Mann-Whitney $Z=-1,44$; $p=0,15$), ni al nivel educacional (Mann-Whitney $Z=-1,24$; $p=0,21$). Tampoco se observó relación entre las reinternaciones múltiples con el estado civil, ni con el grupo conviviente al ingreso. En cambio, las pacientes que vivían en casas de material tenían menor tasa de reinternaciones múltiples (31,95 %) respecto de aquellas que vivían en casillas precarias, instituciones, o en situación de calle (59,37 %) ($X^2=11,00$, $gl=3$, $p=0,012$). Asimismo, las pacientes con trabajo a tiempo completo (23,81 %) o parcial (19,61 %) tenían menos reinternaciones múltiples respecto de aquellas que no buscaban trabajo (40,38 %) o que se encontraban desocupadas (38,81 %) ($X^2=9,95$, $gl=3$, $p=0,019$). De modo semejante, las pacientes que recibían pensiones/planes sociales tenían mayor frecuencia de reinternaciones múltiples (60,81 %) comparadas con aquellas que eran autónomas económicamente (21,05 %), que recibían ayuda (28,31 %), o que eran amas de casa (35,13 %) ($X^2=30,94$,

$gl=4$, $p<0,001$). No hubo diferencias en las tasas de reinternación múltiple respecto del tipo de cobertura de salud de las pacientes, aunque aquellas con certificado de discapacidad tuvieron tasas mayores que las que no lo tenían (56,00 % vs 25,70 %; $X^2=29,03$, $gl=1$, $p<0,001$). Las reinternaciones múltiples fueron similares entre las pacientes que vivían en la CABA, GBA, u otras localidades ($X^2=1,68$, $gl=2$, $p=0,43$).

Los diagnósticos psiquiátricos mostraron una relación con la tasa de reinternación múltiple ($X^2=10,09$, $gl=4$, $p=0,039$), siendo mayor en los casos de trastorno bipolar (45,26 %), intermedia en los trastornos psicóticos (34,02 %) y de personalidad (28,75 %), y menor en la depresión unipolar (20,45 %). Por el contrario, la comorbilidad con abuso de alcohol ($X^2=0,56$, $gl=1$, $p=0,45$) y sustancias ($X^2=0,056$, $gl=1$, $p=0,81$) no mostró relación con las reinternaciones múltiples.

Con el objetivo de evaluar cuáles de las variables surgidas del análisis univariado fueran predictoras independientes de reinternaciones múltiples, se construyó un modelo de regresión logística. Las potenciales variables predictoras surgidas del análisis univariado fueron dicotomizadas con la finalidad de simplificar el modelo, de modo tal que coeficientes positivos indicaran un incremento en el odds de reinternación múltiple. Estas variables independientes fueron incluidas por bloque; primero las sociodemográficas y luego las clínicas. El modelo final incluyó 4 variables que fueron predictores independientes del odds de padecer reinternaciones múltiples: no tener vivienda de material ($\beta=0,823$; $gl=1$; $p=0,029$), estar desocupado o sin buscar trabajo ($\beta=0,707$; $gl=1$; $p=0,018$), tener menor autonomía económica (como receptores de pensiones/planes sociales) ($\beta=1,283$; $gl=1$; $p<0,001$), y tener diagnóstico de trastorno bipolar ($\beta=0,775$; $gl=1$; $p=0,004$).

Discusión y conclusiones

Las definiciones de internaciones múltiples continúan sin ser claras a pesar de la multiplicidad de trabajos publicados al respecto. La definición utilizada en el presente trabajo (tres internaciones previas) permite delimitar una población con una importante utilización de las camas de internación y se encuentra en línea con las utilizadas en la mayoría de los trabajos y las definiciones de “trastorno mental severo” (United Kingdom Department of Health, 1999). En nuestro estudio aproximadamente un tercio de la muestra cumplió con esta definición de internaciones múltiples.

Los factores de riesgo socioeconómicos como vivir en una vivienda precaria, estar desocupado o no ser autónoma económicamente se asociaron a tener

antecedentes de internaciones múltiples en nuestra muestra. Estos resultados son consistentes con reportes previos respecto de la relación entre dificultades habitacionales y desempleo con riesgo de reinternaciones o incluso con el fenómeno de puerta giratoria (Fonseca Barbosa & Gama Marques, 2023). Respecto de las variables clínicas, las mayores tasas de internaciones múltiples se observaron en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar. Algunos estudios previos han reportado que los trastornos bipolares son los más asociados a internaciones múltiples, aunque otros encuentran que se asocia más estrechamente a trastornos psicóticos (y en particular a esquizofrenia) (Vigod et al. 2013). Por otra parte, no encontramos asociación con el consumo de alcohol y sustancias, lo cual podría deberse a que se utilizaron los criterios del CIE-10 para trastorno por abuso de sustancias, no quedando representado el uso excesivo de estas sustancias en una población vulnerable. Asimismo, el hecho de que haya sido una muestra constituida exclusivamente por mujeres también podría haber contribuido a este hallazgo negativo.

El patrón general de resultados destaca el estrecho vínculo existente entre las patologías mentales y las condiciones de vida de los pacientes. En este sentido, puede hipotetizarse cómo solucionando situaciones habitacionales y laborales de los pacientes podría redundar en una reducción de las reinternaciones. Ofrecer a los pacientes los medios simultáneos para obtener atención y ayuda para encontrar empleo, como programas de empleo protegido o con apoyo, podrían contribuir a una mejor calidad de vida (Dias Neto & Silva, 2008; Frederick & VanderWeele, 2019). Asimismo, con el fin de mejorar la calidad de la atención, estimular la adherencia a los tratamientos y reducir las reinternaciones en los pacientes con trastornos mentales severos (TMS), se han propuesto diversos dispositivos en varios países. Algunos se basan en reforzar la continuidad de los cuidados entre los equipos de la internación y aquellos del seguimiento ambulatorio en forma previa al alta, mediante encuentros, comunicaciones telefónicas o con la inclusión de un profesional que facilita la transición (“transition manager”) (Nelson et al., 2000). Asimismo, se han utilizado charlas de psicoeducación, de adherencia farmacológica y de necesidades para el alta. En el post-alta se utilizaron las visitas domiciliarias, los seguimientos telefónicos y la psicoeducación con el paciente y su familia. Otros, como los esquemas de “seguimiento intensivo”, se diferencian de los anteriores por ser esquemas de

seguimiento a mediano y largo plazo, y no solo intervenciones focalizadas en la transición. Si bien existen varios de estos esquemas, todos coinciden en brindar un seguimiento personalizado mediante un equipo interdisciplinario de profesionales, que siguen un grupo reducido de pacientes (<15), y los acompañan a lo largo de las diferentes instancias de su tratamiento, incluyendo su inserción comunitaria. Suele haber un profesional referente que articula con el resto del equipo y coordina sus interconsultas. Muchos de estos dispositivos cuentan también con líneas de emergencias las 24 Hs., los 7 días de la semana y algunos se caracterizan por la inclusión de pares (pacientes externados) (Kidd et al., 2016; Chinman et al., 2001; Forchuk et al., 2007; Steffen et al., 2009). En una revisión sistemática, Smith y Newton remarcaron que en relación a la posibilidad de reducir las reinternaciones, los resultados aún son contradictorios por la heterogeneidad de los dispositivos, la poca casuística de los estudios y la imposibilidad de realizar un esquema de doble ciego. De todos modos, en la evaluación subjetiva por parte de los pacientes que recibieron el tratamiento intensivo, estos manifestaron sentirse mejor en áreas como estado general de salud, trabajo, relaciones familiares y actividades del hogar, diferencia que fue estadísticamente significativa (Smith & Newton, 2007).

Si bien en nuestro estudio no obtuvimos datos que avalen una correlación entre el núcleo conviviente y las reinternaciones múltiples, Zanardo y colaboradores en Puerto Alegre encuentran una asociación inversa entre las reinternaciones múltiples (definidas como 2 o más internaciones en los últimos 12 meses) y la cantidad de personas con las que los usuarios sienten que pueden contar (media=2,03; mediana=2,00) vs. (media = 3,31; mediana = 3,00; $p = 0,016$) (Zanardo et al., 2017).

En la Ciudad de Buenos Aires y el Área Metropolitana, no contamos a la fecha con dispositivos de seguimiento intensivo para esta población de alta demanda y utilización de recursos de salud mental. Las necesidades de los usuarios por fuera de las consultas con los psiquiatras tratantes son cubiertas por los equipos de guardia de los diferentes hospitales. De este modo se fomenta una atención impersonal, hospitalocéntrica y basada en la urgencia, que dificulta la permanencia de los usuarios fuera de las instituciones.

Los resultados de este estudio deben interpretarse teniendo en cuenta ciertas limitaciones. En primer lugar, el haber sido realizado exclusivamente en mujeres dificulta su extrapolación a la población de hombres, principalmente en lo referente a la autonomía

y trabajo. En segundo lugar, la muestra no incluye a aquellas pacientes que se internaron y fueron dadas de alta desde la guardia, sin pasar a sala de internación. Esta situación podría generar una subestimación de la tasa de reinternaciones al excluir a usuarias que, por sus problemas psiquiátricos, socioeconómicos, o familiares presentan internaciones breves a repetición. Finalmente, como se mencionó antes, otra limitación pudo haber sido la evaluación del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas; ya que la definición del CIE-10 establece criterios diagnósticos estrictos, quedando sub-representadas todas aquellas pacientes que utilizan sustancias, pero con menor intensidad. Consideramos importante para nuevas investigaciones ampliar las perspectivas de los pacientes en relación a las sucesivas internaciones mediante un abordaje cualitativo que complemente los datos aportados por este trabajo.

No obstante estas limitaciones, el presente estudio brinda una caracterización inicial de la población internada en un Hospital de la CABA donde se ponen de manifiesto los factores vinculados a internaciones frecuentes. Es importante destacar la influencia de las características socioeconómicas del paciente y su entorno en el uso de los dispositivos de internación y remarcar la necesidad que se desarrollen programas adecuados que promuevan la integración social de los usuarios. En este sentido, podrían ser relevantes políticas públicas que interrumpan el círculo pobreza - enfermedad mental, y que brinden sostén al paciente y su familia. Asimismo, consideramos necesario que se implementen estrategias asistenciales específicas para esta población con utilización intensiva de los recursos de salud.

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

Referencias bibliográficas

Agrest, M., Lopez, G., Nemirovsky, M., Rosenberg, F. (1993) Factores asociados con la hospitalización de pacientes psicóticos. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 5(17) 167-175.

Beck, A., Harris, V., Newman, L., Evans, L. J., Lewis, H., & Pegler, R. (2016). Statistical approaches for identifying heavy users of inpatient mental health services. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 25(5), 455-460. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1207221>

Bernardo, A. C., & Forchuk, C. (2001). Factors associated with readmission to a psychiatric facility. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 52(8), 1100-1102. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.8.1100>

Buedo, P. E., & Fiadaron, R. (2016). Descripción de las internaciones en salud mental de una institución monovalente de la ciudad de bahía blanca, argentina [description of mental health hospitalization in a monovalent institution in the city of bahía blanca, argentina.]. *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*, 26(2), 36-42.

Carlsson G. F. (2010). Validez de los criterios de internación en conductas

suicidas: por qué, cuándo, cómo [Validity of hospitalization criteria in suicide behaviors: why, when, how?]. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 21(89), 35-41.

Chinman, M. J., Weingarten, R., Stayner, D., & Davidson, L. (2001). Chronicity reconsidered: improving person-environment fit through a consumer-run service. *Community mental health journal*, 37(3), 215-229. <https://doi.org/10.1023/a:1017577029956>

Di Lorenzo, R., Sagona, M., Landi, G., Martire, L., Piemonte, C., & Del Giovane, C. (2016). The Revolving Door Phenomenon in an Italian Acute Psychiatric Ward: A 5-Year Retrospective Analysis of the Potential Risk Factors. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(9), 686-692. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000540>

Dias Neto, D., & da Silva, A. C. (2008). Characterization of readmissions at a Portuguese psychiatric hospital: An analysis over a 21 month period. *The European Journal of Psychiatry*, 22(2), 69-76. Recuperado en 07 de diciembre de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-61632008000200002&lng=es&tlng=en.

Donisi, V., Tedeschi, F., Wahlbeck, K., Haaramo, P., & Amadeo, F. (2016). Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. *BMC psychiatry*, 16(1), 449. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1114-0>

Duhig, M., Gunasekara, I., & Patterson, S. (2017). Understanding readmission to psychiatric hospital in Australia from the service users' perspective: a qualitative study. *Health & social care in the community*, 25(1), 75-82. <https://doi.org/10.1111/hsc.12269>

Durbin, J., Lin, E., Layne, C., & Teed, M. (2007). Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care?. *The journal of behavioral health services & research*, 34(2), 137-150. <https://doi.org/10.1007/s11414-007-9055-5>

Fisher, S., & Stevens, R. F. (1999). Subgroups of frequent users of an inpatient mental health program at a community hospital in Canada. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 50(2), 244-247. <https://doi.org/10.1176/ps.50.2.244>

Fonseca Barbosa, J., & Gama Marques, J. (2023). The revolving door phenomenon in severe psychiatric disorders: A systematic review. *The International journal of social psychiatry*, 69(5), 1075-1089. <https://doi.org/10.1177/00207640221143282>

Forchuk, C., Reynolds, W., Sharkey, S., Martin, M. L., & Jensen, E. (2007). Transitional discharge based on therapeutic relationships: state of the art. *Archives of psychiatric nursing*, 21(2), 80-86. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2006.11.002>

Frederick, D. E., & VanderWeele, T. J. (2019). Supported employment: Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support. *PloS one*, 14(2), e0212208. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212208>

Frick, U., Frick, H., Langguth, B., Landgrebe, M., Hübner-Liebermann, B., & Hajak, G. (2013). The revolving door phenomenon revisited: time to readmission in 17'145 [corrected] patients with 37'697 hospitalisations at a German psychiatric hospital. *PloS one*, 8(10), e75612. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0075612>

Gastal, F. L., Andreoli, S. B., Quintana, M. I., Almeida Gameiro, M., Leite, S. O., & McGrath, J. (2000). Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Revista de saude publica*, 34(3), 280-285. <https://doi.org/10.1590/s0034-8910200000300011>

Haywood, T. W., Kravitz, H. M., Grossman, L. S., Cavanaugh, J. L., Jr, Davis, J. M., & Lewis, D. A. (1995). Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *The American journal of psychiatry*, 152(6), 856-861. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.6.856>

Jaramillo-Gonzalez, L. E., Sanchez-Pedraza, R., & Herazo, M. I. (2014). The frequency of rehospitalization and associated factors in Colombian psychiatric patients: a cohort study. *BMC psychiatry*, 14, 161. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-161>

Jeppesen, R. M., Christensen, T., & Vestergaard, C. H. (2016). Changes in the utilization of psychiatric hospital facilities in Denmark by patients diagnosed with schizophrenia from 1970 through 2012: The advent of 'revolving door' patients. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 133(5), 419-425.

<https://doi.org/10.1111/acps.12549>

Kidd, S. A., Virdee, G., Mihalakakos, G., McKinney, C., Feingold, L., Collins, A., Davidson, L., Weingarten, R., Maples, N., & Velligan, D. (2016). The welcome basket revisited: Testing the feasibility of a brief peer support intervention to facilitate transition from hospital to community. *Psychiatric rehabilitation journal*, 39(4), 335–342.

<https://doi.org/10.1037/prj0000235>

Klinkenberg, W. D., & Calsyn, R. J. (1996). Predictors of receipt of after-care and recidivism among persons with severe mental illness: a review. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 47(5), 487–496.

<https://doi.org/10.1176/ps.47.5.487>

Lerner, Y., & Zilber, N. (2010). Predictors of cumulative length of psychiatric inpatient stay over one year: a national case register study. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 47(4), 304–307.

Lichtenberg, P., Levinson, D., Sharshevsky, Y., Feldman, D., Lachman, M. (2008). Clinical case management of revolving door patients - a semi-randomized study. *Acta Psychiatr Scand.*, 117(6):449-54.

Lin, C. M., & Li, C. Y. (2008). Hospital readmission and its correlates among psychiatric patients in Taiwan. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 59(9), 1064–1065. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.9.1064>.

Loch, A. A. (2012). Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization: São Paulo public mental health system. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 34(2), 185–192.

<https://doi.org/10.1590/s1516-44462012000200011>

Machado, V., Leonidas, C., Santos, M. A., Santos, M. A. (2012). Psychiatric readmission: an integrative review of the literature. *Int Nurs Rev*, 59(4):447-57.

Madi, N., Zhao, H., & Li, J. F. (2007). Hospital readmissions for patients with mental illness in Canada. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, 10(2), 30–32. <https://doi.org/10.12927/hcq.2007.18818>

Martin, B. A., Kedward, H. B., & Eastwood, M. R. (1976). Hospitalization for mental illness: evaluation of admission trends from 1941 to 1971. *Canadian Medical Association journal*, 115(4), 322–325.

Nelson, E. A., Maruish, M. E., & Axler, J. L. (2000). Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 51(7), 885–889.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.7.885>

Nemirovsky, M., Guardo, G., Rosenstein, M., Agrest, M., Tkach, J., & Montanelli, R. (2003). Características epidemiológicas y de la atención de los pacientes internados psiquiátricamente en una Empresa de Medicina Pre-paga en la Ciudad de Buenos Aires [Epidemiological features of admitted patients to a psychiatric unit in a Prepaid Medical Organization in Buenos Aires City]. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatria*, 14(54), 292–298..

Oiesvold, T., Saarento, O., Sytema, S., Vinding, H., Göstas, G., Lönnberg, O., Muus, S., Sandlund, M., & Hansson, L. (2000). Predictors for readmission risk of new patients: the Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 101(5), 367–373.

<https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101005367.x>

Olfson, M., Mechanic, D., Boyer, C. A., Hansell, S., Walkup, J., Weiden, P. J. (1999). Assessing clinical predictions of early rehospitalization in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.*, 187(12):721-9

Oyffe, I., Kurs, R., Gelkopf, M., Melamed, Y., & Bleich, A. (2009). Revolving-door patients in a public psychiatric hospital in Israel: cross sectional study. *Croatian medical journal*, 50(6), 575–582.

<https://doi.org/10.3325/cmj.2009.50.575>

Perlman, C. M., Hirdes, J. P., & Vigod, S. (2015). Psychiatric Rehospitalization: Development of a Person-Level Indicator for Care Planning and Quality Assurance. *The primary care companion for CNS disorders*, 17(4), 10.4088/PCC.15m01784. <https://doi.org/10.4088/PCC.15m01784>

Saarento, O., Nieminen, P., Hakko, H., Isohanni, M., & Vaisanen, E. (1997). Utilization of psychiatric in-patient care among new patients in a comprehensive community-care system: a 3-year follow-up study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 95(2), 132–139.

<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb00386.x>

Sacco, M., Rodríguez, R. C. (2001). *Reingresos de pacientes esquizofrénicos a un año de su alta*; Alcmeón, XII, 10(1).

Schmutte, T., Dunn, C., & Sledge, W. (2009). Characteristics of inpatients with a history of recurrent psychiatric hospitalizations: a matched-control study. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 60(12), 1683–1685.

<https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.12.1683>

Serrani, D., Galfetti, G., & Rodríguez, C. (2017). Factores asociados con la duración de estadía y riesgo de re-internación en un hospital psiquiátrico monovalente de agudos: estudio de cohortes [Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: A retrospective study]. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatria*, 28(134), 260–270.

Silva, N. C., Bassani, D. G., & Palazzo, L. S. (2009). A case-control study of factors associated with multiple psychiatric readmissions. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 60(6), 786–791.

<https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.6.786>

Smith, L., & Newton, R. (2007). Systematic review of case management. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 41(1), 2–9.

<https://doi.org/10.1080/00048670601039831>

Steffen, S., Kösters, M., Becker, T., & Puschner, B. (2009). Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 120(1), 1–9.

<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01373.x>

Stein, B. D., Pangilinan, M., Sorbero, M. J., Marcus, S. M., Donahue, S. A., Xu, Y., Smith, T. E., & Essock, S. M. (2014). Using claims data to generate clinical flags predicting short-term risk of continued psychiatric hospitalizations. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 65(11), 1341–1346.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300306>

Strejilevich, S., Chan, M., Triskier, F., & Orgambide, S. (2002). Datos operacionales de una unidad psiquiátrica de internación en un hospital general y público de la Ciudad de Buenos Aires [Operative data of a psychiatric internation unit in a general hospital of health public system in Buenos Aires City]. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatria*, 13(48), 85–92.

Sullivan, G., Wells, K. B., Morgenstern, H., & Leake, B. (1995). Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. *The American journal of psychiatry*, 152(12), 1749–1756. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.12.1749>

United Kingdom Department of Health. National Service Framework for Mental Health: modern standards and service models. London: United Kingdom National Health Service, 1999.

Vigod, S. N., Kurdyak, P. A., Dennis, C. L., Leszcz, T., Taylor, V. H., Blumberger, D. M., & Seitz, D. P. (2013). Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 202(3), 187–194.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.115030>

Voineskos, G., & Denault, S. (1978). Recurrent psychiatric hospitalization. *Canadian Medical Association journal*, 118(3), 247–250.

World Health Organization. Department Of Mental Health And Substance Abuse. (2018) Mental Health Atlas 2017. [Geneva: World Health Organization]

Zanardo, G. L. P., Silveira, L. H. C., Rocha, C. M. F., & Rocha, K. B. (2017). Psychiatric admission and readmission in a general hospital of Porto Alegre: sociodemographic, clinic, and use of Network for Psychosocial Care characteristics. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology*, 20(3), 460–474.

<https://doi.org/10.1590/1980-5497201700030009>

Nuevas tecnologías y atención en salud mental. Encuesta a psiquiatras y psicólogos de Argentina sobre el uso del WhatsApp

Innovative technology and mental health care. Survey on the usage of WhatsApp among Argentinian psychiatrists and psychologists

Martín Agrest¹, Daniel Matusevich², Martín Nemirovsky³, Silvia Wikinski⁴

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i164.547>

Resumen

Objetivos: La comunicación entre pacientes y profesionales de la salud mental mediante plataformas de mensajería en el intervalo entre encuentros presenciales o virtuales se convirtió en una modalidad de teleconsulta asincrónica (TA) cuya utilidad y efecto en la carga de trabajo de los profesionales de salud mental no se han explorado. **Método:** Profesionales del campo de la salud mental que trabajan en Argentina fueron invitados a responder a una encuesta que exploraba la intensidad y utilidad de la TA, y la sobrecarga resultante. **Resultados:** Se recibieron un total de 527 respuestas de profesionales que trabajan en todo el país. El 69 % de los encuestados intercambiaron mensajes con un promedio de 1-10 pacientes/día y el 31 % con más de 10 pacientes/día; el 75 % respondió mensajes por teléfono móvil los fines de semana. Mientras que el 68 % calificó estas interacciones como positivas para el seguimiento clínico, el 47 % las consideró una fuente de sobrecarga laboral. **Conclusiones:** La adopción generalizada de la TA puede requerir una autorregulación adicional por parte de los profesionales y un seguimiento regular de los niveles de sobrecarga (especialmente, entre los psiquiatras) para que su práctica clínica diaria sea eficiente y sostenible.

Palabras clave: telepsiquiatría asincrónica, telepsicología asincrónica, sobrecarga, burnout, WhatsApp

Abstract

Objective: Communication between patients and mental health professionals by means of messaging platforms in the interval between synchronous encounters became a kind of asynchronous teleconsultation (AT) whose usefulness and effect on providers' workload have not been explored. **Method:** Mental health providers working in Argentina were invited to answer a survey exploring the intensity and usefulness of AT, and the resulting overload. **Results:** A total of 527 responses from professionals working throughout the country were received. As much as 69% of respondents exchanged messages with a mean of 1-10 patients/day and 31% with more than 10 patients/day; 75% answered messages over mobile phones on weekends. While 68% rated these interactions as positive for clinical follow-up, 47% considered them as a source of work overload. **Conclusions:** The generalized adoption of AT may require additional self-regulation by clinicians and regular monitoring of overload levels (particularly, among psychiatrists) to make their daily clinical practice efficient and sustainable.

Key words: asynchronous telepsychiatry, asynchronous telepsychology, work overload, burnout

RECIBIDO 14/12/2023 - ACEPTADO 6/1/2024

¹Psicólogo. Proyecto Suma. Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0003-3756-2229>

²Médico psiquiatra. Editor jefe, Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-3354-6611>

³Médico psiquiatra. Proyecto Suma. Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-6915-4698>

⁴Médica especialista en psiquiatra. Investigadora principal. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Profesora consultora, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0001-6501-2916>

Autora correspondiente:

Silvia Wikinski

silviawikinski@gmail.com



*Algunos pacientes me preguntan si tengo celular.
¡Ni se me ocurre tenerlo!
Que me manden un mensaje al beeper.
Les responderé cuando pueda y quiera”
(de un psiquiatra en el año 2002.)*

Introducción

En el año 2002 Katz y Aarkhus ya decían “...el fax y el teléfono ahora existen incluso a seis millas de altura; ni la orilla del mar y la cima de la montaña están fuera de su alcance. Una era de contacto perpetuo, al menos en términos de potencial, se está inaugurando” (Katz & Aarkhus, 2002). Anticipaban hace 21 años una realidad que hoy modela en gran medida las relaciones interpersonales, y que no deja a salvo tampoco los vínculos laborales o profesionales. De un aspecto de las consecuencias de este desarrollo trata este trabajo.

La utilización de los medios digitales para la atención en salud mental, en particular bajo la modalidad de videoconferencia, tiene alrededor de cinco décadas de desarrollo. Numerosas revisiones han evaluado su eficacia, su costo-efectividad y su aceptación por pacientes y profesionales, y los resultados resultaron favorables (Batastini et al., 2021; Frueh et al., 2000).

En general, se pueden considerar dos tipos de teleconsulta: sincrónica, en la que el paciente y el profesional se comunican en tiempo real a través de un sistema de llamado o videoconferencia, y asincrónica, que utiliza medios digitales para que el paciente se comunique con el profesional tratante quien una vez recibido el mensaje puede diferir su respuesta. La teleconsulta asincrónica (TA) abarca acciones de distinto nivel de complejidad. Puede utilizarse en lugar de la sincrónica (por ejemplo, el paciente o su médico de atención primaria transmiten datos clínicos al psiquiatra o al psicólogo con el fin de obtener un diagnóstico y un tratamiento), o también se puede utilizar como forma de comunicación entre el paciente y el profesional tratante en el intervalo entre una y otra sesión o consulta (presencial o de teleconsulta sincrónica) para hacer consultas, programar o reprogramar turnos, referir o compartir aspectos puntuales o generales de la evolución, informar de efectos adversos y/o solicitar recetas. Esta variedad de TA implicaría un modo especial de acompañamiento a distancia (Kai-gwa et al., 2022; O’Keefe et al., 2021). Como discutiremos en este trabajo, estos objetivos formales de la TA pueden ser, y de hecho con mucha frecuencia son, desbordados en la práctica de modo que el paciente o sus familiares pueden recurrir al teléfono celular del profesional tratante para compartir videos, fotos,

mensajes de terceros, sensaciones y reflexiones que formarán luego parte del material del encuentro sincrónico. No es infrecuente que, además, una vez iniciado el intercambio, el mismo se prolongue en forma sincrónica en varios mensajes de ida y vuelta.

La pandemia de COVID-19 llevó inevitablemente a un uso masivo de ambas modalidades de teleconsulta (Dave et al., 2021; Gude et al., 2021), con el doble objetivo de reducir los contactos personales y el riesgo de contagio y, al mismo tiempo, facilitar o garantizar la accesibilidad de la atención. Un artículo de opinión daba cuenta de este fenómeno en Argentina y adelantaba un interrogante del que esta investigación comienza a ocuparse: “¿Cómo se terminarán de configurar estos nuevos vínculos tecnológicos que están definiendo un cambio profundo en el encuadre que enmarcan las relaciones terapéuticas?” (Matusevich & Nemirovsky, 2021).

La evaluación de la eficacia y aceptación de las modalidades asincrónicas de la teleconsulta se ha centrado principalmente en su utilidad desde el punto de vista del paciente. Una revisión sistemática reciente, basada en los criterios del Foro Nacional de Calidad de los Estados Unidos, concluye que estos servicios mejoran el acceso a la atención de la salud mental, pueden implementarse sin problemas por el equipo clínico, mantienen la satisfacción del paciente y la familia, y potencialmente reducen los costos de salud. Sin embargo, también reconoce que la evidencia es escasa y que hay algunos aspectos que no han sido evaluados en detalle, como los obstáculos a su aplicación o los costos tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud mental (O’Keefe et al., 2021). Por otro lado, la percepción y los efectos de la TA en el equipo de salud mental está sub-representada en la literatura.

En Argentina, como consecuencia de la pandemia de COVID-19, se implementó tanto una modalidad de teleconsulta sincrónica como otra asincrónica para garantizar la continuidad y/o la accesibilidad de la atención. Para este propósito, el sistema de mensajería de WhatsApp fue el más comúnmente utilizado, lo cual coincide con datos generales de uso de mensajería, producidos para Argentina por Eugenia Mitchelstein y Pablo Boczkowski e integrados en el Informe del Instituto Reuters sobre Noticias Digitales publicado por la Universidad de Oxford. En dicho informe se vio que en 2022 la penetración del WhatsApp alcanzaba al 81 % de la población (Newman et al., 2022, p. 114).

Dado que este canal de comunicación parece haber sido aceptado como estándar en la práctica clínica por

pacientes y especialistas en salud mental, es crucial entender cómo los expertos ven esta transformación después de que la crisis de salud por COVID-19 ha pasado. En esta comunicación compartimos las conclusiones de una encuesta realizada entre profesionales de salud mental de Argentina que trabajan en el sector público o privado con el objetivo de evaluar cómo afecta la TA a su trabajo y bienestar.

Métodos

Se realizó un estudio transversal a través de una encuesta disponible en un formulario de Google entre el 10 de junio y el 13 de julio de 2022.

Procedimientos

Inicialmente, se envió una invitación para participar en la encuesta a través de plataformas de redes sociales (Facebook, listas de correo electrónico y chats de WhatsApp) que conectan a diferentes profesionales del campo de la salud mental. El número inicial de personas alcanzadas por la invitación fue de 684. A partir de ahí, se utilizó una estrategia de bola de nieve dado que se solicitó a los participantes que reenviaran la invitación a contactos que comparten su campo de incumbencia. Los participantes accedían a una explicación y propósito del estudio.

Instrumento empleado

El instrumento empleado fue una encuesta voluntaria y anónima entre psiquiatras, psicólogos y otros miembros del equipo de salud mental que trabajan en Argentina. La encuesta consistió en 16 preguntas de selección múltiple y una pregunta abierta.

Se recogieron datos en tres dimensiones:

- Para caracterizar la muestra se relevaron los siguientes datos demográficos: profesión (psicólogo/a, psiquiatra, otro miembro del equipo de salud mental), género, rango de edad (en intervalos de 10 años), lugar de trabajo (privado, público, ambos), número total de pacientes en seguimiento, número total de pacientes atendidos en la semana previa a responder la encuesta. En una pregunta abierta se solicitó que se indique la ciudad o localidad en la que desarrolla principalmente sus actividades. Este último dato fue luego cruzado con la cantidad de habitantes de las localidades indicadas usando los datos del último censo poblacional (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Argentina, 2010), para clasificar los lugares de actividad profesional en localidades de menos de 100.000 habitantes, de entre 100.000 y 500.000, de entre 500.000 y 1.000.000,

de entre 1 y 3 millones y de más de 3 millones.

- Para cuantificar la intensidad de empleo de WhatsApp se consultó la cantidad de pacientes o familiares de pacientes con los que había intercambiado mensajes cada uno de los días hábiles de la semana precedente. Debemos aclarar que no se preguntaba el número de mensajes sino el número de personas con que había intercambiado, dato interesante ya que con la misma persona los intercambios pueden ser varios en un momento dado. Se interrogó asimismo si responden mensajes los fines de semana, cuál es el rango horario en que reciben y responden mensajes (primera hora de la mañana y última hora de la tarde/noche).
- Para cuantificar el impacto que tiene esta modalidad de interacción con pacientes o sus familiares se pidió que cuantifiquen, usando una escala Likert de 5 puntos (1 mínimo y 5 máximo) la valoración de esta herramienta en el seguimiento de pacientes y por otro lado el nivel de sobrecarga que implica para cada uno de los encuestados. Se preguntó asimismo si el/la encuestado/a cobra honorarios por este intercambio y si piensa que debiera hacerlo.

