

Primera Encuesta Iberoamericana sobre Violencia durante el Ejercicio de la Profesión Médica (Argentina, Uruguay, Paraguay, España)

Internaciones de larga estancia por motivos de salud mental en un hospital psiquiátrico: tres décadas de transición hacia un modelo comunitario

Clozapina y esquizofrenia resistente: patrones de prescripción en un hospital neuropsiquiátrico de la Ciudad de Buenos Aires

Síndrome de *burnout* en los trabajadores de la salud mental pertenecientes a la Red Provincial Pública en la ciudad de Córdoba, Argentina

Los emergentes de la pandemia de COVID-19 en la Red de Salud Mental de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Déficit en funciones ejecutivas en padres y madres de niños/as con trastorno del espectro autista

Depresión psicótica: una revisión sistemática de su clínica, diagnóstico y tratamiento

Conectoma y depresión: hacia una psiquiatría de precisión basada en redes cerebrales

Trastorno de excoriación: una revisión integral



REDACCIÓN

Director Juan Carlos Stagnaro (Universidad de Buenos Aires).

Sub-directores Martín Nemirovsky (Proyecto Suma).
Martín Agrest (Proyecto Suma).

Directores asociados **América Latina:** Manuel Vilapriño Duprat (Universidad Nacional de Cuyo).
Europa: Dominique Wintrebert (Asociación Mundial de Psicoanálisis, Francia), Martín Reza (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 Barembliet (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. (2026). 37(173): 7-159. 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 Lic. Carolina Pangas - edicion@polemos.com.ar

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

Imágen de tapa: Un faro alto en el campo - de wirestock www.freepik.com

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”), **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); Demián Rodante (Hosp. Neuropsiquiátrico “B. A. Moyano”); 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

Una vez más abordamos en un editorial de Vertex el acuciante tema de la tasa de suicidios en nuestro país, porque el mismo es uno de los problemas de salud pública más complejos y una conducta que, cuando se expande, debe hacer reflexionar sobre el estado general de la sociedad. En Argentina, desde abril de 2023, los intentos de suicidio son registrados obligatoriamente en el Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria (SNVS). Según los criterios que este fija, se define como suicidio todo comportamiento para el que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte, alcance esa conducta un resultado mortal o no.

Entre abril de 2023 y fines de abril de 2025 se notificaron 15.807 casos de suicidio en todo el país, un promedio de 22 episodios por día. Esas cifras han tenido un aumento dramático, ya que, según el último Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) del Ministerio de Salud de la Nación, el crecimiento de notificaciones del fenómeno es sostenido: los casos de suicidio y de intentos de suicidio en Argentina aumentaron un 60 % en 2026.

De acuerdo con el informe, los intentos de suicidio sin resultado mortal alcanzan los 2.501 casos acumulados en 2026, por encima de la mediana histórica del período 2022-2025 (1.550). Por su lado, los suicidios consumados suman 113 casos, casi el doble de la mediana previa (59). En ambos indicadores, el evento se ubica “por encima de lo esperado” tanto en el acumulado anual como en las últimas semanas.

El impacto es particularmente grave entre adolescentes y jóvenes adultos, más del 30 % de los casos se concentra en jóvenes de 15 a 29 años, con tasas de letalidad más alta entre varones, mientras que las mujeres protagonizan mayor cantidad de intentos que no culminaron en la muerte efectiva. En ese último BEN, siguiendo criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se señala que “la conducta suicida constituye una problemática multicausal que involucra aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales” y que su abordaje requiere acciones sostenidas, planificación y una estrategia de prevención.

Más allá de la evidencia de este enfoque antropológico, más comprensivo que la perspectiva clásica de Émile Durkheim —quien explicó el suicidio como un hecho social que se incrementa cuando la ausencia o el debilitamiento de normas, reglas y límites morales en una sociedad dejan a los individuos en un estado de falta de rumbo o anomia, y no como un problema puramente individual, psicológico o biológico—, cabe preguntarse si cuando se vive en un estado de anomia, como él la definía, no se potencian, justamente, los demás componentes de esa ecuación multicausal, particularmente en aquellos más frágiles y/o más predisuestos





EDITORIAL

y vulnerables. Se acepta que el 90 % de las personas que mueren por suicidio presentan una enfermedad o trastorno mental, en especial, esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor o abuso de sustancias. En efecto, la presencia de una condición psiquiátrica multiplica de forma severa el riesgo de conducta autodestructiva, pero la pregunta aquí es ¿cuáles son las condiciones sociales contextuales que pueden precipitarla? Si las cifras epidemiológicas muestran una cierta estabilidad de estos trastornos, el incremento de suicidios ¿no está facilitado por aquellas? Y, además, ¿no se vincula también ese aumento con las causas surgidas de un entorno social adverso que, como demuestran los estudios, son las correspondientes al 10 % restante de los casos de suicidio?

Robert Merton, revisando el concepto de anomia de Durkheim, argumentó que la estructura social de un país opera con dos elementos fundamentales: las metas culturales, o sea, los objetivos que la sociedad enseña que todos deben desear —en nuestra época, de capitalismo deshumanizante, el éxito económico, la riqueza y el estatus— y los caminos institucionales legítimos, legales y aceptados por la sociedad para alcanzar esas metas, es decir, la educación, el esfuerzo, el ahorro y el trabajo duro. Para este autor la anomia ocurre cuando existe una disociación o ruptura entre estas dos variables. La sociedad bombardea a todos los ciudadanos con la obligación de ser ricos (meta), pero la estructura socioeconómica bloquea y limita el acceso a las escuelas de calidad o empleos bien pagados (medios), particularmente para las clases bajas y las minorías. En otras palabras, mientras que Durkheim veía el suicidio anómico como el resultado de una falta general de límites morales, bajo el lente de Merton, el suicidio ocurre cuando la tensión provocada por la ruptura entre las metas culturales de éxito y los medios legítimos (oportunidades) se vuelve psicológicamente insoportable para el individuo.

Por su lado, en los años 90, Robert Agnew, estudiando los fenómenos de la delincuencia y el suicidio los definió, en el fondo, como intentos de adaptarse o resolver un problema cuando no se tienen herramientas adecuadas. Su Teoría General de la Tensión explica el suicidio juvenil no como un acto impulsivo o puramente biológico, sino como la última y más drástica estrategia de escape frente a una acumulación insoportable de tensiones y emociones negativas. El suicidio juvenil se explica, así, como un mecanismo de afrontamiento conductual de escape o evitación extrema. Al carecer de la madurez emocional para procesar el dolor, y al no contar con una red de apoyo que valide sus sentimientos, el ado-





EDITORIAL

lescente percibe que su realidad es un callejón sin salida. Quitarse la vida se convierte, en su mente, en la única forma disponible para apagar de golpe el sufrimiento, la ansiedad crónica y la tristeza profunda que la estructura de su entorno le ha provocado.

Estas breves referencias permiten reflexionar sobre las posibles causas sociales involucradas en esta escandalosa pérdida de vidas jóvenes en nuestro país.

En un contexto pospandemia cuyos efectos sobre los adolescentes fueron traumáticos, en un periodo en el que desde las altas esferas del poder político se derraman discursos de odio; donde las condiciones de entrada en el mercado laboral están precarizadas al máximo, si no imposibilitadas, para muchos jóvenes; en el que se descuida y ataca la formación universitaria y el desarrollo científico; donde escándalos de corrupción estallan en ámbitos que deberían dar el ejemplo de mesura y honestidad; con gente en situación de calle y aumento de las conductas de consumo; en el que la pobreza aflige a amplias capas de la clase media y de los hogares más desfavorecidos; en el que el pleno acceso a la salud es imposible para gran parte de la población; donde se abandona cruelmente a los viejos y se descuida la educación y la alimentación de los niños..., y podría seguirse enumerando calamidades sociales que pesan sobre la existencia cotidiana de los argentinos, ¿cabe preguntarse si la caída en una anomia de masas no está jugando un papel mayúsculo en el aumento de comportamientos autolesivos?

Si la respuesta es afirmativa, entonces la solución del problema va mucho más allá del ámbito sanitario, es política, y su remedio debe pasar, ineludiblemente, por una resuelta decisión de la sociedad y de sus dirigencias en orientar todos los esfuerzos en medidas políticas y económicas que reviertan las causas de fondo de este desolador malestar en nuestra cultura.

Juan Carlos Stagnaro



ÍNDICE

3 Editorial

Artículos

8 Primera Encuesta Iberoamericana sobre Violencia durante el Ejercicio de la Profesión Médica (Argentina, Uruguay, Paraguay, España). *Ignacio Eliff, Andrés Guillermo Bolzán, Carla Eugenia Herrera, María Florencia Innamoratto*

20 Internaciones de larga estancia por motivos de salud mental en un hospital psiquiátrico: tres décadas de transición hacia un modelo comunitario. *Pedro Damían Gargoloff, Iván Omar Moreno Frade, Pedro Rafael Gargoloff, Juana Sofía Valva*

30 Clozapina y esquizofrenia resistente: patrones de prescripción en un hospital neuropsiquiátrico de la Ciudad de Buenos Aires. *Julieta Ramírez, María Delfina Tavella, Adrián Cabrera, Germán Weisbrot, Guillermo J. Hönig, Daniel Martínez, Nora S. Crespi, Ricardo Corral*

38 Síndrome de *burnout* en los trabajadores de la salud mental pertenecientes a la Red Provincial Pública en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Sofía Chiri*

48 Los emergentes de la pandemia de COVID-19 en la Red de Salud Mental de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Ana Alli, Mauro L. Iuvaro, Malena Kiss Rouan*

59 Déficit en funciones ejecutivas en padres y madres de niños/as con trastorno del espectro autista. *Bárbara Alecsiuk, María Fernanda Ríos Pistoia, Esteban Vaucheret Paz*

67 Depresión psicótica: una revisión sistemática de su clínica, diagnóstico y tratamiento. *Micaela Dines, Paloma Bamondez, Delfina Ailán, Silvina Domínguez, Marcelo Cetkovich-Bakmas*

78 Conectoma y depresión: hacia una psiquiatría de precisión basada en redes cerebrales. *María Victoria Majul Conte Grand, Micaela Dines, Adriana V. Bulacia*

88 Trastorno de excoriación: una revisión integral. *Alejo Agranatti, Sergio Ricciardelli, María Lucía Marchese, Martina Victoria Rojas, Daniel Fadel, Melany Oppel*

99 El rescate y la memoria

Ciencia y política en 1956: Primer Congreso Argentino de Psiquiatría. *Juan Carlos Stagnaro*

105 Entrevista

Entrevista al Doctor Juan David Nasio. *Martín Reza*



ÍNDICE

Carta de Lectores

I 13

A propósito del Primer Consenso Argentino sobre el Manejo de la Esquizofrenia: considerando los disensos en relación al tratamiento farmacológico de mantenimiento. *Javier Fabrissin, Nicolás Oliva*

I 15

Respuesta a la carta al Director: "A propósito del Primer Consenso Argentino sobre el Manejo de la Esquizofrenia: considerando los disensos en relación al tratamiento farmacológico de mantenimiento". *Alejo Corrales, Eduardo Leiderman, Tomas Maresca*

I 20

Internaciones involuntarias: es hora de construir el consenso. *Ezequiel Mercurio*

Lecturas

I 22

Internaciones por Salud Mental en hospitales generales: Experiencias en Argentina a 35 años de la Declaración de Caracas. *Sara Ardila-Gómez y Melina Rosales, compiladoras*



Primera Encuesta Iberoamericana sobre Violencia durante el Ejercicio de la Profesión Médica (Argentina, Uruguay, Paraguay, España)

First Ibero-American survey on violence during the practice of the medical profession (Argentina, Uruguay, Paraguay, Spain)

Ignacio Eliff¹, Andrés Guillermo Bolzán², Carla Eugenia Herrera³, María Florencia Innamoratto⁴

<https://doi.org/10.53680/vertex.v37i173.1060>

Resumen

Introducción: si bien la violencia laboral afecta prácticamente a todos los sectores y categorías de trabajadores, las personas que trabajan en organizaciones de salud y de asistencia social son las más afectadas en todo el mundo. El objetivo del presente estudio fue identificar la incidencia de violencia en el ejercicio de la medicina durante el año 2024 en cuatro países participantes (España, Argentina, Uruguay y Paraguay), así como identificar los posibles condicionantes. **Método:** muestra no probabilística, mediante encuesta autoadministrada y anónima. **Resultados:** participaron 1.920 médicos. El 53 % experimentó violencia durante el último año. Hubo casi un 10 % más de mujeres jóvenes con episodios de violencia. La violencia verbal ocupó el 68 % de los casos y la física el 7 %. Se identificaron algunas asociaciones estadísticamente significativas entre la percepción del médico sobre aspectos generales de la profesión y la incidencia de hechos de violencia. Solo el 7 % de ellos inició acciones legales luego del episodio. El 37 % modificó su forma habitual en la relación con los pacientes, reduciendo el contacto. **Discusión:** el estudio aportó conocimiento actualizado sobre esta problemática en cuatro países de habla hispana mostrando concordancias y diferencias. La violencia y acoso ejercido sobre el médico en el lugar de trabajo no solo afecta a las víctimas sino a la propia organización.

Palabras clave: violencia laboral, ejercicio de la medicina, organizaciones de salud

Abstract

Introduction: Although workplace violence affects virtually all sectors and categories of workers, those working in healthcare and social care organizations are the most affected worldwide. The objective of this study was to identify the incidence of violence in the practice of medicine in four participating countries (Spain, Argentina, Uruguay, and Paraguay) during the year 2024, as well as to identify possible contributing factors. **Methods:** The sample was non-probabilistic, using a self-administered and anonymous survey. **Results:** A total of 1,920 physicians participated, and 53% experienced violence during the past year. There were almost 10% more young women with episodes of violence. Verbal violence accounted for 68% of cases and physical violence totaled 7%. Some statistically significant associations were identified

RECIBIDO 16/7/2025 - ACEPTADO 15/9/2025

¹ Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires; Secretaría de Acción Social y Derechos Humanos; Buenos Aires, Argentina.

<https://orcid.org/0009-0008-1683-2609>

² Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires; Programa de Violencia Sanitaria; Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-7562-7658>

³ Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires; Programa de Violencia Sanitaria; Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0008-5066-4098>

⁴ Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires; Programa de Violencia Sanitaria; Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0003-5783-1454>

Autor correspondiente:

Andrés G. Bolzán

andresguillermobolzan@gmail.com

Institución en la que se realizó la investigación: Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA).



between physicians' perceptions of general aspects of the profession and the incidence of acts of violence. Only 7% of them initiated legal action after the episode. Importantly, 37% modified their usual way of relating to patients (such as reducing contact). Discussion: The study provided updated information on this issue in four spanish-speaking countries, revealing similarities and differences. Violence and harassment against physicians in the workplace not only affects the victims but also the organization itself.

Keywords: workplace violence, medical practice, healthcare organizations

Introducción

Si bien la violencia laboral afecta prácticamente a todos los sectores y categorías de trabajadores, los médicos y las personas que trabajan en organizaciones de salud y de asistencia social son las más afectadas en todo el mundo (Occupational Safety and Health Administration, 2004). Es importante señalar que la violencia y acoso en el lugar de trabajo no solo afecta emocionalmente a las víctimas sino a la propia organización, ya que puede traer aparejado el aumento del ausentismo laboral, una mayor rotación del personal, costos de contratación, incorporación y formación, así como la desmotivación y la disminución de la productividad. El Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional de los Estados Unidos, por su parte, define a la violencia en el trabajo como “actos violentos (incluyendo agresiones físicas y amenazas de agresiones) dirigidas contra las personas en el trabajo o cuando están cumpliendo con sus obligaciones” (Occupational Safety and Health Administration, 2015). La inclusión en la definición de las amenazas verbales o conductas amenazantes intenta promover una denuncia más frecuente de este tipo de hechos.