Análisis

Todas las respuestas a la encuesta en línea fueron registradas automáticamente a través de la plataforma de formularios de Google y descargadas para realizar el análisis estadístico. Se obtuvo un análisis descriptivo seguido del análisis de distribución de frecuencias entre las diferentes categorías realizado por análisis chi-cuadrado. El análisis estadístico se realizó con el software GraphPad Prism 5.0. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Aspectos éticos

El estudio fue presentado en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) y fue registrado en el Registro Nacional de Investigaciones en Salud (RENIS) bajo el número IS004116. Además, es de destacar que los participantes podían leer una explicación de los objetivos y propósitos de la investigación, así como una garantía de confidencialidad, antes de aceptar llenar el formulario. La cumplimentación de la encuesta se tomó como la aceptación de ser incluidos de forma anónima en la muestra.

Resultados

Se recibieron un total de 527 respuestas. La información demográfica de la muestra se resume en la *Tabla 1*, junto con la densidad de conversaciones del WhatsApp expresada en rangos, la valoración favorable para el

Tabla 1. Características demográficas de la muestra (N = 527)

PARÁMETRO	N	%
Profesión		
Psiquiatra	207	39,3
Psicólogo/a	271	51,4
Otro profesional de SM	49	9,3
Género		
Masculino	129	24,5
Femenino	396	75,1
No responde	2	0,4
Edad (años)		
< 30	23	4,3
30-50	304	57,7
51-70	17	32,8
>70	27	5,3
Tamaño de la ciudad en la que trabaja (N de habitantes)		
< 100.000	23	4,4
100.000 a 500.000	32	6,2
500.000 a 1.000.000	30	5,7
1.000.000 a 3.000.000	306	57,9
>3.000.000	136	25,8
Pacientes vistos en la última semana (N)		
< 10	92	17,5
10-20	131	25,0
21-30	141	26,6
31-40	78	14,8
41-50	36	7,0
>50	24	4,2
Sin respuesta	25	4,9
Numero total de pacientes en tratamiento (N)		
< 20	122	23,3
20-50	245	46,5
50-100	94	17,8
100-150	42	7,8
>150	24	4,6

seguimiento de los pacientes y la sobrecarga experimentada a raíz de estos contactos.

Como se muestra en la *Tabla 2*, todos los participantes tuvieron interacciones a través de WhatsApp por fuera de las consultas formales, el 31 % tuvo interacciones con 10 o más pacientes por día en promedio, y el 75 % también respondió durante los fines de semana.

En la valoración acerca de su utilidad, el 68 % de los encuestados le dio a la herramienta WhatsApp una

calificación de entre 4 y 5 puntos, mientras que solo el 10 % le dio una calificación apenas positiva o nada positiva (1 o 2 puntos). Al consultar acerca de si les parece adecuado cobrar por estas interacciones un 66 % opinó que sí, pero sólo un 6 % lo hace.

Este método de comunicación también estaba relacionado con altos niveles de sobrecarga. El número de interacciones de WhatsApp por día (10/día frente a 10-30/día) y la propensión a responder a los mensajes los fines de semana (sí frente a no) se relacionaron con el grado de sobrecarga (1-2 puntos frente a 4-5 puntos para ambos parámetros), con mayor sobrecarga entre los que intercambian con un promedio de más de 10 pacientes cada día [χ^2 (gl) = 18,25 (1), $p < 0,0001$] y entre los que lo hacen en fin de semana [χ^2 (gl) = 12,14 (1), $p < 0,0005$].

Solo 26 de los encuestados declararon trabajar únicamente en el subsistema de salud pública, mientras que los 501 restantes trabajaban en el sistema privado o en ambos subsistemas. Cabe destacar que la intensidad de las interacciones/día del WhatsApp fue independiente del subsistema de salud donde trabajan los profesionales (público, privado o ambos).

También comparamos la intensidad y la sobrecarga resultantes de la interacción por WhatsApp entre psiquiatras y sus pacientes y entre psicólogos y sus pacientes; en ambos casos, los psiquiatras reportaron mayor intensidad de interacciones y mayor sobrecarga que los psicólogos [número de interacciones: χ^2 (gl) = 39,97 (3), $p < 0,0001$ y nivel de sobrecarga: χ^2 (gl) = 12,4 (1), $p < 0,0005$] (ver *Tabla 2*).

Es de destacar que en la muestra resultaron representadas todas las provincias del país a excepción de Santiago del Estero, Chaco, Formosa y Santa Cruz. Dada la heterogeneidad en el tamaño de las ciudades donde viven y trabajan los encuestados, analizamos tanto la relación entre la intensidad de estas interacciones y la sobrecarga resultante con el tamaño de la localidad en que se desempeñan y no encontramos diferencias estadísticamente significativas [χ^2 (gl) = 8,570 (8), $p = 0,3798$].

Discusión

En esta exploración preliminar, realizada a través de una encuesta voluntaria y anónima dirigida a profesionales del campo de la salud mental que trabajan en Argentina, analizamos el uso y los efectos de una modalidad de TA, la consistente en intercambiar con pacientes o sus familiares fuera de la consulta programada. Algo más de 30 % de los participantes señala-

Tabla 2. Intercambios de WhatsApp. Cuantificación/día, valoración para el seguimiento clínico, sobrecarga resultante y honorarios

PARÁMETRO	N	%
Cantidad de pacientes (o sus familiares) con los que interactuó por WhatsApp entre el lunes y el viernes de la última semana (media/día)		
1-10	366	69,4
10-20	131	24,8
>20	30	5,8
¿Contesta mensajes de WSPP durante el fin de semana?		
Sí	397	75,3
No	130	24,7
Valoración positiva de los WSPP como recurso para el seguimiento clínico (puntos en una escala de Likert de 5 puntos) (1 = poco útil; 5 = extremadamente útil)		
1-2 puntos	53	10,1
3 puntos	114	21,6
4-5 puntos	360	68,3
Sobrecarga laboral resultante de los intercambios de WSPP (puntos en una escala de Likert de 5 puntos) (1 = poca o ninguna sobrecarga; 5 máxima sobrecarga)		
1-2 puntos	114	21,6
3 puntos	167	31,7
4-5 puntos	246	46,7
Horas diarias en la que responde WSPP (lunes a viernes)		
Menos de 8 horas	23	4,3
Más de 6 y hasta 10	66	12,5
De 10 a 12 horas	135	25,6
De 12 a más de 14 horas	303	57,5
¿Piensa que debería cobrar por estos intercambios?		
Sí	348	66,0
No	179	34,0
¿Cobra por estos intercambios?		
Sí	35	6,6
No	492	93,4

ron que intercambiaron en promedio con más de 10 pacientes/día a través de WhatsApp. El 75 % dijo responder asimismo durante los fines de semana. Sería entonces factible señalar que el vínculo entre profesionales del campo de la salud mental y sus pacientes no está a salvo de una práctica social sumamente extendida. Según señalan y discuten diversos autores, hace ya años que la comunicación a través de los teléfonos celulares es un fenómeno corriente en la población general. Según estadísticas recientes del Banco Mundial basadas en datos de la International Communication

Union, el número de teléfonos celulares en uso superó a la población mundial en un 10 % (The World Bank, 2022). En nuestro país en particular, según los informes de World Population Review, hay 141 teléfonos celulares por cada 100 habitantes (World Population Review, 2023). Sin embargo, la traslación del fenómeno a la interacción entre pacientes y profesionales tratantes no ha sido tan estudiada.

Como ya lo señaló Carolyn Marvin en su análisis de cómo la electricidad remodeló los vínculos sociales allá por fines del siglo XIX, “las viejas prácticas son dolorosamente revisadas y los hábitos grupales son reformados” (Marvin, 1989, p. 5). El advenimiento de la comunicación a través de teléfonos celulares, y particularmente mediante sistemas de mensajería instantánea, tuvo efectos profundos en la forma de comunicación entre las personas. La remodelación de los lazos sociales surgidos de estas nuevas tecnologías consiste predominantemente en que el mensaje es transmitido de manera instantánea y con la misma instantaneidad se espera que el receptor dé una respuesta. Demoras de días (a la espera del horario de una nueva sesión, por ejemplo), de horas e incluso de minutos pueden ser tomadas como una descortesía o una falta de respeto. La descripción del modo en que estas nuevas prácticas son adoptadas por distintos grupos sociales y los efectos que estos cambios tienen fueron analizados por diversos autores. Las categorías que se emplean para describirlos son entre otras “atrapamiento” (Hall, 2017) o “atadura” (Turkle, 2011). Este es el marco social en el que se desenvuelve la actividad profesional que analizamos en nuestra encuesta.

El traslado de estas nuevas normas sociales al vínculo entre pacientes por un lado y terapeutas o psiquiatras por el otro no fue acompañado por marcos teóricos acordes. El constructo teórico con el que se trabajaba hasta esta irrupción tecnológica, y al que se asignaba un valor instrumental, era el de “encuadre”. Este constructo no tiene una definición uniforme y transversal a los distintos abordajes terapéuticos del campo de la salud mental, pero en cualquiera de sus acepciones sí define un marco relativamente constante en el que el paciente y el profesional tratante acuerdan interactuar. En sí mismo, el encuadre otorga previsibilidad a la interacción y bajo algunos marcos teóricos, particularmente el psicoanalítico, ordena la comprensión del material que se vuelca en la sesión. Centralmente, para que el concepto de encuadre tenga validez el encuentro entre paciente y terapeuta o psiquiatra debe darse en un aquí y ahora definido previamente.

Este “aquí y ahora” se puede ver desbordado por los intercambios por WhatsApp, que generan una especie de *continuum* del vínculo, sin márgenes concretos ni previsible. Nuestro trabajo buscó caracterizar, en esta primera etapa de manera cuantitativa, la intensidad y los efectos que la irrupción de la mensajería a través de teléfonos celulares tiene en el encuadre, independientemente de cómo éste fuera definido en cada dupla paciente-profesional.

En nuestro estudio, el intercambio a través de WhatsApp fue valorada positivamente por más de dos tercios de los encuestados y tan solo uno de cada diez lo señaló como poco o nada útil. La aceptación de modalidades digitales de interacción entre pacientes y profesionales tratantes que aquí vemos coincide con la informada por un estudio cualitativo realizado por Filip y colaboradores (2022) pero que, entre 20 participantes, incluyó solo a 3 psicólogos y ningún psiquiatra. En cambio, un estudio realizado entre médicos de atención primaria en el Líbano antes de la pandemia de COVID-19 mostró que el 47,5 % de los encuestados estaba en contra de esta modalidad de comunicación, fundando esta prevención en los efectos legales que pudiera tener sobre la evaluación de su tarea (Daniel et al., 2018).

En nuestro estudio la alta aceptación de la herramienta de WhatsApp como medio para mantenerse en comunicación con los pacientes se acompañó sin embargo de mayores niveles de sobrecarga. A mayor intercambio por WhatsApp (cantidad y disponibilidad durante los fines de semana) mayor sobrecarga, lo cual se dio mayormente entre los médicos (en comparación con los psicólogos) independientemente de si se desempeñaban en lugares con mayor o menor población. Hasta donde sabemos no hay evaluaciones previas sobre estos aspectos del intercambio por mensajería instantánea entre pacientes y profesionales del campo de la salud mental, de modo que serían las nuestras las primeras evidencias al respecto y en tal sentido aguardan corroboración o contraste en investigaciones futuras.

La relación positiva y estadísticamente significativa entre la intensidad del intercambio por WhatsApp y la percepción de sobrecarga, así como el hecho de que los psiquiatras (que forman parte del grupo con mayor densidad de intercambios) tenga en promedio más sobrecarga que los psicólogos, le dan a esta densidad de intercambios un posible rol causal en la sobrecarga percibida. Sin embargo, se presentan a continuación algunas especulaciones que matizan esta afirmación.

La pandemia por COVID-19 trajo aparejada una serie de transformaciones en la forma de conducir el tratamiento por parte de los profesionales y en la forma de demandar atención por parte de los pacientes (Galvin et al., 2022; Guinart et al., 2021; Mbunge et al., 2022). Sin pretender que la enumeración que sigue agote la temática, proponemos que los siguientes factores pueden también haber contribuido a la sobrecarga: un aumento exponencial de modalidades de teleconsulta no habituales, un estado de zozobra ocasionado por la situación epidemiológica que presentaba desafíos tanto para los pacientes como para los propios profesionales (incertidumbres y pérdidas) y dificultades económicas que, aun cuando ya estaban presentes antes del inicio de la pandemia se profundizaron con el inicio de la misma y llevaron en muchos casos a jornadas laborales extenuantes. Debemos reconocer, sin embargo, que una vez superada la crisis de COVID-19 la dinámica instaurada a causa de ella siguió presente, con sus efectos en la percepción de los profesionales.

Curiosamente, antes de la eclosión del coronavirus, Emily Vogt y sus colegas (2019) habían predicho que el uso de la telepsiquiatría podría reducir la percepción de sobrecarga siempre que pudiera ofrecer al profesional una mayor sensación de control sobre su agenda y su tiempo. Esta predicción parece no haberse cumplido, ya que la recepción de mensajes en cualquier momento (incluidos los tiempos libres), difícilmente pueda generar una sensación de control. Un estudio en Brasil con médicos ginecólogos, realizado entre agosto de 2019 y julio de 2020, también mostró que quienes utilizaban más el WhatsApp para comunicarse con sus pacientes tenían mayor nivel de estrés y *burnout* (Veiga et al., 2022).

Nuestra exploración no reveló los motivos por los cuales psiquiatras y psicólogos de nuestro país se involucran en TA con tanta intensidad y si esto es una peculiaridad de nuestro medio o sucede en otros países de la región o del mundo. De hecho, un estudio que comparó la tasa de intercambios por medios digitales, entre ellos el WhatsApp, en cirujanos de Alemania y de Omán, dos países con culturas muy distintas, mostró que el porcentaje de encuestados que usaba este medio para mantenerse en contacto con los pacientes era disímil, 2,9 % en Alemania y 63 % en Omán, cifra más cercana a la observada por nosotros (Masters et al., 2020). Como decíamos en párrafos anteriores tampoco hay certeza acerca de cuáles son las razones de la sobrecarga percibida. Sería interesante explorar ambas cuestiones para eventualmente desa-

rollar estrategias que mantengan los beneficios que se perciben sin por ello comprometer el bienestar de los profesionales. Desde nuestra perspectiva, se hace necesario discutir y establecer consensos que le otorguen a este recurso un marco adecuado para su uso en la práctica asistencial.

Un aspecto interesante y desafiante desde las perspectivas tanto clínica como ética es la aparente contradicción entre el porcentaje de encuestados que opinan que estos intercambios deberían cobrarse y el casi nulo porcentaje que efectivamente lo hace. Los motivos por los cuales quienes opinan que deberían cobrar, pero no lo hacen, no fueron explorados en nuestra encuesta. Su exploración está pendiente para el futuro. Resulta asimismo difícil contrastar estos resultados con observaciones similares de otros países ya que, como hemos señalado, no hay reportes sobre el fenómeno aquí explorado en otros entornos y, por lo tanto, tampoco los hay sobre este aspecto en particular.

Algunas fortalezas y limitaciones de nuestro estudio se enumeran a continuación. La principal fortaleza es su originalidad, ya que hasta donde sabemos, es el primer estudio que sistematiza una observación sobre este fenómeno poniendo el foco en la experiencia y la percepción de los profesionales del campo de la salud mental. Entre las limitaciones que debemos señalar es que el diseño muestral en bola de nieve acarreó una falta de control acerca del número de profesionales efectivamente alcanzados por la encuesta. Ello nos impide conocer el porcentaje final de quienes respondieron o de quienes se negaron a hacerlo. Por lo tanto, el nivel de representatividad es incierto, condición que tal vez pueda atenuarse por el número significativo de profesionales que respondieron y por la diversidad de puntos del país adonde trabajan.

Conclusiones

Nuestro trabajo muestra la densidad y los efectos de la TA a través de WhatsApp entre profesionales del campo de la salud mental de diversos puntos de Argentina. Según este estudio, este tipo de asistencia recibió valoración mayoritariamente positiva por parte de los profesionales encuestados. Sin embargo, participar en las interacciones de WhatsApp con más de 10 pacientes al día, y durante los fines de semana, se acompaña de una alta sobrecarga. Adoptar de manera generalizada esta modalidad de interacción entre profesionales y pacientes parece requerir por parte de los profesionales, de un seguimiento regular de los niveles de sobrecarga y de campañas de sensibilización (por ejemplo, por las

asociaciones que los agrupan) para ayudar a sus miembros a establecer límites con sus pacientes y hacer que su práctica clínica diaria sea eficiente y sostenible.

Quedan varias preguntas por explorar en futuros estudios. Como se dijo: ¿es esta modalidad de interacción una peculiaridad de nuestra forma de práctica profesional o se reproduce en otras culturas de la región o del mundo? Por otro lado, ¿cuál es el impacto en la subjetividad de la dupla paciente-profesional de este tipo de intercambios? Es necesario avanzar en una conceptualización teórica acerca de estos nuevos dispositivos en el marco del proceso terapéutico, para lo cual las asociaciones profesionales deberían involucrarse y abrir espacios de debate y de formalización de propuestas. ¿Deberían ser remuneradas las intervenciones a través de dispositivos móviles? ¿Y cómo se calcularía su costo? ¿Cómo se encuadran legalmente este tipo de interacciones? Estas y muchas otras preguntas surgen a partir de la observación de un fenómeno evidentemente muy novedoso y difundido, que sin duda requiere de más estudio y del desarrollo de consensos que prevengan efectos indeseables tanto en pacientes como en profesionales.

Agradecimientos: *esta investigación fue parcialmente financiada con subsidios de la Agencia Nacional para la Promoción Científica y Tecnológica y del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas otorgados a SW.*

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

Referencias bibliográficas

- Batastini, A. B., Paprzycki, P., Jones, A. C. T., & MacLean, N. (2021). Are videoconferenced mental and behavioral health services just as good as in-person? A meta-analysis of a fast-growing practice. *Clinical Psychology Review*, 83, 101944. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101944>
- Daniel, F., Jabak, S., Sasso, R., Chamoun, Y., & Tamim, H. (2018). Patient-Physician Communication in the Era of Mobile Phones and Social Media Apps: Cross-Sectional Observational Study on Lebanese Physicians' Perceptions and Attitudes. *JMIR Medical Informatics*, 6(2), e18. <https://doi.org/10.2196/medinform.8895>
- Dave, S., Abraham, S., Ramkisson, R., Matheiken, S., Pillai, A. S., Reza, H., Bamrah, J. S., & Tracy, D. K. (2021). Digital psychiatry and COVID-19: the Big Bang effect for the NHS? *BJPsych Bulletin*, 45(5), 259–263. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.114>
- Filip, A., Stancu, A., Mehedințu, M., Streinu-Cercel, A., & Pauceanu, A. M. (2022). Particularities of Telework Applicable to the Health System in the Context of the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10501. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710501>
- Frueh, B. C., Deitsch, S. E., Santos, A. B., Gold, P. B., Johnson, M. R., Meisler, N., Magruder, K. M., & Ballenger, J. C. (2000). Procedural and methodological issues in telepsychiatry research and program development. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 51(12), 1522–1527. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.12.1522>

- Galvin, E., Desselle, S., Gavin, B., Quigley, E., Flear, M., Kilbride, K., McNicholas, F., Cullinan, S., & Hayden, J. (2022). Patient and provider perspectives of the implementation of remote consultations for community-dwelling people with mental health conditions: A systematic mixed studies review. *Journal of Psychiatric Research*, 156(November), 668–678. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.10.051>
- Gude, J., Subhedar, R. V., Zhang, M. H., Jain, P., Bhela, J., Bangash, F., Veluri, N., Hsieh, Y.-C., Sheikh, B. Z., Shah, M. R., Mansuri, Z., Aedma, K., Patel, U. K., & Parikh, T. (2021). Emerging Needs and Viability of Telepsychiatry During and Post COVID-19 Era: A Literature Review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.16974>
- Guinart, D., Marcy, P., Hauser, M., Dwyer, M., & Kane, J. M. (2021). Mental health care providers' attitudes toward telepsychiatry: A systemwide, multisite survey during the covid-19 pandemic. *Psychiatric Services*, 72(6), 704–707. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000441>
- Hall, J. (2017). The experience of mobile entrapment in daily life. *Journal of Media Psychology*, 29(3), 148–158. <https://doi.org/10.1027/1864-1105/a000228>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Argentina. (2010). Censo Poblacional 2010. <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>
- Kaigwa, L. C., Njenga, F., Onger, L., Nguithi, A., Mugane, M., Mbugua, G. M., Anundo, J., Kimari, M. Z., & Onono, M. (2022). Implementation of telepsychiatry in Kenya: acceptability study. *BJPsych Open*, 8(3), 1–6. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.53>
- Katz, J., & Aakhus, M. (2002). *Perpetual Contact: Mobile Communication, Private Talk, Public Performance*. (J. Katz & M. Aakhus (eds.)). Cambridge University Press.
- Marvin, C. (1989). When Old Technologies Were New: Thinking about Electric Communication in the Late Nineteenth Century. In *Technology and Culture* (Vol. 30, Issue 4). <https://doi.org/10.2307/3106211>
- Masters, K., Loda, T., Johannink, J., Al-Abri, R., & Herrmann-Werner, A. (2020). Surgeons' interactions with and attitudes toward E-patients: Questionnaire study in Germany and Oman. *Journal of Medical Internet Research*, 22(3), 1–13. <https://doi.org/10.2196/14646>
- Matusевич, D., & Nemirovsky, M. (2021). Notas sobre el teletrabajo, la atención psiquiátrica y los cambios comunicacionales en pandemia. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 32(154), 86–90. <https://doi.org/10.53680/vertex.v32i154.117>
- Mbunge, E., Batani, J., Gaobotse, G., & Muchemwa, B. (2022). Virtual healthcare services and digital health technologies deployed during coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in South Africa: a systematic review. *Global Health Journal*, 6, 102–113.
- Newman, N., Fletcher, R., Robertson, C. T., Eddy, K., & Nielsen, R. K. (2022). *Reuters Institute Digital News Report 2022*. 53(9), 1689–1699.
- O'Keefe, M., White, K., & Jennings, J. C. (2021a). Asynchronous telepsychiatry: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 27(3), 137–145. <https://doi.org/10.1177/1357633X19867189>
- O'Keefe, M., White, K., & Jennings, J. C. (2021b). Asynchronous telepsychiatry: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 27(3), 137–145. <https://doi.org/10.1177/1357633X19867189>
- The World Bank. (2022). Mobile Cellular Subscription (per 100 people). <https://data.worldbank.org/indicator/IT.CEL.SETS.P2>
- Turkle, S. (2011). The Tethered Self: Technology Reinvents Intimacy and Solitude. *Continuing Higher Education Review*, 75, 28–31.
- Veiga, M. G., Felizi, R. T., Trevisan, G. D., de Iracema Gomes Cubero, D., Fernandes, C. E., & de Oliveira, E. (2022). Message applications in the doctor-patient relationship as a stressor. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 68(9), 1228–1233. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20220253>
- Vogt, E. L., Mahmoud, H., & Elhaj, O. (2019). Telepsychiatry: Implications for psychiatrist burnout and well-being. *Psychiatric Services*, 70(5), 422–424. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800465>
- World Population Review. (2023). Ranking Cell phones by country. <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/cell-phones-by-country>

Diagnóstico y formulación de casos en terapia psicodinámica: una revisión sobre herramientas actuales

Diagnosis and case formulation in psychodynamic therapy: a review of current tools

Santiago Juan¹, Jorge Humberto Vanegas Osorio², Gastón Giunta³, Nahuel Lavanga⁴, Javier Matías Salgado⁵, Alejandra Beatriz Vicente⁶, Juan Martín Gómez Penedo⁷

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i164.548>

Resumen

En las últimas dos décadas, diversos grupos de trabajo de la comunidad psicoanalítica internacional se han interesado por el desarrollo de herramientas sistemáticas para el diagnóstico, la formulación de los casos y la planificación del tratamiento psicodinámico. Este tipo de manuales diagnósticos psicodinámicos son esfuerzos de integración sistemática de una enorme y rica cantidad de información históricamente parcializada y dispersa, pero que constituye el aporte sustancial del psicoanálisis al campo de la salud mental. El objetivo del presente artículo es ofrecer una revisión actualizada sobre esta clase de herramientas sistemáticas de diagnóstico, formulación del caso y planificación terapéutica, diseñadas para el campo de los abordajes psicodinámicos. A estos fines, se describe la estructura y los objetivos de: 1) el Manual Diagnóstico Psicodinámico 2 (PDM-2), 2) el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2/OPD-3) y 3) el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado Infanto-Juvenil 2 (OPD-IJ-2). Se discuten las contribuciones de estas herramientas actuales para la práctica clínica y la investigación empírica, así como la necesidad de difundir este tipo de instrumentos en nuestro contexto regional.

Palabras clave: diagnóstico, formulación del caso, terapia psicodinámica, PDM-2, OPD-2, OPD-3, OPD-IJ-2

Abstract

In the last two decades, several working groups in the international psychoanalytic community have been interested in the development of systematic tools for psychodynamic diagnosis, case formulation and treatment planning. Such psychodynamic diagnostic manuals are efforts to systematically integrate an enormous and rich amount of historically partialized and dispersed information, but which constitute the substantial contribution of psychoanalysis to the field of mental health. The aim of the present article is to provide an updated review on this kind of systematic tools for diagnosis, case formulation and therapeutic planning, designed for the field of psychodynamic approaches. To this end, we describe the aims and structure of: 1) the Psychodynamic Diagnostic Manual 2 (PDM-2), 2) the Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2/OPD-3) and 3) the Operationalized Psychodynamic Diagnosis for Children and Ado-

RECIBIDO 14/8/2023 - ACEPTADO 28/9/2023

¹Doctor en Psicología. Universidad de Buenos Aires. Docente en Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0003-1024-1337>

²Doctor en Psicología Clínica y de la Salud. Universidad de Antioquía. Docente en el Departamento de Psicología de la Universidad de Antioquía. Medellín, Antioquía, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-8223-6660>

³Licenciado en Psicología. Universidad de Buenos Aires. <https://orcid.org/0009-0001-5260-9403>

⁴Licenciado en Psicología. Universidad de Buenos Aires. <https://orcid.org/0009-0009-6563-0189>

⁵Licenciado en Psicología. Universidad de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0002-0117-3144>

⁶Especialista en Psicología Clínica con niños y adolescentes. Instituto Universitario de Salud Mental (IUSAM). Profesional en INaRePS: Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-9023-6054>

⁷Doctor en Psicología. Universidad de Buenos Aires. Docente en Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Investigador CONICET, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-7304-407X>

Autor correspondiente:

Santiago Juan

drsantiagojuan@gmail.com

Institución en la que se realizó la investigación: Universidad de Buenos Aires, Equipo de Investigación en Psicología Clínica (EIPSI).



lescents 2 (OPD-CA-2). The contributions of these current tools to clinical practice and empirical research are discussed, as well as the need to disseminate these types of instruments in our regional context.

Key words: diagnosis, case formulation, psychodynamic therapy, PDM-2, OPD-2, OPD-3, OPD-CA-2

Introducción

A lo largo de su historia, en el campo psicoanalítico han convivido una multiplicidad de lenguajes que muchas veces han imposibilitado la comunicación entre profesionales, el uso compartido de criterios y el diálogo fructífero del psicoanálisis con el resto de las disciplinas involucradas en la salud mental (Wallerstein, 2006).

En respuesta a este tipo de problemáticas, desde finales del siglo veinte diversos grupos de trabajo de la comunidad psicoanalítica internacional se han interesado por el desarrollo de herramientas sistemáticas para el diagnóstico, la formulación de los casos y la planificación del tratamiento psicodinámico (ver por ejemplo: Bernardi, 2010; Juan et al., 2021). En este sentido, los manuales diagnósticos psicodinámicos son esfuerzos de integración sistemática de una enorme y rica cantidad de información históricamente parcializada y dispersa, pero que constituye el aporte sustancial del psicoanálisis al campo de la salud mental (Ferrari et al., 2008).

El objetivo general del presente artículo es ofrecer una revisión actualizada sobre esta clase de herramientas sistemáticas de diagnóstico, formulación del caso y planificación terapéutica, diseñadas para el campo de los abordajes de orientación psicoanalítica. De manera más específica, se describe la estructura y los objetivos de: (1) el Manual Diagnóstico Psicodinámico PDM-2 (por la sigla en inglés de *Psychodynamic Diagnostic Manual 2*), (2) el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD-2/OPD-3 (por la sigla en alemán de *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik 2 y 3*), y (3) el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado Infanto-Juvenil versión 2 (OPD-IJ-2).

Para ello, los dos primeros co-autores (entrenadores oficiales certificados en el sistema OPD) coordinamos un grupo de clínicos e investigadores en la temática (resto de co-autores), y realizamos una revisión narrativa de las últimas versiones de los manuales pertinentes disponibles a la fecha (PDM-2, OPD-2, OPD-3 y OPD-IJ-2).

En definitiva, apuntamos con esta breve visión de conjunto a informar sobre herramientas útiles para los clínicos de orientación psicoanalítica, psiquiatras y psicólogos, a la hora de entender qué les pasa a sus pacientes y cómo pueden ayudarlos.

REVISIÓN SOBRE HERRAMIENTAS ACTUALES

A. El Manual Diagnóstico Psicodinámico 2 (PDM-2, Lingardi & McWilliams, 2017)

El sistema PDM surgió como un esfuerzo conjunto de instituciones psicoanalíticas anglosajonas y la Asociación Psicoanalítica Internacional. Una primera versión fue publicada a mediados de la década de los 2000 (PDM Task Force, 2006) y actualmente, está disponible una segunda. El PDM-2, editado por Vittorio Lingardi y Nancy McWilliams en 2017, mantiene la estructura y objetivos de su predecesor, en términos de ofrecer un marco de diagnóstico y formulación del caso basado en la teoría psicoanalítica y en los resultados de la investigación empírica sistemática (para una revisión en castellano del sistema PDM, ver: Ferrari et al., 2008).

En lo que sigue, se reseña la estructura del PDM-2 respetando el orden que ofrece el manual. Así, primeramente, se describe la evaluación de pacientes adultos, seguida de la aproximación a la segunda infancia, la adolescencia y la tercera edad. Por último, se incluye el aporte del PDM-2 al diagnóstico y formulación de casos en la primera infancia.

La estructura del PDM-2 para evaluar pacientes adultos (20 a 70 años)

El sistema PDM entiende el diagnóstico de pacientes adultos en base a tres ejes fundamentales: (1) el eje P (por la inicial del inglés *personality*), dedicado a los patrones de personalidad, (2) el eje M (por la inicial del inglés *mental functioning*), dedicado al perfil del funcionamiento mental y (3) el eje S (por la inicial del inglés *symptoms*), que focaliza en la experiencia subjetiva de los síntomas. En el trabajo de Filippes dos Reis (2020), se ofrece una reseña en castellano sobre esta sección del PDM-2 dedicada a pacientes adultos.

Como se verá más adelante, esta misma estructura es replicada, con algunas modificaciones, por el sistema PDM-2 para evaluar segunda infancia, adolescencia y tercera edad.

Eje-P: Síndromes de personalidad

En este eje se definen, por un lado, los niveles de organización de personalidad y, por otro lado, los estilos o tipos de personalidad. Es importante aclarar aquí que, el sistema PDM, ubica este eje en primer lugar para la evaluación de pacientes adultos, considerando que las variables de personalidad son el fondo sobre el cual se despliegan tanto el perfil del funcionamiento mental (eje M) como la experiencia subjetiva de los síntomas (eje S). Tal cual se describirá más adelante, esta secuencia es modificada en el sistema PDM para el caso de pacientes infanto-juveniles y adultos mayores.

El primer aspecto del eje P evalúa el grado de estabilidad con el que cuenta el paciente, tomando en consideración distintas capacidades (como, por ejemplo, regulación emocional o socialización) y los mecanismos de defensa predominantemente utilizados. De esta forma, se evalúa al paciente en un continuo de estabilidad/perturbación que está organizado de la siguiente forma: sano o estable, neurótico, límite y psicótico.