En España el Observatorio Nacional de agresiones de la Organización Médica Colegial (OMC) registró en el año 2024 un total de 847 agresiones comunicadas a los colegios de médicos, el dato más alto desde 2010 (Organización Médica Colegial, 2024). En Uruguay, el Colegio de Médicos (Colegio Médico de Uruguay, 2025) destaca en su portal los hechos recientes de violencia en varias localidades, contando con antecedentes publicados más de una década atrás (Stolovas et al., 2011). En Paraguay los médicos residentes atribuyen en más del 90 % la experiencia de violencia durante su atención, no sólo por parte de los pacientes sino también de formadores o jefes de residencias (Real Delor & Saucedo, 2023). En Argentina, la misma Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires ha llevado a cabo varios relevamientos a lo largo de la última década, con incidencias que se acercan al 50 % (FEMEBA, 2025).

El sector de la salud registra una cuarta parte del total de la violencia que tiene lugar en el ámbito laboral en todo el mundo (OIT, 2021) y afecta a casi la mitad de los trabajadores del ámbito de la salud (Di Martino, 2002). La Organización Mundial de Trabajo (OIT) define a la violencia en el trabajo como “Toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma”. La Federación Médica en la Provincia de Buenos Aires (Argentina) tiene un observatorio donde se brinda asistencia al médico que ha experimentado un hecho de violencia y asimismo realiza relevamientos bianuales. La primera edición de la encuesta se realizó en el año 2016 con el objetivo de establecer la prevalencia de vida, esto es, si alguna vez el médico había experimentado uno o más episodios de violencia. Esta medición arrojó el 57,8 %. En tanto, las ediciones posteriores evaluaron incidencia de episodios de violencia durante el último año de ejercicio de la profesión. La segunda edición de 2018 midió una incidencia del 35,9 %, la Edición del año 2020 en pandemia reflejó una reducción al 27,5 % y la del año 2022, post pandemia volvió a mostrar con 35,1 % la misma medición pre pandemia. La quinta edición que presentamos aquí se llevó a cabo en el año 2024 participando además el Círculo Paraguayo de Médicos, el Sindicato Médico de Uruguay, la Asociación de Médicos Titulados de Madrid, conformando así la primera encuesta iberoamericana sobre violencia durante el ejercicio de la medicina para el ámbito de Argentina. El objetivo del presente estudio fue identificar la incidencia de violencia en el ejercicio de la medicina en los cuatro países participantes durante el año 2024, así como identificar los posibles condicionantes.

Materiales y métodos

Se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia de médicos, convocados a partir de los padrones profesionales de los respectivos Círculos Médicos

de cada país. Cada entidad habilitó el formulario de la encuesta durante un período inicial de 15 días, seguido de otros 15 días de monitoreo del proceso. La meta inicial fue que al menos el 10 % del padrón de médicos respondiera el formulario en una ventana temporal de 15 días con monitoreo posterior y recordatorio. Asimismo, que el perfil de la muestra no estuviera sesgado respecto de la edad y sexo del padrón de forma de asegurar que las respuestas no estuvieran condicionadas por género ni experiencia de vida. La encuesta fue anónima, voluntaria y sin identificación alguna por parte del médico con ingreso a través de portal web. Las variables analizadas incluyeron las siguientes dimensiones: 1. Datos sociodemográficos básicos; 2. Experiencia en el ejercicio de la medicina; 3. Percepción de satisfacción con la profesión; 4. Caracterización del lugar de trabajo; 5. Percepción sobre la relación médico-paciente; 6. Experiencia con situaciones de violencia en el último año; 7. Secuelas de la experiencia; 8. Opinión sobre las medidas de prevención. Asimismo,

se procedió a calcular el riesgo relativo simple mediante la estimación del RR y su intervalo de confianza del 95 % para el evento haber sufrido violencia (sí/no) y las percepciones del médico.

Resultados

Perfil de los médicos participantes

Se incluyeron 1.920 médicos de los cuatro países, de los cuales el 61 % eran mujeres (*ver Tabla 1*). Según su proveniencia, 1.105 fueron de Argentina (57,6 %), 476 de España (24,8 %) 144 de Paraguay (7,5 %) y 195 de Uruguay (10,2 %). Siendo en esta edición FEMEB de Argentina anfitriona del sitio de la encuesta, tuvo una participación mayoritaria, ya que fue también su quinta edición consecutiva. La muestra representó el 10,2 % del padrón de médicos; el 61 % de los participantes fueron mujeres y el grupo etario predominante fue el de 45 a 64 años (57 %). La distribución de la muestra por edad y sexo fue similar a la observada en el padrón, con una diferencia de hasta el 4 % en la distribución por

Tabla 1. Población de médicos participantes de la encuesta Iberoamericana. Características generales por país (N= 1.920)

		PAÍS DE RESIDENCIA											
		ARGENTINA			ESPAÑA			PARAGUAY			URUGUAY		
		Sin dato	Sexo		Sin dato	Sexo		Sin dato	Sexo		Sin dato	Sexo	
			M	F		M	F		M	F		M	F
Edad	Sin dato	2	18	10	0	0	7	0	2	3	0	1	1
	<35	0	9	22	0	9	37	0	0	8	0	4	28
	35 a 44	1	69	139	0	25	79	0	25	40	0	8	46
	45 a 64	4	287	308	3	66	239	1	27	28	1	20	80
	65 y más	2	162	72	0	5	6	1	5	4	0	1	5
Años de profesión	Sin dato	5	5	3	1	1	2	2	1	0	0	0	2
	Menos de 10 años	0	17	36	0	12	41	0	3	13	0	6	41
	Entre 10 y 15 años	1	63	104	0	14	51	0	20	27	0	5	34
	Entre 16 y 20 años	0	39	80	0	13	44	0	13	18	0	6	26
	Entre 21 y 30 años	0	155	171	2	34	147	0	13	14	0	10	34
	Más de 30 años	3	266	157	0	31	83	0	9	11	1	7	23
Realiza guardias	No	5	295	276	0	50	256	1	30	28	0	9	44
	Si	4	248	273	3	55	111	1	29	55	1	25	116
	Total	9	545	551	3	105	368	2	59	83	1	34	160
Total por país		1.105			476			144			195		

edad. Hubo diferencias entre los países en este sentido. En Uruguay y España se observó una mayor proporción de mujeres, mientras que en Argentina y Paraguay la distribución por sexo fue similar. Paraguay presentó la muestra más joven, con un 53 % de participantes menores de 45 años, seguido por Uruguay (45 %), España (32 %) y Argentina (22 %).

Experiencia en el ejercicio de la medicina

Globalmente, el 61 % de los participantes tenía más de 20 años de ejercicio profesional proporción que fue del 69 % en Argentina, 63 % en España, 39 % en Uruguay y 33 % en Paraguay. El 48 % de los médicos realizaba guardias, aunque esta proporción mostró diferencias importantes entre los países: fue mayor

Tabla 2. Percepciones emocionales de los médicos. Distribución por países. Encuesta Iberoamericana sobre violencia externa

	ARGENTINA		ESPAÑA		PARAGUAY		URUGUAY		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Se considera estresado									
Sin dato	4		0						4
Nunca	31	2,8 %	4	0,8 %	3	2,1 %	1	0,5 %	39
Rara vez	134	12,1 %	33	6,9 %	15	10,4 %	9	4,6 %	191
Algunas veces	679	61,4 %	286	60,1 %	84	58,3 %	132	67,7 %	1.181
Siempre	257	23,3 %	153	32,1 %	42	29,2 %	53	27,2 %	505
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.920
Se siente presionado por los pacientes									
Sin dato	0		1		0		0		7
Nunca	112	10,1 %	2	0,4 %	11	7,6 %	4	2,1 %	129
Rara vez	314	28,4 %	68	14,3 %	25	17,4 %	39	20,0 %	446
Algunas veces	574	51,9 %	350	73,5 %	74	51,4 %	126	64,6 %	1.124
Siempre	99	9,0 %	55	11,6 %	34	23,6 %	26	13,3 %	214
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.920
Se siente emocionalmente agotado									
Sin dato	2		1		0		0		3
Nunca	81	7,3 %	2	0,4 %	9	6,3 %	6	3,1 %	98
Rara vez	210	19,0 %	57	12,0 %	19	13,2 %	31	15,9 %	317
Algunas veces	669	60,5 %	314	66,0 %	86	59,7 %	119	61,0 %	1.188
Siempre	143	12,9 %	102	21,4 %	30	20,8 %	39	20,0 %	314
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.920
Cree que ha perdido el entusiasmo por la profesión									
Sin dato	3		0		0		1		4
Nunca	213	19,3 %	11	2,3 %	22	15,3 %	28	14,4 %	274
Rara vez	199	18,0 %	66	13,9 %	25	17,4 %	38	19,5 %	328
Algunas veces	581	52,6 %	269	56,5 %	86	59,7 %	107	54,9 %	1.043
Siempre	109	9,9 %	130	27,3 %	11	7,6 %	21	10,8 %	271
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.920
Considera que estar expuesto a violencia es normal									
Sin dato	0	0,0 %	3	0,6 %	0	0,0 %	1	0,5 %	11
No	656	59,4 %	253	53,2 %	85	59,0 %	83	43,2 %	1.077
Sí	442	40,0 %	220	46,2 %	59	41,0 %	111	57,8 %	832
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	192	100,0 %	1.920

en Uruguay (73 %) y menor en España (36 %). Entre quienes realizaban guardias, el 57 % hacía guardias activas, el 23 % pasivas y el 20 % combinaba ambas modalidades. La mayor proporción de guardias activas se observó en España (76,3 %) y Uruguay (74,6 %), mientras que las guardias pasivas fueron más frecuentes en Argentina (32 %).

Percepción de satisfacción con la profesión

El 32 % de los médicos participantes afirmaron que en la profesión no estaban satisfechos y de ellos el 10 % decididamente se ubicó en el extremo de insatisfacción (ver Tabla 2). Aproximadamente, el 70 % restante se reconoció como satisfecho con su profesión. No hubo mayores diferencias entre los países en el porcentaje de médicos que manifestaron estar satisfechos, alrededor del 50 %. En tanto, aquellos que reportaron estar muy satisfechos con el ejercicio de la medicina representaron una mayor proporción en Paraguay (20 %) y Argentina (19 %), seguidos por Uruguay (15 %) y España (5 %). En el otro extremo, los mayores porcentajes de médicos que se percibieron muy insatisfechos se observaron en España (7 %), Argentina (4 %) y Uruguay y Paraguay (3 %). Cuando se interrogó acerca del ambiente laboral, el 66 % se ubicó en el sector positivo, entre satisfecho (53 %) y muy satisfecho (13 %). Sin embargo, el 33 % manifestó poca o ninguna satisfacción con el ambiente de trabajo, es decir, un tercio de los médicos. En cuanto a los honorarios percibidos, predominó claramente el sector de poca o ninguna satisfacción, que alcanzó el 77 %.

Caracterización del lugar de trabajo

En la tabla 3 se muestra la distribución acerca del espacio para la atención, la restricción de la circulación entre el público y el personal, la existencia de sistemas de seguridad y, finalmente, la perspectiva y el tratamiento del establecimiento sobre la problemática de la violencia contra los médicos. La variación entre países fue importante: el rango de inadecuación del espacio varió entre el 24 % y el 45 %, con un porcentaje global del 31,2 %. Los accesos limitados al público estuvieron presentes en el 40,5 %, en tanto que, según los países, entre el 48 % y el 66 % indicaron la ausencia de circulación diferencial entre pacientes y médicos. El 47,7 % de los profesionales refirió que no hay sistema de vigilancia en los lugares de trabajo. El 60,8 % afirmó que los lugares de trabajo no cuentan con seguridad, pero al observar por países la variación es del 100 %. En cuanto al adiestramiento, el 59,6 % de los profesionales manifestó que no tuvo ninguna preparación sobre cómo

comunicar a los pacientes una noticia o resultado no esperado y el 69,5 % tampoco sobre el manejo de situaciones conflictivas. Cuando se preguntó acerca del estilo de la Dirección Médica, resultó que el 58,1 % la distribuyó entre desorganizada y autoritaria. En tanto, al analizar por países, la variación resulta importante.

Percepción sobre la relación médico-paciente

En este apartado se interrogó a los profesionales acerca de su percepción sobre el ejercicio de la profesión en términos amplios, incluyendo el estrés, la presión asociada a la atención de pacientes y el agotamiento emocional. El 26,4 % de los médicos manifestó sentirse “siempre” estresado y, si se suman quienes refirieron estar “eventualmente” estresados, el porcentaje alcanza aproximadamente al 88 %. Aunque la percepción de estrés constante no fue la más habitual, entre el 23 % y el 32 % de los médicos de los distintos países manifestaron encontrarse siempre en esa situación. El 11 % refirió sentirse siempre presionado durante la atención de los pacientes. Por otra parte, el 16 % de los profesionales manifestó sentirse emocionalmente agotado, con importantes variaciones entre países. Cuando se les preguntó si consideraban normal estar expuestos a situaciones de violencia, el 40,3 % respondió afirmativamente (ver Tabla 3).

Experiencia con situaciones de violencia durante el último año

En total 1.005 médicos sufrieron violencia durante el último año, esto es el 53 % de la muestra. La mayor incidencia se observó en Uruguay y la más baja en Argentina. Entre el 66 % y el 78 %, además, tuvieron que pasar por más de un episodio de violencia. El lugar donde mayormente se verificaron los episodios de violencia fue en los hospitales públicos. Cuando se analizó la percepción de la relación médico-paciente y la experiencia de haber sido violentado, se observó una relación estadística entre ese factor de exposición (el estrés, la presión y la pérdida de entusiasmo) y la incidencia de violencia en el ejercicio profesional. Hubo una clara preponderancia de hechos de violencia contra las mujeres (7 de cada 10 casos). En ambos sexos, el grupo de 45 a 64 años de edad fue donde se observó la mayor frecuencia de violencia: 59 % en los varones y 55 % en las mujeres. Se destaca que el segmento entre 35-44 años de edad registró el 23 % en varones y el 31 % en mujeres. Es decir, hubo casi un 10 % más de mujeres jóvenes que sufrieron episodios de violencia.

La violencia verbal representó el 68 % de los casos y la física el 7 %, con variaciones entre países del 64 %

Tabla 3. Caracterización del lugar de trabajo de los médicos acerca del entorno de ejercicio de la profesión por país y total. Encuesta Iberoamericana sobre violencia externa

En su lugar de trabajo:	ARGENTINA		ESPAÑA		PARAGUAY		URUGUAY		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Hay espacio para la atención sanitaria									
Sin dato	5	0,5 %	2	0,4 %	0	0,0 %	0	0,0 %	7
No	261	23,6 %	182	38,2 %	65	45,1 %	88	45,1 %	596
Sí	839	75,9 %	292	61,3 %	79	54,9 %	107	54,9 %	1.317
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.920
Accesos limitados entre personal y público									
Sin dato	11	1,0 %	1	0,2 %	1	0,7 %	1	0,5 %	14
No	718	65,0 %	240	50,4 %	68	47,2 %	109	55,9 %	1.135
Sí	376	34,0 %	235	49,4 %	75	52,1 %	85	43,6 %	771
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.920
Sistemas de vigilancia									
Sin dato	13	1,2 %	5	1,1 %	1	0,7 %	0	0,0 %	19
No	436	39,5 %	344	72,3 %	58	40,3 %	69	35,4 %	907
Sí	656	59,4 %	127	26,7 %	85	59,0 %	126	64,6 %	994
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.920
Personal de seguridad									
Sin dato	8	0,7 %	4	0,8 %	0	0,0 %	0	0,0 %	12
No	707	64,0 %	289	60,7 %	97	67,4 %	67	34,4 %	1.160
Sí	390	35,3 %	183	38,4 %	47	32,6 %	128	65,6 %	748
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.920
Forma de comunicar a los pacientes									
Sin dato	5	0,5 %	4	0,8 %	1	0,7 %	0	0,0 %	10
No	694	62,8 %	276	58,0 %	96	66,7 %	73	37,4 %	1.139
Si	406	36,7 %	196	41,2 %	47	32,6 %	122	62,6 %	771
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.920
Abordaje de situaciones conflictivas									
Sin dato	8	0,7 %	1	0,2 %	0	0,0 %	1	0,5 %	10
No	774	70,0 %	317	66,6 %	104	72,2 %	133	68,2 %	1.328
Sí	323	29,2 %	158	33,2 %	40	27,8 %	61	31,3 %	582
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.920
El estilo de la Dirección Médica es									
Sin dato	78	7,1 %	37	7,8 %	8	5,6 %	21	10,8 %	144
Autoritario	116	10,5 %	141	29,6 %	31	21,5 %	67	34,4 %	355
Desorganizado	396	35,8 %	158	33,2 %	55	38,2 %	67	34,4 %	676
Participativo	515	46,6 %	140	29,4 %	50	34,7 %	40	20,5 %	745
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.920

Tabla 3. Caracterización del lugar de trabajo de los médicos acerca del entorno de ejercicio de la profesión por país y total. Encuesta Iberoamericana sobre violencia externa (continuación página 12)

Se habló de violencia en las reuniones con jefes									
Sin dato	25	2,3 %	3	0,6 %	1	0,7 %	3	1,5 %	32
Alguna vez	448	40,5 %	168	35,3 %	45	31,3 %	75	38,5 %	736
No lo sé	150	13,6 %	65	13,7 %	19	13,2 %	23	11,8 %	257
No, nunca	352	31,9 %	231	48,5 %	67	46,5 %	83	42,6 %	733
Sí, frecuentemente	130	11,8 %	9	1,9 %	12	8,3 %	11	5,6 %	162
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.920

al 72 % para la primera y del 6,1 % al 8,1 % para la segunda. El uso de redes sociales contra el accionar médico llegó al 12 %, con mayor frecuencia en Argentina y menor en España. La violencia no fue ejercida exclusivamente por un paciente o familiar: en el 26 % de los casos se registró la participación de un grupo de personas en la agresión contra el médico. Este porcentaje varió entre el 15 % y el 32 %.

Los horarios de ocurrencia se relacionaron con aquellos de mayor actividad con pacientes; más del 80 % de los episodios se produjeron durante la mañana o la tarde. Los consultorios y, luego, las salas de espera y de internación fueron los sitios donde se produjeron con mayor frecuencia los hechos de violencia. Las salas de urgencia, en cambio, presentaron una frecuencia muy baja como lugar de ocurrencia de hechos violentos. Cabe recordar que los pasillos son ubicaciones donde no hay asistencia a pacientes, pero sí encuentros entre pacientes, familiares y médicos. Sin embargo, realizar guardias activas se asoció con un riesgo 45 % mayor de experimentar un hecho de violencia respecto de no realizarlas (RR: 1,45; IC 95 %: 1,3–1,6).

Luego de producido el hecho de violencia, se interrogó sobre el accionar del médico, la presencia de secuelas tanto físicas como emocionales y si se había modificado el contacto con el paciente involucrado o, incluso, con cualquier paciente. En un 34 % de los casos, el paciente era conocido por el médico, es decir, existía una relación previa. En Paraguay y Uruguay, casi el 80 % de los agresores eran nuevos para el médico, es decir, no se trataba de pacientes conocidos. Argentina y España, en tanto, mostraron una mayor proporción de pacientes ya conocidos, entre el 37 % y el 38 %.

De estos 339 pacientes que ya eran conocidos, el 18 % requería atención de urgencia y, en el 75 % de estos casos, esta fue brindada. Con porcentajes similares en todos los países, el 80 % de los agresores no requería atención de urgencia. Entre el 16 % y el 33 % de estos

pacientes agresivos no fueron atendidos finalmente, mientras que entre el 67 % y el 84 % sí lo fueron. Es importante destacar que en el 20 % de los hechos de violencia otros colegas estuvieron involucrados. Solo el 20 % de los médicos pudo, luego del hecho, establecer un acercamiento con el paciente o sus familiares.

Salvo en España, donde el 58,5 % de los médicos conocía las vías judiciales luego de una agresión, en el resto de los países participantes esta proporción se ubicó entre el 32,4 % y el 43,9 %. Cerca del 60 % de los médicos agredidos retomó su tarea y su lugar de trabajo con normalidad; el resto se distribuyó entre quienes se sintieron “inseguros” (8 %) y “algo inseguros” (34 %). Los porcentajes fueron similares entre los países participantes (ver Tabla 4).

Los posibles desencadenantes del hecho de violencia se muestran en la tabla 5, con porcentajes calculados sobre los 1.005 médicos que sufrieron violencia.

Si consideramos el total de opiniones (2.111) de los 1.920 participantes, la demora en la atención ocupó el primer lugar, seguida de la mala comunicación con el paciente, mientras que el resto de las causas quedó en un segundo plano, entre ellas aspectos del propio paciente y de los recursos disponibles. Se observaron variaciones entre los médicos de los diferentes países. La demora en la atención explicó entre el 29 % y el 40 % de los problemas. La mala comunicación, en cambio, presentó valores muy similares, cercanos al 20 % en los cuatro países. El estado emocional del paciente rondó el 15 % a nivel global. La notificación de una defunción fue el condicionante menos reconocido, con un 6 % global para los cuatro países, pero fue escasamente valorada por los médicos de España y alcanzó un máximo del 8 % en Paraguay y Argentina. La ansiedad del paciente o de sus familiares alcanzó un 13 % como posible desencadenante de violencia (ver Tabla 5).

Tabla 4. Experiencia de violencia en el último año. Prevalencia por país

	PAÍS DE RESIDENCIA								
	ARGENTINA		ESPAÑA		PARAGUAY		URUGUAY		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Ha experimentado violencia el último año									
Sin dato	5	0,5 %	5	1,1 %	0	0,0 %	0	0,0 %	10
Sí	484	43,8 %	303	63,7 %	69	47,9 %	149	76,4 %	1.005
No	616	55,7 %	168	35,3 %	75	52,1 %	46	23,6 %	905
Total	1.105	100,0 %	476	100,0 %	144	100,0 %	195	100,0 %	1.910
Sufrió más de un episodio									
Sí	349	72,1 %	200	66,0 %	49	71,0 %	116	77,9 %	714
No	135	27,9 %	103	34,0 %	20	29,0 %	33	22,1 %	291
Total	484	100,0 %	303	100,0 %	69	100,0 %	149	100,0 %	1.005
¿En qué ámbito laboral?									
Ambos	106	21,9 %	7	2,3 %	11	15,9 %	36	24,2 %	160
Privado	85	17,6 %	3	1,0 %	7	10,1 %	60	40,3 %	155
Público	293	60,5 %	287	94,7 %	50	72,5 %	53	35,6 %	683
Total	484	100,0 %	297	98,0 %	68	98,6 %	149	100,0 %	998
Ha experimentado violencia el último año									
Sin dato	3	0,6 %	1	0,3 %	1	1,4 %	0	0,0 %	5
Varones	203	41,9 %	52	17,2 %	27	39,1 %	24	16,1 %	306
Mujeres	278	57,4 %	250	82,7 %	41	59,4 %	125	83,9 %	694
Total	484	100,0 %	303	100,0 %	69	100,0 %	149	100,0 %	1.005
Tipo de violencia experimentado*									
1	263	54,3 %	242	79,9 %	45	65,2 %	101	67,8 %	651
2	358	74,0 %	186	61,4 %	55	79,7 %	112	75,2 %	711
3	34	7,0 %	6	2,0 %	4	5,8 %	6	4,0 %	50
4	35	7,2 %	31	10,2 %	6	8,7 %	18	12,1 %	90
5	40	8,3 %	31	10,2 %	12	17,4 %	19	12,8 %	102
6	87	18,0 %	11	3,6 %	12	17,4 %	12	8,1 %	122
Conocía al agresor									
Sin dato	21	4,3 %	2	0,7 %	1	1,4 %	2	1,3 %	21
No	296	61,2 %	183	60,4 %	53	76,8 %	113	75,8 %	645
Sí	172	35,5 %	118	38,9 %	15	21,7 %	34	22,8 %	339
Total	484	100,0 %	303	100,0 %	69	100,0 %	149	100,0 %	1.005
Requería atención de urgencia									
Sin dato	59	12,2 %	20	6,6 %	4	5,8 %	23	15,4 %	106
No	362	74,8 %	224	73,9 %	52	75,4 %	102	68,5 %	740
Sí	63	13,0 %	59	19,5 %	13	18,8 %	24	16,1 %	159
Total	484	100,0 %	303	100,0 %	69	100,0 %	149	100,0 %	1.005

* 1-Verbal por parte del paciente. 2-Verbal por parte de familiares del paciente. 3- Física por parte de familiares del paciente. 4- Física por parte del paciente. 5- Acto de discriminación 6-Vía red social por parte de familiares del paciente.

Tabla 4. Experiencia de violencia en el último año. Prevalencia por país (continuación página 14)

Le fue brindada la atención									
Sin dato	21	4,3 %	6	2,0 %	2	2,9 %	9	6,0 %	38
No	105	21,7 %	98	32,3 %	16	23,2 %	22	14,8 %	241
Sí	358	74,0 %	199	65,7 %	51	73,9 %	118	79,2 %	726
Total	484	100,0 %	303	100,0 %	69	100,0 %	149	100,0 %	1.005

Tabla 5. Distribución de las posibles causas que originaron los actos de violencia según los médicos

Causas del hecho	PAÍS DE RESIDENCIA									
	ARGENTINA		ESPAÑA		PARAGUAY		URUGUAY		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Demora o tiempo de espera en la atención al paciente o familiares	324	66,9 %	78	58,7 %	59	85,5 %	78	52,3 %	639	63,6 %
Mala comunicación o mal entendimiento de la información brindada al paciente y/o familiares	217	44,8 %	90	29,7 %	33	47,8 %	42	28,2 %	382	38,0 %
Ocasión de notificar un fallecimiento	97	20,0 %	4	1,3 %	12	17,4 %	11	7,4 %	124	12,3 %
Estado mental del agresor (alcoholizado, drogado, patología mental -bipolaridad/ esquizofrenia/psicosis/otras-)	171	35,3 %	95	31,4 %	17	24,6 %	39	26,2 %	322	32,0 %
Carencia de recursos materiales para resolver un problema	130	26,9 %	34	11,2 %	24	34,8 %	24	16,1 %	212	21,1 %
Ansiedad o miedo del paciente o familiar	148	30,6 %	65	21,5 %	27	39,1 %	40	26,8 %	280	27,9 %
Despersonalización de la atención que ocurre en los lugares de atención	83	7,1 %	38	12,5 %	11	15,9 %	20	13,4 %	152	15,1 %
Total que experimentaron violencia	484	100,0 %	303	100,0 %	69	100,0 %	149	100,0 %	1.005	100,0 %

Secuelas de la experiencia de violencia

Más de la mitad de los médicos que sufrieron violencia no conocen las vías judiciales ni tampoco reportaron el evento. Es de destacar que en el 80 % de los casos tampoco se tomaron acciones relativas a los hechos de violencia y solo el 7 % de ellos inició acciones legales. En cuanto a las consecuencias para desempeñar la profesión, el 10 % debió suspender su tarea habitual en el lugar de trabajo. El 37 % asimismo modificó su forma habitual en la relación con los pacientes, reduciendo el contacto. Todas estas cuestiones varían de acuerdo al país participante, mostrando diferencias.

Discusión

La presente edición es la primera de la Encuesta Iberoamericana sobre violencia en el ejercicio de la profesión. Para Argentina, a través de FEMEBA, constituye la quinta edición, siendo la primera del año 2016. A lo largo de estos nueve años la problemática de la violencia no solo no se ha reducido, sino que, al comparar con relevamientos previos en Argentina, ha permanecido constante (FEMEBA, 2025). Si bien la violencia laboral afecta prácticamente a todos los sectores y categorías de trabajadores, las personas que trabajan en organizaciones de salud y de asistencia so-

cial son las más afectadas en todo el mundo (Vítolo, 2022). Al comparar con otros estudios, por ejemplo, la iniciativa de la OIT Spotlight (OIT, 2021), muy pocos profesionales denunciaron el hecho (22 % vs. 7 % en nuestro estudio) y que las trabajadoras mujeres (80 %) sufren más acoso verbal que los trabajadores hombres (77 %). La evidencia que, por caso, ha mostrado recientemente el reporte de la OIT es que mientras que el 83 % de quienes sufrieron alguna situación de violencia refieren haberla comentado con alguien en el trabajo, resultan las mujeres más que los hombres quienes comentan este tipo de violencias: 84,5 % en el caso de ellas y 76,8 % en el caso de ellos. Esto podría estar reflejando la mayor naturalización de este tipo de situaciones por parte de los hombres y la dificultad en buscar ayuda, tal vez debido a la reproducción de valores típicamente masculinos como la hombría. Sin embargo, a la hora de realizar denuncias, la cuestión cae abruptamente. Solo una de cada cinco personas realiza una denuncia formal al respecto. Esto trae aparejado el silencio, la invisibilización y la reproducción de una cultura laboral que no solo admite la violencia y el acoso, sino que la oculta. Asimismo, los ámbitos de atención donde se produjeron los hechos prácticamente no han variado, salvo por un aumento en el sector privado de atención de la salud en detrimento del sector público, pero esto resta de ser un dato relevante para el enfoque del problema.

Resulta esclarecedor que hay una asociación entre cómo se percibe el médico a sí mismo y en su relación con la profesión, sobre todo con el paciente, y el hecho de haber experimentado uno o más episodios de violencia durante el trato con pacientes y familiares. El trabajo nunca es neutral para la salud (Dejours, 1998). Si es un factor de riesgo o un factor protector dependerá de las condiciones bajo las cuales se desarrolle. En este sentido, los factores psicosociales pueden ser favorables o desfavorables para el desarrollo de la actividad laboral y para la calidad de vida laboral del sujeto. Por ello se indagó acerca de la perspectiva luego del hecho (o, de los hechos) de violencia.

Está claro que la encuesta presenta una visión simplificada y basada en lo estadístico y que no puede nunca dirigir las políticas sobre el ejercicio de la medicina y la prevención de violencia. Sin embargo, aporta en tanto y en cuanto ofrece una oportunidad de expresión por parte del médico sobre la percepción acerca de las condiciones de trabajo y las perspectivas sobre del ejercicio de la práctica médica y cómo éstas influyen de alguna manera lo que luego su-

cede en la relación médico paciente, incluyendo a los familiares. Asimismo, según la perspectiva del propio médico, cuando reconoce que verdaderamente la violencia conforma ya un escenario habitual, los médicos tienen una prevalencia que duplica las chances de sufrir un episodio. Si bien la encuesta recoge datos retrospectivos, por lo cual los resultados deben ser tomados como tales, y no como pronósticos, esta arroja luz sobre cómo se siente el profesional. Comparando los grupos que experimentaron y los que no hechos de violencia, se observan diferencias en algunas características. Es importante señalar, a su vez, que la violencia y el acoso en el lugar de trabajo no solo afectan a las víctimas sino a la propia organización, ya que puede traer aparejado un aumento del ausentismo laboral, una mayor rotación del personal, costos de contratación, incorporación y formación, así como la desmotivación y la disminución de la productividad (Vítolo, 2022).