En lo que respecta a los estilos de personalidad, éstos no refieren necesariamente a una estructura psicopatológica, más bien constituyen esquemas de funcionamiento psicológico que organizan la forma de ser y actuar en el mundo. En el PDM-2, los autores los organizan en dos grandes grupos: internalizadores y externalizadores. Los primeros, sufren internamente y presentan una tendencia a sentir culpa, depresión y ansiedad. En este grupo se ubican las personalidades depresivas, dependientes, ansioso-evitativas, fóbicas, obsesivo-compulsivas, esquizoides y somatizadoras.

Los segundos, suelen producir sufrimiento interpersonal, tienden a la atribución externa y a manifestar rabia e impulsos agresivos. En este grupo se ubican las personalidades histérico-histriónicas, narcisistas, paranoides, psicopáticas y sádicas. Es importante aclarar que la personalidad límite no puede ubicarse en ninguno de los grupos ya que, más bien, oscila entre ambos (Lingiardi & McWilliams, 2017). La *Tabla 1* resume los aspectos centrales del eje P.

Eje-M: Perfil de funcionamiento mental

En este segundo eje se evalúa el funcionamiento mental global del paciente a través de doce áreas o capacidades, divididas en cuatro categorías. La primera comprende los procesos cognitivos y emocionales, en donde están incluidas las capacidades de “regulación, atención y aprendizaje”, “rango afectivo, comunicación y comprensión” y “mentalización y funcionamiento reflexivo”. La segunda categoría refiere a la identidad y las relaciones, donde se incluyen las capacidades de “diferenciación e integración (identidad)”, “relacional y de intimidad” y “regulación de la autoestima y calidad de las experiencias internas”. El tercer grupo de áreas hace referencia a las defensas y afrontamiento, en donde se encuentran las capacidades de “control de impulsos y regulación”, “funcionamiento defensivo” y “adaptación, resiliencia y fortaleza”. La última categoría está vinculada con la autoconciencia y auto-dirección, en donde se evalúan las capacidades de “auto-observación (mentalidad psicológica)”, “construir y usar estándares internos e ideales” y “dar sentido y propósito”. Cada una de las áreas se puntúa de 1 a 5

Tabla 1. Eje-P: Síndromes de personalidad (PDM-2, Lingiardi & McWilliams, 2017)

Grupo de personalidad	Características	Estilos de personalidad
Internalizador	Sufrimiento interno Tendencia a sentir culpa, depresión y ansiedad	Depresivo
		Dependiente
		Ansioso-evitativo y fóbico
		Obsesivo-compulsivo
		Esquizoide
Externalizador	Sufrimiento más interpersonal Tendencia a atribución externa, rabia e impulsos agresivos	Somatizador
		Histérico-histriónico
		Narcisistas
		Paranoide
		Psicopático
No clasificable en los anteriores grupos	Combinación de tendencias internalizadoras y externalizadoras	Sádico
		Límite

en una escala de tipo Likert. La suma de cada una de ellas arroja un puntaje global, que oscila entre los 12 y los 60 puntos, que ubicará al paciente dentro de uno de los siguientes niveles de organización, en sintonía con lo descrito en el eje-P: psicótico inferior, psicótico superior, límite inferior, límite superior, neurótico inferior, neurótico superior y sano o estable. La *Tabla 2* ilustra los componentes básicos del eje M.

Eje-S: Patrones de síntomas: experiencia subjetiva

Finalmente, en este tercer eje se toman como base las categorías diagnósticas de los sistemas diagnósticos descriptivos DSM y CIE. Estas clasificaciones psiquiátricas son complementadas con la descripción de los estados afectivos, procesos cognitivos, experiencias somáticas y patrones interpersonales vinculados a grupos de clasificaciones diagnósticas. Este eje se divide en siete categorías, similares a las del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) y la CIE-11 (World Health Organization, 2019), a saber: trastornos predominantemente psicóticos, trastornos del estado del ánimo, trastornos primarios de ansiedad, trastornos relacionados con eventos traumáticos y factores de estrés, trastornos de síntomas específicos y trastornos relacionados con adicciones y otras afecciones médicas. Por último, en este eje se incluye un apéndice con otras cuestiones que pueden requerir atención psicológica pero que no están vinculadas con la psicopatología, como lo son los tópicos ligados con la identidad de género, orientación sexual, pertenencia a minorías, entre otros.

El sistema PDM ubica este eje en tercer y último lugar suscribiendo un principio fundamental de los

abordajes dinámicos, en virtud del cual los síntomas son emergentes de la organización de personalidad (eje P) y el perfil del funcionamiento mental (eje M).

Aportes del PDM-2 para la segunda infancia (4 a 11 años)

El PDM-2 dedica una sección especial para la evaluación de la segunda infancia, la cual se corresponde en el manual con la franja de edad entre los 4 y los 11 años. Esta conceptualización parte del entendimiento del funcionamiento mental sano y, a partir de ahí, evalúa la presencia de una serie de síntomas y conductas (tanto adaptativas como disfuncionales).

El PDM-2 propone los mismos tres ejes descritos para la sección de adultos como estructura básica de evaluación de la segunda infancia, agregando la letra "C" a cada eje por la inicial del inglés *childhood*. Además, ubica en primer lugar, el eje-MC, donde se define el perfil de funcionamiento mental del niño y en segundo lugar, el eje-PC, donde se evalúan los patrones de personalidad emergentes y dificultades durante la infancia. Este cambio de secuencia en la formulación psicodinámica de casos infantiles es justificado, en el PDM-2, en tanto la personalidad aún está en desarrollo y consolidación y por ende, es más adecuado comenzar el proceso diagnóstico por aspectos del funcionamiento mental del paciente niño. Las capacidades y categorías de funcionamiento mental son similares a las descritas para la sección de adultos, y lo mismo sucede con la organización del funcionamiento de personalidad en el eje PC.

Por último, la sección finaliza con el eje-SC, el cual refiere a los patrones de síntomas del infante y su ex-

Tabla 2. Eje-M: Perfil de funcionamiento mental (PDM-2, Lingjardi & McWilliams, 2017)

Categorías de funcionamiento mental	Capacidades a evaluar
Procesos cognitivos y emocionales	Regulación, atención y aprendizaje
	Rango afectivo, comunicación y comprensión
	Mentalización y funcionamiento reflexivo
Identidad y relaciones	Diferenciación e integración (identidad)
	Relacional y de intimidad
	Regulación autoestima y calidad experiencia interna
Defensas y afrontamiento	Control de impulsos y regulación
	Funcionamiento defensivo
	Adaptación, resiliencia y fortaleza.
Autoconciencia y autodirección	Auto-observación (mentalidad psicológica)
	Construir y usar estándares internos e ideales
	Dar sentido y propósito

perencia subjetiva. Una reseña sobre esta sección del manual puede encontrarse en el trabajo de González Ruiz (2020).

PDM-2 y adolescencia (12 a 19/20 años)

Dentro del PDM-2, la adolescencia se delimita por la franja de edad de los 12 a los 19/20 años. Nuevamente, el PDM-2 involucra los tres ejes diagnósticos ya descritos para conceptualizar casos adolescentes. Al igual que para evaluar segunda infancia, el sistema PDM invierte el orden dado en la sección de adultos y comienza la evaluación con la indagación del perfil del funcionamiento mental (eje-MA utilizando la inicial del inglés *adolescence*). El segundo, el eje-PA, trata sobre los patrones de personalidad y los síndromes emergentes de esta etapa del desarrollo. Por último, en el eje-SA, se describen los patrones sintomáticos de la adolescencia, así como la experiencia subjetiva de éstos por parte del adolescente (para una síntesis en castellano, ver: Calvo Serrano, 2020).

Psicodinámica de la tercera edad según el PDM-2 (más de 70 años)

Tal cual explica Domene (2020) en su reseña del tema, es crucial tener en consideración que hasta el momento de la publicación del PDM-2, ningún manual diagnóstico (DSM, CIE o incluso el propio PDM) había dedicado alguna sección a la etapa del desarrollo de la vejez. Esto se debe a diversos motivos que exceden la finalidad de este trabajo, pero es fundamental comprender la importancia de la inclusión de esta sección en el PDM-2. En términos generales, se trata de una sección del manual dedicada a pacientes mayores de 70 años. Ésta posee una estructura similar al resto de las secciones: perfil del funcionamiento mental para la edad tardía (eje-ME, por la inicial del inglés *elderly*); patrones de personalidad y síndromes en la vejez (eje-PE); patrones de síntomas en los ancianos: la experiencia subjetiva (eje-SE). En este caso, la evaluación inicia con el eje-ME, ya que el PDM-2 considera que en esta etapa del desarrollo lo primordial es evaluar de qué manera el paciente se adapta al envejecimiento cognitivo para, a partir de allí, evaluar la personalidad y los síntomas.

La evaluación de la tercera edad en el PDM-2 contextualiza la información de cada eje considerando cómo los pacientes experimentan sus problemas vinculados con el envejecimiento, y cómo impactan en su vida diaria, sus redes sociales, sus expectativas culturales y los aspectos psicosociales.

PDM-2 y la evaluación diagnóstica en primera infancia (0 a 3 años)

El enfoque multiaxial para la sección de temprana infancia (0 a 3 años) en el PDM-2 difiere de las otras secciones a causa de las cualidades únicas de los primeros años de vida. El desarrollo mental durante la infancia temprana refleja relaciones dinámicas entre muchas dimensiones del funcionamiento humano, incluyendo lo emocional, lo social, el lenguaje, lo cognitivo, el procesamiento de la regulación sensorial y las capacidades motoras.

Tal cual explicaron los propios editores del manual en una reseña (Lingiardi & McWilliams, 2015), el PDM-2 suscribe un modelo biopsicosocial del desarrollo temprano. Este modelo incluye analizar en el infante: (1) el desarrollo del funcionamiento emocional, social e intelectual, (2) las diferencias individuales biológicas y constitucionales y (3) las relaciones con el cuidador, la familia y otros referentes. Además, se considera que las experiencias del niño sólo pueden ser comprendidas en el contexto de un marco relacional, social y cultural.

La sección IEC (por la sigla del inglés *infancy and early childhood*) del PDM-2, plantea un abordaje multiaxial diferente al descrito en las secciones previas. Se plantean así cinco ejes, que incluyen: las capacidades funcionales del desarrollo emocional (Eje IEC-2); las capacidades del procesamiento de la regulación sensorial, (Eje IEC-3); los patrones y trastornos relacionales (Eje IEC-4); y otros diagnósticos médicos y neurológicos (Eje IEC-5). Cada uno de estos cuatro ejes es un componente para un diagnóstico multiaxial de los trastornos de la infancia (Eje IEC-1). De esta manera, para llegar al diagnóstico del eje IEC-1, es necesario evaluar la información de cada uno de los cuatro ejes descritos.

B. El diagnóstico psicodinámico operacionalizado 2 (OPD-2, GRUPO DE TRABAJO OPD, 2006/2008)

El OPD es una herramienta surgida en Alemania, que se utiliza para el diagnóstico, la indicación y la planificación en terapia psicodinámica. La primera versión del sistema tuvo origen a mediados de los 90, como fruto del trabajo multidisciplinario en materia de salud mental de un grupo de psicoanalistas y psiquiatras, cuyo propósito era complementar las clasificaciones usuales de los trastornos mentales, basadas en criterios descriptivo-sintomatológicos, con dimensiones psicodinámicas fundamentales.

La segunda versión del sistema (OPD-2) surgió en 2006, y amplió su espectro de utilización de manera tal de no circunscribirlo únicamente a lo diagnóstico, sino que se convirtiese también en una herramienta que sirviera a los fines de la planificación de la psicoterapia, la focalización y la evaluación de los cambios obtenidos por ella.

La versión original del OPD-2, publicada en alemán, fue luego traducida al castellano (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008), lo que convierte al OPD-2 en una herramienta valiosa y disponible para nuestro contexto latinoamericano. Recientemente, fue publicada en alemán una tercera versión del manual (Arbeitskreis OPD, 2023), aún no disponible en inglés o castellano. En lo que sigue nos concentraremos en la segunda versión (OPD-2), si bien hacia el final de esta sección, analizamos las posibilidades futuras del flamante OPD-3, así como algunos cambios y mejoras propuestas para el sistema.

Estructura multiaxial del OPD-2

Eje I: Vivencia de la enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento

Este primer eje hace referencia al diagnóstico del aspecto vivencial de la enfermedad, en términos de la significación de los síntomas, las expectativas, la motivación y los recursos para el cambio.

El Eje I del OPD-2 se enfoca en la vivencia del paciente con respecto a su enfermedad y los prerrequisitos necesarios para el tratamiento. Este eje es fundamental porque la experiencia emocional del paciente con la enfermedad y su motivación para buscar ayuda pueden tener un impacto significativo en el desarrollo del tratamiento. En este eje, se considera la percepción del paciente sobre su enfermedad, incluyendo su comprensión de los síntomas, su capacidad para aceptar la realidad de la enfermedad y su nivel de motivación para buscar tratamiento. También se evalúa la condición del paciente para cooperar con el tratamiento y la disposición a cambiar ciertos comportamientos que pueden estar contribuyendo a la enfermedad. Además, en este eje se explora la capacidad que el paciente posee para establecer una relación terapéutica de confianza, si es posible motivarlo para iniciar una psicoterapia y si posee recursos personales y apoyo psicosocial.

Si se indica la psicoterapia como el tratamiento a seguir, la operacionalización del Eje I permite sopesar la motivación y las expectativas del paciente. Por ejemplo, si su deseo es trabajar sobre el origen y desarrollo de los síntomas, si busca apoyo emocional o

si espera una orientación directiva para afrontar sus problemas. En definitiva, la indicación del tratamiento requiere de una comprensión del evaluador sobre los conceptos que el paciente trae consigo de sus propias dolencias, los recursos y obstáculos existentes.

Eje II: Patrones relacionales disfuncionales

El segundo eje del OPD-2 apunta a un diagnóstico de patrones relacionales disfuncionales. Implica la percepción del paciente y la de los otros (incluido el evaluador), y la ponderación de cómo ésta impacta en el proceso terapéutico.

Ofreciendo una operacionalización de los clásicos conceptos de transferencia y contratransferencia, el Eje II se enfoca en los patrones de relación disfuncionales y repetitivos del paciente, que se manifiestan en su vínculo con otros significativos y que involucran ofertas de rol problemáticas no necesariamente conscientes. En términos amplios, una evaluación del eje relacional del OPD-2 buscará llegar a detectar el circuito en virtud del cual el paciente, en contradicción con su propia perspectiva, induce en sus otros significativos respuestas que luego percibe como decepcionantes o rechazantes y que confirman su visión disfuncional de los vínculos problemáticos.

Para arribar a la comprensión de este patrón relacional disfuncional, en un primer nivel se registra la vivencia subjetiva del paciente en relación consigo mismo y sus relaciones más relevantes. En un segundo nivel, se configura la manera en que los otros perciben al paciente y la manera en que los otros (incluido el terapeuta) se perciben a sí mismos en la interacción con el paciente.

Eje III: Conflictos intrapsíquicos

Este eje se enfoca en el diagnóstico de conflictos disfuncionales repetitivos en la historia biográfica del paciente; se centra en la identificación de los conflictos más relevantes. El OPD-2 conceptualiza siete conflictos intrapsíquicos, a saber: (1) individuación vs. dependencia, (2) sumisión vs. control, (3) deseos de protección y cuidado vs. autarquía (autosuficiencia), (4) conflicto de autovaloración, (5) conflicto de culpa, (6) conflicto edípico, y (7) conflicto de identidad o roles normativos.

Los siete conflictos son evaluados de acuerdo con su presencia en una evaluación dimensional que va de “ausente” a “muy significativo”. Para cada paciente se eligen dos de estos conflictos como los más destacados o importantes para el diagnóstico inherente a este eje. La descripción de los conflictos básicos y sus modos de procesamiento son realizados en función de áreas primordiales de la vida, como relación de pareja, fami-

lia de origen, dimensión laboral, comportamiento en grupos y experiencia de la enfermedad. Cabe destacar que, a los conflictos señalados como permanentes, se pueden adicionar los conflictos denominados actuales, producto de aquellas situaciones contextuales que alteran la vida de la persona.

La tipología de los mencionados conflictos brinda una descripción detallada de cada uno de ellos, lo que incluye los afectos guía que permiten el diagnóstico y ejemplos ilustrativos para constatar con el paciente que está siendo evaluado.

Eje IV: Estructura psíquica

Este eje realiza el diagnóstico del funcionamiento estructural del paciente, en términos de la relación con el sí-mismo y los objetos. El eje estructura suscribe los desarrollos psicoanalíticos sobre relaciones objetales, teorías del self, la psicología del yo, la teoría del apego y la mentalización. El Manual conceptualiza la estructura como el entramado de disposiciones psíquicas que define un estilo personal, relativamente permanente, sobre el cual la persona mantiene su equilibrio intrapsíquico e interpersonal en relación con las demandas del medio interno y del entorno.

Se trata del fondo a partir del cual ocurren los conflictos intrapsíquicos con sus respectivos patrones de solución, sean estos adaptativos o no. En este sentido, se describen cuatro dimensiones de funcionamiento estructural: (1) capacidades cognitivas, (2) capacidades de regulación, (3) capacidades de comunicación y (4) capacidades de vínculo. Cada una de estas capaci-

dades se califican desde “bien integradas” a “desintegradas” en una escala Likert, pudiendo ser identificada como vulnerabilidad o recurso del funcionamiento estructural del paciente y en consecuencia, como un foco terapéutico.

Tal cual analizan de la Parra y colegas (2016), uno de los aportes fundamentales del OPD-2 radica, justamente, en su eje estructura, que ofrece una descripción cercana a lo observable de dimensiones significativas para una comprensión psicodinámica. Con ayuda de este cuarto eje, entonces, es posible operacionalizar cómo el paciente se percibe a sí mismo y a los objetos; cómo se autorregula y regula la relación con sus objetos; cómo establece una comunicación emocional consigo mismo y con los objetos externos; y por último, cómo establece vínculos con objetos internos y externos. Esto permite una mirada dimensional para evaluar y trabajar la personalidad en el contexto de abordajes psicodinámicos (ver, por ejemplo: Vanegas Osorio & de la Parra, 2020). La *Tabla 3* resume la estructura multi-axial que ofrece el OPD-2.

Establecimiento de focos OPD-2 para la estrategia terapéutica

Un aspecto distintivo del OPD-2 en relación con el ya descrito PDM-2 es la inclusión del concepto de foco. Así, el sistema OPD, no solamente atañe a la comprensión diagnóstica y la formulación de un caso, sino que además la estructura multiaxial antes descrita puede ser utilizada para el establecimiento de focos

Tabla 3. Estructura Multiaxial del Manual OPD-2 (*Grupo de trabajo OPD, 2006/2008*)

Eje	Denominación	Aspectos a evaluar
Eje I	Vivencia enfermedad y prerrequisitos para tratamiento	Expectativas, motivación y recursos para el cambio
		Nivel de <i>insight</i> , recursos personales y apoyo psicosocial
		Tipo de tratamiento deseado (indicación)
Eje II	Patrones relacionales disfuncionales	Patrones relacionales disfuncionales
		Factores relacionales que mantienen problemas del paciente
		Impactos en proceso terapéutico
		Operacionalización conceptos transferencia y contratransferencia
Eje III	Conflictos intrapsíquicos	Conflictos históricos disfuncionales repetitivos
		Sistemas motivacionales específicos en conflicto
		Afectos guía predominantes
		Dos conflictos más significativos
Eje IV	Estructura psíquica	Funcionamiento estructural del paciente
		Operacionalizado en términos de relación con el Self y los objetos
		Cuatro dimensiones: percepción, manejo, emoción y vínculo
		Trastornos, vulnerabilidades y recursos estructurales

terapéuticos de trabajo clínico. Lo anterior implica, en el contexto de los criterios ofrecidos por el OPD-2, que el foco puede ser definido en términos de: los patrones de relación interpersonal (eje II), los conflictos intrapsíquicos específicos (eje III) o la estructura de la personalidad (eje IV).

En este contexto, herramientas como el OPD-2 permiten, con su concepto de foco, establecer de manera estratégica si la psicoterapia estará centrada fundamentalmente en conflictos intrapsíquicos o si se tratará de un abordaje focalizado en la estructura. Esta distinción operativa fundamental atraviesa todo el campo de las terapias dinámicas y es apoyada no sólo desde un punto de vista clínico, sino también desde los resultados de la investigación sistemática (Barber et al., 2021).

Así, el OPD-2 suscribe y habilita el establecimiento de decisiones estratégicas que hacen al centro de la indicación de una psicoterapia dinámica (de la Parra et al., 2016; Juan et al., 2021; Lanza Castelli, 2019).

Sobre el flamante OPD-3

La estructura fundamental del sistema OPD que ya hemos descrito no se ha visto modificada al publicarse una tercera versión (Arbeitskreis OPD, 2023, Ehrenthal, 2022). Sin embargo, cabe mencionar de manera sintética algunos cambios y mejoras propuestas por la tercera versión del manual.

Desde el punto de vista del contenido escrito, el manual OPD-3, se ha reestructurado en su diseño y presentación. Toda la información sobre cada eje ahora se suma en un único capítulo, a diferencia de su antecesor que dedica dos capítulos por eje. Esto hace que el libro sea más claro y el lector no tenga que intercalar distintas partes del escrito para recorrer cada eje.

Respecto de los cambios propuestos para la operacionalización, en el Eje I se incluye ahora el diagnóstico descriptivo fenomenológico establecido por los sistemas CIE y DSM, lo que en el OPD-2 conforma un quinto eje diagnóstico. A su vez, la Evaluación Global del Funcionamiento (GAF) se subdividió en las áreas de síntomas, función ocupacional y función social, para mejorar la confiabilidad y validez. Esta división también se ha aplicado a otros aspectos del Eje I.

Respecto del Eje II, el OPD-3 conserva la estructura básica, aunque suma una perspectiva más dimensional para la conducta relacional del paciente, que permite identificar en qué grado el paciente involucra determinada conducta en relación con sus otros significativos.

En el Eje III, se mantienen los siete conflictos des-

critos. Sin embargo, se suma ahora la descripción del sistema motivacional básico de cada conflicto, y se describe el desarrollo "normal" de cada conflictiva, en términos de cómo se vería un paciente que haya integrado psicológicamente bien el sistema de motivación correspondiente. Por su parte, la clasificación de los conflictos ya no se limita a los niveles estructurales bien integrados o moderadamente integrados, sino que los conflictos deben identificarse en todos los niveles estructurales, incluidos los desintegrados.

El Eje IV dedicado a la estructura mantiene su presentación básica. Como modificación, en el OPD-3 la defensa ha sido integrada ahora como una novena dimensión de funcionamiento estructural, separada y completamente rediseñada en términos de contenido.

Los criterios para los niveles estructurales "inferiores" se han revisado. Se introdujeron dos clasificaciones de variabilidad opcionales. Por una parte, el criterio temporal, que puede reflejar cambios en el nivel estructural a lo largo del tiempo (por ejemplo, después de un evento traumático de la vida). Por otra parte, un criterio específico del área de la vida, que permite mapear diferencias en la disponibilidad de funciones estructurales en diferentes áreas de la vida del paciente.

C. Diagnóstico psicodinámico operacionalizado 2 infanto-juvenil (OPD-IJ-2, GRUPO DE TRABAJO OPD-IJ-2, 2020/2021)

El Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado para la edad infantojuvenil 2 (Grupo de Trabajo OPD-IJ-2, 2020/2021) es un sistema diagnóstico multiaxial para los trastornos mentales. Ofrece herramientas para su indicación psicoterapéutica y la planificación del tratamiento en niños/as y adolescentes, así como el seguimiento de los cambios resultantes a largo plazo.

El OPD-IJ-2 sigue los lineamientos y una estructura similar al sistema del OPD-2 antes descrito, pero es conceptualmente diferente, ya que el foco principal se encuentra en una perspectiva desarrollista, que atraviesa todos los ejes del instrumento. Tiene en cuenta el impacto sobre la psicodinámica, tanto de los niveles de desarrollo, como de los diversos contextos en el que el niño/adolescente interactúa, poniendo en valor sus recursos estructurales, y también sus déficits y fortalezas (Rosén & Hau, 2021).

Estructura multi-axial del OPD-IJ-2

Al igual que su par para pacientes adultos, el OPD-IJ-2 permite una evaluación integral, en cuanto a los

grados de severidad, según diferentes dimensiones codificadas en diferentes ejes, a saber: (1) relaciones interpersonales, (2) conflictos intrapsíquicos relevantes, (3) características asociadas al nivel de estructura, y (4) requisitos previos para el tratamiento.

Asimismo, el OPD-IJ-2 suscribe que el diagnóstico y tratamiento con la población infanto-juvenil es un proceso complejo y multidimensional, y no puede ser definido simplemente por una valoración nosológica. De esta manera, la formulación dinámica del caso está orientada por los procesos psicológicos y de maduración, en todos los niveles diagnósticos, según la etapa en la que se encuentre el paciente (ver, por ejemplo: Seiffge-Krenke & Hau, 2021).

Así, partiendo de la estructura común de ejes ya descrita, el OPD-IJ-2 distinguirá en qué momento de desarrollo se encuentra el paciente, considerando tres grandes grupos: (a) de 3 a 5 años, (b) de 6 a 12 años y (c) de 13 a 18 años (para una síntesis, ver: Teague, 2017). La estructura multi-axial del OPD-IJ-2 se ilustra en la *Tabla 4*.

Eje I: Relaciones interpersonales

El Eje I es el referente a las relaciones interpersonales. En éste se evalúan los patrones de relación funcional o disfuncional del consultante basándose, por un lado, en cómo el paciente relata sus episodios de relación con otras personas, y por otro, en la interacción del paciente con el entrevistador y con los padres, a partir de la conducta y el juego (Cropp, & Claassen, 2021). Esta dimensión es un pilar fundamental en el OPD-IJ-2, ya que el establecimiento de la relación entre el examinador y el consultante permitirá identificar las primeras constelaciones relacionales típicas de éste. Así, los patrones de

relación con el paciente no solo revelan las interacciones entre los deseos y los miedos relacionados con sus vínculos, sino también los posibles recursos.

En consecuencia, en este eje se reportan sistemáticamente los aspectos transferenciales y contratransferenciales, en relación con elementos relacionales que describen aspectos tanto de control como de independencia, así como de afectividad positiva y negativa del individuo. De esta forma, el propósito no es llegar a un diagnóstico nosológico de una relación patológica, sino el registro de las relaciones interpersonales. En relación con ello, se analizan los posibles recursos del paciente, como situación vital actual, las relaciones y circunstancias familiares, y sus vínculos con pares (Seiffge-Krenke Hau, 2021). Esto marca cierta diferencia con el eje relacional del OPD-2, mucho más orientado a los patrones relacionales disfuncionales.

Eje II: Conflictos

El Eje II se asocia con los conflictos intrapsíquicos. El OPD-IJ-2 suscribe las teorías psicoanalíticas que se enfocan en aspectos del desarrollo y de relaciones para la conceptualización y operacionalización de los conflictos intrapsíquicos en la niñez y la adolescencia (Seiffge-Krenke, 2021). Teóricamente, en este eje se contemplan elementos de la teoría de relaciones objetales y de resultados de la terapia familiar (Grupo de Trabajo OPD-IJ-2, 2020/2021).

Siguiendo la tipología del OPD-2 ya descrita, los conflictos intrapsíquicos “persistentes” operacionalizados son siete: (1) cercanía versus distancia; (2) sumisión versus control; (3) cuidar de sí mismo versus recibir cuidados; (4) autoestima; (5) culpa; (6) Edipo; (7) identidad. Ocurren por más de 6 meses y se ca-

Tabla 4. Estructura Multiaxial del OPD-IJ-2 (*Grupo de Trabajo OPD-IJ-2, 2020/2021*)

Eje	Denominación	Aspectos a evaluar
Eje I	Relaciones Interpersonales	Patrones de relación funcional o disfuncional del paciente
		Episodios de relacionales con otros significativos
		Relación con el entrevistador a partir de interacciones y juego
Eje II	Conflictos	Temas conflictivos internos centrales
		Situaciones conflictivas externas actuales
		Se destaca un conflicto como central
Eje III	Estructura	Cualidades y/o insuficiencias estructurales del paciente
		Cuatro dimensiones: control; identidad; interpersonalidad y apego
		Evaluación en función de edad de desarrollo y contexto biográfico
Eje IV	Prerrequisitos para el tratamiento	Dimensiones subjetivas de la vivencia enfermedad-problema
		Recursos y prerrequisitos específicos para el tratamiento
		Planificación e indicación del tratamiento

racterizan por patrones de experiencia establecidos en niños y adolescentes, que inconscientemente conducen a comportamientos similares en situaciones semejantes, que impiden el desarrollo y perturban la vida con otros (Escher et al., 2021).

Eje III: Estructura psíquica

En el Eje III, dedicado a la estructura, ésta se caracteriza como el resultado de la interacción de la disposición innata y la experiencia. Esto conduce al desarrollo de capacidades específicas para el aprendizaje y el comportamiento del niño en relación con el entorno (Bagattini, 2021). En el OPD-IJ-2, el juicio del clínico sobre la conducta observable y subjetiva, en los niños y adolescentes, se sintetiza en cuatro categorías generales: (1) Manejo, (2) Identidad, (3) Interpersonalidad y (4) Apego. En relación con éstas, se distinguen cuatro niveles de estructura según el grado de integridad: (a) buena integración, (b) integración limitada, (c) nivel deficiente y (d) nivel desintegrado. Esta distinción se hace teniendo en cuenta siempre la etapa del desarrollo, y el intervalo de tiempo en que se va a realizar el abordaje (Cropp & Claaßen, 2021). Por ello, la evaluación de la estructura de un paciente se debe hacer en función de sus recursos y el contexto biográfico, dentro del cual se espera una capacidad adaptativa correspondiente al desarrollo psicológico (Bagattini, 2021).

Eje IV: Prerrequisitos para el tratamiento

El Eje IV es el último del OPD-IJ-2, vinculado con la experiencia de la enfermedad, y se compone de tres categorías que comprenden dimensiones subjetivas, recursos y prerrequisitos específicos para el tratamiento. Tiene una importante función de enlace, y se basa principalmente en los aspectos esenciales de la indicación de psicoterapia. Además, su evaluación debería facilitar la consideración de enfoques multimodales, contraindicaciones relativas o la consideración de indicaciones alternativas (Rosén & Hau, 2021). En relación con ello, lo más importante para la planificación del tratamiento son los recursos que se pueden identificar para un paciente individual (Seiffge-Krenke & Hau, 2021).

Como puede observarse, el OPD-IJ-2 presenta un cambio en el orden de los ejes en comparación con el OPD-2. La investigación y la experiencia clínica en el campo de la psicología infantil y adolescente han desarrollado una comprensión más precisa de los factores que influyen en la salud mental de los niños y jóvenes. Ello ha impactado en la adaptación del manual a tal población, particularmente en el orden de sus ejes. Según destaca el Grupo de Trabajo OPD-IJ-2

(2020/2021) el orden de los ejes denota la importancia dada a la evaluación de factores específicos relacionados con el desarrollo, donde las relaciones interpersonales, el entorno cercano y el contexto general del paciente infanto-juvenil es abordado antes que sus síntomas y problemas actuales (Rosén & Hau, 2021; Seiffge-Krenke & Hau, 2021). Es por ello que el eje relacional se ubica primero y el eje dedicado a vivencia de enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento es colocado en último lugar.

En resumen, en los ejes Relación, Conflicto y Estructura, el sistema OPD-IJ-2 operacionaliza los constructos psicodinámicos de manera explícita, los cuales pueden describir la fenomenología y la dinámica interna de un trastorno con una acentuación significativa (Weber et al., 2020). De forma complementaria al diagnóstico categorial, permite abordar la estructura psíquica y los conflictos inconscientes, asociados a la presentación psicopatológica (Bagattini, 2021).

Discusión

Tanto la reseña ofrecida en este trabajo, como nuestra propia experiencia con el uso de manuales psicodinámicos, permite plantear algunos ejes concretos de aplicación de estos instrumentos al campo clínico-académico, a saber: (a) capacitación y educación, (b) flexibilidad y adaptación, (c) apoyo y supervisión para el terapeuta, y (d) colaboración y comunicación.

En primer lugar, consideramos que los manuales descritos en este artículo brindan una capacitación integral y educación a los terapeutas, sobre competencias centrales de la práctica clínica psicodinámica (Lemma et al., 2008). Específicamente, son herramientas útiles para desarrollar habilidades de diagnóstico y formulación de los casos, desde una perspectiva explícitamente psicodinámica. A su vez, conforman un punto de partida orgánico a partir del cual los terapeutas pueden aplicar lógicas estructuradas de tratamientos psicodinámicos para diversas patologías. Esto posibilita el uso de los manuales en talleres y supervisiones que fomentan un desarrollo profesional continuo (Juan, 2017; Juan et al., 2023).

En segundo lugar, los instrumentos descritos pueden considerarse una vía regia hacia la flexibilidad y la adaptación del tratamiento hacia el paciente. De este modo, los tratamientos psicoterapéuticos basados en manuales psicodinámicos (ver, por ejemplo, la revisión de Seybert et al., 2012) sirven como una guía, en lugar de un conjunto rígido de reglas, permitiendo a los terapeutas adaptar y personalizar el

tratamiento para satisfacer las necesidades individuales de sus pacientes. En este punto, los manuales diagnósticos psicodinámicos habilitan plasticidad y creatividad, al tiempo que se adhieren a los principios fundamentales de un tratamiento basado psicoanalíticamente (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008). Tanto desde nuestra experiencia con el OPD-2 como desde la recogida por los grupos de trabajo dedicados a los diferentes manuales descritos, introducir los criterios de forma gradual ha permitido que los terapeutas adquieran competencia de manera progresiva. Ha sido útil comenzar con operacionalizaciones o protocolos más simples que generan confianza y competencia antes de avanzar hacia intervenciones más complejas.

Un tercer aspecto de utilidad y aplicación radica en el proceso de supervisión en terapias dinámicas. Así, con base en estos instrumentos terapéuticos se han creado redes de apoyo donde los terapeutas puedan consultar, discutir desafíos y recibir orientación útil para la indicación de sus procesos. Esto ha sido con el modelo de supervisión regular o reuniones grupales y consulta entre pares (ver, por ejemplo: Juan, 2022; Vanegas & Juan, 2022).

Por último, y retomando lo mencionado en la introducción respecto del “terreno común” (Wallerstein, 2006), los manuales diagnósticos psicodinámicos conforman un área fértil para la colaboración y la comunicación profesional. Esto sucede en tanto fomentan la interacción abierta entre investigadores y profesionales, lo que puede implicar un diálogo continuo, con bucles de retroalimentación y proyectos de investigación colaborativos. Aquí cabe mencionar, como ejemplo, el trabajo conjunto que involucró a varios de los autores del presente artículo, y que ilustró proyectos de investigación orientada a la práctica clínica empleando el manual OPD-2, tanto en Argentina, Chile, Brasil y Colombia (Dagnino & de la Parra, 2020; de la Parra, 2020; Juan et al., 2020; Juan & Gómez Penedo, 2020; Vanegas Osorio et al., 2020; Vasconcelos Reboucas et al., 2020).

Desafíos futuros

Una comunidad creciente de la escena internacional y latinoamericana ha podido emplear estas herramientas en la investigación, en la práctica clínica y en la formación de terapeutas, con el objetivo global de potenciar el psicoanálisis hacia el bien público, en términos de pacientes, terapeutas y comunidad. La experiencia profesional y académica de los autores de este trabajo se inserta también dentro de esta línea.

Los instrumentos reseñados en este trabajo (PDM-2, OPD-2/OPD-3, OPD-IJ-2) destacan la necesidad de

una respuesta psicodinámica a los diagnósticos descriptivos de los sistemas oficiales y constituyen una plataforma para desarrollar competencias clínicas en los terapeutas, vinculadas con el diagnóstico, la formulación de los casos y la focalización de sus tratamientos.

Esperamos que la posibilidad de tomar conocimiento sobre estos manuales permita a la comunidad de clínicos, psiquiatras y psicólogos, nutrirse de sus posibilidades, incluir sus categorías en su trabajo cotidiano y sus procesos de supervisión, y discutir sobre las implicancias para la investigación orientada a la práctica psicodinámica en nuestra región.

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

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Pub. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Arbeitskreis OPD-3 (2023). *OPD-3 - Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung* (German Edition). Hogrefe Verlag, Bern.
- Bagattini, N. (2021). Psychic structure, unconscious conflict and adolescent psychopathology: The contributions of OPD-CA-2. *Nordic Psychology*, 73(4), 337-346. <https://doi.org/10.1080/19012276.2021.2001680>
- Barber, J. P., Muran, J. C., McCarthy, K. S., Keefe, J. R. & Zilcha-Mano, S. (2021). Research on dynamic therapies. En Barkham, M., Lutz, W. & Castonguay, L. G. (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 7, 387-419. John Wiley & Sons.
- Bernardi, R. (2010). DSM-5, OPD-2 y PDM: Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátrico y psicoanalíticos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 74(2), 179-205.
- Calvo Serrano, E. (2020). Adolescencia [(Manual de diagnóstico psicoanalítico 2 Lingiardi & McWilliams, 2017)]. *Aperturas Psicoanalíticas* 65. Disponible en: <http://www.aperturas.org/imagenes/archivos/ap2020%7Dn065a9.pdf>
- Cropp, C., & Claaßen, B. (2021). The OPD-CA-2 axis interpersonal relations: A helpful tool for treatment planning? Relationship patterns of adolescent patients with persistent intrapsychic conflicts, structural deficits and trauma sequelae disorders. *Nordic Psychology*, 73(4), 326-336. <https://doi.org/10.1080/19012276.2021.2003233>
- Dagnino, P. & de la Parra, G. (2020). Patterns of change: tracking the therapeutic focus. *Revista Brasileira de Psicoterapia* 22(3):21-30. Disponible en: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v22n3a03.pdf>
- de la Parra G. (2020). Special section discussion. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 22(3):55-62. <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v22n3a06.pdf>
- de la Parra, G., Gómez-Barris, E. & Dagnino, P. (2016). Conflicto y estructura en psicoterapia dinámica: el diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 6. Disponible en: <https://www.revistamentalizacion.com/ultimonumero/abril2016/delaparra.pdf>
- Domene, Y. (2020). Edad tardía (Manual de diagnóstico psicoanalítico 2 [Lingiardi y McWilliams, 2017]). *Aperturas Psicoanalíticas*, 65. Disponible en: <https://www.aperturas.org/imagenes/archivos/ap2020%7Dn065a11.pdf>
- dos Reis, H. F. (2020). Vida adulta (Manual de diagnóstico psicoanalítico 2 [Lingiardi y McWilliams, 2017]). *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (65), 9, 1-26. Disponible en: <http://www.aperturas.org/imagenes/archivos/ap2020%7Dn065a12.pdf>

- Ehrenthal, J. (2022). *El Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado, tercera versión* (OPD-3). Conferencia presentada en el Seminario de actualización en OPD 2022, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Escher, F., Sarrar, L., & Seiffge-Krenke, I. (2021). Differences in psychodynamic conflicts between healthy adolescents and adolescent patients: Results with the conflict questionnaire. *Nordic Psychology*, 73(4), 347-358. <https://doi.org/10.1080/19012276.2021.2001678>
- Ferrari, H., Lancelle, G., Pereira, A., Roussos, A., & Weinstein, L. (2008). *El Manual diagnóstico psicoanalítico: discusiones sobre su estructura, su utilidad y viabilidad*. Reporte de Investigación, Universidad de Belgrano-Facultad de Humanidades. Disponible en: http://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/1585/1_roussos.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Fliedl, R., & Katzenschlager, P. (2016). Reliabilität und Konstruktvalidität der OPD-KJ Achsen: Struktur und Behandlungsvoraussetzungen—Vergleich OPD-KJ mit OPD-KJ-2. *Neuropsychiatrie*, 30(3), 151-157. <https://doi.org/10.1007/s40211-016-0201-2>
- González Ruiz (2020). Niñez (Manual de diagnóstico psicoanalítico 2 [Lingiardi y McWilliams, 2017]). *Aperturas Psicoanalíticas*, 65. Disponible en: <https://aperturas.org/imagenes/archivos/ap2020%7Dn065a10.pdf>
- Grupo de trabajo OPD (2006/2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado* (OPD-2). *Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Herder Editorial.
- Grupo de Trabajo OPD-IJ-2 (2020/2021). *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado para la edad infantojuvenil* (OPD-IJ-2). Fundamentos teóricos y manual. Herder Editorial.
- Juan, S. (2022). *Terapias psicodinámicas: orientando la investigación hacia la práctica clínica*. Trabajo presentado en el I Encuentro Iberoamericano de la Society for Psychotherapy Research (SPR)
- Juan, S. (2017). Criterios para evaluar el proceso de supervisión en terapia psicoanalítica: aportes del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado 2 (OPD-2). *Subjetividad y procesos cognitivos*, 21(2), 59-81. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v21n2/v21n2a03.pdf>
- Juan, S., & Gómez Penedo, J.M. (2020). Introduction to special section. *Revista Brasileira de Psicoterapia* 22(3):1-7. <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v22n3a01.pdf>
- Juan, S., Manubens, R., López Fediuk, L., & Gómez Penedo, J. M. (2020). Psychodynamic profile in an early dropout case: comparing therapist's and external judges' perspectives. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 22(3):9-20 <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v22n3a02.pdf>
- Juan, S., Manubens, R., Romero Pimienta, A., & Gómez Penedo, J.M. (2021). La formulación del caso para la práctica clínica y la investigación: aportes del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD-2. *Mentalización, Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 15. Disponible en: https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/formulacion_del_caso.pdf
- Juan, S., Vanegas Osorio, J. H., Giunta, G., Lavanga, N., Salgado, J. M., & Gómez Penedo, J. M. (2023). *¿Cómo usar material clínico para investigación? Aportes del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD-2/OPD-3*. XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXX Jornadas de Investigación y XIX Encuentro de Investigadores del MERCOSUR. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Lanza Castelli, G. (2019). Psicoterapia orientada al conflicto—Psicoterapia orientada a la estructura. *Revista Clínica Contemporánea*, 10(e10), 1-21. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/e09f/4aed1d2d6bf368b72a07db3986fa0a0b6044.pdf>
- Lemma, A., Roth, A., & Pilling, S. (2008). *The competences required to deliver effective psychoanalytic/psychodynamic therapy*. London: Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London. https://www.ucl.ac.uk/pals/sites/pals/files/ppc_clinicians_background_paper.pdf
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2015). *El Manual Diagnóstico Psicodinámico, segunda edición* (PDM-2). WPA, 237.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. Guilford Publications.
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Rosén, T., & Hau, S. (2021). Operationalized psychodynamic diagnosis in childhood and adolescence (OPD-CA-2)—A useful tool for improving diagnoses of psychological illnesses. *Nordic Psychology*, 73(4), 291-299. <https://doi.org/10.1080/19012276.2021.2001677>
- Seiffge-Krenke, I. (2021). One diagnosis—different conflicts: Using the OPD-CA conflict axis as a tool for treatment planning. *Nordic Psychology*, 73(4), 300-307. <https://doi.org/10.1080/19012276.2021.2001679>
- Seiffge-Krenke, I., & Hau, S. (2021). The Operationalized Psychodynamic Diagnostic for Children and Adolescents (OPD-CA-2): a new diagnostic method to determine psychodynamic constructs. *Nordic Psychology*, 73(4), 285-290. <https://doi.org/10.1080/19012276.2021.2012107>
- Seybert, C., Erhardt, I., Levy, R. & Kächele, H. (2012). Listing of Psychodynamic Manualized Treatments. In: R. Levy, S. Ablon, & H. Kächele (Eds.). *Psychodynamic psychotherapy research: practice based evidence and evidence based practice*. Humana Press.
- Teague, R. (2017). The use and misuse of operationalism in psychodynamic diagnosis. *PsycCRITIQUES*, 62(43). <https://doi.org/10.1037/a0041084>
- Vanegas Osorio, J., & de la Parra, G. (2020). Trastorno de personalidad: la mirada dimensional del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). *Revista de Psicología: Universidad de Antioquia*, 12(2), 21-25. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8024573.pdf>
- Vanegas Osorio, J.H., Chindoy Luna, E.H., Patiño González, J.E., Pérez Atehortúa, C.A., Rincón Ospina, F.H., & Jiménez Hernández, J.A. (2020). Contributions of Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) in Colombia: Training, Practice and Research. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 22(3):45-53. <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v22n3a05.pdf>
- Vanegas Osorio J. H. & Juan, S. (2022). O Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD. Panel presentado en las Jornadas CELG 2022, Gramado Brasil.
- Vasconcelos Rebouças, C. Goettems Bastos, A., Kirsten Barbisan, G., Gonçalves, L., Perosa Carniel, B., & Sica da Rocha, N. (2020). Propriedades psicométricas do protocolo de sistema diagnóstico Operationalization of Psychodynamic Diagnosis 2 (OPD-2) em pacientes com transtorno mental grave em psicoterapia. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 22(3): 31-43 <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v22n3a04.pdf>
- Wallerstein, R. S. (2006). Psychoanalytically Based Nosology: Historic Origins. In: PDM Task Force. (Eds). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Weber, E. C., Seiffge-Krenke, I., Goth, K., & Sarrar, L. (2020). Associations between personality structure, unconscious conflicts, and defense styles in adolescence. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 69(7), 666-683. <https://doi.org/10.13109/prkk.2020.69.7.666>
- World Health Organization. (2019). International Statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>

Características de las alucinaciones en el trastorno límite de la personalidad. Similitudes y diferencias con la esquizofrenia y el trastorno bipolar

Characteristics of hallucinations in borderline personality disorder. Similarities and differences with schizophrenia and bipolar disorder

Verónica Grasso¹, Daniel Sotelo²

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i164.549>

Resumen

La psicosis puede ser considerada una dimensión que en su extremo de mayor gravedad puede expresarse con alteraciones en la sensopercepción, principalmente alucinaciones. Su presencia es un hecho que se constata con frecuencia en patologías psiquiátricas severas como la esquizofrenia (EZQ) y el trastorno bipolar (TB) donde pueden ser marcadores de gravedad. No obstante, las alteraciones sensoperceptivas no son patognomónicas de estos trastornos ni señalan ninguna de estas enfermedades como un hecho aislado. Dicha sintomatología puede ser descrita en diversas situaciones dentro y fuera de la psicopatología. En este sentido, proponer una línea directa entre las alucinaciones con enfermedades tales como la EZQ o el TB desestima su ocurrencia en otras patologías, como es el caso del Trastorno límite de la personalidad (TLP). Es factible que constatemos la expresión de alucinaciones en pacientes con este trastorno y su presencia puede tener connotaciones etiológicas, clínicas y terapéuticas que deben ser revisadas para tener en cuenta en nuestra práctica clínica.

Palabras claves: Síntomas psicóticos, alucinaciones, trastorno límite de la personalidad, esquizofrenia, trastorno bipolar, disociación, tratamiento, diagnóstico diferencial

Abstract

Psychosis can be considered a dimension that in its most severe extreme can be expressed with alterations in sensory perception, mainly hallucinations. Their presence is a fact that is frequently observed in severe psychiatric pathologies such as schizophrenia (EZQ) and bipolar disorder (BD) where they can be markers of severity. However, sensory-perceptual disturbances are not pathognomonic of these disorders, nor do they signal any of these illnesses as an isolated event. Such symptomatology can be described in a variety of situations both within and outside psychopathology. In this sense, proposing a direct line between hallucinations and diseases such as CZS or TB disregards their occurrence in other pathologies, as is the case of Borderline Personality Disorder (BPD). It is feasible that we may find the expression of pseudo hallucinations or hallucinations in patients with this disorder and their presence may have etiological, clinical and therapeutic connotations that should be reviewed and taken into account in our clinical practice.

Keywords: Psychotic symptoms, hallucinations, borderline personality disorder, schizophrenia, bipolar disorder, dissociation, treatment, differential diagnosis

RECIBIDO 20/2/2023 - ACEPTADO 5/12/2023

¹Médica psiquiatra. Centro Integrador de Psicoterapias Conductuales y Contextuales (CIPCO). Área de Investigación Clínica, Centro Médico Luquez, Córdoba.

²Médico psiquiatra. Área de Investigación Clínica, Centro Médico Luquez, Córdoba. <https://orcid.org/0000-0001-5175-2163>

Correspondencia:

Verónica Grasso

grasso.veronica@hotmail.com

Daniel Sotelo

danielgsotelo@gmail.com

Lugar donde se realizó la investigación: Centro Médico Luquez, Fundación CIPCO.



Introducción

En diversas patologías mentales ocurren alteraciones de la sensopercepción, entre ellas se encuentran las alucinaciones. Este fenómeno ha tenido diversas maneras de ser descrito, siendo la definición clásica de Morel y Bell del siglo XIX, la que ha encontrado mayor consenso. Estos autores indican que una alucinación es una percepción sin objeto (Monchablon Espinoza y Derito, 2011).

Las alucinaciones son un componente relevante en la fenomenología de la psicosis, pero la equiparación automática entre psicosis (y sus alucinaciones) con la esquizofrenia ha representado un problema (Alonso-Fernández, 1968). *“Las alucinaciones puedan aparecer en los más diversos géneros de trastornos psíquicos, que su condicionamiento también es diverso, que su modo de vivencia varía ampliamente de unos casos a otros y que el fondo psíquico de las vivencias alucinatorias dista mucho de atenerse a un patrón estándar”* (Monchablon Espinoza y Derito, 2011). Es decir, las alteraciones sensoperceptivas pueden encontrarse en un amplio espectro de trastornos psiquiátricos, por lo tanto, no son variables fenomenológicas que aparezcan únicamente en patologías como la EZQ o el Trastorno Bipolar (TB). Es posible que sucedan en otros cuadros y que, en determinadas circunstancias, no formen parte de la psicopatología. Algunos fenómenos alucinatorios y delirantes de la niñez y adolescencia pueden tener un carácter transitorio e incluso, los que persisten, no siempre revisten carácter psicopatológico (Water & Fernyhough, 2017; McKay et al., 2021). En poblaciones sin psicopatología, las alteraciones sensoperceptivas visuales son las que se observan con mayor frecuencia. (Hanssen et al., 2003; Wilson et al., 2006; Nuevo et al., 2012). En cuanto al espectro clínico, es frecuente que ocurran fenómenos alucinatorios en pacientes con TLP (Belohradova et al., 2022).

Los objetivos del presente trabajo son: a) realizar una descripción fenomenológica de las alteraciones sensoperceptivas que contribuya a la diferenciación del TLP con la EZQ y el TB, b) describir posibles factores etiológicos asociados a su emergencia, y c) establecer lineamientos terapéuticos generales para el grupo de pacientes con TLP y alucinaciones.

Métodos

Se realizó una revisión sistemática utilizando la base de datos Google Scholar para buscar artículos publicados entre 1968 hasta la actualidad, utilizando las siguientes palabras claves: “Síntomas psicóticos”,

“alucinaciones”, “trastorno límite de la personalidad”, “esquizofrenia”, “trastorno bipolar”, “disociación”, “tratamiento”, “diagnóstico diferencial”. La búsqueda con estos parámetros arrojó 2020 artículos, de los cuales se excluyeron 1738, por no ser artículos de revisión. Dicha selección determinó 282 artículos los cuales fueron revisados y analizados por título y texto completo. De los mismos solo quedaron 8 artículos que fueron incluidos en esta revisión. A su vez, se recuperaron textos adicionales buscados en las listas de referencias de las fuentes primarias y se agregó referencias literarias asociados al tema de búsqueda con los mismos criterios de inclusión y exclusión, quedando 93 artículos. Los textos se recopilaron y se sistematizaron según su relevancia, en total fueron 101 estudios.

Los autores revisaron de manera independiente todos los estudios seleccionados. Se revisaron los títulos y resúmenes de los artículos identificados y luego, los textos completos considerados más relevantes. Se decidió que los trabajos cumplieran criterios de elegibilidad si abordaban las características fenomenológicas de las alucinaciones en la EZQ, el TB y TLP o las diferencias entre alguno de ellos o entre todos ellos.

Se incluyeron artículos sin límites en el idioma. Se incluyeron estudios de adultos y adolescentes donde se evaluaron las características y/o diferencias de las alucinaciones en la EZQ, el TB y TLP.

Fueron excluidas publicaciones no revisadas por pares, reportes de casos, cartas u opiniones de autores, resúmenes de congresos, trabajos de tesis o disertación, artículos de divulgación, comentarios de editoriales y estudios en modelos animales.

Resultados

Trastorno límite de la personalidad: pasado y presente

El TLP representa un desafío para pacientes, familias y sistemas de salud. Sus costos son elevados, del mismo modo que la presencia de comorbilidades somáticas y aumento de la mortalidad relacionado a problemas con el cuidado de la salud y al suicidio (Jacobi et al., 2021). Estos resultados resaltan la importancia de profundizar en el conocimiento de este cuadro y proporcionar a los pacientes no solo una adecuada prevención y tratamiento psicoterapéutico y psiquiátrico, sino también somático. La mejora de la atención para los pacientes que ya se encuentran en tratamiento, del mismo modo que la creación de nuevos establecimientos y servicios especializados e interdisciplinarios es necesaria para mejorar el acceso a la salud para personas con TLP.

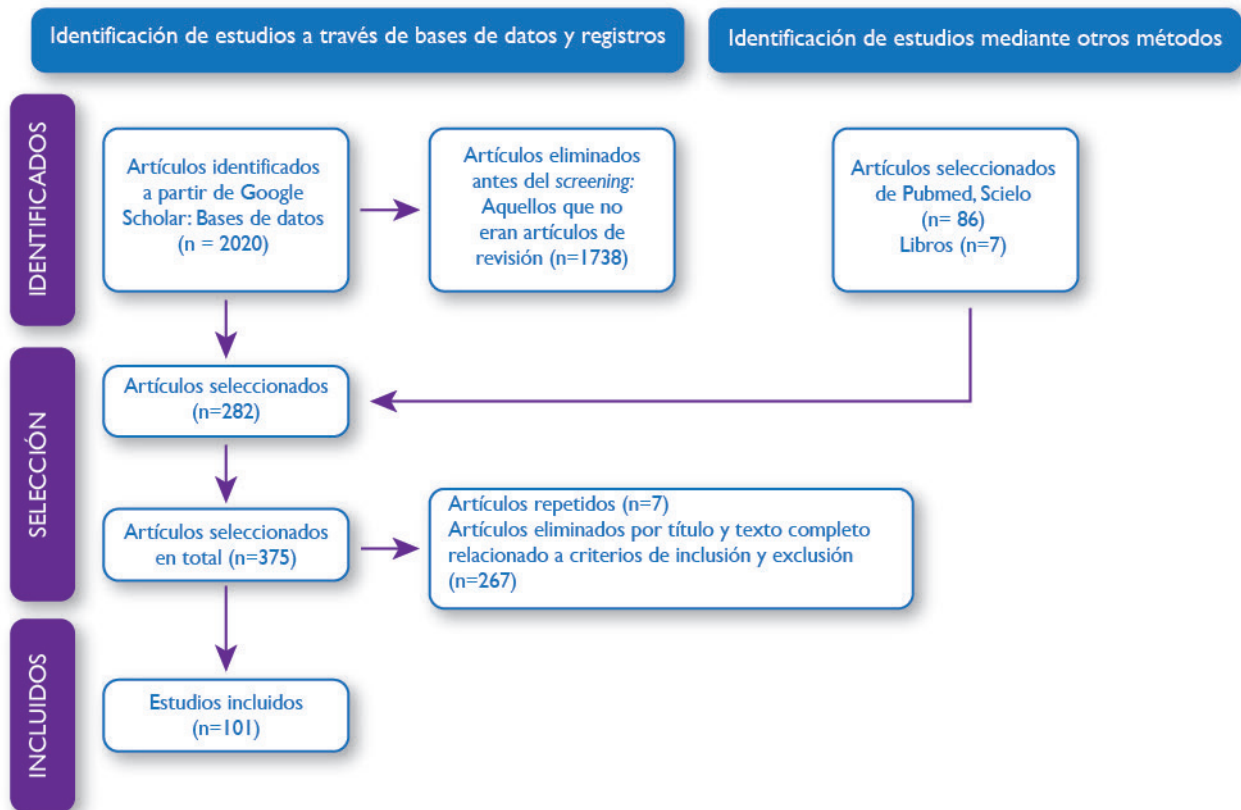
Figura 1. Diagrama de flujo de la bibliografía fuente seleccionada

Diagrama de flujo de selección de estudios de los Elementos de información Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis (PRISMA)

En 1835, Prichard describió el cuadro que hoy se denomina TLP como una “perversión mórbida de emociones, afectos y capacidades de alucinaciones y delirios con facultades mentales indemnes”, hablando de una “locura moral” (Matusevich et al., 2010). Por otro lado, la palabra *borderline* fue utilizada por primera vez por Hughes en 1884, para definir un cuadro que no podía ser asignado con seguridad dentro de los conceptos de neurosis ni de psicosis (Conti & Stagnaro, 2004). Su ingreso como trastorno límite de la personalidad en los textos clasificatorios categoriales fue en 1980, con el DSM III (Manual Diagnóstico y Estadístico, tercera edición) (Matusevich et al., 2010; Belohradova Minarikova et al., 2022).

En cambio, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud lo incluyó recién en 1992 en la 10ª edición, bajo el subtipo de trastorno de la personalidad emocionalmente inestable, pero sin aludir a la experimentación de síntomas psicóticos (World Health Organization, 1992). En la 11ª edición de la CIE se adoptó una evaluación multidimensional del TLP, incluyendo “síntomas disociativos transitorios o signos psicóticos en si-

tuaciones de elevada excitación afectiva” (Minarikova et al., 2022). En el caso del DSM, la inclusión de los síntomas psicóticos se produjo en la cuarta edición, cuando fueron incorporados también como “síntomas disociativos severos” o “ideaciones paranoicas relacionadas con el estrés transitorio” (American Psychiatric Association, 1994).

Actualmente, dentro de los criterios diagnósticos del DSM 5 para TLP se incluyen diversas áreas afectadas, entre ellas la identidad, asociado a la autoimagen y el sentido del yo, la afectividad, el funcionamiento interpersonal y el control de los impulsos, que pueden llegar a cuadros de gran intensidad desencadenando conductas autolesivas o intentos de suicidio (American Psychiatric Association, 2014). El criterio número nueve indica que, durante periodos de estrés extremo, puede aparecer sintomatología psicótica como ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos (p. ej., despersonalización). En tanto, las alucinaciones sólo son tenidas en cuenta como aspectos asociados al diagnóstico (American Psychiatric Association, 2014), ubicándolas como expresiones accesorias y marginales y no definidas como un criterio para el diagnóstico (Me-

rett et al., 2022). Es decir, aunque no sean consideradas parte de los síntomas que definen el cuadro, dentro de los aspectos asociados, las personas con TLP podrían experimentar alucinaciones (distorsiones de la imagen corporal, fenómenos hipnagógicos), de manera transitoria, durante los momentos de estrés y como respuesta a un abandono real o imaginario del entorno (American Psychiatric Association, 2014). El hecho de que no formen parte de las manifestaciones principales podría determinar que el número de estudios sobre el tema no sea considerable (Niemantsverdriet et al., 2017).

Este hecho podría generar confusión en cuanto a la construcción sindrómica del TLP y contribuir a la asociación de las alucinaciones con otros cuadros, cuando no excluirlo dentro de las posibilidades diagnósticas. Las consecuencias de este mecanismo exceden a la teoría y puede llevar a repercusiones negativas, tales como instaurar un tratamiento inadecuado e incluso perjudicial para algunos pacientes (Merrett et al., 2022).

Psicosis

La psicosis es un síntoma común y funcionalmente perturbador de muchas afecciones psiquiátricas, del neurodesarrollo, neurológicas y médicas (World Health Organization, 1992; American Psychiatric Association, 2000; Arciniegas, 2015; Griswold, 2015).

A lo largo de los años su conceptualización pasó de tener el eje en la limitación funcional, la deficiencia grave del criterio de realidad o la pérdida de los límites del ego (Arciniegas, 2015) con relativa independencia de sus causas (American Psychiatric Association, 2000) hacía propuestas más sintomáticas, debido a que la falta de definiciones tornaba al concepto de psicosis demasiado ambiguo e inclusivo (Arciniegas, 2015).

Actualmente la idea de psicosis es más restringida y centrada sobre síntomas observables externamente, con relación a la expresión o el comportamiento lo que produjo una mejoría en la fiabilidad diagnóstica (Bürgy, 2008).

Aún sin una definición unificada, se considera que los delirios, las alucinaciones y trastornos del pensamiento son las características clínicas centrales, siempre que resulten en algún grado importante de distorsión de la realidad (Gaebel & Zielasek, 2015).

En cuanto a las alucinaciones, en tanto percepciones en ausencia de estímulos externos o somáticos, con carencia de introspección sobre la naturaleza alucinatoria de estas experiencias, constituyen factores productores de alteración de la realidad y establecen, en esos términos, la presencia de psicosis.

Asimismo, la psicosis puede considerarse un espectro, y encontrarse tanto en poblaciones sin psicopatología como en personas que padecen trastornos mentales severos (van Os et al., 2009; McKay et al., 2021; Coughlan et al., 2022). Por lo tanto, más que indicar presencia o ausencia de patología, podría ser un marcador de gravedad (Loch, 2019).

Alucinaciones

La presencia de alteraciones sensorio-perceptivas representa un área de entrecruzamiento sintomático (Tschoeke et al., 2014) y un desafío clínico y terapéutico, ya que muchas veces puede conducir a errores diagnósticos, sobre todo hacia la EZQ y otros trastornos psicóticos (Beatson, 2019; Merrett, 2022).

Este fenómeno podría ser consecuencia, al menos en parte, del afán de simplificar la identificación de esta patología a través de los síntomas de primer orden propuestos por Kurt Schneider en 1939 (Tschoeke et al., 2014; Peralta & Cuesta, 2020). Estos síntomas, aún prevalecen en los sistemas de clasificación bajo la denominación de síntomas positivos (Am. Psychiatr. Assoc., 2014; Peralta & Cuesta, 2020) siendo que otros dominios sintomáticos, como los negativos o cognitivos, los preceden y son más determinantes en los resultados y la evolución de los pacientes (Kahn & Keefe, 2013). Además, si bien la EZQ puede cursar con fenómenos alucinatorios con frecuencia, estos también se evidencian en cuadros como el TB, el trastorno de estrés postraumático y el TLP (Barnow et al., 2010; Toh et al., 2015; Clifford et al., 2018).

En tal sentido, la búsqueda de caracteres que permitan mejorar la precisión diagnóstica es primordial para discriminar cuadros que pueden coincidir en la presencia de alucinaciones, pero son profundamente diferentes en evolución y tratamiento (Beatson, 2019).

Alucinaciones y trastornos mentales severos (TMS)

Los trastornos mentales severos son aquellos que se caracterizan por un alto deterioro psicosocial y un aumento de la morbimortalidad (Jacobi et al., 2021). Comúnmente son incluidas en este grupo la EZQ, el TB y el trastorno depresivo mayor (Jacobi et al., 2021; Fornaro et al., 2022). Dentro de este grupo de patologías graves, los pacientes que padecen esquizofrenia y trastorno bipolar son aquellos que experimentan alucinaciones con mayor frecuencia (Baethge et al., 2005).

Este hecho podría contribuir a que la posibilidad del diagnóstico de TLP sea subestimado frente a la presencia de fenómenos alucinatorios.

Alucinaciones en TLP y esquizofrenia

El TLP y la EZQ pueden tener similitudes, pero también grandes diferencias y es fundamental realizar la distinción diagnóstica.

Como fue mencionado, entre las patologías donde frecuentemente tienen lugar las alteraciones de la sensopercepción se encuentra la EZQ (Waters & Fernyhough, 2017). A diferencia del TLP y el TB, su presencia se tiene en cuenta como los criterios principales para su diagnóstico (Am. Psychiatr. Assoc., 2014).

En cuanto a los fenómenos alucinatorios en el TLP, su prevalencia puede ubicarse en una zona intermedia. Es frecuente en esta población, pudiendo llegar a un 43 % de los pacientes (Niemantsverdriet et al., 2017) es decir, mayor que en la población general, pero menor que en la EZQ (Wilson et al., 2006; Nuevo et al., 2012). Las alteraciones sensoperceptivas que suceden con más frecuencia en TLP son las auditivas (Kingdon et al., 2010; Tschoeke et al., 2014; Calveti et al., 2021; Slotema et al., 2017; Belohradova Minarikova et al., 2022) siendo similares a las que experimentan los pacientes que padecen EZQ (Belohradova Minarikova et al., 2022). De este modo, la modalidad sensorial no parece ofrecer un rasgo de distinción, ya que las alucinaciones en el TLP poseen características similares a los síntomas llamados de primer orden (Zanarini et al., 2004; Kelleher et al., 2017; Beatson, 2019).