La perspectiva de género reflejó que las mujeres médicas sufrieron más episodios de violencia que los varones. Este resultado también es coincidente con que la misma carrera médica se encuentra en los últimos años en franca feminización (OIT, 2021). En términos coloquiales, no sólo la perspectiva del médico se asocia a la probabilidad de sufrir episodios de violencia, sino que la cuestión de género incrementa la misma. La perspectiva de géneros para analizar la violencia pone de relieve algunas relaciones de poder, probablemente relacionadas con la asignación de roles y comportamientos socio culturales que definen inequidades entre hombres y mujeres e impactan de manera diferencial sobre la vida y la salud de las personas.

Como señalaron Palma et al. (2018) en su estudio sobre violencia laboral en Chile, el riesgo de exposición a la violencia es particularmente alto en ocupaciones que implican la prestación de servicios a personas. Así, el sector salud se destaca por la naturaleza del trabajo como un facilitador importante para el surgimiento de violencia laboral. La encuesta reflejó, por una parte, que el problema de la violencia contra los médicos no ha sido reducido en los últimos años. Por otra parte, que las cuestiones relacionadas con la percepción de las condiciones de trabajo, de género, así como de horas de exposición a las consultas y de relación médico paciente, contribuyen a incrementar las probabilidades de riesgo. Esto estaría mostrando que, de proponer actividades que benefician al médico, el manejo de los conflictos, conocer las vías judiciales, contar con mesa de ayuda para vehiculizarlas

y saber de antemano que ciertas características en el ejercicio profesional ya conforman grupos de mayor riesgo, diseñaría un cuadro basado en el relevamiento, la medición de los resultados y la evidencia.

Tanto los profesionales que sufrieron episodios de violencia durante el último año como aquellos que no los experimentaron seleccionaron, de un listado acotado elaborado a partir de investigaciones previas, las causas que consideraban posibles desencadenantes de la violencia contra los médicos. Prácticamente todas las causas fueron seleccionadas con mayor frecuencia por los médicos que habían sufrido violencia que por aquellos que no habían tenido esa experiencia. Si bien resulta simplificador y reduccionista comparar la selección o no selección de una causa probable, los resultados muestran que el reconocimiento de estas causas fue más frecuente entre los médicos que habían experimentado hechos de violencia. Algunas evidencias sugieren la existencia de un círculo entre los riesgos psicosociales que conducen a la violencia y la generación, a su vez, de nuevos riesgos psicosociales (Vítolo, 2022).

La mayor exposición se observó entre los médicos que realizan guardias activas y, si bien es un hallazgo esperable, permite cuantificar cuánto mayor es el riesgo en comparación con quienes no realizan guardias. Son particularmente estos grupos los que tienen un contacto más asiduo y cotidiano con los pacientes y, también, los grupos ocupacionales más feminizados. Este riesgo 45 % mayor entre los médicos que realizan guardias activas puede ser útil para identificar poblaciones más expuestas y focalizar en ellas el entrenamiento para el manejo de situaciones conflictivas.

La Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires cuenta con un programa destinado a proporcionar al médico las herramientas que le permitan manejar estas situaciones de forma más orgánica, sistemática y que, sobre todo, conozca que no se encuentra solo sino respaldado por la institución. Hemos visto que muy pocos médicos, en relación al total que estuvo expuesto a la violencia, realizaron acciones concretas, tomaron contacto con la dirección del establecimiento e iniciaron acciones legales. Más aún, no reestablecieron la relación con el paciente. Estos puntos, entonces, reflejan debilidad en el sistema de salud en cuanto a la contención al profesional y representan, asimismo, una oportunidad de mejora.

El problema de abordar el hecho de violencia no termina en su reconstrucción ni en el análisis de sus posibles causas. Dentro de las consecuencias a nivel personal se han observado, y ampliamente documen-

tado, algunas relevantes para la salud mental, tales como: trastorno de estrés postraumático, uso de antidepresivos y ansiolíticos (Baby et al., 2014; Giorgi et al., 2013; Magnavita, 2014; De Puy et al., 2015). Asimismo, en España, el monitoreo que realiza el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (Organización Médica Colegial de España, 2024) ha puesto de manifiesto que menos de la mitad de las agresiones comunicadas a los colegios de médicos son denunciadas. Por ello, se enfatiza la necesidad de realizar la denuncia para lograr más condenas y frenar a los agresores reincidentes.

Las discrepancias con la atención médica constituyen la principal causa de las agresiones asistenciales en España y están presentes en 8 de cada 10 agresiones. Por su parte, el estudio de Climent-Rodríguez y colaboradores en España señala que existe una relación entre haber sufrido agresiones y el grado de compromiso laboral de los profesionales de enfermería, de ahí la necesidad de establecer políticas preventivas y de intervención eficaces para fomentar un adecuado clima laboral y abordar los episodios de violencia en sus etapas iniciales (Climent-Rodríguez et al., 2023).

A la luz de los resultados, se pueden establecer algunas recomendaciones. En primer lugar, las cuestiones relacionadas con la percepción de las condiciones de trabajo, el género, las horas de exposición a las consultas y la relación médico-paciente contribuyen a incrementar el riesgo. Promover actividades de capacitación en el manejo de conflictos, conocer las vías judiciales, contar con una mesa de ayuda para vehicularlas y reconocer que ciertas características del ejercicio profesional conforman grupos de mayor riesgo contribuirían a establecer un marco de mayor seguridad laboral. Estos puntos reflejan debilidades del sistema de salud en cuanto a la contención de los profesionales y, al mismo tiempo, representan oportunidades de mejora. Si en un futuro cercano las cifras que aquí se muestran mejoran y evidencian una reducción de la violencia, podremos considerar que se avanza en un camino adecuado, basado en la evidencia disponible.

Referencias bibliográficas

- Baby, M., Glue, P., & Carlyle, D. (2014). 'Violence is not part of our job': A thematic analysis of psychiatric mental health nurses' experiences of patient assaults from a New Zealand perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(9), 647–655. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.892552>
- Climent-Rodríguez, J. A., Navarro-Abal, Y., García-Iglesias, J. J., Vaca-Acosta, R. M., Ortega-Moreno, M., & Gómez-Salgado, J. (2023). Violencia en el trabajo y compromiso laboral en los profesionales de enfermería en España: Un estudio transversal. *Revista Española de Salud Pública*, 97, e202301003. <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/83>

- Colegio Médico de Uruguay. Agresiones a integrantes de equipos de salud. Disponible en: <https://www.colegiomedico.org.uy/videos/agresiones-a-integrantes-de-equipos-de-salud-dr-carlos-rattin/>
- Dejours, C. (1998). De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo. En D. Dessors & M. Guiho-Bailly (Comps.), *Organización del trabajo y salud: De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo* (pp. 23–76). Lumen.
- De Puy, J., Romain-Glassey, N., Gut, M., Wild, P., Mangin, P., Danuser, B. (2015). Erratum to: Clinically assessed consequences of workplace physical violence. *Int Arch Occup Environ Health*, 88: 225. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/263095498_Erratum_to_Clinically_assessed_consequences_of_workplace_physical_violence
- Di Martino, V. (2002). Workplace violence in the health sector: Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study: Synthesis report. *International Labour Organization*. Disponible en: <https://researchrepository.ilo.org/esplo-ro/outputs/encyclopediaEntry/Workplace-violence-in-the-health-sector/995218946202676/filesAndLinks?index=0>
- Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA) (2025). Observatorio de Violencia Sanitaria. 2025. Disponible en: <http://www.femeba.org.ar/femebaHoy/notas/2286-observatorio-de-violencia-sanitaria.html>
- Giorgi, G., Mikayo, A., Arenas, A., Shoss, M., León-Pérez, J. (2013). Exploring Personal and Organizational Determinants of Workplace Bullying and its prevalence in a Japanese Sample. *Psychology of Violence*, 3(2): 185–97. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/256772191_Exploring_Personal_and_Organizational_Determinants_of_Workplace_Bullying_and_Its_Prevalence_in_a_Japanese_Sample
- Magnavita, N. (2014). Workplace Violence and Occupational Stress in Healthcare Workers: A Chicken-and-Egg Situation Results of a 6-Year Follow-up Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(5): 366–76 Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/261804059_Workplace_Violence_and_Occupational_Stress_in_Healthcare_Workers_A_Chicken-and-Egg_Situation-Results_of_a_6-Year_Follow-up_Study
- Occupational Safety and Health Administration. US Department of Labor. (2004). Disponible en: <https://sta.uwi.edu/ohse/documents/TheOSHAActofasamended.pdf>
- Occupational Safety and Health Administration. (2015). Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers (OSHA 3148-04R). U.S. Department of Labor. Disponible en: <https://www.osha.gov/Publications/osh3148.pdf>
- Organización Médica Colegial de España. *Observatorio Nacional de Agresiones Médicas*. 2024. Disponible en: <https://www.cgcom.es/observatorios/agresiones>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2021). *Diagnóstico sobre la violencia y el acoso en el sector salud 2021*. Iniciativa Spotlight. Disponible en: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@americas/@ro-lima/@ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_825047.pdf
- Palma A, Ansoleaga E, Ahumada M. (2018). Violencia laboral en trabajadores del sector salud: revisión sistemática. *Rev. méd. Chile*, 146(2). <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000200213>
- Real Delor R. E., Ayala Saucedo, A. (2023). Maltrato a residentes de medicina del Paraguay en 2022 Estudio multicéntrico. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba*, 30;80(2):112–118. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v80.n2.404440>
- Stolovas, N., Tomasina, F., Pucci, F., Frantchez, V., Pinto, M. (2011). Trabajadores médicos jóvenes: violencia en el ejercicio de la residencia, *Rev Med Urug*; 27: 21–29
- Vitolo, F. (2022). *Violencia contra el personal de salud*. Fundación Noble, Buenos Aires. <https://comunicacion.adebra.org.ar/wp-content/uploads/2021/02/Violencia-contra-el-personal-de-salud.pdf>

Internaciones de larga estancia por motivos de salud mental en un hospital psiquiátrico: tres décadas de transición hacia un modelo comunitario

Long-Stay Inpatient Care in a Psychiatric Hospital: Three Decades of Transition Toward Community-Based Mental Health Care

Pedro Damián Gargoloff¹, Iván Omar Moreno Frade², Pedro Rafael Gargoloff³, Juana Sofía Valva⁴

<https://doi.org/10.53680/vertex.v37i173.1061>

Resumen

Introducción: La atención en salud mental ha experimentado una transición desde el modelo asilar hacia modelos de atención comunitaria, acompañada por una reducción progresiva de las internaciones prolongadas. El objetivo de este trabajo fue analizar la evolución de las internaciones de larga estancia en el Hospital Dr. Alejandro Korn de la ciudad de La Plata, Argentina, entre 1995 y 2023. **Métodos:** estudio observacional, descriptivo y comparativo, basado en una serie de cuatro cortes transversales correspondientes a censos realizados en salas de larga estancia en 1995, 2009, 2021 y 2023. **Resultados:** el número de pacientes internados descendió de 1048 a 86 y las salas de larga estancia de 23 a 5. La edad promedio aumentó de 52,9 a 61,3 años y el porcentaje de varones de 44,2 % a 72,1 %. La esquizofrenia se mantuvo como el diagnóstico predominante (44–53 %), mientras que la discapacidad intelectual aumentó del 28 % al 44 %. En 2023, el 67,4 % de los pacientes acumulaba más de 20 años de internación y el 38,4 % permanecía hospitalizado desde 1995. **Discusión:** a pesar de la marcada reducción de la población institucionalizada, persistió un núcleo de personas con internaciones extremadamente prolongadas. El estudio no permitió evaluar las trayectorias de los egresos entre los distintos censos, incluyendo externaciones, fallecimientos y derivaciones hacia otras instituciones, ni las características de los dispositivos de destino. Esta limitación impide determinar en qué medida la reducción observada correspondió a procesos de desinstitucionalización o, en algunos casos, pudo involucrar trayectorias de transinstitucionalización. Por lo tanto, la reducción del número de personas internadas constituye una dimensión relevante de la reforma, pero no puede considerarse, por sí sola, equivalente a desinstitucionalización.

Palabras clave: hospitales psiquiátricos, tiempo de internación, esquizofrenia, servicios de salud mental comunitaria

Abstract

Introduction: The transition from the asylum-based model to community-based mental health care has led to a sustained reduction in long-stay psychiatric hospitalizations, although important questions remain regarding the characteristics of the population that continues to be institutionalized. The aim of this study was to analyze the evolution

RECIBIDO 13/5/2026 - ACEPTADO 5/8/2026

¹Médico Psiquiatra. Hospital Dr. Alejandro Korn, La Plata, Argentina. Capítulo de Psicofarmacología, Asociación de Psiquiatras de Argentina (APSA). <https://orcid.org/0009-0006-6477-9959>

²Médico Psiquiatra. Hospital Dr. Alejandro Korn, La Plata, Argentina. Capítulo de Psicofarmacología, Asociación de Psiquiatras de Argentina (APSA). <https://orcid.org/0009-0002-9404-4938>

³Médico Psiquiatra. Asociación de Ayuda de Familiares de personas con Esquizofrenia (AAFE). Universidad Nacional de La Plata (UNLP). <https://orcid.org/0000-0002-4558-6047>

⁴Lic. en Trabajo Social. Hospital Dr. Alejandro Korn, La Plata, Argentina. <https://orcid.org/0009-0004-5188-1503>

Autor correspondiente:

Pedro Damián Gargoloff

pdgargoloff@yahoo.com.ar

Institución en la que se realizó la investigación: Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn, La Plata, Argentina.



of long-stay psychiatric hospitalizations at Dr. Alejandro Korn Hospital, La Plata, Argentina, between 1995 and 2023. Methods: An observational, descriptive, comparative, repeated cross-sectional series study was conducted based on four censuses performed in long-stay wards in 1995, 2009, 2021, and 2023. Results: The number of hospitalized patients declined from 1,048 to 86, while long-stay wards decreased from 23 to 5. The mean age increased from 52.9 to 61.3 years, and the proportion of men rose from 44.2% to 72.1%. Schizophrenia remained the predominant diagnosis (44–53%), whereas the proportion of patients with intellectual disability increased from 28% to 44%. In 2023, 67.4% of patients had been hospitalized for more than 20 years, and 38.4% had remained continuously hospitalized since 1995. Discussion: Despite the marked reduction in the institutionalized population, a core group of patients with extremely prolonged hospitalizations remained. The study did not assess the trajectories of those who left the hospital between censuses, including community discharges, deaths, and transfers to other institutions, nor the characteristics of the receiving facilities. This limitation precludes determining to what extent the observed reduction reflected processes of deinstitutionalization or, in some cases, may have involved trajectories of transinstitutionalization. Therefore, the reduction in the number of hospitalized individuals represents a relevant dimension of mental health reform but cannot, by itself, be considered equivalent to deinstitutionalization.

Keywords: psychiatric hospitals, length of stay, schizophrenia, community mental health services

Introducción

Desde mediados del siglo XX la atención de la salud mental atravesó una profunda transformación global, orientada a superar el modelo asilar. Este cambio estuvo impulsado por dos procesos que se dieron de manera simultánea. Por un lado, el desarrollo de la psicofarmacología introdujo nuevas herramientas terapéuticas que permitieron reemplazar la internación prolongada como principal estrategia de cuidado. Con la introducción de la clorpromazina en 1952, del haloperidol en 1957 y su progresiva incorporación a los sistemas de salud pública a partir de la década de 1960, se producen los avances más importantes y decisivos en la historia de la psiquiatría moderna (López-Muñoz et al., 2005). Estos logros no sólo ofrecieron un abordaje terapéutico más selectivo y efectivo para el tratamiento de la esquizofrenia, sino que también ampliaron el horizonte de conocimientos sobre los procesos biológicos subyacentes a las enfermedades mentales. Dicho escenario fortaleció hipótesis etiopatogénicas con respaldo empírico y, por lo mismo, promovió investigaciones sobre mecanismos biológicos, modificando la nosología y mejorando las predicciones sobre el curso evolutivo de los procesos mórbidos (McCutcheon et al., 2020). La psicofarmacología es, en la actualidad, un área de estudio indisociable del campo psiquiátrico, y constituye la piedra angular para el tratamiento de la esquizofrenia (McCutcheon et al., 2020; Keepers et al., 2020; Wang et al., 2024; McCutcheon et al., 2025), la enfermedad más prevalente en salas de internación de salud mental (Thornicroft & Tansella, 2004).

Por otro lado, y a raíz de estos avances, la sanción de leyes, las declaraciones y la formulación de políticas públicas orientadas a la desinstitutionalización impulsaron la sustitución progresiva del modelo asilar por uno comunitario, adecuándose a las innovaciones en los cuidados de salud mental y al cambio de paradigma desde uno asistencial-institucional a uno epidemiológico-comunitario (Thornicroft & Tansella, 2013). Este desplazamiento implicó pasar de una atención centrada en el hospital a una enfocada en la comunidad; de intervenciones meramente asistenciales a estrategias que abarcan la prevención, la rehabilitación y la inclusión social; de respuestas reactivas a la demanda a la provisión de cuidados según las necesidades de la población; y de una comunidad concebida como pasiva a una activa y participativa que integra a la sociedad, las organizaciones civiles, las personas usuarias y sus referentes vinculares y de apoyo (Gargoloff, 1999; World Health Organization, 2001a). En este marco, el sujeto de intervención dejó de ser exclusivamente la persona con padecimiento mental, para ampliarse a la comunidad en su conjunto, con especial énfasis en las poblaciones más vulnerables.

En 1963, la *Community Mental Health Act* en EE. UU. impulsó el desarrollo de centros comunitarios en reemplazo de hospitales psiquiátricos especializados (Erickson, 2021). El punto de inflexión más influyente fue en Italia en el año 1978, con la Ley 180, que estableció el cierre progresivo de los grandes hospitales psiquiátricos y promovió la creación de dispositivos alternativos en la comunidad (Repubblica Italiana, 1978). La Declaración de Caracas en 1990, consolidó

estas ideas a nivel regional, proponiendo un modelo de atención en salud mental basado en la comunidad y en la atención primaria de la salud (Organización Panamericana de la Salud, 1990). Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 1991, enfatizó que “el hospital psiquiátrico tradicional ya no puede considerarse el pilar central de la atención en salud mental” (World Health Organization, 2001b). A su vez, en su Informe Mundial sobre Salud Mental del año 2001 indicó que “los servicios comunitarios deben reemplazar gradualmente a los hospitales psiquiátricos, que deberían reducirse sustancialmente o cerrarse” (WHO, 2001).

En el marco de las tendencias internacionales de desinstitutionalización y del cambio de paradigma en los cuidados de la salud mental, Argentina experimentó un proceso de reducción de personas internadas en hospitales psiquiátricos, que se consolidó desde la década de 1980. Este proceso se vio reforzado por experiencias tempranas como la impulsada por el Dr. Mauricio Goldemberg en el Hospital Evita de Lanús hacia 1956 (Morasso, 2013), que propiciaba el desarrollo de comunidades terapéuticas. Por su parte, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, promulgada en el año 2010, proporcionó un marco legal para avanzar con la transformación de los servicios de salud mental, continuando con la reducción de personas internadas en hospitales monovalentes, fenómeno que ya venía ocurriendo (Boletín Oficial de la República Argentina, 2010). Expresado en números, en la provincia de Buenos Aires, se observó un descenso progresivo de la cantidad de camas de los hospitales psiquiátricos del sector público desde 10.220 en 1962, a 8.608 en 1997 y 4.000 en 2010 (Melia et al., 1999; Di Nella et al., 2011). Para el 2021, a más de 10 años de la sanción de la Ley N° 26.657, el total de personas internadas en los mismos hospitales había descendido a 1263 (Barcala & Faraone, 2023). Si bien ambos indicadores reflejan dimensiones relacionadas de los procesos de transformación institucional, deben interpretarse por separado, ya que el número de camas disponibles y el número de personas efectivamente internadas no son necesariamente equivalentes.

Entre 1995 y 2023 se realizaron cuatro censos en el sector de larga estancia del Hospital Dr. Alejandro Korn a fin de evaluar los patrones de prescripción psicofarmacológica (Cermignani et al., 1998; Gargoloff et al., 2022; Gargoloff et al., 2023; Gargoloff et al., 2025).

A partir del estudio, se observó una notable reducción en el número total de personas internadas en es-

tos dispositivos. Dichos datos, merecen ser analizados a la luz del cambio de paradigma señalado.

En este sentido, el presente trabajo tiene como objetivo analizar la evolución de las internaciones de larga estancia del Hospital Dr. Alejandro Korn desde 1995 a 2023, describiendo los cambios demográficos y clínicos observados, con la finalidad de aportar elementos a la discusión sobre los procesos de reforma de la atención en salud mental en Argentina.

Métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y comparativo, basado en cuatro censos realizados en el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn, de La Plata, Argentina. Los relevamientos se efectuaron los días 15 de junio de 1995, 14 de diciembre de 2009, 24 de febrero de 2021 y 3 de mayo de 2023. En todos los casos, se incluyó a los pacientes internados en el servicio de larga estancia, correspondiente a personas con internaciones neuropsiquiátricas prolongadas, sin aplicar criterios de exclusión.

La información fue recolectada en todos los censos a partir de las historias clínicas, fichas de medicación y registros de enfermería disponibles al momento del relevamiento. Se extrajo la información de los datos ya publicados de los censos de 1995, 2009 y 2021 (Cermignani et al., 1998; Gargoloff et al., 2022; Gargoloff et al., 2023). Para el caso del censo de 2023, que abarcó el universo de pacientes internados tanto en corta, media y larga estancia como también aquellos en seguimiento ambulatorio, se utilizó en esta comparación, exclusivamente la subpoblación internada en larga estancia (Gargoloff et al., 2025). Se contó con las bases de datos individuales para los censos de 2009, 2021 y 2023, pero solamente con los datos publicados para el de 1995, motivo por el cual algunos análisis se restringen a los últimos tres censos.

Los diagnósticos psiquiátricos se obtuvieron a partir de las historias clínicas. Para el censo de 1995 se codificaron según el DSM-III-R, mientras que en los censos posteriores se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición de la OMS. En las tablas se utiliza la nomenclatura CIE-10.

Los datos fueron procesados con los programas Stata 14.0, SPSS v26.0 y Microsoft Excel, y se describieron mediante proporciones, medias, medianas y rangos según el tipo de variable. La tendencia en el tiempo de las proporciones de las variables dicotómicas se analizaron con la prueba de Chi cuadrada para la tendencia (procedimiento *ptrend*, en Stata 14.0).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital San Roque de Gonnet de La Plata, con dictamen del 29 de abril de 2026. De acuerdo al nivel de riesgo del estudio y al diseño, se eximió la toma de consentimiento informado, con el compromiso de mantener la confidencialidad de los datos obtenidos.

Resultados

A lo largo de los 28 años transcurridos entre los cuatro cortes transversales realizados (1995, 2009, 2021 y 2023), se observó un descenso sostenido del número de pacientes internados en las salas de larga estancia, que pasó de 1048 en 1995 a 86 en 2023, un descenso de 91,8 %. En paralelo, la cantidad de salas destinadas a la internación de larga estancia se redujo 78 %, de 23 en 1995 a 5 en 2023 (ver Figura 1). Simultáneamente con la reducción del número de personas internadas y

de salas de larga estancia, disminuyó la cantidad promedio de pacientes por sala. Esta relación pasó de 45,6 pacientes por sala en 1995 (1048 pacientes/23 salas) a 17,2 en 2023 (86 pacientes/5 salas), lo que representa una reducción del 62,3 % en la concentración promedio de personas internadas por sala.

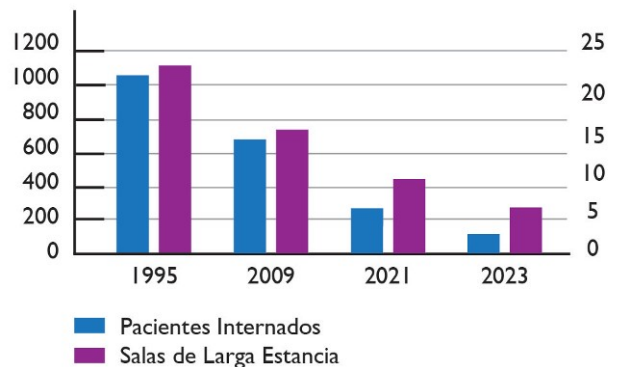
El porcentaje de varones mostró una tendencia creciente a lo largo de los años, con un rango de 44,2 % en 1995 a 72,1 % en 2023 (p para la tendencia <0,0001). La edad promedio de la población internada aumentó desde 52,9 años en 1995 a 61,3 años en 2023 (ver Tabla 1).

El diagnóstico más frecuente en todos los censos fue esquizofrenia, con alrededor de la mitad de los casos. En contraste, el retraso mental mostró una tendencia sostenida al incremento proporcional: pasó de representar el 28 % de los pacientes en 1995 al 44 % en 2023 (ver Tabla 1).

El tiempo de internación se incrementó progresivamente a lo largo del período, con un aumento del porcentaje de pacientes con más de 20 años de internación, que pasó de ser aproximadamente una tercera parte en 1995 a más de dos terceras partes en el relevamiento de 2023 (ver Figura 2).

En este último censo, el 38,4 % (33/86) de los pacientes internados ya se encontraban hospitalizados al momento del primer censo en 1995. Los intervalos de duración de la internación utilizados corresponden a las categorías disponibles en la publicación original del censo de 1995. Dado que no se dispone de la base de datos individual de dicho relevamiento, no fue posible recategorizar la duración de las internaciones utilizando intervalos menores y comparables con los propuestos posteriormente por el Atlas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2021).

Figura 1. Número de pacientes internados y salas de larga estancia. Hospital Dr.Alejandro Korn, 1995 - 2009 - 2021 y 2023



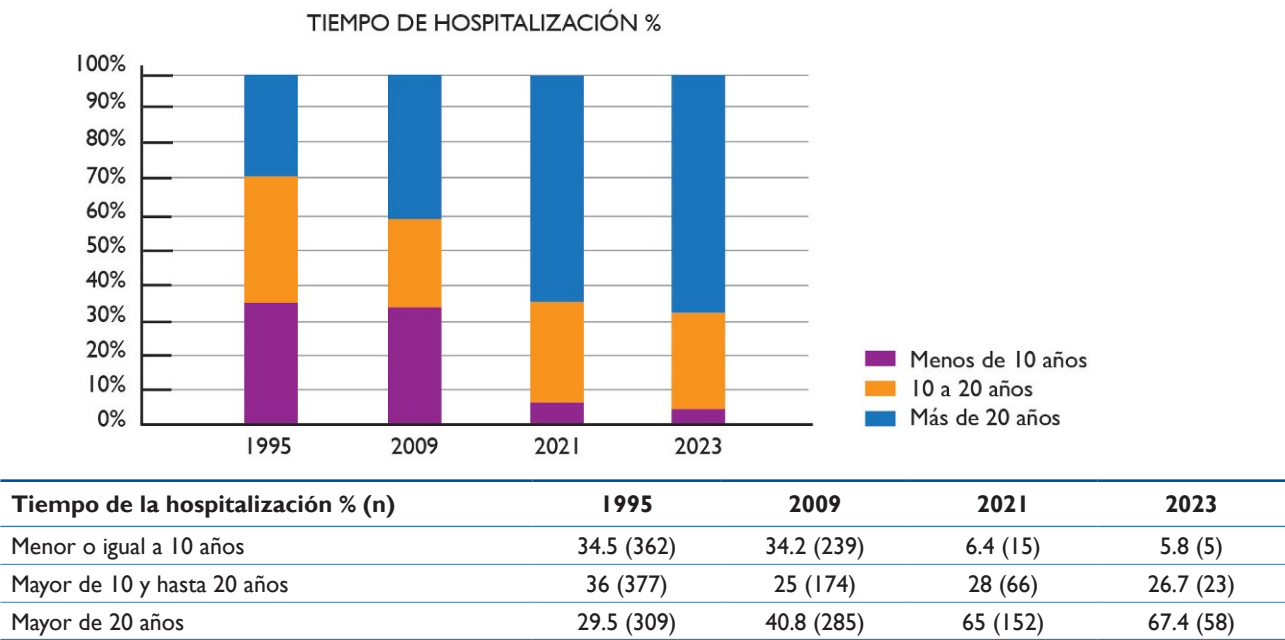
Fuente: elaboración propia.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes internados en salas de larga estancia del Hospital A. Korn, 1995 - 2009 - 2021 y 2023

	1995	2009	2021	2023
Pacientes hospitalizados (n)	1048	698	233	86
Sexo masculino % (n)	44.2 (463)	57.2 (399)	50.2 (117)	72.1 (62)
Edad en años promedio (rango)	52.9 (21-95)	58 (23-90)	63,8 (34-88)	61.3 (39-88)
Diagnóstico % (n) ^a				
Esquizofrenia (F20)	45 (474)	44 (310)	53 (124)	52 (45)
Retraso mental (F70-F79)	28 (290)	34 (236)	39 (90)	44 (38)
Trastorno mental orgánico (F00-F09)	12 (128)	6 (43)	4 (9)	7 (6)
Otros diagnósticos	13 (140)	25 (177)	9 (22)	16 (14)

Fuente: elaboración propia. ^a La suma de los porcentajes es menor a 100 % en 1995 ya que había 16 pacientes sin datos de diagnóstico, mientras que, en 2009, 2021 y 2023 los porcentajes superan el 100 %, dado que había pacientes con más de un diagnóstico.

Figura 2. Tiempo de hospitalización de los pacientes internados en salas de larga estancia del Hospital Dr.Alejandro Korn, 1995 - 2009 - 2021 y 2023.



Fuente: elaboración propia

La velocidad del descenso también mostró una aceleración progresiva a lo largo del período analizado. Entre 1995 y 2009, la tasa anual de reducción fue del 2,74 % por año. Este ritmo se incrementó significativamente en el período siguiente, alcanzando una disminución del 8,52 % anual entre 2009 y 2021. Finalmente, entre 2021 y 2023 se observó el descenso más abrupto, con una reducción anual del 39,3 %, lo que indica una merma excepcionalmente rápida de la población internada en ese intervalo.

Discusión

Desinstitucionalización y reconfiguración del hospital monovalente

La marcada reducción de personas internadas observada en el Hospital Dr. Alejandro Korn en el servicio de larga estadía entre los años 1995 y 2023, que implicó el pasaje de 1048 a 86 pacientes (una disminución superior al 90 %), junto con la reducción del número de salas de internación de 23 a 5 en el mismo período, se inscribe en una transformación estructural del sistema de salud mental en Argentina y en un cambio paradigmático global asociado al abandono progresivo del modelo asilar en favor de dispositivos comunitarios promovido desde mediados del siglo XX (Thorncroft & Tansella, 2004).