En el TLP, los síntomas psicóticos se han descrito habitualmente como de corta duración, menos graves y cualitativamente diferentes de los de trastornos psicóticos como la EZQ (Belohradova et al., 2022), sin embargo, es posible que algunas veces las alucinaciones auditivas experimentadas por estos pacientes, tengan características de estabilidad y persistencia (Pearse et al., 2014; Slotema et al., 2019; Merrett et al., 2022), no considerándolas siempre como fugaces o solamente desencadenadas por el estrés (Chopra & Beatson, 1986; Zanarini et al., 1990; Merrett et al., 2022).

En ambos grupos de pacientes se comparten características de localización, número, volumen, persona o la convicción sobre la omnipotencia y/o malevolencia de las voces. Estas voces, pueden oírse tanto dentro como fuera de la cabeza, ser únicas o múltiples y expresarse en segunda o tercera persona (Hepworth et al., 2013; Tschoeke et al., 2014).

En resumen, las alucinaciones auditivas en ambos trastornos son fenomenológicamente similares (Kingdon et al., 2010; Larøi et al., 2012; Slotema et al., 2012; Pearse et al., 2014; Belohradova Minarikova et al., 2022). Es posible que la presencia de alucinaciones auditivas en el TLP constituya un marcador de gra-

vedad ya que los sujetos que padecen TLP sin niveles elevados de antecedentes traumáticos infantiles, no suelen experimentarlas (Beatson, 2019). Además, las alucinaciones auditivas en estos pacientes se vinculan a un aumento de intentos de suicidio (Kelleher et al., 2017; Cavelti et al., 2021), hospitalizaciones más frecuentes, periodos más breves entre crisis (Furnes et al., 2019; Cavelti et al., 2021), mayor número de criterios de TLP cumplidos y mayor comorbilidad psiquiátrica (Niemantsverdriet et al., 2017; Calveti, 2021).

Por lo tanto, se debe evitar la noción que los fenómenos alucinatorios son expresiones menores de la psicopatología. Los términos pseudoalucinaciones, episodios psicóticos breves no sistematizados o ficticios o alucinaciones pseudopsicóticas (Merret et al., 2022) solo relativizan su significancia clínica y exponen a los pacientes a que su malestar no sea valorado en su real dimensión.

Si la frecuencia o la fenomenología de las alucinaciones no permiten discriminar estas condiciones, la búsqueda debe basarse en otros aspectos de la psicopatología. Entre ellas podría contarse la repercusión emocional. Cuando ocurren en pacientes con TLP suelen generar más angustia (Hepworth et al., 2013). Se ha observado que gran parte del contenido alucinatorio se relaciona con un abuso verbal dirigido al propio paciente, lo que podría reactivar experiencias traumáticas (Hepworth et al., 2013; Niemantsverdriet et al., 2017) y que, además, los pacientes se sienten más controlados por las voces (Yee et al., 2005; Tschoeke et al., 2014; Slotema et al., 2017; Wearne et al., 2017).

Las características del pensamiento también pueden exhibir particularidades en cada caso. En la EZQ, suele ser más desorganizado y su contenido adquiere un tinte bizarro. Por el contrario, en el TLP, la desorganización no es común. En cuanto al contenido, en aquellos pacientes con TLP en ausencia de un trastorno psicótico comórbido, es posible la presencia de ideas delirantes, pero sin síntomas negativos o desorganizados (Bobes et al., 2010). El contenido paranoide es mucho menos frecuente en el TLP que en la EZQ y puede ser vinculado a antecedentes traumáticos (Kingdon et al., 2010; Tschoeke et al., 2014).

El retraimiento social es otro aspecto a evaluar. Puede observarse en ambos grupos de pacientes, pero en la EZQ es más común, principalmente como manifestación propia de sus síntomas negativos, mientras que, en el TLP, cuando ocurre, puede estar ligado a un antecedente traumático que provoca suspicacia y evitación social como modo de autocuidado (Tschoeke et al., 2014).

En definitiva, la diferencia en la prevalencia y la fenomenología de las alucinaciones no parece ser tan amplia entre la EZQ y el TLP. Si es posible que la repercusión subjetiva sea mayor en los pacientes con trastorno límite y que, en estos pacientes ocupen el extremo de mayor gravedad del arco sintomático, dado, justamente, por su frecuencia, su repercusión y por la dificultad en ser controladas (Johns et al., 2014).

En los pacientes con EZQ predomina el pensamiento desorganizado, los contenidos bizarros y los síntomas negativos mientras que son más características del TLP los antecedentes de experiencias traumáticas infantiles y los fenómenos disociativos (Tschoeke et al., 2014).

Alucinaciones en TLP y TB

La diferenciación entre TLP y TB suele ser muy difícil. Ambos cuadros poseen manifestaciones comunes como la inestabilidad afectiva, la impulsividad y los episodios de depresión (Paris et al., 2007; Parker et al., 2022). Incluso se ha sugerido que el TLP podría ser una forma atípica de trastorno del estado de ánimo, considerándola dentro de un espectro bipolar debido a la frecuente comorbilidad (Paris et al., 2007; Herbst, 2010). Además, debe también considerarse la co-ocurrencia entre ambas patologías, por lo que el problema no se remite solo a diferenciar entre uno y otro, sino tener en cuenta la opción de su presencia en simultáneo (Bayes & Parker, 2017).

En cuanto a los síntomas psicóticos, su presencia es muy frecuente en el TB. En este trastorno, caracterizado por episodios crónicos recurrentes de manía (o hipomanía) más de la mitad de los pacientes los experimentan, particularmente durante sus estados maníacos (Paykel, 2007; Dunayevich et al., 2000; Burton et al., 2018; Carvalho et al., 2020). Dentro de estos síntomas, al igual que en EZQ y TLP, las alucinaciones suceden a predominio de la modalidad sensorial auditiva, aunque percibidas con menor certeza subjetiva que en la esquizofrenia (Dunayevich & Keck, 2000; Burton et al., 2018).

Al igual que lo que acontece con EZQ, resulta complejo identificar diferencias significativas en las alteraciones sensorio-perceptivas entre TB y TLP (Beatson, 2019). En ese sentido, puede ser de utilidad estimar posibles condicionantes asociados a la aparición de estos síntomas. En pacientes con TLP juegan un rol importante los estresores de la vida diaria. Por lo tanto, pueden tener un carácter más transitorio y vinculado a tales circunstancias (Herbst, 2010). En el TB, por otro lado, pueden surgir independientes del entorno,

en cualquier fase de la patología, e incluso perdurar como manifestaciones leves y residuales (Herbst, 2010; Nehme et al., 2018). Más allá de las características de las alucinaciones en uno y otro contexto, la distinción tal como ocurre con la EZQ, requiere de la observación de otras áreas.

La inestabilidad afectiva está presente en ambos cuadros. En el TLP, suele durar unas horas o raramente unos días, es dependiente de situaciones del entorno, especialmente conflictos interpersonales, habiendo un alto nivel de evitación al daño y el dolor, a diferencia del TB, donde no se modifican en gran medida por factores estresantes del medio (Paris et al., 2007; Gras et al., 2014). Los cambios del humor en TB suelen ser diferentes de los que caracterizan al TLP. Se observan pasajes de depresión a euforia, mientras que en el TLP los cambios suelen dirigirse desde eutimia a ira y la euforia es rara (Paris et al., 2007).

La impulsividad, también presente en ambos casos, puede tener un perfil desigual. Las acciones impulsivas en el TB tienden a ser más episódicas, mientras que el TLP se caracteriza por un patrón más severo en el que se utilizan gestos suicidas recurrentes y autolesiones para reducir la angustia (Paris et al., 2007; Eskander et al., 2020).

Por otro lado, el ánimo elevado propio de los TB (vs la reactividad anímica a los factores estresantes interpersonales del TLP), las características de elevada heredabilidad y mayor respuesta al tratamiento farmacológico son más sugerentes de TB que de TLP (Román et al., 2016). Lo inverso ocurre con los antecedentes de traumas infantiles, más comunes en el TLP que en el TB, del mismo modo que el TLP muestra menor heredabilidad y una mejor respuesta a la psicoterapia con relación a la psicofarmacoterapia (Román et al., 2016).

Discusión

Síntomas psicóticos como indicadores de gravedad

La presencia de alteraciones sensorio-perceptivas en el TLP es un hecho frecuente que posee relevancia clínica. Su posible vínculo con experiencias o vivencias traumáticas tempranas (Armstrong et al., 1997; Spiegel et al., 2011) podría señalar un grupo de pacientes o un subgrupo de la patología de mayor severidad, ya que se asocia a un incremento en la probabilidad de conductas suicidas, cantidad de internaciones y peor pronóstico en general (Slotema et al., 2017; Beatson, 2019). Por lo tanto, en este grupo de pacientes, el hallazgo de alucinaciones puede constituirse en un mar-

gador de severidad y, en ese sentido, ayudar a identificar sujetos que pueden requerir una atención y un cuidado particular.

Consideraciones etiológicas

La disociación puede definirse como una la alteración y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad, las emociones, la percepción, la representación corporal, el control motor y el comportamiento (American Psychiatric Association, 2013) y puede estar presente en una amplia gama de situaciones dentro y fuera de la psicopatología (Spiegel et al., 2013). Una de sus formas implica centrarse sobre un aspecto de las experiencias y bloquear otros (Spiegel et al., 2013). Luego del propio trastorno de identidad disociativo y del TEPT, el TLP es el cuadro donde con mayor frecuencia se observan estos fenómenos (Spiegel et al., 2013). Se sugiere que en la aparición de las alucinaciones que se producen en pacientes con TLP se encuentra involucrado este mecanismo (Foote & Park, 2008).

La comorbilidad entre los trastornos disociativos y el TLP es frecuente y este cuenta a los síntomas disociativos entre sus criterios diagnósticos (Sar et al., 2006), siendo una característica central y frecuente (Krause-Utz, et al., 2021). Tanto en los trastornos disociativos como en el TLP, se observan elevadas tasas de trauma infantil (Sar et al., 2006). Es probable que gran parte de las alucinaciones presentes en el TLP tengan un origen disociativo y que se relacionen con eventos traumáticos (Beatson, 2019). Su presencia se vincula a una mayor severidad en los síntomas presentes y en los antecedentes de experiencias traumáticas. (Vonderlin et al., 2018; Krause-Utz et al., 2021; Tschoeke et al., 2021).

Es posible que las adversidades y las situaciones traumáticas de la infancia, principalmente el abuso emocional, puedan relacionarse con el desencadenamiento de alucinaciones en los pacientes con TLP (Tschoeke et al., 2014; Varese et al., 2012; Slotema et al., 2017).

Las puntuaciones de los traumas infantiles se correlacionan positivamente tanto con la escucha de voces como con la disociación y el nivel de disociación se correlaciona con las voces escuchadas por primera vez antes de los 18 años (Tschoeke et al., 2014). La observación del vínculo entre TEPT y disociación puede sustentar la hipótesis de alucinaciones producto de este mecanismo. En el TEPT son comunes los síntomas disociativos, las alteraciones sensorio-perceptivas y conductas autodestructivas (Spitzer et al., 2015). Esta vía de producción se puede correlacionar con el hecho

de que casi dos tercios de los pacientes que presentan TLP tienen trastorno de estrés postraumático (Sansone et al., 1995), asociándose las alucinaciones auditivas con mayores tasas de prevalencia de este trastorno comórbido (Ha et al., 2015); esta observación adquiere mayor fortaleza en el hecho de que, como contrapartida, aquellos pacientes con TLP sin niveles elevados de trauma infantil no experimentan alucinaciones auditivas (Foote & Park, 2008).

Además del trauma que significa la exposición temprana a situaciones adversas, entre ellas el abuso sexual, en el TLP las dificultades con el apego y la falta de atención y cuidado parental determinan la emergencia de manifestaciones que exceden los límites del TEPT (Brand et al., 2014) y que incluyen otras expresiones psicopatológicas. El trauma puede producir efectos a nivel conductual, emocional, fisiológico y las circunstancias estresantes posteriores pueden experimentarse como una reactivación de eventos traumáticos precoces, generando síntomas anímicos, somatizaciones, comportamiento compulsivos y síntomas fóbicos, los mismos presentes como características de pacientes con diagnóstico de TLP (Sar et al., 2006; Bozzatello et al., 2021). Es probable que los síntomas disociativos sirvan como herramienta para suprimir los pensamientos desagradables que pueden estar presentes como consecuentes de eventos traumáticos. Se ha considerado que actúan como una estrategia reguladora entre las emociones negativas intensas y los síntomas del TLP (Sar et al., 2006).

Considerar a la disociación como un mecanismo relacionado a los fenómenos alucinatorios en el TLP puede aportar para el diagnóstico diferencial con otros cuadros que cursan con alteraciones de la sensorio-percepción. Una de las características, justamente, de las alucinaciones auditivas que experimentan los individuos con TLP es que se encuentran más relacionadas a la existencia de recuerdos de experiencias traumáticas (Susuki et al., 1998; D'Agostino et al., 2019).

Es probable que la consideración de una etiología fuertemente relacionada a experiencias traumáticas y disociación, puedan aportar una clave a la hora de distinguirlas de las que ocurren en la EZQ y el TB donde este mecanismo carece de una evidencia considerable.

Consideraciones terapéuticas

Es importante remarcar que en el abordaje del TLP, las intervenciones que reúnen mayor evidencia de eficacia son las psicoterapéuticas, por lo que la psicoterapia es la primera línea de tratamiento (Kulacaoglu et al., 2018). La psicofarmacoterapia puede ser beneficiosa utilizada

con criterio y de forma sintomática y conjunta a la terapia (Román et al., 2016), se ha demostrado la eficacia de la medicación dirigida a los síntomas (Ingenhoven et al., 2010; Kulacaoglu et al., 2018) aunque en la actualidad no existe ningún tratamiento psicofarmacológico que haya logrado la aprobación en TLP.

Dentro de las psicoterapias que se consideran efectivas, basadas en la evidencia, se encuentra la Terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia dialéctica conductual (DBT), la terapia basada en la mentalización (MBT) (Slotema et al., 2018), la terapia centrada en la transferencia y la terapia centrada en los esquemas (Stoffers et al., 2012; Kulacaoglu et al., 2018), abordajes que establecen la sintomatología de los pacientes como objetivo. Estos puede ir desde precipitantes como sentimientos constantes de amenaza, disminución de los recursos de afrontamiento a disparadores de la vida cotidiana, mayor exposición a situaciones de riesgo e intensa respuesta emocional o bien, la desregulación emocional y las conductas impulsivas asociadas a sentimientos de vulnerabilidad y reexperimentación de traumas (Bozzatello et al., 2021).

Estas modalidades terapéuticas coinciden en presentar un manual estructurado que apoya al terapeuta, fomenta un compromiso terapéutico activo por parte del paciente, promueve su validación y una alianza terapéutica sólida como sostén del tratamiento (Kulacaoglu et al., 2018). El procesamiento emocional, en particular la creación de conexiones sólidas entre actos y sentimientos y la psicoeducación sobre las motivaciones del malestar son primordiales (Kulacaoglu et al., 2018). Las herramientas que se ponen a disposición se dirigen a reducir las conductas de riesgo, las conductas autolesivas, los días de hospitalización, y el riesgo suicida (Slotema et al., 2018). Particularmente con el tratamiento DBT, estudios clínicos evaluaron una disminución de las conductas autolesivas, disminución de los intentos de suicidio y de la necesidad de hospitalización (23 % frente a 46 %) en comparación con las pacientes que recibieron tratamiento comunitario (Kulacaoglu et al., 2018).

No obstante, la investigación sobre la efectividad de las psicoterapias en aquellos pacientes que presentan alteraciones sensorio-perceptivas es escasa (Slotema et al., 2018).

La posible naturaleza disociativa de las alucinaciones del TLP es relevante para la toma de decisiones terapéuticas. Cuando este mecanismo no es el presuntamente involucrado, como en el caso de la EZQ o el TB, es probable que la primera indicación sea la farmacoterapia. A la inversa, las intervenciones de psi-

coterapia son la primera opción en los casos donde la disociación promueve las experiencias alucinatorias (Beatson et al., 2019). Sin embargo, los casos de TLP con síntomas disociativos pueden representar un desafío mayor para el tratamiento y no encontrar beneficios en determinadas técnicas, por ejemplo, las psicodinámicas (Krause-Utz, 2022).

Las intervenciones de psicoterapia muestran evidencia de efectividad, incluso, en los casos más severos, tales como aquellas pacientes con antecedentes de abuso sexual infantil, TLP y TEPT (Bohus et al., 2020).

En cuanto a la disociación, en general, la DBT es un enfoque de tratamiento por etapas. Este tratamiento busca mejorar la regulación de las emociones, la atención plena y las habilidades de eficacia interpersonal. La disociación se aborda en una primera etapa previo a la exposición, ya que su presencia puede tener impacto negativo en los resultados, al inhibir el aprendizaje emocional interfiriendo en el proceso psicoterapéutico (Brand et al., 2014). Un objetivo de la psicoterapia centrada sobre las alucinaciones asociadas a mecanismos disociativos, como en el TLP o en el TEPT, es que el paciente, en vez de revivir las experiencias, realice un reprocesamiento y pueda, en su lugar, recordarlas (Lanius, 2015). Esto se puede lograr a través del establecimiento de una relación terapéutica que ofrezca seguridad al paciente y realizar ejercicios de Conciencia plena, promoviendo la regulación emocional, el fortalecimiento y la tolerancia al malestar (Lanius, 2015). Será importante generar atención plena en el momento presente, sobre todo, cuando las alucinaciones puedan tener un carácter ofensivo y/o, simultáneamente, sobre el origen pretérito de la percepción (Kearney et al., 2013).

En cuanto a la evidencia de efectividad de las psicoterapias, los síntomas disociativos pueden abordarse con intervenciones de DBT adaptadas, lo que implica una focalización y un seguimiento estrecho en estas manifestaciones (Bohus et al., 2013; Kleindienst et al., 2021; Krause Utz, 2022). De la misma manera, aquellos tratamientos con evidencia en TLP como la propia terapia dialéctica comportamental, el tratamiento basado en la mentalización, la terapia centrada en esquemas o la psicoterapia centrada en la transferencia, pueden mejorar los síntomas disociativos directa o indirectamente a través del manejo de la desregulación o los problemas de identidad (Krause Utz, 2022). Del mismo modo, es posible que estas intervenciones que se centran en los hechos traumáticos puedan combinarse con otras terapias, como la terapia de exposición (Cloitre et al., 2010;

Harned et al., 2014) en busca de mejores resultados. La combinación de terapia de exposición agregada a DBT ha demostrado niveles de efectividad mayor, mayor estabilidad en los resultados e, incluso, mejoría en los síntomas disociativos que la DBT sin terapia de exposición (Harned et al., 2014), por lo que el abordaje combinado debería considerarse para este grupo de pacientes con psicopatología más severa.

Otras terapias como la terapia centrada en el esquema es una forma de TCC que incluye entrenamiento en habilidades o la educación familiar puede usarse como complemento de otras terapias para el tratamiento del TLP (Kulacaoglu et al., 2018), aunque en ningún caso cuentan con evidencia específica para pacientes con TLP que experimentan alucinaciones.

De acuerdo con la bibliografía, la psicofarmacoterapia en el TLP ocupa un espacio limitado dentro de las intervenciones posibles. En el caso de que las manifestaciones severas, tales como desregulación afectiva, descontrol impulsivo-conductual o síntomas perceptivos, sean persistentes, debería indicarse un tratamiento farmacológico centrado en los síntomas, adyuvante a la psicoterapia (Gunderson et al., 2018). Dosis bajas de antipsicóticos podrían tener mayor utilidad que los antidepresivos o los estabilizadores del ánimo sobre los síntomas cognitivos y perceptivos, tales como las manifestaciones disociativas, las ideas paranoides o las alucinaciones (Ingenhoven et al., 2010; Kulacaoglu et al., 2018). La impulsividad y la agresividad podrían responder mejor a los estabilizadores como lamotrigina, topiramato, valproato o litio. Particularmente el litio podría ser útil en el manejo de la conducta suicida (Ingenhoven et al., 2010; Kulacaoglu et al., 2018).

Sin embargo, además de la efectividad hay que tener en cuenta los efectos adversos y su impacto en el tratamiento. Se observa una importante tasa de abandono debido a efectos adversos, entre ellos los más comunes fueron el aumento del apetito, la sedación, la sequedad de boca y el aumento de peso (Slotema et al., 2018).

Sin embargo, la psicofarmacoterapia no es la base del tratamiento y debería prescribirse para los síntomas de los trastornos concurrentes durante un breve periodo de tiempo (National Collaborating Centre for Mental Health UK, 2009).

Dado que los pacientes con TLP sufren una morbilidad y mortalidad considerables, suponen un reto terapéutico. Es importante tener en cuenta las comorbilidades psiquiátricas que ocurren en los pacientes con TLP, que son muy frecuentes. Los trastornos concurrentes del estado de ánimo y de ansiedad, y el trastorno por

uso de sustancias deben ser evaluados y tratados de acuerdo con los lineamientos y recomendaciones. Por motivos de seguridad y mayor eficacia clínica, en estos casos, la decisión del fármaco a prescribir es prioritario para estos cuadros, respecto del abordaje farmacológico del TLP (Kulacaoglu et al., 2018).

Uno de los aspectos más destacados para profundizar los esfuerzos y promover el diagnóstico diferencial de las alucinaciones del TLP de las que ocurren en la EZQ o el TB es que, en estos casos, el tratamiento con antipsicóticos puede ocupar un lugar privilegiado y prolongarse por largos periodos de tiempo, cuando no son indefinidos.

Siendo la psicoterapia el tratamiento con mayor evidencia, es necesario que los profesionales que asistan a los pacientes con esta patología estén familiarizados con el manejo de sus herramientas, además de las farmacológicas (Niemantsverdriet et al., 2017).

En resumen, el tratamiento del TLP es multimodal. La psicoterapia es el tratamiento de primera línea y la farmacoterapia complementaria centrada en los síntomas es esencial. Deben evaluarse los trastornos psiquiátricos comórbidos. Una alianza terapéutica positiva con el paciente y la familia, así como la psicoeducación sobre la naturaleza del trastorno, son útiles para mantener el tratamiento (Kulacaoglu et al., 2018).

La importancia de las alucinaciones en el TLP

La presencia de alucinaciones no define por sí mismas ningún diagnóstico. Elevarlas al rango de patognomónicas de cualquier condición solo puede conducir a confusión y errores. Su habitual asociación con patologías como la EZQ (teniendo en cuenta que los clásicos síntomas de primer orden que han sido vinculados a dicha enfermedad casi de forma excluyente) puede determinar un verdadero sesgo. Es frecuente la presencia de alucinaciones en el TLP.

El TLP representa un desafío para pacientes, familias, terapeutas y sistemas de salud debido a sus elevados costos y a las frecuentes comorbilidades, tanto psiquiátricas como somáticas y al aumento de la mortalidad.

Si bien los manuales de clasificación consideran a las alucinaciones como expresiones accesorias del diagnóstico, la frecuencia con la que se experimentan alucinaciones en estos pacientes requiere que se realice cuidadoso proceso de diagnóstico diferencial con otros cuadros donde ocurran alteraciones de la sensoropercepción.

Las alucinaciones que ocurren en pacientes con TLP y EZQ son fenomenológicamente similares, por lo que las diferencias deben buscarse en otras áreas.

En pacientes con TLP la repercusión emocional es más intensa y remite a experiencias traumáticas. Es infrecuente en estos pacientes la desorganización del pensamiento, el contenido bizarro, los síntomas negativos y el retraimiento social, más indicativos de EZQ.

Además de compartir dominios sintomáticos como la inestabilidad afectiva, la impulsividad y episodios de depresión, la ocurrencia de alteraciones en la sensopercepción es también un área de entrecruzamiento entre ambos trastornos. Es posible que en el TLP estén más vinculadas a circunstancias de estrés y, por lo tanto, sean más transitorias, mientras que en el TB muestran mayor independencia del entorno. El diagnóstico diferencial debe realizarse a través de otras manifestaciones. La inestabilidad en el TLP está más condicionada por situaciones de estrés, principalmente interpersonal, mientras que en el TB son relativamente independientes, variando entre depresión y euforia, en vez de ira, como como sucede en los pacientes con TLP. El patrón de impulsividad también es diferente, más episódica en el TB y más severa, recurrente y con gestos autolesivos en el TLP. La euforia, la mayor heredabilidad y la mejor respuesta a la farmacoterapia es indicativa de TB mientras que los antecedentes de vivencias traumáticas y la mejor respuesta a la psicoterapia sugieren TLP.

La presencia de alucinaciones en pacientes con TLP podría indicar un subgrupo de pacientes con mayor severidad, asociada a elevación de las tasas de intentos autolíticos, de internaciones y a la mayor comorbilidad psiquiátrica, por lo que podrían constituir un marcador de gravedad, señalando sujetos que requieren una especial atención.

Dentro de los mecanismos vinculados a las alucinaciones en el TLP, la disociación es el más estudiado. Los antecedentes de traumas infantiles sustentan esta hipótesis. Hay una correlación entre la intensidad de las experiencias traumáticas infantiles, el nivel de disociación y la presencia de alucinaciones. La disociación podría jugar un papel en la evitación de la reexperimentación de vivencias adversas y dolorosas. La posible base disociativa de los fenómenos perceptivos del TLP podría aportar un elemento de diferenciación con otros cuadros alucinatorios.

En cuanto a la terapéutica, la evidencia coloca en primera línea de tratamiento a las psicoterapias, principalmente terapia cognitivo conductual (TCC) y la terapia dialéctica comportamental (DBT). La psicofarmacoterapia es considerada coadyuvante, sintomática y breve, en lo posible. De todos modos, en el caso

particular de las alucinaciones de los pacientes, los estudios son escasos. Aunque exista evidencia en favor de la utilización principalmente de estabilizadores y antipsicóticos a bajas dosis, la misma no cuenta con aprobación de ninguna autoridad regulatoria. Es importante que los profesionales puedan estar en condiciones de ofrecer con recursos válidos y efectivos para el tratamiento de los pacientes.

Uno de los aspectos más destacados para promover el diagnóstico diferencial de las alucinaciones del TLP vs las que ocurren en la EZQ o el TB es que, en estos el tratamiento psicofarmacológico ocupa un lugar preponderante y puede prolongarse por largos periodos de tiempo, cuando no son indefinidos. La instauración de un tratamiento de larga duración en pacientes con TLP, no solo no tiene indicación, sino que puede empeorar el curso del trastorno.

Por último, ya que la fenomenología de las alteraciones en la sensopercepción no permite establecer diferencias entre la EZQ, el TB y el TLP, es imprescindible, como debiera ser en todos los cuadros psicopatológicos, una minuciosa evaluación clínica, amplia e integral, más allá de cualquier síntoma particular, para poder aspirar a un diagnóstico certero y, como consecuencia, elaborar un plan terapéutico adecuado para los pacientes.

Conclusiones

Las alucinaciones son frecuentes en pacientes con TLP, aunque tradicionalmente han sido más asociadas a trastornos como EZQ y TB. Sus características fenomenológicas no son útiles para establecer diferencias entre estos cuadros, por lo que es necesario profundizar sobre otros aspectos de la psicopatología.

Es importante remarcar que su presencia no determina, pero tampoco descarta, ninguna hipótesis diagnóstica. Cuando ocurren en pacientes con TLP, es posible que señalen un grupo de pacientes con mayor severidad, debido a su vínculo con experiencias traumáticas infantiles y el consecuente mecanismo disociativo que le subyace.

Los pacientes que padecen TLP que en su curso experimenten alucinaciones requerirán, con seguridad, un seguimiento cuidadoso y una dedicada atención, además de intervenciones psicofarmacológicas y, principalmente psicoterapéuticas, que cuenten con evidencia de efectividad.

Agradecimientos: los autores agradecen la valiosa colaboración del Dr. Gustavo Vázquez.

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

Referencias bibliográficas

- Alonso-Fernández, F. (1968) *Fundamentos de la psiquiatría actual*. Madrid Paz Montalvo, 1979. (4ª ed., Vol 1, xxiv, 786 p).
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ta Edición) DSM-5**. (pag 645-665).
- Arciniegas D. B. (2015). Psychosis. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry), 715–736. <https://doi.org/10.1212/01.CON.0000466662.89908.e7>
- Armstrong, J. G., Putnam, F. W., Carlson, E. B., Libero, D. Z., & Smith, S. R. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *The Journal of nervous and mental disease*, 185(8), 491–497. <https://doi.org/10.1097/00005053-199708000-00003>
- Baethge, C., Baldessarini, R. J., Freudenthal, K., Streeruwitz, A., Bauer, M., & Bschor, T. (2005). Hallucinations in bipolar disorder: characteristics and comparison to unipolar depression and schizophrenia. *Bipolar disorders*, 7(2), 136–145. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2004.00175.x>
- Barnow, S., Arens, E. A., Sieswerda, S., Dinu-Biringer, R., Spitzer, C., & Lang, S. (2010). Borderline personality disorder and psychosis: a review. *Current psychiatry reports*, 12(3), 186–195. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0107-9>
- Bayes, A. J., & Parker, G. B. (2017). Clinical vs. DSM diagnosis of bipolar disorder, borderline personality disorder and their co-occurrence. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 135(3), 259–265. <https://doi.org/10.1111/acps.12678>
- Beatson, J. (2019). Borderline personality disorder and auditory verbal hallucinations. *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 27(6), 548–551. <https://doi.org/10.1177/1039856219859290>
- Beatson, J. A., Broadbear, J. H., Duncan, C., Bourton, D., & Rao, S. (2019). Avoiding Misdiagnosis When Auditory Verbal Hallucinations Are Present in Borderline Personality Disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 207(12), 1048–1055. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001073>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, NY: International Universities Press, Inc.
- Belohradova Minarikova, K., Prasko, J., Holubova, M., Vanek, J., Kantor, K., Slepceky, M., Latalova, K., & Ociskova, M. (2022). Hallucinations and Other Psychotic Symptoms in Patients with Borderline Personality Disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 18, 787–799. <https://doi.org/10.2147/NDT.S360013>
- Bobes, J., Arango, C., García-García, M., Rejas, J., & CLAMORS Study Collaborative Group (2010). Prevalence of negative symptoms in outpatients with schizophrenia spectrum disorders treated with antipsychotics in routine clinical practice: findings from the CLAMORS study. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(3), 280–286. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04250yel>
- Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfeld, I., & Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(4), 221–233. <https://doi.org/10.1159/000348451>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller-Engelmann, M., Ludäscher, P., Steil, R., Fydrich, T., Kuehner, C., Resick, P. A., Stiglmayr, C., Schmahl, C., Priebe, K. (2020). Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared With Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 177(12):1235-1245. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2148>
- Bozzatello, P., Garbarini, C., Rocca, P., & Bellino, S. (2021). Borderline Personality Disorder: Risk Factors and Early Detection. *Diagnostics (Basel, Switzerland)*, 11(11), 2142. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11112142>
- Brand, B. L., & Lanius, R. A. (2014). Chronic complex dissociative disorders and borderline personality disorder: disorders of emotion dysregulation? *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 1, 13. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-13>
- Brown, R. J., Cardeña, E., Nijenhuis, E., Sar, V., & van der Hart, O. (2007). Should conversion disorder be reclassified as a dissociative disorder in DSM V? *Psychosomatics*, 48(5), 369–378. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.48.5.369>
- Bürgy, M. (2008). The concept of psychosis: historical and phenomenological aspects. *Schizophrenia bulletin*, 34(6), 1200–1210. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm136>
- Burton, C. Z., Ryan, K. A., Kamali, M., Marshall, D. F., Harrington, G., McInnis, M. G., & Tso, I. F. (2018). Psychosis in bipolar disorder: Does it represent a more "severe" illness? *Bipolar disorders*, 20(1), 18–26. <https://doi.org/10.1111/bdi.12527>
- Carvalho, A. F., Firth, J., & Vieta, E. (2020). Bipolar Disorder. *The New England journal of medicine*, 383(1), 58–66. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1906193>
- Cavelti, M., Thompson, K., Chanan, A. M., & Kaess, M. (2021). Psychotic symptoms in borderline personality disorder: developmental aspects. *Current opinion in psychology*, 37, 26–31. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.07.003>
- Clifford, G., Dalgleish, T., & Hitchcock, C. (2018). Prevalence of auditory pseudohallucinations in adult survivors of physical and sexual trauma with chronic post-traumatic stress disorder (PTSD). *Behaviour research and therapy*, 111, 113–118. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.015>
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., Gan, W., & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *The American journal of psychiatry*, 167(8), 915–924. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09081247>
- Conti, N. A., & Stagnaro, J. C. (2004). Personalidad normal y patológica y trastorno borderline de la personalidad: un enfoque histórico-nosográfico [The normal and pathological personalities and the borderline personality disorder. A nosographic-historical approach]. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 15(58), 267–273.
- D'Agostino, A., Rossi Monti, M., & Starcevic, V. (2019). Psychotic symptoms in borderline personality disorder: an update. *Current opinion in psychiatry*, 32(1), 22–26. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000462>
- Dunayevich, E., Sax, K. W., Keck, P. E., Jr, McElroy, S. L., Sorter, M. T., McConville, B. J., & Strakowski, S. M. (2000). Twelve-month outcome in bipolar patients with and without personality disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, 61(2), 134–139.
- Eaton, W. W., Romanosky, A., Anthony, J. C., & Nestadt, G. (1991). Screening for Psychosis in the General Population with a Self-Report Interview. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(11), 689–693. <https://doi.org/10.1097/00005053-199111000-00007>
- Eskander, N., Emamy, M., Saad-Omer, S. M., Khan, F., & Jahan, N. (2020). The Impact of Impulsivity and Emotional Dysregulation on Comorbid Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder. *Cureus*, 12(8), e9581. <https://doi.org/10.7759/cureus.9581>
- Foote, B., & Park, J. (2008). Dissociative identity disorder and schizophrenia: differential diagnosis and theoretical issues. *Current psychiatry reports*, 10(3), 217–222. <https://doi.org/10.1007/s11920-008-0036-z>
- Fornaro, M., Carvalho, A. F., De Prisco, M., Mondin, A. M., Billeci, M., Selby, P., Iasevoli, F., Berk, M., Castle, D. J., & de Bartolomeis, A. (2022).