En el plano normativo, las políticas públicas nacionales, en consonancia con las recomendaciones

internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) y la Declaración de Caracas (OPS, 1990), han orientado progresivamente la organización de la atención en salud mental hacia redes territoriales, priorizando el fortalecimiento del primer nivel de atención y el desarrollo de dispositivos en instituciones no especializadas. En este sentido, la Ley Nacional N° 26.657 sancionada en Argentina en el año 2010 (Boletín Oficial de la República Argentina, 2010), institucionalizó un proceso previo que ya venía desarrollándose al establecer la sustitución progresiva de los hospitales monovalentes por servicios interdisciplinarios de salud mental en hospitales generales. En el marco de estas transformaciones, y a partir de la implementación del Programa “Buenos Aires Libre de Manicomios”, el gobierno de la provincia de Buenos Aires impulsó la elaboración de planes de adecuación para los cuatro hospitales monovalentes del sistema público provincial (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2020c). Estos planes constituyen instrumentos de política pública orientados a operacionalizar a nivel institucional, los lineamientos establecidos por la Ley N° 26657, definiendo estrategias de reconversión del dispositivo hospitalario, reducción de las camas y personas internadas en salas de larga estadía y desarrollo de alternativas de cuidado por fuera del hospital psiquiátrico.

Para interpretar el descenso en el número de personas internadas en los cuatro censos realizados en el hospital Dr. Alejandro Korn, es importante recordar que representan un balance entre ingresos y egresos. Los ingresos a salas de internación psiquiátrica de larga estancia, desde las de corta y media estancia, se prohibieron desde diciembre de 2020 (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2022), pero ya venían descendiendo desde al menos la década previa, como lo muestra el hecho de que, en 2020, el 91 % de las personas en internación de larga estancia tuvieran ya 10 o más años desde su admisión (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2020b). En consecuencia, el análisis de la acentuada reducción de la población hospitalaria debe centrarse principalmente en los egresos.

Como información complementaria, el Plan de Adecuación institucional del Hospital Dr. Alejandro Korn informó que entre 2010 y 2020 la población hospitalaria disminuyó en 503 personas: el 68 % correspondió a fallecimientos durante la internación, el 19 % a externaciones y el 13 % a derivaciones hacia otras instituciones (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2020b). Estos antecedentes aportan contexto para interpretar la reducción de la población hospitalaria, aunque no forman parte de los resultados de los censos analizados en este estudio.

La existencia de derivaciones hacia otras instituciones introduce un elemento que complejiza la interpretación de la reducción de la población hospitalaria como expresión directa de un proceso de desinstitucionalización. En este sentido, las derivaciones pueden haber constituido tanto alternativas adecuadas para personas que requieren apoyos residenciales específicos como formas de continuidad de trayectorias institucionales, dependiendo de las características de los dispositivos y las condiciones concretas de atención. Sin embargo, los datos disponibles en este estudio no permiten establecer las características de los dispositivos receptores ni de las condiciones de vida y cuidados ofrecidos en ellos, por lo que no resulta posible determinar el significado de estas derivaciones en términos de desinstitucionalización.

Desde una perspectiva analítica, el dato resulta clave para problematizar la asociación lineal entre reducción de pacientes internados y desinstitucionalización. Al menos durante el período 2010-2020, una proporción mayoritaria de la disminución de la población hospitalaria correspondió a fallecimientos durante la internación, mientras que las externaciones representaron menos de una quinta parte y una pro-

porción adicional correspondió a derivaciones hacia otras instituciones. Por lo tanto, la reducción cuantitativa de la población internada no puede considerarse, por sí sola, un indicador de inclusión comunitaria.

A su vez, en el relevamiento correspondiente a 2023, el 67,4 % de las personas internadas acumulaba más de 20 años de permanencia institucional y el 38,4 % se encontraba internada desde 1995, alcanzando al menos 28 años de internación continua (Gargoloff et al., 2025). Estos datos permiten plantear la existencia de una población que permanece vinculada a trayectorias institucionales extremadamente prolongadas, aun en un contexto de marcada reducción de la población hospitalaria. Este hallazgo advierte que la transformación del modelo de atención implicó una redistribución selectiva de las trayectorias institucionales, con una permanencia prolongada de una parte de la población internada, que podría ser compatible con mayores necesidades de apoyo o mayores dificultades para sostener procesos de vida por fuera de la institución. Sin embargo, los datos disponibles no permiten determinar si estas características fueron efectivamente las que condicionaron sus posibilidades de externación.

Otro aspecto relevante es la notable disminución de la concentración de personas internadas por sala. Este cambio constituye un cambio relevante en la organización de la internación, al implicar una menor cantidad promedio de personas por sala. Este indicador plantea interrogantes acerca de las condiciones de alojamiento y de la relación entre la población internada y los recursos disponibles para su atención. Sin embargo, el estudio no reveló de manera sistemática las condiciones físicas de las salas, los niveles de privacidad ni la dotación de personal en relación con la cantidad de personas internadas, por lo que no es posible determinar si la disminución de pacientes por sala se tradujo efectivamente en mejores condiciones de alojamiento, mayor privacidad o una mayor disponibilidad relativa de personal asistencial (psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros, entre otros).

El aumento sostenido de la edad promedio refleja un proceso de envejecimiento de la población internada que puede analizarse en relación con la prolongación de las trayectorias institucionales. La permanencia prolongada en instituciones de larga estancia impacta negativamente en la autonomía funcional y profundiza los niveles de dependencia, configurando perfiles de cuidado que requieren apoyos intensivos y sostenidos para la vida cotidiana, difíciles de absorber en contex-

tos territoriales con limitada disponibilidad de recursos (Thornicroft & Tansella, 2013; Morasso, 2013).

En esta misma línea, el análisis del perfil diagnóstico permite profundizar la caracterización de la población que permanece internada a medida que avanza el proceso de reducción de las internaciones de larga estancia. Si bien la esquizofrenia continúa siendo el diagnóstico predominante en todos los censos realizados, en el relevamiento de 2023 se observó una convergencia con la discapacidad intelectual, que representaron el 52 % y el 44 % de los diagnósticos, respectivamente. Este cambio debe interpretarse con cautela, dado que el diseño del estudio no permite determinar los mecanismos que explican la modificación del perfil diagnóstico. No obstante, este hallazgo puede ser interpretado en diálogo con estudios realizados en otros procesos de desinstitucionalización, que han identificado, en las etapas avanzadas de cierre de hospitales psiquiátricos, la permanencia de grupos de personas con necesidades de apoyo más intensas y mayores dificultades para su traslado a los dispositivos comunitarios disponibles (Dayson et al., 1992; Trieman & Leff, 1996). En el proyecto TAPS, por ejemplo, algunos pacientes permanecieron en el hospital hasta las etapas finales de su cierre y requirieron posteriormente dispositivos alternativos con mayores niveles de apoyo (Trieman & Leff, 1996). Al mismo tiempo, la literatura sobre desinstitucionalización de pacientes de larga estancia muestra que la mayoría de quienes pueden ser trasladados a dispositivos comunitarios presenta resultados favorables o al menos no evidencia un deterioro significativo en funcionamiento social, sintomatología y calidad de vida (Kunitoh, 2013). En América Latina, estudios realizados en Brasil sobre personas con internaciones psiquiátricas prolongadas también han identificado importantes dificultades en el funcionamiento social y la autonomía, destacando la necesidad de considerar estas dimensiones en la planificación de procesos de desinstitucionalización e inclusión social (Fleck et al., 2007; Wagner et al., 2006). En este contexto, el incremento proporcional de la discapacidad intelectual observado en nuestro estudio podría ser compatible con una concentración progresiva, entre quienes permanecen internados, de personas con necesidades de apoyo más complejas. Sin embargo, nuestros datos no permiten establecer que este haya sido el mecanismo responsable del cambio observado en el perfil diagnóstico, ni determinar si las personas con discapacidad intelectual tuvieron efectivamente menores probabilidades de externación que aquellas con otros diagnósticos.

Este posible proceso de concentración de personas con mayores necesidades de apoyo también requiere evitar una equivalencia automática entre desinstitucionalización y externación de la totalidad de la población residente hacia dispositivos comunitarios convencionales o de baja intensidad de apoyo. La experiencia de cierre de grandes hospitales psiquiátricos muestra que una proporción de pacientes de larga estancia puede requerir niveles elevados y sostenidos de supervisión y cuidado, y que, en algunos casos, los dispositivos comunitarios habituales pueden resultar insuficientes para responder a estas necesidades (Dayson et al., 1992; Trieman & Leff, 1996). En consecuencia, el presente análisis no parte del supuesto de que todas las personas internadas puedan ser externadas hacia una misma modalidad de atención comunitaria. Por el contrario, los dispositivos de destino deberían adecuarse a las necesidades clínicas, funcionales y sociales de cada persona y garantizar condiciones apropiadas de cuidado, autonomía y calidad de vida.

Es en este punto donde resulta necesario introducir la noción de transinstitucionalización, entendida como una categoría que permite analizar aquellas trayectorias en las que el traslado puede mantener condiciones de segregación, dependencia institucional y escasa integración comunitaria. Su consideración requiere, por lo tanto, atender a las características concretas de los dispositivos receptores y a las condiciones de vida y cuidado que ofrecen.

Otro hallazgo relevante es la tendencia global creciente de la proporción de varones en las salas de larga estadía. Los datos disponibles no permiten establecer las causas de este cambio en la composición por sexo en las trayectorias de egreso y permanencia institucional, incluyendo externaciones, fallecimientos, derivaciones hacia otras instituciones u otros tipos de egresos. También es posible que hayan intervenido diferencias en la disponibilidad de redes de apoyo y en las condiciones para el sostenimiento de la vida en comunidad. Algunos estudios han señalado que las mujeres pueden contar con redes vinculares y de apoyo más fortalecidas, que podrían favorecer su sostenimiento en la comunidad (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2020c; Otten et al., 2021). Sin embargo, esta hipótesis no puede ser comprobada con los datos del presente estudio, ya que no se dispone de información longitudinal desagregada por sexo sobre las trayectorias de las personas internadas. Por lo tanto, el aumento relativo de la proporción de varones puede interpretarse como un hallazgo descriptivo

que plantea hipótesis acerca de procesos diferenciales de permanencia y egreso, más que como evidencia de una mayor externación de mujeres.

Territorio, dispositivos alternativos y tensiones ético-políticas

La lectura de estos resultados adquiere particular relevancia al situarlos en el marco de las políticas provinciales de adecuación institucional y del modelo de atención territorial que dichas políticas promueven (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2020b, 2020c, 2022). Estos instrumentos fueron destinados a operacionalizar el pasaje del hospital monovalente hacia un entramado de dispositivos comunitarios capaces de sostener la vida por fuera de la institución psiquiátrica. En el caso del Hospital Dr. Alejandro Korn, el plan de adecuación registra la existencia de distintos dispositivos habitacionales (vivien- das supervisadas, semiasistidas, asistidas y residencias para personas mayores) concebidos como alternativas para el alojamiento de la población externada. Sin embargo, los hallazgos de este estudio permiten identificar una tensión entre los objetivos normativos de desinstitucionalización y las condiciones materiales necesarias para su implementación efectiva. En este sentido, la persistencia de personas con internaciones que superan los veinte años y la concentración de perfiles caracterizados por elevados niveles de dependencia funcional permiten inferir que una parte importante de la población internada en las salas de larga estancia continúa careciendo de redes extrahospitalarias que les permitan sostener procesos de vida autónoma.

Esta situación, dialoga con los planteos de Bachrach & Lamb. (1989), quienes advierten que los procesos de desinstitucionalización no pueden ser evaluados meramente a partir de la reducción de camas y personas internadas o del cierre de instituciones, sino en función de la capacidad efectiva del sistema de salud para construir redes comunitarias de apoyo, inclusión y cuidado. Desde esta perspectiva, si bien la disminución del número de personas internadas constituye una condición necesaria para la transformación del sistema asilar, no es evidencia suficiente para referirnos a un proceso de desinstitucionalización.

Asimismo, los resultados obtenidos permiten recuperar la noción de territorio de Sili (2018), para quien este debe ser entendido, más allá de su dimensión geográfica, como una arena sociopolítica en la que actores institucionales, comunitarios y familiares articulan proyectos, disputan sentidos y gestionan recursos, y cuya configuración depende de la capacidad

de acción colectiva para construir horizontes de vida y proyectos de futuro. Esta noción resulta relevante para el presente análisis, ya que permite comprender que las posibilidades de externación no dependen exclusivamente de las características clínicas de las personas internadas, sino también de la capacidad de los territorios para generar condiciones de cuidado, integración social y sostenimiento de la vida cotidiana. En este sentido, cuando el entramado territorial no logra consolidarse, la reducción del alojamiento hospitalario puede no ser acompañada por una capacidad equivalente del territorio para asumir las necesidades de cuidado. En estas circunstancias, pueden generarse circuitos de derivación hacia otros dispositivos institucionales que, dependiendo de sus características, no necesariamente garantizan una mayor integración comunitaria. Algunos de estos dispositivos podrían mantener rasgos propios de la matriz institucional previa, como la dependencia institucional y la escasa integración con la comunidad. Es en este tipo de situaciones donde la noción de transinstitucionalización adquiere relevancia analítica, en tanto permite problematizar la continuidad de determinadas lógicas institucionales bajo modalidades de atención diferentes. Por lo tanto, no toda derivación hacia otra institución puede considerarse transinstitucionalización; su identificación requiere analizar las características del dispositivo de destino y las condiciones concretas de vida y cuidado que allí se desarrollan.

Los hallazgos presentados ponen de relieve importantes tensiones éticas y políticas en el proceso de desinstitucionalización, dado que la adecuación institucional se lleva adelante en un contexto de infraestructura envejecida, reconversión parcial de salas y una disponibilidad limitada de dispositivos extrahospitalarios con apoyos intensivos. En este escenario, la reducción de personas internadas se inscribe en el cumplimiento de un mandato legal que busca garantizar los derechos humanos de las personas con un padecimiento mental al evitar internaciones prolongadas innecesarias; sin embargo, la forma en que dicho proceso se implementa plantea interrogantes respecto a las condiciones materiales y asistenciales necesarias para garantizar efectivamente tales derechos.

Estos datos permiten problematizar la asociación lineal entre la reducción del número de personas internadas y la desinstitucionalización, ya que dicha reducción no puede interpretarse de manera directa como equivalente a la inclusión de las personas en dispositivos comunitarios. Esta lectura resulta consis-

tente con los planteos de Amarante y Nunes (2018), quienes conciben la reforma psiquiátrica como un proceso social complejo que involucra dimensiones simultáneas de transformación institucional, política, cultural y asistencial. Desde esta perspectiva, la reducción del número de personas internadas constituye una dimensión relevante en el proceso de reforma, pero no es un indicador suficiente para valorar los alcances en términos de ciudadanía, inclusión social y ejercicio efectivo de derechos.

Comentarios finales

Desde una perspectiva ética, el presente estudio adquiere relevancia en tanto permite desnaturalizar la equivalencia entre reducción del número de personas internadas y desinstitucionalización, al demostrar que si estos procesos de reforma ocurren sin la contemplación de una malla de políticas públicas que apliquen programas de externación y sostenimiento en la comunidad basados en la disponibilidad de recursos físicos y humanos adecuados, se cae en el riesgo de que se convierta en una mera estrategia administrativa de gestión institucional, cuyo escenario deriva en mecanismos de desplazamiento del problema, que no modifican sustancialmente las trayectorias de cronicidad de las personas.

Entre las principales fortalezas del estudio se encuentra la reconstrucción longitudinal de casi tres décadas de información censal, lo que posibilita analizar condiciones estructurales de la institución monovalente, y no meramente procesos coyunturales. A su vez, la articulación entre la evidencia empírica obtenida, el marco normativo y el debate conceptual aporta una lectura compleja del proceso de reforma, permitiendo visibilizar, simultáneamente, las dinámicas de concentración de la cronicidad y los límites del entramado territorial. En este sentido, contribuye al debate contemporáneo respecto a la atención en salud mental.