- The prevalence, odds, predictors, and management of tobacco use disorder or nicotine dependence among people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 132, 289–303. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.11.039>
- Furnes, D., Gjestad, R., Mehlum, L., Hodgekins, J., Kroken, R. A., Oedegaard, K., & Mellesdal, L. (2021). Borderline Personality Disorder: What Predicts Acute Psychiatric Readmissions? *Journal of personality disorders*, 35(4), 481–493. <https://doi.org/10.1521/pedi.2019.33.459>
- Gaebel, W., & Zielasek, J. (2015). Focus on psychosis. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(1), 9–18. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.1/wgaebel>
- Gilman, S. L. (2014). Madness as disability. *History of psychiatry*, 25(4), 441–449. <https://doi.org/10.1177/0957154X14545846>
- Gras, A., Amad, A., Thomas, P., & Jardri, R. (2014). Hallucinations et trouble de personnalité borderline: une revue de littérature [Hallucinations and borderline personality disorder: a review]. *L'Encephale*, 40(6), 431–438. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.07.00>
- Griswold, K. S., Del Regno, P. A., & Berger, R. C. (2015). Recognition and Differential Diagnosis of Psychosis in Primary Care. *American family physician*, 91(12), 856–863.
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 4, 18029. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Ha, C., Balderas, J. C., Zanarini, M. C., Oldham, J., & Sharp, C. (2014). Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescents with borderline personality disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(5), e457–e464. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08696>
- Hanssen, M. S., Bijl, R. V., Vollebergh, W., & van Os, J. (2003). Self-reported psychotic experiences in the general population: a valid screening tool for DSM-III-R psychotic disorders? *Acta psychiatrica Scandinavica*, 107(5), 369–377. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00058.x>
- Harned, M. S., Korslund, K. E., Linehan, M. M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behav Res Ther*, 55:7–17. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2014.01.008>
- Hepworth, C. R., Ashcroft, K., & Kingdon, D. (2013). Auditory hallucinations: a comparison of beliefs about voices in individuals with schizophrenia and borderline personality disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(3), 239–245. <https://doi.org/10.1002/cpp.791>
- Herbst, L. (2010). Diagnóstico diferencial entre el trastorno límite de la personalidad y el trastorno bipolar [Differential diagnosis between borderline personality disorder and bipolar disorder]. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 21(91), 294–300.
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical psychology review*, 25(1), 1–23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.006>
- Ingenhoven, T., Lafay, P., Rinne, T., Passchier, J., & Duivenvoorden, H. (2010). Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(1), 14–25. <https://doi.org/10.4088/jcp.08r04526gre>
- Jacobi, F., Grafiadeli, R., Volkmann, H., & Schneider, I. (2021). Krankheitslast der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Krankheitskosten, somatische Komorbidität und Mortalität [Disease burden of borderline personality disorder: cost of illness, somatic comorbidity and mortality]. *Der Nervenarzt*, 92(7), 660–669. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01139-4>
- Johns, L. C., Kompus, K., Connell, M., Humpston, C., Lincoln, T. M., Longden, E., Preti, A., Alderson-Day, B., Badcock, J. C., Cella, M., Fernyhough, C., McCarthy-Jones, S., Peters, E., Raballo, A., Scott, J., Siddi, S., Sommer, I. E., & Larøi, F. (2014). Auditory verbal hallucinations in persons with and without a need for care. *Schizophrenia bulletin*, 40 Suppl 4(Suppl 4), S255–S264. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu005>
- Kahn, R. S., & Keefe, R. S. (2013). Schizophrenia is a cognitive illness: time for a change in focus. *JAMA psychiatry*, 70(10), 1107–1112. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.155>
- Kearney, D. J., Malte, C. A., McManus, C., Martinez, M. E., Felleman, B., & Simpson, T. L. (2013). Loving-kindness meditation for posttraumatic stress disorder: a pilot study. *Journal of traumatic stress*, 26(4), 426–434. <https://doi.org/10.1002/jts.21832>
- Kelleher, I., & DeVylder, J. E. (2017). Hallucinations in borderline personality disorder and common mental disorders. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 210(3), 230–231. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.185249>
- Kelleher, I., Ramsay, H., & DeVylder, J. (2017). Psychotic experiences and suicide attempt risk in common mental disorders and borderline personality disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 135(3), 212–218. <https://doi.org/10.1111/acps.12693>
- Kingdon, D. G., Ashcroft, K., Bhandari, B., Gleeson, S., Warikoo, N., Symons, M., Taylor, L., Lucas, E., Mahendra, R., Ghosh, S., Mason, A., Badrakalimuthu, R., Hepworth, C., Read, J., & Mehta, R. (2010). Schizophrenia and borderline personality disorder: similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia, and childhood trauma. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(6), 399–403. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e08c27>
- Kleindienst, N., Steil, R., Priebe, K., Müller-Engelmann, M., Biermann, M., Fydrich, T., Schmahl, C., & Bohus, M. (2021). Treating adults with a dual diagnosis of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder related to childhood abuse: Results from a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 89(11), 925–936. <https://doi.org/10.1037/ccp0000687>
- Korzekwa, M. I., Dell, P. F., Pain, C. (2009). Dissociation and borderline personality disorder: an update for clinicians. *Curr Psychiatry Rep [Internet]*, 11(1):82–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-009-0013-1>
- Krause-Utz, A. (2022). Dissociation, trauma, and borderline personality disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 9(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00184-y>
- Krause-Utz, A., Frost, R., Chatzaki, E., Winter, D., Schmahl, C., & Elzinga, B. M. (2021). Dissociation in Borderline Personality Disorder: Recent Experimental, Neurobiological Studies, and Implications for Future Research and Treatment. *Current psychiatry reports*, 23(6), 37. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01246-8>
- Kulacaoglu, F., & Kose, S. (2018). Borderline Personality Disorder (BPD): In the Midst of Vulnerability, Chaos, and Awe. *Brain sciences*, 8(11), 201. <https://doi.org/10.3390/brainsci8110201>
- Lanius, R. A. (2015). Trauma-related dissociation and altered states of consciousness: a call for clinical, treatment, and neuroscience research. *European journal of psychotraumatology*, 6, 27905. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27905>
- Larøi, F., Sommer, I. E., Blom, J. D., Fernyhough, C., Ffytche, D. H., Hugdahl, K., Johns, L. C., McCarthy-Jones, S., Preti, A., Raballo, A., Slotema, C. W., Stephens, M., & Waters, F. (2012). The characteristic features of auditory verbal hallucinations in clinical and nonclinical groups: state-of-the-art overview and future directions. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 724–733. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs061>
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet (London, England)*, 377(9759), 74–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- Loch, A. A. (2019). Schizophrenia, Not a Psychotic Disorder: Bleuler Revisited. *Frontiers in psychiatry*, 10, 328. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00328>
- Matusевич, D., Ruiz, M., & Vairo, M. C. (2010). La evolución del diagnóstico Borderline: pasado, presente y futuro [The evolution of the borderline personality disorder diagnosis: past, present and future]. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 21(91), 274–285.
- McKay, M. T., Cannon, M., Chambers, D., Conroy, R. M., Coughlan, H., Dodd, P., Healy, C., O'Donnell, L., & Clarke, M. C. (2021). Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 143(3), 189–205. <https://doi.org/10.1111/acps.13268>

- Merrett, Z., Castle, D. J., Thomas, N., Toh, W. L., Beatson, J., Broadbear, J., Rao, S., & Rossell, S. L. (2022). Comparison of the Phenomenology of Hallucination and Delusion Characteristics in People Diagnosed With Borderline Personality Disorder and Schizophrenia. *Journal of personality disorders*, 36(4), 413–430. <https://doi.org/10.1521/pedi.2022.36.4.413>
- Monchablón Espinoza, A. y Derito, M. N. C. (2011). *Breve consideración histórica sobre las nosografías psiquiátricas*. En: Monchablón Espinoza y Derito. *Las Psicosis* (1a edición). Editorial Inter-Médica S.A.I.C.I.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2009). *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management*. British Psychological Society (UK).
- Nehme, E., Obeid, S., Hallit, S., Haddad, C., Salame, W., & Tahan, F. (2018). Impact of psychosis in bipolar disorder during manic episodes. *The International journal of neuroscience*, 128(12), 1128–1134. <https://doi.org/10.1080/00207454.2018.1486833>
- Niemantsverdriet, M. B. A., Slotema, C. W., Blom, J. D., Franken, I. H., Hoek, H. W., Sommer, I. E. C., & van der Gaag, M. (2017). Hallucinations in borderline personality disorder: Prevalence, characteristics and associations with comorbid symptoms and disorders. *Scientific reports*, 7(1), 13920. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-13108-6>
- Nuevo, R., Chatterji, S., Verdes, E., Naidoo, N., Arango, C., & Ayuso-Mateos, J. L. (2012). The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophrenia bulletin*, 38(3), 475–485. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq099>
- Paris, J., Gunderson, J., & Weinberg, I. (2007). The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Comprehensive psychiatry*, 48(2), 145–154. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.10.00140>
- Parker, G., Bayes, A., & Spoelma, M. J. (2022). Why might bipolar disorder and borderline personality disorder be bonded? *Journal of psychiatric research*, 150, 214–218. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.03.051>
- Pearse, L. J., Dibben, C., Ziauddeen, H., Denman, C., & McKenna, P. J. (2014). A study of psychotic symptoms in borderline personality disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(5), 368–371. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000132>
- Peralta, V., & Cuesta, M. J. (2020). Schneider's first-rank symptoms have neither diagnostic value for schizophrenia nor higher clinical validity than other delusions and hallucinations in psychotic disorders. *Psychological medicine*, 1–4. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S0033291720003293>
- Román, Y. E., García-Toro, M., Gili, M., & Roca, M. (2016). Key clinical data in the differential diagnosis between onset of Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder. *Actas españolas de psiquiatría*, 44(4), 153–156.
- Sansone, R. A., Sansone, L. A., & Wiederman, M. (1995). The prevalence of trauma and its relationship to borderline personality symptoms and self-destructive behaviors in a primary care setting. *Archives of family medicine*, 4(5), 439–442. <https://doi.org/10.1001/archfam.4.5.439>
- Şar, V. (2014). The many faces of dissociation: opportunities for innovative research in psychiatry. *Clinical psychopharmacology and neuroscience*: the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology, 12(3), 171–179. <https://doi.org/10.9758/cpn.2014.12.3.171>
- Sar, V., & Ross, C. (2006). Dissociative disorders as a confounding factor in psychiatric research. *The Psychiatric clinics of North America*, 29(1), 129–ix. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.008>
- Schäfer, I., Fisher, H. L., Aderhold, V., Huber, B., Hoffmann-Langer, L., Golks, D., Karow, A., Ross, C., Read, J., & Harfst, T. (2012). Dissociative symptoms in patients with schizophrenia: relationships with childhood trauma and psychotic symptoms. *Comprehensive psychiatry*, 53(4), 364–371. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.05.010>
- Shorter, E. A. (1998). *History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. 1era edición. Wiley.
- Slotema, C. W., Blom, J. D., Niemantsverdriet, M. B. A., & Sommer, I. E. C. (2018). Auditory Verbal Hallucinations in Borderline Personality Disorder and the Efficacy of Antipsychotics: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*, 9, 347. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00347>
- Slotema, C. W., Daalman, K., Blom, J. D., Diederer, K. M., Hoek, H. W., & Sommer, I. E. (2012). Auditory verbal hallucinations in patients with borderline personality disorder are similar to those in schizophrenia. *Psychological medicine*, 42(9), 1873–1878. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000165>
- Slotema, C. W., Niemantsverdriet, M. B., Blom, J. D., van der Gaag, M., Hoek, H. W., & Sommer, I. E. (2017). Suicidality and hospitalisation in patients with borderline personality disorder who experience auditory verbal hallucinations. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 41, 47–52. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.10.003>
- Spiegel, D., Lewis-Fernández, R., Lanius, R., Vermetten, E., Simeon, D., & Friedman, M. (2013). Dissociative Disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 299–326. [doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185531](https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185531)
- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardeña, E., & Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and anxiety*, 28(9), 824–852. <https://doi.org/10.1002/da.20874>
- Spitzer C, Effler K, Freyberger HJ. Posttraumatische Belastungsstörung (2015), *Dissoziation und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten*. *Z Psychosom Med Psychother* <http://dx.doi.org/10.13109/zptm.2000.46.3.273>
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rüdiger, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, (8), CD005652. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
- Suzuki, H., Tsukamoto, C., Nakano, Y., Aoki, S., & Kuroda, S. (1998). Delusions and hallucinations in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 52(6), 605–610. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.1998.00463.x>
- Toh, W. L., Thomas, N., & Rossell, S. L. (2015). Auditory verbal hallucinations in bipolar disorder (BD) and major depressive disorder (MDD): A systematic review. *Journal of affective disorders*, 184, 18–28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.040>
- Tschoeke, S., Bichescu-Burian, D., Steinert, T., & Flammer, E. (2021). History of Childhood Trauma and Association With Borderline and Dissociative Features. *The Journal of nervous and mental disease*, 209(2), 137–143. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001270>
- Tschoeke, S., Steinert, T., Flammer, E., & Uhlmann, C. (2014). Similarities and differences in borderline personality disorder and schizophrenia with voice hearing. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(7), 544–549. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000159>
- Van Der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K. (2006). *Structural dissociation and the spectrum of trauma-related disorders*. In: *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W.W. Norton & Company.
- van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological medicine*, 39(2), 179–195. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003814>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveerse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., & Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 661–671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Vonderlin, R., Kleindienst, N., Alpers, G. W., Bohus, M., Lyssenko, L., & Schmahl, C. (2018). Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: a meta-analytic review. *Psychological medicine*, 48(15), 2467–2476. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000740>

- Waters, F., & Fernyhough, C. (2017). Hallucinations: A Systematic Review of Points of Similarity and Difference Across Diagnostic Classes. *Schizophrenia bulletin*, 43(1), 32–43. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw132>
- Wearne, D., Curtis, G. J., Genetti, A., Samuel, M., & Sebastian, J. (2017). Where pseudo-hallucinations meet dissociation: a cluster analysis. *Australian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 25(4), 364–368. <https://doi.org/10.1177/1039856217695706>
- Wilson, M., Allen, D. D., & Li, J. C. (2006). Improving measurement in health education and health behavior research using item response modeling: comparison with the classical test theory approach. *Health education research*, 21 Suppl 1, i19–i32. <https://doi.org/10.1093/her/cyl053>
- World Health Organization, (1992) The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.
- Yee, L., Korner, A. J., McSwiggan, S., Meares, R. A., & Stevenson, J. (2005). Persistent hallucinosis in borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 46(2), 147–154. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.07.032>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *The American journal of psychiatry*, 161(11), 2108–2114. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.11.2108>

[volver al índice](#)

Prescripción ambulatoria de clozapina en Colombia: factores relacionados con el uso de dosis inferiores a 100 mg/día

Outpatient prescription of clozapine in Colombia: factors related to the use of doses lower than 100 mg/day

Jairo M. González-Díaz¹, Lina Lozano Lesmes², María L. Duarte Niño³, Diana C. Zamora⁴, Miquel Bioque⁵

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i164.550>

Resumen

Aunque se utiliza comúnmente en la práctica clínica, la literatura científica sobre los patrones de prescripción de clozapina en Colombia es escasa. Se realizó un estudio observacional transversal en el servicio ambulatorio de una clínica de referencia en Bogotá, Colombia. Entre 2016 y 2018, se recetó clozapina a 2603 pacientes, principalmente para esquizofrenia y trastornos relacionados, trastorno afectivo bipolar y trastornos depresivos, a una dosis media de 100 mg/día. Después de controlar otras variables, la edad avanzada fue la única variable que explicó el uso de dosis inferiores a 100 mg/día. La clozapina no se utilizó sólo para la esquizofrenia resistente al tratamiento, y se necesitan estudios adicionales para explicar estas diferencias.

Palabras clave: clozapina, prescripciones de medicamentos, agentes antipsicóticos, farmacoepidemiología

Abstract

Although commonly used in clinical practice, scientific literature about clozapine prescription patterns in Colombia is scarce. A cross-sectional observational study was conducted in an outpatient clinic in Bogotá, Colombia. Between 2016 and 2018, clozapine was prescribed to 2603 patients, mainly for Schizophrenia Spectrum Disorders and Bipolar and Depressive Disorders, at a median dose of 100mg/day. After controlling for other variables, older age was the only variable that explained the use of doses lower than 100mg/day. Clozapine was not only used for Treatment-Resistant Schizophrenia, and further studies are needed to explain these differences.

Keywords: clozapine, drug prescriptions, antipsychotic agents, pharmacoepidemiology

RECIBIDO 30/6/2023 - ACEPTADO 25/10/2023

¹ Centro Rosarista de Salud Mental – CERSAME, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia. Clínica Nuestra Señora de la Paz, Bogotá, Colombia. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Barcelona, Barcelona, España. ORCID: 0000-0003-1238-8447

² Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia. ORCID: 0000-0003-0860-0476

³ Farmaceuta – Misión Colombia, Médicos sin Fronteras, Bogotá, Colombia.

⁴ Centro Rosarista de Salud Mental – CERSAME, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia. ORCID: 0000-0002-5198-1959

⁵ Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Barcelona, Barcelona, España. Barcelona Clínic Schizophrenia Unit (BCSU), Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España. Centro de Investigación Biomédica en red en salud Mental (CIBERSAM), España. ORCID: 0000-0001-6887-7149

Autor correspondiente:

Jairo M. González-Díaz

jairom.gonzalez@urosario.edu.co



Introducción

Uno de cada tres pacientes con esquizofrenia no responde o responde parcialmente a pesar de recibir al menos dos antipsicóticos (Howes et al., 2017). La clozapina ha demostrado una eficacia significativamente superior en este grupo de pacientes, pero está relacionada con varios efectos adversos potencialmente graves (Huhn et al., 2019; Iqbal et al., 2003). Por lo tanto, su prescripción en varios países está restringida a esquizofrenia resistente, síndrome neuroléptico maligno, síntomas extrapiramidales, riesgo suicida o conductas agresivas (Rubio, & Kane, 2020). En muchos países, su uso es menor de lo esperado, lo que la convierte en uno de los tratamientos basados en evidencia más subutilizados en psiquiatría (Bachmann et al., 2017; Kelly, Wehring, & Vyas, 2012). En Colombia, la agencia reguladora de medicamentos y alimentos (INVIMA) aprobó su uso como "neuroléptico con acción antipsicótica" sin ninguna otra especificación respecto a la esquizofrenia resistente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). Sin embargo, su uso está regulado (debe notificarse a las agencias estatales cuando se formule) y se recomienda que solo sea recetada por un psiquiatra certificado (República de Colombia, 2006; República de Colombia, 2024). En nuestro país, es el segundo antipsicótico más utilizado y la opción más costo-efectiva disponible en el mercado (Machado-Alba & Morales-Plaza, 2013; Quitian Reyes et al., 2016). En los últimos años, Colombia ha sido el único país donde las tendencias de prescripción de clozapina han disminuido, probablemente debido a la accesibilidad a otros antipsicóticos atípicos desde 2012 (Machado-Alba et al., 2015; Bachmann et al., 2017). En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo describir los patrones de prescripción de clozapina en el servicio ambulatorio de una clínica psiquiátrica de referencia.

Métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional transversal. Se incluyeron todos los pacientes a los que se les prescribió clozapina en el servicio de consulta externa entre el 01/01/2016 y el 31/12/2018 que contaran con historias clínicas que contuvieran todas las variables de interés. Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética Institucional antes de iniciar el estudio. Los datos se recopilaron a partir de las historias clínicas y se tabularon en Excel. Se evaluaron tres grupos de variables: sociodemográficas (edad, género, lugar de residencia, período de seguimiento en consultas ambulatorias),

clínicas (se prefirió el diagnóstico principal, que luego fue recategorizado según los grupos de diagnósticos de la CIE-10) y relacionadas con el fármaco (dosis y medicamentos simultáneos). Dado que en Colombia este medicamento sólo puede ser recetado en períodos de máximo 30 días, se calculó un promedio de la dosis diaria prescrita de clozapina (en mg/día) de la siguiente manera:

$$\frac{(A \times 100) + (B \times 25)}{30} \div C$$

donde A= número de tabletas de 100 mg prescritas al mes, B= número de tabletas de 25 mg prescritas al mes y C= número de meses en los que se prescribió a lo largo del año. Las variables categóricas se describieron con frecuencias y porcentajes. Las variables continuas mostraron una distribución no paramétrica (Kolmogorov-Smirnov, $p < 0.05$) por lo que fueron reportadas con medianas y rangos intercuartílicos (RIC). Los pacientes se categorizaron en dosis < 100 mg/día y > 100 mg/día, y se calculó su relación con otras variables de interés mediante odds ratios (OR) ajustadas por sexo e intervalos de confianza del 95 % (IC95 %). Se realizó un modelo de regresión logística con la dosis < 100 mg/día como variable dependiente, que incluyó variables significativamente asociadas en los análisis bivariados y no colineales entre sí ($p < 0.05$; VIF=1-5). El análisis estadístico se realizó en el ambiente estadístico R v4.0.5.

Resultados

Entre 2016 y 2018, se atendieron 48,260 pacientes en el servicio ambulatorio, de los cuales 2,603 utilizaron clozapina. La edad mediana fue de 55 años (RIC=24) y el 51.86 % de los pacientes eran hombres ($n=1350$), quienes a su vez eran ligeramente más jóvenes que las mujeres (51.57 ± 16.16 años vs. 58.8 ± 18 años). La mayoría de los pacientes (88.9 %; $n=2313$) vivían en Bogotá, DC. Se recetó clozapina principalmente para esquizofrenia y trastornos relacionados (ETR), seguido de trastorno bipolar y depresión: aproximadamente 4 de cada 5 sujetos tenían uno de estos tres diagnósticos (Tabla 1). La dosis diaria de clozapina fluctuó entre 6.7 y 700 mg/día, con una mediana de 100 mg/día. La proporción de pacientes mayores de 75 años que utilizaban menos de 100 mg/día fue significativamente mayor (75-79 años: OR=1.8, IC95 %=1.2-2.7; > 80 años: OR=2.2, IC95 %=1.5-3.2). La proporción de mujeres que recibían < 100 mg/día también fue significativamente mayor (OR 1.48, IC95 %=1.26-1.73). Aunque se recetaba para varios diagnósticos, los pa-

cientes con ETR utilizaban las dosis más altas de clozapina (mediana=150 mg/día, RIC=184.3). Las dosis <100 mg/día se recetaron significativamente más a menudo a pacientes con trastornos del sueño (OR=14, IC95 %=3.2-66.4), trastorno obsesivo-compulsivo (OR=5.3, IC95 %=2.5-15.4), trastornos neurocognitivos (OR=3.7, IC95 %=2.5-5.9), trastorno depresivo (OR=3.0, IC95%=2.6-4.4), trastorno bipolar (OR=2.8, IC95 %=2.3-3.5) y trastornos de ansiedad (OR=2.7, IC95 %=2.2-4.8).

En esta muestra, clozapina se recetó sin ningún otro psicofármaco en solo el 12.2 % de los casos (n=317), el 60.4 % (n=1572) utilizó de manera simultánea 2-3 medicamentos junto con clozapina, y el 29.7 % (n=773) recibió ≥ 3 fármacos. Independientemente del

número de medicamentos asociados, la dosis diaria mediana de clozapina también fue de 100 mg. Aunque fue ligeramente menor en aquellos que también utilizaban estabilizadores del estado de ánimo (75 mg/día, RIC=150), antidepresivos (50 mg/día, RIC=112) y análogos de GABA (25 mg/día, RIC=125), y notablemente mayor en sujetos que utilizaban antiepilépticos (n=3, 400 mg/día, RIC=175), en ninguno de estos casos la diferencia fue estadísticamente significativa. Los antidepresivos (46.1 %; n=1200), antipsicóticos (45.3 %, n=1178; atípicos: 25 %, n=652) y estabilizadores del estado de ánimo (35.8 %; n=932) fueron los psicofármacos más recetados de manera simultánea con clozapina. En el modelo de regresión logística, la edad avanzada fue la única variable que continuó explicando la prescripción de dosis <100 mg/día.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra

Edad	Mediana (RIC)
Edad (en años)	55 (24)
Género	n (%)
Hombre	1350 (51,8)
Mujer	1253 (48,2)
Lugar de residencia	n (%)
Bogotá	2313 (88,9)
Fuera de Bogotá	290 (11,1)
Consultas	n (%)
Durante un año	1260 (48,4)
Durante dos años	591 (22,7)
Durante tres años	751 (28,9)
Diagnóstico primario	n (%)
Esquizofrenia y trastornos relacionados	1234 (47,4)
Trastorno afectivo bipolar	487 (18,7)
Trastornos depresivos	136 (12,1)
Trastornos neurocognitivos	124 (4,7)
Trastornos de ansiedad	120 (4,6)
Discapacidad intelectual y trastornos del neurodesarrollo	116 (4,7)
Trastornos mentales orgánicos (distintos a demencias)	98 (3,7)
Trastorno obsesivo compulsivo	23 (0,8)
Trastornos por abuso de sustancias psicoactivas	19 (0,7)
Trastornos de personalidad	13 (0,5)
Trastornos del sueño	14 (0,5)
Otros	39 (1,5)

RIC: rango intercuartílico.

Discusión

Este estudio describe los patrones de prescripción de clozapina en una clínica psiquiátrica ambulatoria de referencia en Bogotá, Colombia. Durante este período, 2603 pacientes utilizaron clozapina para varios diagnósticos, principalmente esquizofrenia y trastornos relacionados. El uso de clozapina en pacientes con ETR varía en todo el mundo, desde un 2-3 % en regiones de Estados Unidos hasta un 60 % en China (Weinbrenner et al., 2009; Nielsen et al., 2016).

Nuestro estudio también mostró un mayor porcentaje de prescripciones de clozapina en hombres, lo cual es consistente con la literatura previa (Harrison, 2010; Bachmann et al., 2017; Tungaraza, 2017). La mayoría de los pacientes en nuestro estudio vivían en Bogotá, donde hay una alta concentración de psiquiatras, lo que aumenta las posibilidades de iniciar el tratamiento con clozapina (Rosselli et al., 2001; Stroup, 2014). Sorprendentemente, aunque el diagnóstico principal en nuestra muestra fue ETR, también se recetó clozapina para otros trastornos mentales, especialmente trastorno bipolar y trastornos depresivos. Aunque escasa, la evidencia actual respalda el uso de este antipsicótico también en estos diagnósticos (Weinbrenner, 2009; Harrison, 2010; Stroup, 2014; Rubio & Kane, 2020).

La dosis de clozapina en este estudio fue notablemente variable y baja, en contraste con la dosis máxima conocida de 900 mg/día (Harrison, 2010; Nielsen, 2016). La dosis diaria mediana fue ligeramente más alta en hombres, lo cual podría explicarse por su mayor prevalencia de comportamientos hostiles, tabaquismo y uso concomitante de sustancias (de

Volavka, et al., 2016; Wilson, 2018; de Leon et al.,

2020). Por su parte, aunque la mayoría de los estudios se han realizado en caucásicos, es posible que los pacientes asiáticos o hispanos requieran dosis más bajas (González-Esquivel et al., 2011; Nielsen et al., 2016; de Leon et al., 2020). Por otro lado, Este medicamento fue el primer antipsicótico atípico introducido en Colombia en la década de 1990 y fue el único disponible en el plan público de salud hasta 2012. A diferencia de otros países, en Colombia no se exige un monitoreo hematológico periódico a los pacientes que usan clozapina, aunque se recomienda (Bachmann et al., 2017). Ante la ausencia de una política que requiera este riguroso monitoreo hematológico y el menor acceso a otros medicamentos similares durante más de dos décadas en el país, es probable que los médicos colombianos estén más familiarizados con la eficacia de la clozapina, sus posibles efectos secundarios y las estrategias para mitigarlos. Esto, junto con la ausencia de una restricción específica para formas resistentes de esquizofrenia, podría sugerir que los pacientes con psicosis no resistentes podrían responder incluso con dosis más bajas. De manera similar, la amplia gama de indicaciones podría implicar el reconocimiento clínico de una variación interindividual relacionada con el diagnóstico. El uso de dosis aún más bajas de clozapina en pacientes mayores de 75 años es consistente con el consenso sobre el tratamiento en personas mayores (Mukku et al., 2018). Solo una minoría de los pacientes en este estudio estaba utilizando clozapina en monoterapia, lo cual contrasta con lo reportado en estudios previos (Bitter et al., 2008; Harrison, 2010; Tungaraza et al., 2017), aunque la evidencia sugiere tendencias crecientes hacia la polifarmacia recientemente (Kim et al., 2014; Silveira et al., 2015).

Varias limitaciones deben considerarse en este estudio. En primer lugar, la veracidad de los hallazgos depende de la precisión de la información disponible en la historia clínica electrónica. Sin embargo, los datos se contrastaron con los registros de entrega de medicamentos en la farmacia de la institución para minimizar este sesgo de reporte. Además, este estudio se realizó en el servicio ambulatorio de un solo centro de referencia y no se analizó el cumplimiento y las tendencias individuales de uso a lo largo del tiempo. Del mismo modo, no se evaluó el consumo de tabaco y sustancias. No obstante, este es el primer estudio sobre este tema en Colombia, y el alto número de pacientes que reciben clozapina en un solo centro sugiere altas tasas de uso en la práctica clínica rutinaria. La información sistemática sobre el uso de clozapina en Amé-

rica Latina todavía es escasa (Mena et al., 2019), razón por la que estos hallazgos abren la puerta a nuevas preguntas sobre el impacto de los factores organizacionales, sobre familiaridad de los psiquiatras con este fármaco o ciertas peculiaridades farmacogenómicas en la población colombiana que podrían explicar sus diferencias con otras poblaciones. En conclusión, la clozapina es un antipsicótico prescrito rutinariamente en Colombia para múltiples indicaciones más allá de la esquizofrenia resistente en un amplio rango de edad y en dosis inferiores a las reportadas en otros países.