No obstante, el estudio presenta una serie de limitaciones. Primeramente, al centrarse en un único hospital, los hallazgos obtenidos no pueden ser generalizados al conjunto del sistema de salud. En relación con esto, la ausencia de un abordaje comparativo con otras instituciones limita la posibilidad de contrastar modelos de implementación de las reformas. Por otra parte, la descripción se limita a quienes permanecieron internados en los dispositivos de larga estancia, sin complementarse con un análisis longitudinal de las trayectorias de las personas externadas, derivadas o fallecidas, ni de la distribución de estos eventos según género, lo que limita la interpretación de los cambios

observados en la composición de la población hospitalaria. Debe considerarse también que los indicadores disponibles para contextualizar históricamente el proceso provincial no son homogéneos a lo largo del tiempo, ya que algunas fuentes informan el número de camas y otras el número de personas internadas; por este motivo, dichos datos deben interpretarse como indicadores complementarios de transformación institucional y no como una serie temporal estrictamente comparable. Asimismo, la ausencia de la base de datos individual correspondiente al censo de 1995 impidió recategorizar algunas variables, como la duración de la internación, de acuerdo con los intervalos utilizados actualmente por el Atlas de Salud Mental de la OMS, lo que limita la comparación directa con indicadores internacionales. Tampoco se dispuso de indicadores históricos sistemáticos sobre las condiciones físicas de alojamiento ni sobre la dotación de personal por sala, lo que impide determinar en qué medida la reducción del número de pacientes por sala se tradujo en mejoras objetivas de las condiciones de cuidado. Finalmente, el estudio se apoya en fuentes institucionales secundarias, sin incorporar la dimensión subjetiva de las personas internadas.

En su conjunto, este estudio no solo describe un proceso histórico, sino que interpela las condiciones éticas y materiales para que la desinstitucionalización se constituya en una verdadera ampliación de derechos y no en una redistribución de la cronicidad bajo nuevas formas institucionales.

Referencias bibliográficas

- Amarante, P., & Nunes, M. O. (2018). Psychiatric reform in the SUS and the struggle for a society without asylums. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & saúde coletiva*, 23(6), 2067–2074. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Bachrach, L. L., & Lamb, H. R. (1989). What have we learned from deinstitutionalization? *Psychiatr Ann*, 19(1):45–50. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19890101-07>
- Barcala, A., & Faraone, S. (2023). Mental health reforms in Buenos Aires, Argentina. *The Lancet. Psychiatry*, 10(8), 579–580. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00114-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00114-1)
- Boletín Oficial de la República Argentina. 2010. [Internet]. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Ley 26.657/2010. [consultado el 26 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Cermignani, E. C., Escudero, M. G., Rodríguez, J., & Buschiazzi, H. O. (1998). Estudio descriptivo del uso de fármacos en un hospital neuropsiquiátrico. *Medicamentos y salud*, 2(3):111–20.
- Dayson, D., Gooch, C., & Thornicroft, G. (1992). The TAPS project. 16: Difficult to place, long term psychiatric patients: Risk factors for failure to re-settle long stay patients in community facilities. *BMJ*, 305(6860), 993–995. <https://doi.org/10.1136/bmj.305.6860.993>
- Di Nella Y, Sola M, Calvillo L, Negro L, Paz A, Venesio S. (2011). Las camas

del sector público destinadas a salud mental como indicador del proceso de cambio hacia el nuevo paradigma, mayo 2010 - mayo 2011. *Rev Arg Sal Púb*, 2(8):43-6.

Erickson, B. (2021). Deinstitutionalization Through Optimism: The Community Mental Health Act of 1963. *The American journal of psychiatry residents' journal*, 16(4), 6-7. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2021.160404>

Fleck, M. P. A., Wagner, L., Wagner, M., & Dias, M. (2007). Long-stay patients in a psychiatric hospital in Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 124-130. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000100017>

Gargoloff, P. R. (1999). La Salud Mental en el contexto Político Social Económico y Asistencial. En: Valente, R. A., editor. *Políticas de Salud, Una verdadera deuda social* [Internet]. La Plata: Entrecorillas [consultado el 5 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.academia.edu/44590157/La_Salud_Mental_en_el_contexto_Político_Social_Economico_y_Asis-tencial

Gargoloff, P. D., Córscico, A., Reckziegel, U., Viamonte, J. S (2022). Polifarmacia antipsicótica y patrones prescriptivos de psicofármacos en internación psiquiátrica de larga estancia: comparación 1995-2009. *Rev Neuro-Psiquiatr*. 85(1):3-11. <https://doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4150>

Gargoloff, P. D., Sánchez Viamonte, J., Albanesi, J., Melia, H., Gulayin, M. (2023). Patrones de prescripción en internación de larga estancia en Salud Mental: comparación 1995-2009-2021. En: García Godoy, B., Barbieri, M., Hansen, M., editores. *1er Foro de Investigación en Salud Mental: actas* [Internet]. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2023 [consultado el 5 de marzo de 2026]. p. 178. Disponible en: <https://iah.msal.gov.ar/doc/991.pdf>

Gargoloff, P. D., Urtasun, M. A., Riveros, R., Ruiz, V., Cañas, M. (2025). Prescription patterns of psychotropic drugs in inpatient and in community outpatient care at the neuropsychiatric hospital Dr. Alejandro Korn, La Plata, Argentina. Cross-sectional study. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 36(167):6-16. <https://doi.org/10.53680/vertex.v36i167.796>

Keepers, G. A., Fochtmann, L. J., Anzia, J. M., Benjamin, S., Lyness, J. M., Mojtabai, R., Servis, M., Walaszek, A., Buckley, P., Lenzenweger, M. E., Young, A. S., Degenhardt, A., Hong, S. H., & (Systematic Review) (2020). *The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia*. Focus (American Psychiatric Publishing), 18(4), 493-497. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.18402>

Kunitoh, N. (2013). From hospital to the community: The influence of de-institutionalization on discharged long-stay psychiatric patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67(6), 384-396. <https://doi.org/10.1111/pcn.12071>

López-Muñoz, F., Alamo, C., Cuenca, E., Shen, W. W., Clervoy, P., & Rubio, G. (2005). History of the discovery and clinical introduction of chlorpromazine. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 17(3), 113-135. <https://doi.org/10.1080/10401230591002002>

McCutcheon, R. A., Krystal, J. H., & Howes, O. D. (2020). Dopamine and glutamate in schizophrenia: biology, symptoms and treatment. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(1), 15-33. <https://doi.org/10.1002/wps.20693>

McCutcheon, R. A., Pillinger, T., Varvari, I., Halstead, S., Ayinde, O. O., Crossley, N. A., Correll, C. U., Hahn, M., Howes, O. D., Kane, J. M., Kabir, T., Konradsson-Geuken, Å., Lennox, B., Hui, C. L. M., Rossell, S. L., Solmi, M., Sommer, I. E., Taipale, H., Uchida, H., Venkatasubramanian, G., ... Siskind, D. (2025). INTEGRATE: International guidelines for the algorithmic treatment of schizophrenia. *The Lancet. Psychiatry*, 12(5), 384-394. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(25\)00031-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(25)00031-8)

Melia, E., Gargoloff, P. R., Amado Cattaneo, E. (1999). Procedimientos innovadores en la gestión administrativo-financiera en el Hospital "Dr. Alejandro Korn" de Melchor Romero, La Plata: fundamentos, programas y resultados. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*. 10(35):10-27.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2020a). Cierre de las admisiones y readmisiones a los servicios de larga estadia y/o de crónicos desde cualquier sector de los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la provincia de Buenos Aires (DI-2020-3-GDEBASSMCPYVGMALGP).

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2020b). Plan de adecuación. Hospital "Dr. Alejandro Korn".

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2020c). Programa "Buenos Aires Libre de Manicomios". Programa de apoyo a los procesos de externación sustentable destinado a las personas institucionalizadas en los hospitales neuropsiquiátricos de la Provincia de Buenos Aires [Internet]. [Citado 5 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://normas.gba.gov.ar/anexos/descargar/n0vllEBE.pdf?>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2022). Monitoreo de los procesos de atención y adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la provincia de Buenos Aires [Internet]. [Citado 6 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2023/03/informe_final.pdf?

Morasso, A. M. (2013). Gestión de modelos de externación de adultos con alteraciones mentales y el impacto en la desinstitucionalización en Argentina. *Visión de Futuro*. 17(2).

Organización Panamericana de la Salud. (1990). Declaración de Caracas [Internet]. [consultado el 6 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

Otten, D., Tibubos, A. N., Schomerus, G., Brähler, E., Binder, H., Kruse, J., Ladwig, K. H., Wild, P. S., Grabe, H. J., & Beutel, M. E. (2021). Similarities and Differences of Mental Health in Women and Men: A Systematic Review of Findings in Three Large German Cohorts. *Frontiers in public health*, 9, 553071. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.553071>

Repubblica Italiana. (1978). Legge 13 maggio 1978, n. 180: Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori [Internet]. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. [Citado 26 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/16/078U0180/s>

Shin, H., & Park, C. (2023). Gender differences in social networks and physical and mental health: Are social relationships more health protective in women than in men?. *Frontiers in psychology*, 14, 1216032. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1216032>

Sili, M. E. (2018). La acción territorial: una propuesta conceptual y metodológica para su análisis. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, 20(1):11-31. <https://doi.org/10.22296/2317-1529.2018v20n1p11>

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 185(4), 283-290. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.4.283>

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2013). *The balanced care model for global mental health*. *Psychological medicine*, 43(4), 849-863. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001420>

Trieman, N., & Leff, J. (1996). Difficult to place patients in a psychiatric hospital closure programme: The TAPS project 24. *Psychological Medicine*, 26(4), 765-774. <https://doi.org/10.1017/S0033291700037788>

Wagner, L. C., Fleck, M. P. A., Wagner, M., & Dias, M. T. G. (2006). Autonomy of long-stay psychiatric inpatients. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 699-705. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000500021>

Wang, D., Schneider-Thoma, J., Sifakis, S., Qin, M., Wu, H., Zhu, Y., Davis, J. M., Priller, J., & Leucht, S. (2024). Efficacy, acceptability and side-effects of oral versus long-acting- Injectables antipsychotics: Systematic review and network meta-analysis. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 83, 11-18. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2024.03.003>

World Health Organization. (2001a). Mental health: A call for action by world health ministers [Internet]. Geneva: World Health Organization. [Citado 6 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.mhinnovation.net/resources/mental-health-call-action-world-health-ministers?>

World Health Organization. (2001b). The world health report 2001: Mental health: New understanding, new hope [Internet]. World Health Organization. [Citado 26 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/items/e66ebb27-95b7-4127-a705-af4b6e836f37?>

World Health Organization. (2021). Mental health atlas 2020. World Health Organization.

Clozapina y esquizofrenia resistente: patrones de prescripción en un hospital neuropsiquiátrico de la Ciudad de Buenos Aires

Clozapine and Treatment-Resistant Schizophrenia: Prescribing Patterns at a Neuropsychiatric Hospital in the City of Buenos Aires

Julieta Ramírez¹, María Delfina Tavella², Adrián Cabrera³, Germán Weisbrot⁴, Guillermo J. Hönig⁵, Daniel Martínez⁶, Nora S. Crespi⁷, Ricardo Corral⁸

<https://doi.org/10.53680/vertex.v37i173.1062>

Resumen

Objetivo: a pesar de ser un fármaco altamente eficaz para el tratamiento de la esquizofrenia resistente al tratamiento (ERT), la clozapina continúa siendo subutilizada. Este estudio tiene como objetivo evaluar los patrones de prescripción de clozapina en pacientes ambulatorios de un hospital especializado en psiquiatría de Argentina. **Métodos:** este estudio observacional descriptivo retrospectivo de corte transversal incluyó pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia que realizan tratamiento ambulatorio en nuestra institución. Los datos fueron recolectados mediante la revisión de historias clínicas en el período noviembre 2024-enero 2025. Los análisis estadísticos incluyeron estadísticas descriptivas, pruebas t pareadas, correlaciones de Pearson y regresión múltiple. **Resultados:** la muestra incluyó 199 pacientes y tuvo una edad media de 36 años (DE: 6,6). El 75,4 % recibía medicación concomitante; el uso previo de antipsicóticos inyectables de acción prolongada (IAP) fue bajo (8 %), mientras que la polifarmacia antipsicótica fue frecuente (30,6 %). El tiempo medio entre el diagnóstico de esquizofrenia y el inicio del tratamiento con clozapina fue superior a cinco años (266,47 semanas, DE: 270,4), con un promedio de 3,17 ensayos previos adecuados con antipsicóticos (DE: 1,53). Las hospitalizaciones disminuyeron significativamente después del inicio del tratamiento con clozapina (cambio medio: 1,74, DE: 1,14; tamaño del efecto grande, $d = 1,09$). **Conclusiones:** los hallazgos obtenidos indican que la clozapina continúa siendo subutilizada en nuestro medio y resaltan la importancia de iniciarla de manera más temprana para reducir las tasas de hospitalización y mejorar los resultados clínicos.

Palabras clave: esquizofrenia, esquizofrenia resistente al tratamiento, clozapina, retraso en la prescripción, polifarmacia

RECIBIDO 16/8/2025 - ACEPTADO 2/10/2025

¹Médica especialista en Psiquiatría; Jefa de Sección de Consultorios Externos, Hospital José T. Borda; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-0535-628X>

²Médica; Residente de Psiquiatría, Hospital José T. Borda; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0004-1629-6894>

³Médico especialista en Psiquiatría; Jefe de sección de Consultorios Externos, Hospital José T. Borda; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0003-7748-7072>

⁴Médico especialista en Psiquiatría; Médico de planta de Consultorios Externos, Hospital José T. Borda; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0002-2611-7648>

⁵Médico especialista en Psiquiatría; Jefe de Servicio 25B, Hospital José T. Borda; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0007-7613-846X>

⁶Médico especialista en Psiquiatría; Jefe de Servicio 31B, Hospital José T. Borda; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-5840-5623>

⁷Médica especialista en Psiquiatría; Jefa de Servicio de Consultorios Externos, Hospital José T. Borda; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0009-8606-397X>

⁸Médico especialista en Psiquiatría; Jefe de departamento de Docencia e Investigación, Hospital José T. Borda; Ciudad de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0003-1388-2009>

Autora correspondiente:

Julieta Ramírez

dra.ramirezj@gmail.com

Institución donde se llevó a cabo el trabajo: Hospital José T. Borda, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina.



Abstract

Objective: Despite being a highly effective drug for treatment-resistant schizophrenia (TRS), clozapine remains underutilized. This study aims to evaluate clozapine prescribing patterns in outpatients from a specialized psychiatric hospital in Argentina. **Methods:** This retrospective, observational, cross-sectional study included adult patients with a diagnosis of schizophrenia receiving outpatient treatment at our institution. Data were collected by reviewing medical records from November 2024 to January 2025. Statistical analyses included descriptive statistics, paired t-tests, Pearson's correlations, and multiple regression. **Results:** The sample included 199 patients with a mean age of 36 years (SD: 6.6). A total of 75.4% were receiving concomitant medication; prior use of long-acting injectable antipsychotics (LAIs) was low (8%), while antipsychotic polypharmacy was frequent (30.6%). The mean time from schizophrenia diagnosis to clozapine initiation was greater than five years (266.47 weeks, SD: 270.4), with a mean of 3.17 adequate prior antipsychotic trials (SD: 1.53). Hospitalizations significantly decreased after clozapine initiation (mean change: 1.74, SD: 1.14; large effect size, $d = 1.09$). **Conclusions:** Our findings indicate that clozapine continues to be underutilized in our setting and highlight the importance of earlier initiation to reduce hospitalization rates and improve clinical outcomes.

Keywords: schizophrenia, treatment-resistant schizophrenia, clozapine, prescribing delay, polypharmacy

Introducción

Aproximadamente el 30 % de los pacientes con esquizofrenia presentan síntomas positivos persistentes a pesar del tratamiento.