Conflictos de interés: JGD ha sido consultor, ha recibido honorarios y ha formado parte de los equipos de conferenciantes/asesores de Janssen, Eurofarma, Servier, Sanofi, Lilly y Pfizer. MB ha sido consultor, ha recibido apoyo para becas/investigación, honorarios y ha formado parte de los equipos de conferenciantes/asesores de Adamed, Angelini, Casen-Recordati, Exeltis, Ferrer, Janssen, Lundbeck, Neuraxpharm, Otsuka, Pfizer y Sanofi, así como subvenciones del Ministerio de Salud de España, Instituto de Salud Carlos III (PI20/01066). El resto de los autores no presenta conflictos de intereses. Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de organismos de financiamiento en los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

Referencias bibliográficas

- Bachmann, C. J., Aagaard, L., Bernardo, M., Brandt, L., Cartabia, M., Clavenna, A., Coma Fusté, A., Furu, K., Garuoliené, K., Hoffmann, F., Hollingworth, S., Huybrechts, K. F., Kalverdijk, L. J., Kawakami, K., Kieler, H., Kinoshita, T., López, S. C., Machado-Alba, J. E., Machado-Duque, M. E., Mahesri, M., ... Taylor, D. (2017). International trends in clozapine use: a study in 17 countries. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 136(1), 37–51. <https://doi.org/10.1111/acps.12742>
- Bitter, I., Treuer, T., Dyachkova, Y., Martenyi, F., McBride, M., & Ungvari, G. S. (2008). Antipsychotic prescription patterns in outpatient settings: 24-month results from the Intercontinental Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (IC-SOHO) study. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 18(3), 170–180. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2007.08.001>
- de Leon, J., Rajkumar, A. P., Kaithi, A. R., Schoretsanitis, G., Kane, J. M., Wang, C. Y., Tang, Y. L., Lin, S. K., Hong, K. S., Farooq, S., Ng, C. H., Ruan, C. J., & Andrade, C. (2020). Do Asian Patients Require Only Half of the Clozapine Dose Prescribed for Caucasians? A Critical Overview. *Indian journal of psychological medicine*, 42(1), 4–10. <https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM.379.19>
- González-Esquivel, D. F., Castro, N., Ramírez-Bermúdez, J., Custodio, V., Rojas-Tomé, S., Castro-Román, R., & Jung-Cook, H. (2011). Plasma levels of clozapine and norclozapine in Mexican schizophrenia patients. *Arznei-mittel-Forschung*, 61(6), 335–339. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1296207>
- Howes, O. D., McCutcheon, R., Agid, O., de Bartolomeis, A., van Beveren, N. J., Birnbaum, M. L., Bloomfield, M. A., Bressan, R. A., Buchanan, R. W., Carpenter, W. T., Castle, D. J., Citrome, L., Daskalakis, Z. J., Davidson, M., Drake, R. J., Dursun, S., Ebdrup, B. H., Elkis, H., Falkai, P., Fleischacker, W. W., ... Correll, C. U. (2017). Treatment-Resistant Schizophrenia: Treatment Response and Resistance in Psychosis (TRRIP) Working Group Consensus Guidelines on Diagnosis and Terminology. *The American journal of psychiatry*, 174(3), 216–229. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16050503>

- Huhn, M., Nikolakopoulou, A., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Samara, M., Peter, N., Arndt, T., Bäckers, L., Rothe, P., Cipriani, A., Davis, J., Salanti, G., & Leucht, S. (2019). Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 394(10202), 939–951. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31135-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31135-3)
- Harrison, J., Janlöv, M., & Wheeler, A. J. (2010). Patterns of clozapine prescribing in a mental health service in New Zealand. *Pharmacy world & science: PWS*, 32(4), 503–511. <https://doi.org/10.1007/s11096-010-9398-5>
- Iqbal, M. M., Rahman, A., Husain, Z., Mahmud, S. Z., Ryan, W. G., & Feldman, J. M. (2003). Clozapine: a clinical review of adverse effects and management. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 15(1), 33–48. <https://doi.org/10.1023/a:1023228626309>
- Kelly, D. L., Wehring, H. J., & Vyas, G. (2012). Current status of clozapine in the United States. *Shanghai archives of psychiatry*, 24(2), 110–113. <https://doi.org/10.3969/j.issn.1002-0829.2012.02.007>
- Kim, H. Y., Lee, H. W., Jung, S. H., Kang, M. H., Bae, J. N., Lee, J. S., & Kim, C. E. (2014). Prescription patterns for patients with schizophrenia in Korea: a focus on antipsychotic polypharmacy. *Clinical psychopharmacology and neuroscience: the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, 12(2), 128–136. <https://doi.org/10.9758/cpn.2014.12.2.128>
- Machado-Alba, J. E., & Morales-Plaza, C. D. (2013). Patrones de prescripción de antipsicóticos en pacientes afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia [Antipsychotic prescription patterns in patients affiliated to the Social Security Health System in Colombia]. *Biomedica: revista del Instituto Nacional de Salud*, 33(3), 418–428. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v33i3.1529>
- Machado-Alba, J. E., Torres, D., Portilla, A., & Felipe Ruiz, A. (2015). Results of the Inclusion of New Medications in the Obligatory Health System Plan in Colombia, 2012–2013. *Value in health regional issues*, 8, 28–35. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2015.02.002>
- Mena, C. I., Nachar, R. A., Crossley, N. A., & González-Valderrama, A. A. (2019). Clozapine-associated neutropenia in Latin America: incidence report of 5380 Chilean users. *International clinical psychopharmacology*, 34(5), 257–263. <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000270>
- Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA. Sistema de trámites en línea - Consultas públicas. Available online: http://consultaregistro.invima.gov.co:8082/Consultas/consultas/consreg_encabum.jsp. Accessed December 17, 2021.
- Mukku, S. S. R., Sivakumar, P. T., & Varghese, M. (2018). Clozapine use in geriatric patients- Challenges. *Asian journal of psychiatry*, 33, 63–67. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.03.008>
- Nielsen, J., Young, C., Ifteni, P., Kishimoto, T., Xiang, Y. T., Schulte, P. F., Correll, C. U., & Taylor, D. (2016). Worldwide Differences in Regulations of Clozapine Use. *CNS drugs*, 30(2), 149–161. <https://doi.org/10.1007/s40263-016-0311-1>
- Quitian Reyes, H., Arciniegas Barrera, J. A., Bohórquez Peñaranda, A., & Gómez Restrepo, C. (2016). Costo efectividad de los antipsicóticos en el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en Colombia [Cost-effectiveness of Antipsychotics in the Maintenance Treatment of Schizophrenia in Colombia]. *Revista colombiana de psiquiatría*, 45(2), 67–74. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.05.013>
- República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución 1478 de 2006. Bogotá; 2006.
- República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia. Bogotá; 2014.
- Rosselli, D., Otero, A., Heller, D., Calderón, C., Moreno, S., & Pérez, A. (2001). Estimación de la oferta de médicos especialistas en Colombia con el método de captura-recaptura [Estimating the supply of medical specialists in Colombia by using the capture-recapture method]. *Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health*, 9(6), 393–398. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892001000600006>
- Rubio, J. M., & Kane, J. M. (2020). How and when to use clozapine. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 141(3), 178–189. <https://doi.org/10.1111/acps.13111>
- Silveira, A. S. de A., Rocha, D. M. L. V., Attix, C. R. de F., Daltio, C. S., da Silva, L. A., Elkis, H., et al. (2015). Patterns of Clozapine and other antipsychotics prescriptions in patients with treatment-resistant schizophrenia in community mental health centers in São Paulo, Brazil. *Rev Psiquiatr Clin*, 42(6):165–70.
- Stroup, T. S., Gerhard, T., Crystal, S., Huang, C., & Olsson, M. (2014). Geographic and clinical variation in clozapine use in the United States. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 65(2), 186–192. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300180>
- Tungaraza, T. E., Ahmed, W., Chira, C., Turner, E., Mayaki, S., Nandhra, H. S., Edwards, T., & Farooq, S. (2017). Prescribing pattern of clozapine and other antipsychotics for patients with first-episode psychosis: a cross-sectional survey of early intervention teams. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 7(3), 103–111. <https://doi.org/10.1177/2045125316683151>
- Volavka, J., Van Dorn, R. A., Citrome, L., Kahn, R. S., Fleischacker, W. W., & Czobor, P. (2016). Hostility in schizophrenia: An integrated analysis of the combined Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) and the European First Episode Schizophrenia Trial (EUFEST) studies. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 31, 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.10.003>
- Weinbrenner, S., Assion, H. J., Stargardt, T., Busse, R., Juckel, G., & Gericke, C. A. (2009). Drug prescription patterns in schizophrenia outpatients: analysis of data from a German health insurance fund. *Pharmacopsychiatry*, 42(2), 66–71. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1103293>
- Wilson, L., Szigeti, A., Kearney, A., & Clarke, M. (2018). Clinical characteristics of primary psychotic disorders with concurrent substance abuse and substance-induced psychotic disorders: A systematic review. *Schizophrenia research*, 197, 78–86. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.11.001>



Henry Maudsley (1835 - 1918)

EL RESCATE Y LA MEMORIA

Henry Maudsley: entre locos, alienistas y magistrados

Norberto Aldo Conti

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i164.551>



Henry Maudsley nació en 1835 en North Yorkshire, Inglaterra. Estudió Medicina en el University College, de Londres, en donde se doctoró en 1857; luego, se dedicó a la patología mental, trabajó en el Wakefield Asylum y en el Cheadle Royal Hospital en Cheadle Hume, cerca de Manchester. En 1862 se instaló en Londres y comenzó a interesarse en la responsabilidad penal de los alienados, llegando a trabajar como profesor de medicina forense entre 1869 y 1879. Contrajo matrimonio con Ann Connolly, hija menor de John Connolly, reconocido psiquiatra creador del tratamiento no restrictivo que abogaba por el abandono de los métodos coercitivos y, a la muerte de su suegro, en 1866 se hizo cargo del asilo privado de su propiedad en Hanwell.

De 1862 a 1878 también fue editor en jefe del *Journal of Mental Science*, órgano oficial de la Medico-Psychological Association (Royal College of Psychiatrists, desde 1971) que luego dio origen al *British Journal of Psychiatry*. Maudsley trabajó para ampliar el enfoque de la publicación a la psicología y la filosofía.

En 1907, donó al Ayuntamiento de Londres 30.000 libras esterlinas para fundar el Hospital Maudsley, una institución pensada para tratar enfermedades psiquiátricas profundas que también incluía un hospital de día para afecciones tempranas y leves. El establecimiento albergaba, además, unidades de investigación y docencia. Los edificios se terminaron en 1915 y una ley del Parlamento hizo posible los internamientos voluntarios allí. Henry Maudsley falleció el 23 de enero de 1918.

Obras

- **1867.** *The Physiology and Pathology of Mind*, D. Appleton & Company, 1867 (Fisiología y patología de la mente).
- **1871.** *Body and Mind: An Inquiry into their Connection and Mutual Influence*, D. Appleton and Company (Cuerpo y mente: una investigación sobre su conexión e influencia mutua).
- **1874.** *Responsibility in Mental Disease*, H. S. King, (versión castellana: *El crimen y la locura*, Madrid, Saturnino Calleja, 1880).
- **1876.** *The Physiology of Mind*, Macmillan & Co., (Fisiología de la mente).
- **1879.** *The Pathology of Mind*, Macmillan (Patología de la mente).
- **1883.** *Body and Will: In its Metaphysical, Physiological and Pathological Aspects*, Kegan, Paul, Trench & Co. (Cuerpo y voluntad: en sus aspectos metafísico, fisiológico y patológico).

- **1886.** Natural Causes and Supernatural. Seemings, Kegan, Paul, Trench & Co. (Causas naturales y apariencias sobrenaturales).
- **1902.** Life in Mind and Conduct: Studies of Organic in Human Nature, Macmillan & Co. (Vida en mente y conducta: estudios de lo orgánico en la naturaleza humana).
- **1908.** Heredity, Variation and Genius, with Essay on Shakespeare and Address on Medicine, John Bale, Sons & Danielsson (Herencia, variación y genio, con Ensayo sobre Shakespeare y Discurso sobre medicina).
- **1916.** Organic to Human: Psychological and Sociological, Macmillan & Co., Ltd. (De lo orgánico a lo humano: psicológico y sociológico).
- **1918.** Religion and Realities, John Bale, Sons & Danielsson (Religión y realidades).

“El crimen y la locura”

Este libro, publicado por la editorial Saturnino Calleja, en Madrid, en 1880, fue la versión castellana de la obra de 1874, *Responsibility in Mental Disease*, la cual también fue traducida al francés, en el mismo año de su publicación inglesa, con el título de *Le crime et la folie*, el mismo utilizado para la traducción española. No es claro si la edición española fue traducción de la inglesa o de la francesa, ya que en ningún lugar está especificado, aunque consta que se realizó con autorización del autor y que el traductor fue R. Ibáñez Abellán.

A lo largo de los nueve capítulos que la constituyen, Maudsley intenta definir en sentido médico científico el estatus de la locura discutiendo entre las interpretaciones del vulgo, la teología, la metafísica, la fisiología, la psicología y la jurisprudencia. Presenta así a la locura en sentido médico bajo el concepto de *enagenación mental* y detalla la presentación de sus diferentes formas clínicas; adoptando una clasificación ecléctica que combina conceptos de Pinel, Esquirol, Falret, Morel y Skae. El autor detiene su atención en aquellos grupos que, ya para la época, concentraban el mayor interés por sus alcances médico-legales. En este terreno Maudsley es muy crítico de las posturas de los magistrados ingleses respecto a la palabra de los alienistas en los pleitos criminales, y acerca de ellos dice: “*Si la ley no puede ajustar la medida de sus penas al grado positivo y real de la responsabilidad, y debe tener el interés social en tal estima que le impida ocuparse del individual, no es esta razón para cerrar los ojos a la evidencia; nuestro deber es poner los hechos a la luz y tomar nota, en la firme seguridad de que día vendrá en que los hombres sepan aprender más cuerdamente su valor.*”

En cuanto al ordenamiento de la clínica muestra su convencimiento de la necesidad de seguir el método anatómico-clínico en la búsqueda de entidades clínico evolutivas con sus formas de comienzo, períodos de estado y formas terminales, como ya lo había indicado Falret, pero, consciente que este es aún un camino por recorrer, decide utilizar, a los fines de la discusión médico legal y de manera didáctica, un modelo simplificado y algo confuso para nosotros, tomado de la clínica del alienismo francés.

Así es que postula un ordenamiento en dos grandes grupos: los que presentan insensatez de pensamiento o locura con delirio, a lo que llama locura intelectual o locura de ideas, y los que presentan insensatez de sentimientos y actos a lo que llama locura afectiva.

Las locuras intelectuales a su vez pueden dividirse en: una manía general o locura general reconocible por la diversidad de delirios e incoherencia donde no hay duda de que todo el individuo está comprometido en su locura y una manía parcial o locura parcial en las que el desorden está limitado a un solo propósito o a ciertas ideas y el resto de la vida mental mantiene su integridad. En este último grupo, siguiendo a Esquirol, distingue a la monomanía de la melancolía, siendo lo característico de la primera la exaltación anímica acompañada con ideas adecuadas a su estado afectivo y para la segunda la tristeza, el humor sombrío y la desconfianza. Si cualquiera de las formas enunciadas se mantiene y se cronifica, el espíritu se debilita y avanza hacia formas de deterioro que constituyen la demencia.

Las locuras afectivas también pueden dividirse en dos tipos: la locura impulsiva, que incluye la locura suicida y la locura homicida, por un lado, y por otro, la locura moral, para la cual reconoce la paternidad de Pritchard, (*A treatise on Insanity and other Disorders Affecting the mind*, 1835), que constituye la pieza maestra de las discusiones médico-legales de los alienistas con los magistrados.

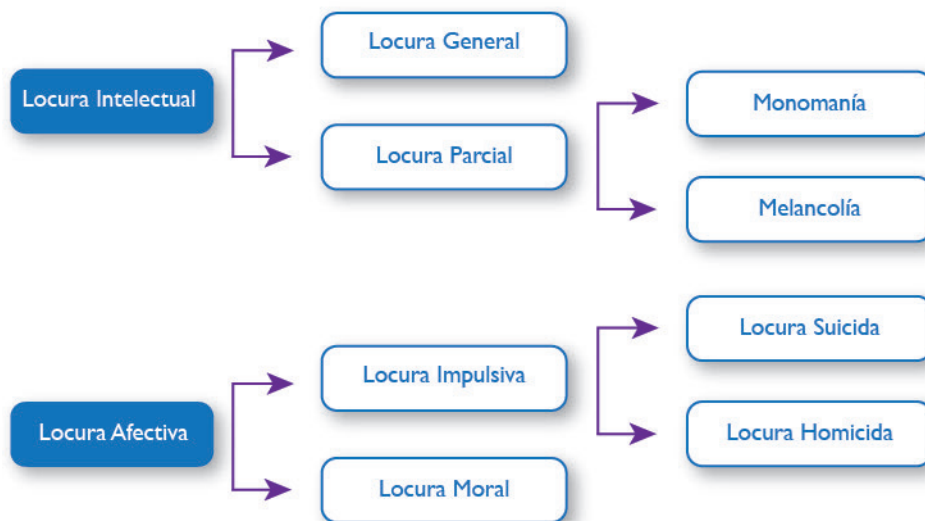
En el *Cuadro 1* se sintetiza esta somera descripción de los tipos clasificatorios que utiliza Maudsley para presentar casos y discusiones en el orden médico legal, sin darle, como ya se dijo un valor gnoseológico: “*Yo no empleo estas subdivisiones sino como un procedimiento cómodo para asentar las cuestiones médico-legales y discutir las.*”

Es probable que este uso meramente didáctico y descriptivo sea lo que lo lleva, al abordar las monomanías, a romper el ordenamiento antes presentado y postular, con ortodoxia esquiroliana, la existencia de tres formas de monomanías: la monomanía intelectual, la locura impulsiva y la locura moral.

Más allá de estas dificultades hermenéuticas queremos rescatar las descripciones de casos y las discusiones en torno a la responsabilidad de los alienados que obligan a pensar modelos de interpretación de la locura que cabalgan entre, el espíritu, la mente y el cerebro y nos muestran las tensiones teóricas en la psiquiatría europea de la segunda mitad del siglo XIX.

En definitiva, se trata de un hermoso, dinámico y multicolor mural de las relaciones en Inglaterra entre el vulgo, los alienistas y los magistrados en donde la efervescente defensa del valor de la rigurosidad técnica del alienista en su concepción de la responsabilidad del loco ante las conductas punitivas de los magistrados nos muestra tanto una humanitaria defensa de los derechos del paciente como una firme defensa de los derechos del colectivo profesional al que el autor representa.

Cuadro I. ORDENAMIENTO DESCRIPTIVO (Maudsley, 1874)



El crimen y la locura

Henry Maudsley, editorial Saturnino Calleja, Madrid, 1880

Fragmentos

CAPITULO III

De las diversas formas de enajenación mental

Procediendo al examen de las numerosas variedades de locura, encontramos que se las puede ordenar en dos grandes grupos, según que haya o no desorden intelectual ostensible. La primera comprende todos los casos en los que hay insensatez de pensamiento o locura con delirio, y que se puede denominar locura intelectual o locura de ideas; la segunda, se compone de todos aquellos en quienes hay insensatez de sentimientos y actos, pero sin delirio y sin incoherencia, pudiéndose designar propiamente con el nombre de locura afectiva.

Aquí, en el término de su análisis, la experiencia médica se encuentra en conflicto con la tradición legal y el prejuicio popular. La opinión común es que el loco manifiesta necesariamente su mal por delirio, frenesí o una gran extravagancia, y que el hombre que carece de una u otra de las manifestaciones de esta especie, no puede estar loco ... Los legistas que, por regla general, no saben más que el vulgo respecto a este punto, comparten semejante opinión.

[...]

No es dudoso que existan casos de insensatez en que el desorden intelectual es poco aparente o no lo es en modo alguno; entre las más peligrosas variedades de locura, muchas son de esta suerte... porque la insensatez se despliega, no ya en las ideas, sino también en los actos; por consiguiente, es necesario hacer de estas especies una clase especial ...

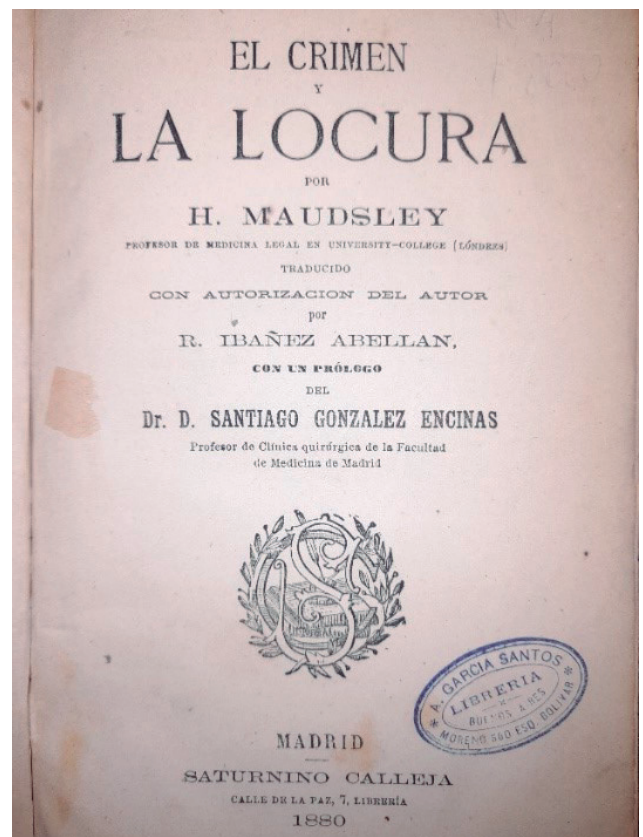
Examinando los casos de locura intelectual o manía (la palabra manía se usa generalmente como sinónimo de locura), se nota que en aquellos en quienes el desorden del pensamiento es general, el enfermo es víctima de delirios diversos o de incoherencia más o menos grande, mientras que en los que este desorden parece limitado a un solo propósito o a cierto orden de ideas, el cerebro conserva perfectamente su completa integridad. Aquellos son clasificados con la denominación de manía general aguda o crónica; estos forman la clase de manía parcial, siempre crónica...

La existencia de lo que se denomina manía parcial, se admite sin oposición... Es costumbre establecer en

la insensatez parcial una subdivisión y distinguir la monomanía y la melancolía según el carácter que acompaña al delirio de las ideas. Si el enfermo es exaltado, lleno de sí mismo, y si la alteración de su pensamiento es conforme a estos sentimientos, se dice que está atacado de monomanía; si por el contrario es triste, desconfiado, sombrío, y sus divagaciones corresponden a este estado, se dice que está afectado de melancolía ...

[...]

... la clasificación admitida reposa sobre la evidencia de algunos de los síntomas mentales más sensibles; es decir, que es puramente psicológica. Se reduce a esto simplemente: ¿hay exaltación y delirio con más o menos incoherencia? manía aguda; ¿después que la calma se ha restablecido en parte, persisten el delirio y la incoherencia? manía crónica; ¿las ilusiones de delirio están limitadas a un objeto único... y el loco se expresa en lo restante con cordura? Es la monomanía; hay depresión, humor sombrío, idea fija de condenación y ruina, melancolía



Esta clasificación ha fracasado, y más de una tentativa se ha hecho para reemplazarla por una mejor; es sumamente vaga, y, por lo tanto, no enseña casi nada respecto a la enfermedad; es positivamente una grosera clasificación de síntomas harto visibles, no una clasificación exacta de las diversas variedades del mal que se designa con el nombre genérico de locura; no nos enseña nada sobre la causa de determinada forma de la enfermedad, su marcha, su duración, sus modos de terminar y su tratamiento; por otra parte ha sido bastante perjudicial puesto que... ha fortalecido la noción de que la locura es una enfermedad del espíritu, sin caer en la cuenta de que al mismo tiempo es también una enfermedad del cuerpo.

[...]

... al estudiar cuidadosamente la historia natural de estas afecciones y ponerse por semejante medio en camino de establecer la clasificación natural por la exacta observación de las causas, de los síntomas físicos y mentales y de la marcha de la enfermedad en cada caso, es de creer que se concluirá por formar grupos naturales o familias cognoscibles por ciertos rasgos característicos.

[...]

Es evidente que cuanto más camine la medicina por la vía de la observación inductiva, se hallará menos expuesta a la crítica de los legistas y de las personas desprovistas de conocimiento práctico de la enfermedad. Será imposible declarar, como un lord canciller de Inglaterra lo hacía últimamente, que la locura es únicamente objeto de investigación moral, y condenar como lo hacía su suficiencia presuntuosa “la mala costumbre que tiende a establecer que es una enfermedad física”.

El tiempo hará patente que nadie puede decidir acerca de la naturaleza de la insania sin guiarse por la ciencia de los hombres que han hecho su estudio, y todo el mundo conocerá el absurdo de los legistas en pretender, sin la ayuda del médico, diagnosticar la locura, como todo el mundo reconocería su absurdo si pretendiese diagnosticar la fiebre o la viruela.

[...]

Siendo la locura una enfermedad que no puede existir sin un desorden de los órganos y de las funciones físicas, el diagnóstico pertenece exclusivamente al médico, como competente que es para inquirir y apreciar este desorden.

[...]

Yo he querido indicar sencillamente la dirección positiva que ha tomado en nuestros días el estudio de la enajenación mental; los alienistas no se inclinan a reconocer que es una afección corporal, pero trabajan, con

creciente éxito, en descubrir el género de alteración orgánica a que se ligan los síntomas mentales principales.
[...]

“El desgraciado prometido de antemano a la locura por una organización defectuosa o por un vicio hereditario, vuelto loco por la miseria o por una decepción violenta que reacciona sobre su cerebro enfermo, no tiene en el mundo otro amigo que el médico ...”

“Su obligación es declarar la verdad; que la sociedad haga de ella después lo que más le cuadre.” (Conolly)

CAPÍTULO V

De la Locura Parcial

En primer lugar, no conviene reconocer como locura una afección única, cognoscible por un signo particular: sino más bien un conjunto de enfermedades de las que cada una tiene sus rasgos característicos, su marcha particular, su causa específica y su modo de terminación.

[...]

Así, en las dos grandes divisiones primitivas llamadas melancolía y manía, se distingue una melancolía simplex o melancolía sin delirio y una manía sine delirio o manía sin delirio. Estas variedades tiene una importancia mucho más grande de lo que pudiera juzgar por la apariencia y por la simplicidad de su carácter; porque, en las afecciones de esta clase, en donde son muy susceptibles de producirse las peligrosas propensiones al homicidio, al suicidio o a otros más peligrosos actos de destrucción; aquí es precisamente también donde un individuo, bajo el imperio de la una o la otra forma, comete un acto de violencia sin haber aún manifestado delirio o incoherencia de las ideas.

Toda la diferencia entre la melancolía sin delirio y la manía sin delirio, estriba en que en aquella hay depresión mental marcada, y ninguna notable en esta. Nada más conveniente, pues, a nuestro propósito, que designar estas dos afecciones bajo el nombre común de locura afectiva; es decir, locura sin delirio; locura del sentimiento y de los actos. Las dos subdivisiones de esta clase serán la locura impulsiva y la moral.

De la Locura Impulsiva

En un cierto estado de afección mental, puede apoderarse del sujeto una impulsión mórbida y obligarle, a despecho de su razón y su voluntad, a un acto desesperado de homicidio o de suicidio.

Locura suicida: ...enfermo perseguido por una incesante impulsión al suicidio, a menudo sin desorden apreciable de la inteligencia... todo para el converge y se engolfa en el abismo de esa tentación que lo absorbe; pero no tiene delirio; su inteligencia está lúcida; puede razonar su situación tan bien como cualquier otro...

Cuando un hombre afligido de esta forma de afección mental se inclina al suicidio, nadie pone en duda su locura; pero no se reconoce tan voluntariamente que hay enfermedad cuando la impulsión malsana conduce al que la posee, no al suicidio, sino al asesinato.

Locura homicida: ... existe una forma de manía homicida... una monomanía en la cual el paciente, dominado por la necesidad de matar a alguno, no deja traslucir el menor asomo de alteración en su espíritu. A Pinel es a quién se debe la descripción de esta forma de locura, que él llama manía sine delirio... se sorprendió grandemente viendo infinitos alienados que no ofrecían en ninguna época lesión del entendimiento y que estaban dominados por una especie de instinto de furor, cual si solamente hubiesen sido lesionadas las facultades afectivas. Acto continuo refiere el siguiente caso en apoyo de su observación: “Un hombre dedicado otro tiempo a un oficio mecánico, y encerrado después en Bicêtre, experimentó a intervalos irregulares accesos de furor marcados por los siguientes síntomas: sed intensa, constipación, ardor intestinal que se propagaba al pecho, al cuello y al rostro... aumentó de intensidad el calor, produciendo tan fuertes y frecuentes estremecimientos en las arterias ... que parecía estallar; la afección nerviosa ganó el cerebro, siendo desde entonces dominado por un irresistible pensamiento sanguinario. No obstante... no deja escapar ninguna incoherencia de ideas, ningún signo de delirio... Este combate interior que le hace experimentar una razón sana en oposición con una crueldad sanguinaria le reduce a la desesperación, y trata en ocasiones de terminar con el suicidio esta insoportable lucha. (Pinel, Tratado médico-filosófico sobre la enajenación mental; 2da. Ed., 1809, p.157)

Esta es la monomanía sin delirio, de Pinel, denominada por Esquirol monomanía instintiva, para distinguirla de la monomanía verdadera o monomanía intelectual, en la que hay delirio, y para diferenciarla de la monomanía afectiva o locura moral. Es de notar que la palabra monomanía se haya empleado con dos diferentes sentidos; uno para indicar un delirio fijo, y otro para designar la forma de enajenación mental en la que, sin delirio, el paciente es víctima de la loca propensión al homicidio, al suicidio o a cualquier otro acto de violencia. Para evitar la confusión que resulta, yo llamaré a esta forma locura impulsiva.

Los alienistas han registrado numerosos casos... “No hace mucho tiempo, fui consultado por un hombre de cincuenta años, de gran vigor físico, fuerte musculatura, de vida enérgica, y que había recorrido el mundo, pero que actualmente y desde larga data se

encontraba alejado de toda ocupación activa. Se hallaba poseído de una impulsión al asesinato, y vivía en perenne angustia. La obsesión era continua, y tan fuerte a veces, que se vio obligado a separarse de los suyos por miedo de trocarse en asesino... Esta impulsión variaba en intensidad, pero no desaparecía completamente... de tiempo en tiempo adquiría mayor energía y terminaba en un paroxismo; esto duraba poco... la crisis terminaba por derrame de lágrimas, seguido de entorpecimiento profundo... Era visiblemente un hombre de gran decisión y carácter; no mostraba ningún signo de alteración mental...

“Una señora que examiné en una de las casas de salud de la capital, experimentaba deseos homicidas, sin que ella pudiese explicarse la causa. Razonaba cuerdamente, y cada vez que sentía reproducirse su funesta propensión, se exaltaba y vertía un torrente de lágrimas, suplicando por sí misma que se le pusiese la camisola de fuerza, que conservaba pacientemente aguardando a que pasase el acceso.”

“Una mujer que nunca estuvo loca en grado que mereciera por ello ser encerrada... me contó que se despertaba a menudo durante la noche y se ponía a mirar a su esposo considerando lo fácil que sería matarlo a escobazos; entonces se apresuraba a despertarlo, a fin de desecharlo con su conversación tan horrible pensamiento.”

Estos hechos, a los cuales se pudieran añadir tantos otros de igual naturaleza, son de gran interés para la psicología, y por ello los he reproducido textualmente según sus historiadores... Se puede objetar, es cierto, que no es permitido tener como loco a un hombre simplemente porque la idea de matar a otro haya cruzado su espíritu... Pero cuando, aun sintiendo la enormidad de su idea, no puede arrojarla de su espíritu; cuando se aplica a un individuo contra el que no hay la menor animosidad; cuando se encuentra indudablemente poseído, hasta el punto de vivir en continuos sobresaltos por temor de ceder a esta obsesión, a pesar de todo el esfuerzo de su voluntad y juicio; cuando no escapa a la tentación sino por la fuga, y, aburrido de vivir bajo la maligna influencia que le domina, llega al suicidio para evitar el homicidio, entonces hay que decir con toda seguridad que las funciones mentales de este hombre no están sanas, sino alteradas por la enfermedad.

De la Locura Moral

Es una forma de enajenación con tan genuinas apariencias de vicio o crimen, que muchas gentes no la juzgan sino como una imaginación de los médicos, desprovista de todo fundamento real.

Los magistrados han denunciado muchas veces desde lo alto de su sitial “esta doctrina médica tan peli-

grosa, esta dañosa innovación” que, por su propio bien, debe la sociedad rechazar y estigmatizar. Ciertamente es que en ocasiones se ha alegado muy injustamente la locura moral para sustraer a la justicia un criminal abominable; pero ninguno de entre los que han hecho acerca de la insensatez estudios prácticos, puede poner en duda la existencia de esta forma de enajenación mental.

[...]

A despecho de los juicios contrarios, es un cierto desorden del espíritu, sin delirio, sin ilusiones, sin alucinaciones, y cuyos síntomas consisten principalmente en la perversión de las facultades mentales llamadas comúnmente afectivas y morales; los sentimientos, las afecciones, los pensamientos, el carácter, las costumbres y la conducta. La vida afectiva del individuo se halla profundamente alterada, y esta alteración se muestra en su manera de sentir, de querer y de obrar. Carece de verdadero sentido moral; todos los pensamientos, todos los deseos a los cuales cede sin resistencia, son egoístas; su conducta parece gobernada por motivos inmorales en los que se complace y a los que cede sin la menor señal aparente de resistencia. Hay en él una insensibilidad moral pasmosa. La inteligencia es sutil a menudo; está, sin duda, viciada por los sentimientos mórbidos, bajo cuya influencia el individuo piensa y obra; pero no está turbada en modo alguno.

[...]

Los recursos de su ingenio parecen a veces mayores que si estuviese totalmente sensato; todas sus facultades intelectuales, todas sus sutilezas, las aplica a justificar y satisfacer sus egoístas deseos.

[...]

Es imposible hacerle reconocer las faltas que niega con persistencia, y que excusa y justifica; no manifiesta ningún sincero deseo de portarse de mejor modo; su naturaleza afectiva está profundamente alterada.

[...]

... y no despliega sino pensamientos pervertidos cuyas tendencias abocan en la destrucción. Esta enajenación de sus pensamientos denota una enajenación real de su naturaleza.

[...]

El acto vicioso o el crimen no es en él una sola prueba de locura; para que haya locura moral, es preciso que de este acto se pueda remontar hasta una enfermedad por un encadenamiento de síntomas especiales y la prueba de la enfermedad se encontrará entonces en la historia completa del caso en cuestión.

He aquí lo que se descubrirá más comúnmente. Tras una fuerte sacudida moral, o una alteración física profunda, el sujeto que tenía predisposición hereditaria a la locura experimenta un cambio marcado de carácter. No

es el mismo hombre, sus sentimientos, sus costumbres, su conducta, todo es diferente... por el concurso de las causas predisponentes y determinantes habitualmente productoras de locura, el individuo presenta síntomas que contrastan extrañamente con su carácter anterior y que son exactamente los de la locura moral, o bien se sabrá que ha tenido un ataque de parálisis o epilepsia, o una fiebre muy fuerte, y que el cambio de carácter y los signos de enajenación moral han sido consecutivos a las causas físicas. En todo caso, como lo ha notado el Dr. Prichard, que ha sido el primero en describir esta afección, ha habido alteración en el carácter y en las costumbres, inmediatamente después de la enfermedad o de causa suficiente de enfermedad (*).

Quizás la mejor prueba de que la locura moral es, por naturaleza, una afección del cerebro consiste en que sus síntomas preceden a veces durante algún tiempo a los de la enajenación intelectual... No solamente puede la enajenación moral preceder en algún tiempo la intelectual y constituir la enfermedad sola, sino que la acompaña constantemente.

[...]

No se debe esperar que la ciencia médica, por no irritar el alma de los magistrados, disocie los fenómenos morales de los intelectuales en un caso patente de locura, y porque aquellos tengan todo el aire de vicios consienta en no ver sino vicios mientras vea únicamente la enfermedad en estos casos. La medicina no encontrará nunca justo que se acuse un hombre porque piensa y razona en loco, y castigarle porque sienta y obre en loco, por más que sus actos no sean el producto franco y directo de la locura intelectual.

[...]

¿Puede dudarse que la locura moral sea una forma de alienación tan auténtica como no importa que otra forma de alienación mental? Si la ley no puede ajustar la medida de sus penas al grado positivo y real de la responsabilidad, y debe tener el interés social en tal estima que le impida ocuparse del individuo, no es esta razón para cerrar los ojos a la evidencia; nuestro deber es poner los hechos a la luz y tomar nota, en la firme seguridad de que un día vendrá en que los hombres sepan aprender más cuerdamente su valor.

CAPÍTULO VI

De la Locura Parcial (Continuación) Locura Parcial Intelectual o Locura de las Ideas

Admitiendo la existencia de la locura impulsiva simple, debe reconocerse que muy a menudo un profundo examen médico descubre, además de la impulsión enfermiza, síntomas de enajenación, ya anteriores, ya

concomitantes, tales como depresión melancólica pronunciada, sospechas desrazonables o delirio positivo.

La manía suicida u homicida sobreviene durante el curso de la depresión melancólica. Una madre, extenuada por inquietud y falta de salud, cae en el embotamiento y el estupor, imagina que su alma está perdida o bien que su familia va a caer en la miseria y, un día, en un paroxismo de desesperación, mata a sus hijos para librarlos de la miseria... Bajo la influencia de una depresión parecida, y de análogo delirio, un marido mata a su mujer.

[...]

Cuando se tratan los casos de locura registrados por la ciencia, se ve que en muchos de entre ellos había delirio de las persecuciones, al mismo tiempo que depresión melancólica. El asesino ha creído que se trataba de insultarlo, de vilipendiarlo, de oprimirlo, de emponzoñarlo, de privarlo de la salud o de la fortuna, y ha obrado bajo el imperio de esta idea.

[...]

Si se quiere tener un juicio correcto sobre un caso cualquiera de esta especie, es preciso estar convencido de que una impulsión a la violencia en un espíritu no enteramente sano, puede cesar por momentos de ser dominante.

[...]

Consideremos desde luego que la venganza de un loco por una injuria imaginaria es, verdaderamente, una pasión originada por la enfermedad misma, el producto directo del delirio, y que el acto mediante el cual se satisface, no es sino el producto indirecto. Lo que precisamente se pide al loco es que gobierne una pasión engendrada por creencias enfermizas, respecto de las cuales no tiene poder alguno. Es imposible dividir la personalidad en dos partes distintas; la una, esclava de una idea enferma, es por lo tanto irresponsable; la otra, que permanece dueña de sí misma, es responsable. Esta teoría dualista es de lo más extraordinaria cuando se piensa que se aplica a la voluntad y a la libertad moral; es decir, lo que constituye en su más alto grado la individualidad humana.

[...]

El solo hecho de que el delirio persiste en el espíritu, demuestra suficientemente que el individuo no puede razonar con cordura; razona locamente, siente locamente, y tarde o temprano obrará locamente. Su punto de partida no es la razón, sino la enfermedad; esta se arraiga y desenvuelve en el espíritu como un cáncer o un tumor mórbido se arraiga y desenvuelve en el cuerpo...

[...]

... el delirio es psicológicamente inexplicable; pero tiene su fundamento en la inexorable lógica de la patología, y persiste pervirtiendo en su provecho y por su propia conservación el razonamiento que debía hacerle imposible su existencia.

[...]

Nuestra investigación no debe seguir otra vía que la inductiva. Declarar a un loco responsable de lo que piensa y hace a consecuencia de su locura, sería tan justo como declarar responsable de la persistencia de su delirio, a pesar de los incontrastables testimonios que lo contradicen.

[...]

La doctrina generalmente admitida por los médicos, y formulada como una deducción de la observación práctica de la locura, es que lo que se llama monomanía o, como dicen los juristas ingleses, la locura parcial, el delirio parcial, excluye la idea de criminalidad; dispensa a la persona afectada la responsabilidad de sus actos, bien sean estos el resultado del delirio, bien no lo sean.

[...]

La doctrina médica según la cual la monomanía excluye toda responsabilidad se basa en estas tres consideraciones:

Primera. El delirio puede estar oculto; por consecuencia, puede ser imposible evidenciarlo, aunque positivamente exista y tenga influenciada la conducta.

Segunda. Es imposible seguir las operaciones de un espíritu enfermo, y distinguir entre lo que, en el acto, pertenece a la salud y lo que pertenece a la enfermedad...

Tercera. Es imposible detener el delirio, e impedir que, contagiado de su naturaleza, se extienda. En efecto, es seguro que, en la monomanía, el desorden no se halla limitado a una idea delirante, sino que el resto del espíritu se encuentra en un estado más o menos marcado de enajenación moral o afectiva; en un estado, por consecuencia, en que las locas impulsiones a la violencia deben producirse irremediabilmente.

Todo esto, en suma, se resume diciendo que, en la llamada monomanía, la enajenación mental es mucho más profunda y extendida que lo que se supone, y que es imposible, en la apreciación de las causas de un acto particular, aislar la operación de la locura parcial de modo que se pueda suponer que el crimen no se le relaciona en poco ni en mucho.

[...]

Ciertamente es excesiva pretensión, cuando existen dos síntomas de la enfermedad, el delirio y el acto criminal, exigir la prueba de que el uno es causa del otro y querer por fuerza que los efectos de una causa común sean el uno por relación al otro causa y efecto.

De las profundidades del desorden de los sentimientos en que el delirio tiene sus raíces, puede surgir en cualquier momento una impulsión completamente independiente del delirio, pero engendrada, como él, por la enfermedad.

He aquí lo concerniente a esa variedad de locura homicida en la que existe un delirio distinto, y en la que el homicidio no se relaciona evidentemente con el delirio.

CAPÍTULO VII

De la Locura Epiléptica

Cuando se comete un asesinato sin motivo aparente y por causa inexplicable, puede descubrir la instrucción judicial que el autor del crimen se hallaba afectado de epilepsia, surgiendo entonces la grave cuestión de decidir en qué medida la existencia de este mal afecta la responsabilidad del asesino... uno de los más incontestables efectos de la epilepsia, es producir, en ciertos casos, una enajenación mental de especie furiosa y, cuando más próximo se halla el momento del acceso, más motivos hay para sospechar que el espíritu se encuentra alterado.

[...]

En razón de su violencia y de su carácter destructivo, esta forma de locura es muy peligrosa. El paciente, en efecto, en un estado de irritación frenética, sin conciencia de lo que hace, y probablemente presa de espantosas alucinaciones de los sentidos, se abandona a actos destructores de la mayor violencia, ya contra las personas, ya contra las cosas. Después de haber durado esta exaltación varios días o solamente algunas horas o minutos, declina inmediatamente, y el individuo torna a ser cuerdo. Sí, en su furor, hirió o mató a alguien, solamente entonces es cuando tiene conciencia de lo hecho.

[...]

Otra forma de la locura epiléptica a menudo acompañada de homicidio es la epilepsia larvada, en la cual la manía transitoria toma el sitio de las convulsiones habituales. En vez de afectar los centros motores y manifestarse por un ataque de convulsiones la acción mórbida se dirige a los centros psíquicos y se traduce por una explosión de furor o manía que es, por decirlo así, una epilepsia del espíritu. Muchos casos de la llamada manía transitoria no son realmente otra cosa que casos de epilepsia mental.

[...]

Otra forma de desorden mental relacionado a la epilepsia, y que da lugar a veces al furor homicida, es el que se observa de tiempo en tiempo antes de declararse el acceso... Su irritabilidad es excesiva, y se abandonan por la más pequeña causa a una violencia

que nada apacigua... por lo que son sumamente peligrosos si no se cuida de dejarlos tranquilos. A este estado de perversión moral se añaden, aunque no siempre, las sospechas, el delirio de las persecuciones, y las alucinaciones más vivas... A la hora señalada sobreviene el acceso epiléptico; se disipan las tumultuosas nubes que llenan el espíritu, se borran sus sospechas, desaparece el delirio, y después de un corto período de estupor y confusión de ideas, el enfermo recobra su dulzura y docilidad habituales...

[...]

Nótese que la locura epiléptica, manifestada principalmente por la irritabilidad, la morosidad, la perversión del carácter, con paroxismos periódicos de exaltación durante los cuales se cometen actos depravados o criminales, puede producirse por intervalos más o menos regulares antes que se declare con un acceso de epilepsia propiamente dicha ... Morel ha hecho notar que ciertos casos de manía homicida y suicida son positivamente casos de esta especie...

CAPÍTULO VIII

De la Demencia Senil

La declinación natural de las facultades mentales, que comúnmente se acompaña en mayor o menor grado de la declinación del vigor físico amenazado por la edad, debe distinguirse de esta otra disminución más grande de las fuerzas del espíritu conocida bajo el nombre de demencia senil, aunque entre la decadencia menor que caracteriza al primero de estos estados, y la extrema degradación que se observa en el segundo, hay numerosos grados intermedios.

[...]

Ha medida que las cosas empeoran, y que, poco a poco, la decadencia continúa su obra destructora, la memoria y la facultad de percepción disminuyen de más en más; el individuo desconoce a los que le rodean; olvida las cosas no bien las ve; el pasado no es sino un recuerdo incoherente; los objetos y las personas se entremezclan confusamente; su conversación se compone de frases sin ilación y chocheos extrañas; ignora donde se encuentra; los días, las horas, no existen para él; se levanta durante la noche pretendiendo que es de día... es posible que tenga delirios y momentos exaltados; tiene miedo de que se le haga daño, se le robe, se le arruine o se le mate; no duerme, no cesa de quejarse y de llorar...

[...]

En este estado de decadencia mental, un hombre puede perder hasta la conciencia de identidad de su persona, y sería de desear que los metafísicos que hacen de la unidad del yo un argumento irresistible y

a cada instante se engríen en sus sistemas, quisiesen explicar, según su teoría, los fenómenos de esta confusión de identidad... Para el fisiólogo, que ve simplemente en la unidad del yo el pleno y armónico juego de las diversas partes de la organización mental, no extraña que, habiendo destruido la acción degradante de la caducidad los centros intelectuales y el encadenamiento de las ideas, se interrumpa la armonía de la función, y se destrozé la unidad de la conciencia; lo contrario sería lo extraño para el fisiólogo.

----- o -----

(*) N. del E.: J. C. Prichard, introdujo en su obra de 1835 (*Treatise on Insanity and Other Disorders Affecting the Mind*) una descripción clínica, la *moral insanity* (locura moral), con la que captura la esencia de la personalidad psicopática y constituye un antecedente fundamental a la moderna definición médica del psicópata. Para Prichard, el término moral significaba emocional y psicológico, y no significaba lo opuesto de

inmoral. Su concepto de locura moral aludía a "...una enfermedad, consistente de una perversión mórbida de los sentimientos naturales, de los afectos, las inclinaciones, el temperamento, los hábitos, las disposiciones morales y los impulsos naturales, sin que aparezca ningún trastorno o defecto destacable en la inteligencia, o en las facultades de conocer o razonar, y particularmente sin la presencia de ilusiones anómalas o alucinaciones" (p. 135) [...] "Hay una forma de perturbación mental en la que no aparece que exista lesión alguna o al menos significativa en el funcionamiento intelectual, y cuya patología se manifiesta principal o exclusivamente en el ámbito de los sentimientos, temperamento o hábitos. En casos de esta naturaleza los principios morales o activos de la mente están extrañamente pervertidos o depravados; el poder del autogobierno se halla perdido o muy deteriorado, y el individuo es incapaz, no de hablar o de razonar de cualquier cosa que se le proponga, sino de conducirse con decencia y propiedad en los diferentes asuntos de la vida" (p. 85).

CARTA DE LECTORES

Mitología y psicología: el teatro del inconsciente

*Cuando era pequeña, mi primer colegio se llamaba Escola Nausica (1).
En el baño siempre había una botella de Hermés (2) de agua de naranja verde.
Mi primer capricho adolescente fueron unas deportivas Nike (3), con cámara de aire.
El 'boliche' donde más horas he bailado es el Apolo (4) de Barcelona.
La mesa de mi comedor la decora, hoy, un ramo de narcisos (5) amarillos.*

Escribo esto en plena Semana Santa, mientras en España se celebran procesiones en todas las ciudades y por la televisión encadenan Quo Vadis, Ben-Hur y La Pasión de Cristo.

Pero estos personajes protagonistas no nos acompañan en nuestro día a día como sí lo hacen los griegos. ¿A qué me refiero con esto? Un ejemplo: mi instituto, después de la escuela Nausica, se llamaba Escola Sant Gregori (San Gregorio, en catalán), y hace poco ha mutado su nombre por Bellesguard-Galí, cambiando la referencia al santoral cristiano para mencionar el sugerente nombre de la calle (bellavista en catalán, por el panorama que ofrece sobre la ciudad de Barcelona) y al pedagogo fundador. Parece que en los tiempos de la productividad, el desarrollo personal y los compromisos fugaces, los santos gozan de poca popularidad. Y es que seguir siendo útil y relevante con la oferta de las redes sociales como competidoras no es fácil para nadie. Pero, entonces, ¿cómo los dioses del Olimpo continúan alrededor nuestro? ¿Es solamente gracias a departamentos de marketing que encuentran en esos personajes los nombres ideales para sus productos?

Para empezar a responder, remontémonos a los orígenes para recordar la función de estas celebra-

des y sus historias. En primer lugar, eran una forma de dotar a las culturas de narrativas para explicar aquellas cosas incomprensibles, y no solo de las cosas más grandilocuentes como el nacimiento de la vida o la existencia del hombre (un génesis bastante común en todas las culturas), sino, por ejemplo, explicar por qué las abejas mueren después de picar (6), algo muy injusto en términos de evolución.

Por otro lado, la segunda función de la mitología era ofrecer modelos de comportamiento.

Aunque lo curioso es que la frontera entre modelos deseables e indeseables, en muchas ocasiones es difusa porque los dioses tienen los mismos defectos que los humanos: son envidiosos, caprichosos y no siempre muy listos. Los griegos crean unos dioses a su imagen y semejanza, dependientes de la adoración, y que no representan el bien o el mal sino más bien un catálogo de situaciones vitales que, según como se resuelven, conllevarán unas consecuencias u otras.

E intentando responder por qué la mitología prevalece entre nosotros, tratemos antes de averiguar cómo llega a nosotros generación tras generación. La mitología clásica nace en Grecia y tras una primera tradición oral que no sabemos cuándo empieza, se deja escrita. Y no por gente cualquiera, sino por grandes poetas. Entre ellos Homero (siglo IX aC), el más conocido.

La mitología es adoptada por los romanos, quienes le cambian los nombres a los héroes y a los dioses. Años más tarde, con la llegada del Cristianismo, el panteón queda un rato en el olvido dando lugar a una época en que la mayoría de la gente es analfabeta y las herejías son perseguidas. Sin embargo, paradójicamente, son los propios monjes quienes se dedican a conservar la narrativa del olimpo copiando antiguos textos paganos a mano para nutrir sus bibliotecas. Y la pregunta es: ¿por qué durante tantos siglos, todo un continente que no comparte esa religión, que quema brujas y financia

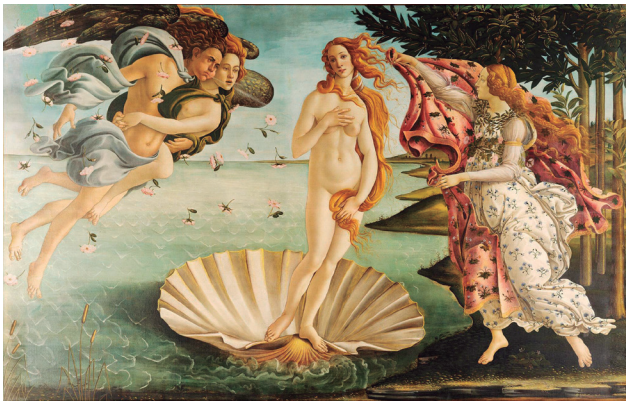


Los narcisos que decoran mi mesa.

la Guerra Santa, se preocupa por reproducir y salvaguardar estas historias? Entendemos que se encuentra en estos mitos algo que merece la pena ser contado: algo propio, universal, algo que nos identifica.

Y entonces llega la edad moderna y los hallaremos en sus libros originales como la *Ilíada*, pero también en pintura (como el *Nacimiento de Venus* que decoró palacios de los Medici), en escultura (Bernini es un gran ejemplo) y en un sinfín de óperas (como *Dido* y *Eneas* de Henry Purcell). La cultura occidental rebosa de mitología clásica.

Por su parte, en el siglo XX y coincidiendo con la deconstrucción de la cultura occidental, estas historias no solamente llegan a nosotros de forma literal, sino muchas veces a través de nuevas disciplinas que reflexionan sobre el individuo en relación consigo



El nacimiento de Venus de Sandro Botticelli, 1485



Apolo y Dafne de Gian Lorenzo Bernini, 1622-1625

mismo y con los demás, entre ellas el psicoanálisis.

Hoy, si escribimos “síndrome de” o “complejo de” en el buscador de Google, lo que sigue son un sinfín de nombres de dioses, héroes o protagonistas de mitos: Cronos, Narciso, Casandra, Electra, y por supuesto, Edipo. Yo supe de la trágica historia del rey de Tebas a través de interesarme por el significado del complejo descrito por Freud, y leí sobre el joven ahogado en el río al hablarme alguien de un amigo catalogado como narcisista.

La cuestión es, ¿por qué tantos síndromes y complejos llevan el nombre de personajes mitológicos? El caso es que una desde una perspectiva freudiana, tal y como explica Richard H. Armstrong en su artículo: *Psychoanalysis: The Wellspring of Myth?*, se podría vincular la experiencia infantil con las narrativas arcaicas (7). Desde esta óptica entendemos a las sociedades antiguas como si fueran la edad infantil de nuestra civilización y eso explica el interés que despierta el mito a pesar de no estar en el mismo contexto religioso o social.

De esta manera podríamos pensar que los mitos son universales dado que construyen un recuerdo sobre nosotros mismos y... ¿quién no se preguntó alguna vez ¿cuál es el recuerdo más antiguo que tengo? ¿Es acaso Edipo rey una historia mitológica o una memoria propia? «El destino de estos personajes nos mueven porque alguna vez fueron el nuestro» (8).

Estas historias mitológicas, por tanto, sacan a la luz nuestro inconsciente— que ya existe en los sueños—, a través de unas vidas adultas que se dejan llevar por impulsos disfrazados de destino y sus fatídicas consecuencias. Identificamos, pues, dos funciones psicológicas en los mitos: la expresión del inconsciente, comunmente reprimido o sancionado socialmente, convirtiéndose en la realidad de los protagonistas; y la de proveer una respuesta social a estas realidades psicológicas, que quedan advertidas y sancionadas. No sorprende, pues, que en el ideal que formula Freud para formar a un analista, enumerara “la historia de la literatura, la historia de las culturas, la mitología y la filosofía de las religiones” (9).

Recapitemos. Hemos pasado por las múltiples formas en las que la mitología se ha colado hasta nuestros días: monjes escribas, pintores renacentistas, directores de marketing, psicoanalistas y compositores han encontrado allí materia prima para sus creaciones.

Y a ti, ¿qué puede enseñarte la mitología? En el pórtico del Templo de Apolo en Delfos había esta inscripción que decía “Conócete a ti mismo”. Es un imperativo interesante: no es una amenaza, no está

prohibiendo nada, no te insta a consumir. Es algo que asume nuestra naturaleza compleja, nuestras contradicciones, nuestra imperfección y deja entrever que cuando antes aprendamos a vivir con ello, mejor.

A modo de anécdota: las cenizas de Freud están guardadas en esta urna que data del año 300 aC, y en que hay representada una escena con Dionisio, el dios del vino. Fue un regalo de la princesa Maria Bonaparte. En la carta de agradecimiento al recibirla, Freud dijo: es una pena no poderse llevar a la tumba. Finalmente, se convirtió en su tumba.



Fuente: X @nissnickmich

Notas

1. Nausica es una princesa que se enamora de Ulises cuando el héroe es arrastrado por el mar hasta su isla.
2. Hermes es uno de los dioses del Olimpo, mensajero de los dioses (de ahí sus sandalias aladas), hijo de Zeus.
3. Nike, divinidad de la victoria, la encontraremos representada con la corona de laurel con la que premia a los ganadores. Es claro por qué la famosa marca de ropa deportiva adopta su nombre.
4. Apolo, dios del sol, de la poesía y de la música. Entendemos que por esto da nombre a una sala de conciertos y fiestas.
5. Narciso pasa su vida junto al río, enamorado de sí mismo y ensimismado con su reflejo en el agua, igual que se inclinan las flores narcisos hacia el agua.
6. La mitología griega nos lo cuenta de la siguiente manera: en el banquete de bodas de Zeus y Hera se organizó un concurso de manjares entre todos los animales del mundo. El premio era que cualquier deseo le sería concedido al ganador. Todos los animales del mundo se pusieron a cocinar sus platos estrella, pero ganó Melisa, una pequeña abeja, que preparó un dedalito de un elixir exquisito, la miel. Zeus queda deleitado y llega el momento del deseo, y Melisa le pide un arma para defenderse de todos los animales que intentan robarle la miel. Le cuesta muchísimo producir esa miel, y la quiere toda para ella. Zeus se ofende, encuentra que es un comportamiento egoísta, pero sabe que no puede faltar a su palabra. Entonces, la premia con un aguijón pero le advierte: cuando lo uses, morirás. En el premio va el castigo.
7. “Freud incluso se refirió al mito como ‘los antiguos sueños de la humanidad juvenil’ [...] La extraña relación entre la experiencia infantil y las narrativas arcaicas explica así el interés apremiante del mito mucho después de que su contenido social y religioso original haya desaparecido”.

Richard H. Armstrong. “Psychoanalysis: The Wellspring of Myth?”. A companion to Greek Mythology. Edited by Ken Dowden and Niall Livingstone: 471-485.

8. Sigmund Freud. “The Standard Edition of the complete Psychological Works of Sigmund Freud”, como se cita en Richard H. Armstrong. “Psychoanalysis: The Wellspring of Myth?”.

9. Sigmund Freud. “Obras completas”, Amorrortu Editores: Tomo XVII p. 170.

Elisenda Muns Tubau

Historiadora del arte

Correspondencia: elisenda.muns@gmail.com

Apuntes sobre la esperanza
(Aproximación neurofenomenológica)

Carlos Rojas Malpica



Universidad Central de Venezuela
Ediciones de la Biblioteca EBUC

LECTURAS

Juan Carlos Stagnaro

Apuntes sobre la esperanza (Aproximación neurofenomenológica)

Carlos Rojas Malpica

Universidad Central de Venezuela, Ediciones de la Biblioteca EBUC. Caracas, 2024

Los “Apuntes...” que aquí presentamos constituyeron el Trabajo de Incorporación como Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela de Carlos Rojas Malpica. El autor, “Maestro de la Psiquiatría Venezolana” como lo han reconocido sus colegas, es médico psiquiatra, doctor en Ciencias Médicas y Profesor Emérito de la Universidad de Carabobo. También es Miembro Correspondiente de la Academia de Historia del Estado de Carabobo, Miembro asociado extranjero de la Société Médico-Psychologique de Francia y Académico Correspondiente Extranjero de la Real Academia Nacional de Medicina de España, entre otros merecidos galardones que jalonan su larga trayectoria como uno de los especialistas más destacados de nuestro continente.

Rojas Malpica, quien nos honra como miembro del Comité Científico de Vertex, en su texto, breve por su característica de discurso de incorporación a la Academia, pero muy amplio por su profundidad conceptual y por la proverbial erudición que ofrece en cada una de sus producciones orales o escritas, pone el foco de atención en un tópico original. En efecto, a partir de una amplia apoyatura bibliográfica examina trabajos filosóficos, fenomenológicos y neurobiológicos sobre diversas vivencias humanas como el amor, la gratitud, el odio, la belleza, el pathos trágico, la angustia, el miedo, la melancolía y otros estados afectivos, pero elige el tema de su ensayo porque constata que hay muy poco dicho sobre la esperanza.

Estos “Apuntes...” revisten una importante singularidad en varios sentidos que trataremos de enumerar, sin por ello otorgar mayor jerarquía a cada uno de ellos ya que cada capítulo se despliega y enlaza con los demás de tal manera que otorga al conjunto múltiples posibilidades de combinación reflexiva.

¿En qué reside dicha singularidad? En primer lugar, por

abordar el tema desde la perspectiva fenomenológica abrevando con enjundia en los aportes de esa corriente del pensamiento psiquiátrico, lamentablemente poco cultivada por las generaciones recientes de nuestros especialistas. En segundo lugar, por el recorrido conceptual desde las raíces de la cultura occidental en una lograda síntesis que ubica al lector en la genealogía del concepto. En tercer lugar por la forma en que va articulando armónicamente nociones y observaciones filosóficas, históricas, clínicas y, en un esfuerzo muy necesario a la luz de las experiencias contemporáneas, también neurobiológicas.

Siguiendo la bonita figura de Gabriel Marcel cuando dice que la esperanza es “la respiración del alma”, Rojas Malpica se referencia a los aportes del biólogo chileno Francisco Varela, creador del término *neurofenomenología*, cuyo objeto de estudio se centra en el meollo de la definición de conciencia, es decir, en palabras de nuestro autor “el polémico tema de la relación entre la experiencia subjetiva y su sustento corporal”.

En ese empeño ubica su aporte “siempre en un plano teórico, pero con rigor hermenéutico y debidamente fundamentado”, porque dice no contar con el soporte financiero ni el aparataje tecnológico necesarios para llevar a cabo experimentos complejos y sofisticados. Sin embargo, sus hipótesis no pierden ni un ápice de valor ya que como él mismo señala: “... la investigación fenomenológica no es exacta ni pretende serlo, aunque no por ello tiene un rango epistemológico menor que la investigación cuantitativa, especialmente en lo referido al mundo vivencial y biográfico”; pero, además, como es sabido, el primer escalón en la investigación cuantitativa siempre parte de una hipótesis y por lo tanto quedará esta propuesta de Rojas Malpica como hito inspirativo para testearla en el laboratorio neurobiológico. Así lo re-

conoce el autor cuando califica su propuesta de un "... ejercicio teórico, como el que hacían los antiguos griegos (Τεωρία), cuando a través de la contemplación intentaban aprehender los procesos lógicos de la naturaleza".

Ya internándose de lleno en el tema Rojas Malpica formula la hipótesis de una neurofenomenología de la esperanza que permitiría discriminar un funcionamiento en tres niveles que, habitualmente, actúan sinérgicamente, aunque en ocasiones pueden tener cierta independencia entre sí. Un primer nivel, supra consciente, propio de la dimensión metafísica o espiritual, vinculado con circuitos asociativos de la corteza cerebral; un segundo, perteneciente al registro del deseo y el eros, que estaría orientado a objetos materiales o sexuales y se correspondería con las vías dopaminérgicas mesolímbicas, y, por fin, un tercer nivel "... misterioso, que se ve al final de la vida, donde la esperanza aparece más cruda, sin vínculos mundanos, [...] que podría estar relacionado con la persistencia de la actividad consciente, probablemente sostenido por las aferencias tálamo corticales".

Este capítulo, central en el ensayo, que resulta tarea imposible de resumir en este breve comentario por su riqueza y complejidad, requiere una detallada lectura que dejamos al lector para su solaz y provecho.

Afirmando que la "esperanza resulta ser un tema de alta importancia en la teoría y práctica médica porque hace parte fundamental de la salud y de la enfermedad", Rojas Malpica dedica el tercer apartado de su obra, intitulado "*Esperanza, Salud y Trastorno Mental*", a la revisión, en profundidad, de la forma en que la esperanza se presenta en su dimensión normal o tejida en diversos trastornos de la nosografía. En este, un capítulo también medular de la obra, se verifica la potencia que otorga a la clínica psiquiátrica propiamente dicha un bagaje proveniente del dominio de las ciencias humanas, ejercicio en el que se destaca el autor.

En el último capítulo de la obra se llega a Conclusiones y Recomendaciones de aplicación, resultantes de todo lo expuesto.

En suma, un escrito imperdible para los clínicos que pueden instruirse en el fino tratamiento de conceptos complejos dichos en una prosa de impecable factura, como la que nos tiene acostumbrados Carlos Rojas Malpica.

La edición en e-book permite una práctica y sencilla difusión y los lectores de esta breve presentación pueden solicitar la obra completa que le será enviada generosamente por el autor solicitándola a la dirección electrónica: carlucho2013@gmail.com