La esquizofrenia resistente al tratamiento (ERT) representa un importante desafío clínico, pudiendo manifestarse desde etapas tempranas del tratamiento o desarrollarse posteriormente en pacientes que, inicialmente, respondieron a la terapia antipsicótica (Correll et al., 2019a; Lally et al., 2016).

La ERT se define como la ausencia de una respuesta clínica significativa, luego de dos ensayos farmacológicos adecuados en cuanto a duración y dosis. Se considera adecuada una duración de seis semanas y una dosis equivalente a seiscientos miligramos diarios de clorpromazina. Además, debe confirmarse adherencia adecuada al fármaco y la sintomatología debe tener impacto funcional (Howes et al., 2017).

La clozapina es considerada el tratamiento más eficaz para los síntomas positivos y se reconoce como el tratamiento gold standard para la ERT (Leucht et al., 2013; Wagner et al., 2021). Meta-análisis de estudios de cohorte han demostrado que la clozapina produce una mayor mejoría sintomática en comparación con otros antipsicóticos de segunda generación, además de asociarse con menores tasas de abandono del tratamiento y un menor riesgo de hospitalización (Masuda et al., 2019).

En comparación con otros antipsicóticos, la clozapina ha demostrado ser eficaz en la reducción de conductas agresivas y violentas, así como en la disminución del riesgo de recaídas en pacientes con trastornos por consumo de sustancias (Lähteenvuo et al., 2022).

Asimismo, estudios epidemiológicos han mostrado que la clozapina reduce el riesgo de suicidio (Taipale et al., 2021). Además, una revisión sistemática y metaanálisis de estudios a largo plazo encontró que la clozapina se asocia con una reducción significativa de la mortalidad por cualquier causa, posiblemente debido a su efecto en la disminución de la suicidabilidad (Meltzer et al., 2003).

Alrededor del 40 % de los pacientes con ERT responden a la clozapina (Seppälä et al., 2021), pero las tasas de respuesta pueden alcanzar hasta el 80 % si se inicia dentro de los primeros 2 a 3 años luego de establecerse la resistencia (Yoshimura et al., 2017).

Sin embargo, la clozapina continúa siendo subutilizada en muchos países de altos ingresos, incluidos Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido (Yoshimura et al., 2017; Whiskey et al., 2021; Bachmann et al., 2017). En contraste, las tasas de utilización son relativamente más altas en ciertos países europeos (por ejemplo, Finlandia y los Países Bajos) y en algunas regiones de Asia, lo que refleja una marcada variabilidad en las prácticas de prescripción según la región (Yoshimura et al., 2017; Whiskey et al., 2021; Bachmann et al., 2017).

La mayoría de los estudios identifican un retraso significativo entre el diagnóstico de ERT y la prescripción de clozapina. Trece estudios encontraron que este retraso fue, en promedio, de 5 años, con una media de 5,7 ensayos previos antes de la introducción de clozapina (Latimer et al., 2013).

Además, muchos pacientes inician tratamiento con clozapina solo después de haber recibido tratamientos con polifarmacia antipsicótica (PPA) (Correll

et al., 2019b). A pesar de que las guías de práctica clínica favorecen la monoterapia, la tasa de PPA puede alcanzar hasta el 40 % (Cotes et al., 2018).

Cabe destacar que la falta de adherencia y los niveles subterapéuticos de medicación representan una de las principales causas de casos “pseudo-resistentes”. Dada la posibilidad de no adherencia encubierta, se recomienda la medición de niveles plasmáticos de antipsicóticos en todos los pacientes en tratamiento oral que sean diagnosticados como resistentes al tratamiento (Hiemke et al., 2018).

Como esta evaluación no siempre es posible, se sugiere que al menos uno de los tratamientos fallidos haya involucrado el uso de antipsicóticos inyectables de acción prolongada (IAP) (Hiemke et al., 2018). No obstante, las tasas de prescripción de IAP también son bajas en la mayoría de los países.

Hasta donde sabemos, no existen estudios en Argentina que evalúen estas variables en muestras de pacientes.

Este es un estudio observacional descriptivo realizado en pacientes ambulatorios de un Hospital Neuropsiquiátrico de la Ciudad de Buenos Aires que se encuentran actualmente en tratamiento con clozapina. El objetivo del estudio es determinar si existen demoras en la prescripción de clozapina, evaluando la cantidad de ensayos adecuados previos a su indicación y el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de esquizofrenia y el inicio del tratamiento con clozapina.

Objetivos primarios:

- Determinar el número de ensayos adecuados con antipsicóticos previos a la indicación de clozapina.
- Determinar el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de esquizofrenia y el inicio del tratamiento con clozapina.

Objetivos secundarios:

- Calcular la dosis media de clozapina.
- Evaluar la medicación concomitante en pacientes tratados con clozapina.
- Evaluar el uso previo de antipsicóticos inyectables de acción prolongada (IAP) antes de la indicación de clozapina.
- Evaluar el uso de polifarmacia antipsicótica (PPA) antes de la indicación de clozapina.
- Determinar el número de hospitalizaciones antes y después del tratamiento con clozapina.

Métodos

1. Diseño

Este estudio observacional retrospectivo y transversal se llevó a cabo en un Hospital Neuropsiquiátrico de la Ciudad de Buenos Aires. El estudio fue revisado por el Comité de Ética de esta institución, el cual otorgó una exención. No se requirió consentimiento informado debido al carácter retrospectivo y anonimizado de los datos. Todos los datos de los pacientes fueron completamente desidentificados antes del análisis. Los pacientes fueron incluidos de manera consecutiva a partir del registro ambulatorio. Los datos se recolectaron entre noviembre de 2024 y enero de 2025.

La presentación de este estudio cumple con las directrices STROBE (Von Elm et al., 2008).

El estudio se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki de 1975.

2. Participantes

Criterios de inclusión:

- Pacientes ambulatorios adultos (≥ 18 años) con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme (según el DSM-5), documentado en la historia clínica.
- Pacientes en tratamiento con clozapina.
- Pacientes clínicamente estables según criterio del médico tratante.

Criterios de exclusión:

- Presencia de cualquier otro diagnóstico del Eje I (según el DSM-5).

3. Variables

A partir de las historias clínicas se recopilaron los siguientes datos: a) edad, sexo; b) fecha del diagnóstico; c) fecha de inicio del tratamiento con clozapina; d) dosis actual de clozapina; e) medicación concomitante (distinguiendo entre polifarmacia antipsicótica y otros psicofármacos); f) uso previo de antipsicóticos inyectables de acción prolongada (IAP) o polifarmacia antipsicótica (PPA); g) número de hospitalizaciones antes y después del inicio de clozapina.

Se definió un ensayo adecuado como aquel realizado con cualquiera de los antipsicóticos aprobados para el tratamiento de la esquizofrenia, a una dosis terapéutica (al menos 600 mg de clorpromazina o dosis equivalente) durante un mínimo de 6 semanas en un paciente adherente.

4. Análisis estadístico

a. Análisis descriptivo

La edad se presenta como media $\pm$ desviación estándar (DE), y el sexo como porcentaje y frecuencia. La dosis promedio de clozapina y el número de medicamentos concomitantes se expresan como media $\pm$ DE. Para los tipos de medicación concomitante se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes. El tiempo transcurrido entre el diagnóstico de esquizofrenia y la indicación de clozapina se presenta como media $\pm$ DE. El número de ensayos adecuados con antipsicóticos se expresa como media $\pm$ DE. El uso de antipsicóticos inyectables de acción prolongada (IAP) y de polifarmacia antipsicótica (PPA) previos a la indicación de clozapina se presenta como frecuencia y porcentaje. Se comparó el número de hospitalizaciones antes y después del inicio de clozapina mediante una prueba *t* para muestras pareadas. Se utilizó la fórmula de Cohen's *d* para estimar el tamaño del efecto.

b. Análisis de correlación

Estos análisis de correlación fueron de carácter exploratorio, con el objetivo de identificar posibles patrones para la generación de hipótesis.

Se exploró la relación entre la dosis de clozapina y el número de medicamentos concomitantes, así como el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de esquizofrenia y la indicación de clozapina, mediante la correlación de Pearson. Para evaluar la posible multicolinealidad entre las variables independientes del modelo de regresión, se calcularon los valores del Factor de Inflación de la Varianza (VIF, por sus siglas en inglés). Todas las variables presentaron valores de $VIF < 2$, lo que indica baja multicolinealidad.

También se analizó la correlación entre el número de hospitalizaciones previas a la indicación de clozapina con las dosis actuales de clozapina y la medicación concomitante, utilizando la correlación de Pearson. Finalmente, se realizó un análisis de regresión múltiple para evaluar los predictores de la reducción de hospitalizaciones. Las variables independientes seleccionadas (dosis de clozapina, medicación concomitante, uso previo de IAP) se eligieron en función de su relevancia clínica, según lo reportado en la literatura sobre predictores de hospitalización y resultados terapéuticos en pacientes tratados con clozapina.

Variable dependiente: cambio en el número de hospitalizaciones.

5. Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el comité de ética del hospital, se llevó a cabo conforme a los principios de la Declaración de Helsinki y no requirió consentimiento informado debido al carácter retrospectivo y anonimizado de los datos utilizados.

Resultados

a. Datos demográficos

Se incluyeron 199 pacientes en el estudio; la edad media fue de 36 años (DE: 6,6). El 97,5 % ($n=194$) eran hombres y el 2,5 % ($n=5$) mujeres. Las características demográficas y clínicas de la muestra se resumen en la *Tabla 1*.

b. Tratamiento con clozapina

La dosis media de clozapina fue de 400 mg (DE: 168; mínimo: 100 mg – máximo: 900 mg).

c. Medicación concomitante

El 75,4 % ($n=144$) de los pacientes recibía medicación concomitante, mientras que el 27,6 % ($n=55$) estaba en monoterapia con clozapina. El número medio de fármacos concomitantes fue de 1,26 (DE: 0,95; mínimo: 0 – máximo: 3). Específicamente, el 11 % presentaba polifarmacia antipsicótica, el 50,2 % recibía estabilizadores del ánimo, el 48,7 % benzodiazepinas, el 11 % antidepresivos y el 1 % biperideno. El esquema farmacológico más frecuente fue clozapina más la asociación de un estabilizador del ánimo y una benzodiazepina (31,9 %), seguido del uso de benzodiazepina sola (18 %) o estabilizador del ánimo solo (17,3 %).

d. Tratamientos previos

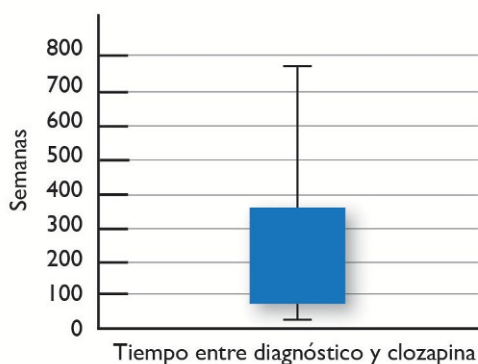
Solo el 8 % ($n=16$) de los pacientes había recibido antipsicóticos inyectables de acción prolongada (IAP) antes de la indicación de clozapina, mientras que el 30,6 % ($n=61$) había recibido polifarmacia antipsicótica (PPA) antes del inicio de la clozapina.

El tiempo transcurrido entre el primer diagnóstico de esquizofrenia y el inicio de la clozapina solo estuvo disponible para el 31,6 % ($n=63$) de la muestra. La media fue de 266,47 semanas (DE: 270,4; mínimo: 18 – máximo: 1223) (ver *Figura 1*). El número medio de ensayos adecuados con antipsicóticos antes de la clozapina fue de 3,17 (DE: 1,53; mínimo: 1 – máximo: 7). La *Figura 1* presenta un diagrama de caja que muestra la distribución del tiempo (en semanas) transcurrido entre el diagnóstico de esquizofrenia y el inicio del tratamiento con clozapina (media de 266,47 semanas,

Tabla 1. Características de la muestra

Variable	Valor
Tamaño de muestra	199
Edad media (años)	36 (DE 6,6)
Sexo (masculino)	97,5 % (n=194)
Sexo (femenino)	2,5 % (n=5)
Dosis media de clozapina (mg/día)	400 (DE 168; rango 100–900)
Pacientes con medicación concomitante	75,4 % (n=144)
Pacientes en monoterapia	27,6 % (n=55)
Polifarmacia antipsicótica	11 % (n=22)
Uso de estabilizador del ánimo	50,2 % (n=100)
Uso de benzodiazepinas	48,7 % (n=97)
Uso de antidepresivo	11 % (n=22)
Uso de biperideno	1 % (n=2)
Uso de IAP previo al inicio de clozapina	8 % (n=16)
Uso de PPA previo al inicio de clozapina	30,6 % (n=61)
Promedio de ensayos adecuados con antipsicóticos antes del inicio de clozapina	3,17 (DE 1,53; rango 1–7)
Tiempo medio desde el diagnóstico de esquizofrenia hasta el inicio de clozapina (semanas)	266,47 (DE 270,4; rango 18–1223)
Promedio de hospitalizaciones previo al inicio de clozapina	2,94 (DE 1,91; rango 1–6)
Promedio de hospitalizaciones luego del inicio de clozapina	0,31 (DE 0,69; rango 0–3)

La Tabla 1 detalla las características de la muestra de 199 pacientes que actualmente reciben clozapina, incluyendo datos demográficos, detalles del tratamiento, exposición previa a antipsicóticos e historial de hospitalizaciones.

Figura 1. Distribución del tiempo entre el diagnóstico de esquizofrenia y el uso de clozapina

desviación estándar de 270,4 semanas, mínimo de 18 semanas y máximo de 1223 semanas), destacando la amplia variabilidad en el período hasta el inicio del tratamiento con clozapina entre los pacientes.

e. Hospitalizaciones

En cuanto al número de hospitalizaciones previas al tratamiento con clozapina, estos datos no estuvieron disponibles para el 46,2 % (n = 92) de los pacientes. En el resto (53,7 %; n = 107), el número medio de hos-

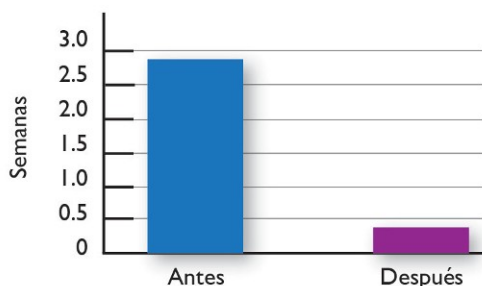
pitalizaciones psiquiátricas fue de 2,94 (DE: 1,91; mínimo: 1 – máximo: 6). Los datos de hospitalizaciones posteriores al inicio de la clozapina estuvieron disponibles para el 63,3 % de los pacientes (n = 126) (no disponibles para el 36,6 %; n = 73).

El número medio de hospitalizaciones fue de 0,31 (DE: 0,69; mínimo: 0 – máximo: 3).

El número de hospitalizaciones previo al uso de clozapina fue mayor (media = 2,94) que el posterior (media = 0,31). Se realizó una prueba t para muestras pareadas, la cual mostró que la diferencia fue estadísticamente significativa, $t(98) = 10,82$, $p < 0,001$, intervalo de confianza del 95 % [1,16 – 1,69]. El tamaño del efecto fue $d = 1,09$ (efecto grande).

La media de la reducción en el número de hospitalizaciones fue de 1,74 (DE: 1,14). La Figura 2 muestra el número promedio de hospitalizaciones antes y después del inicio de la clozapina. La barra de color azul representa el número promedio de hospitalizaciones previas al uso de clozapina (2,94), mientras que la barra de color violeta indica el número promedio de hospitalizaciones luego del inicio de la clozapina (0,31), evidenciando la reducción significativa en las admisiones hospitalarias luego de iniciado el tratamiento.

Figura 2. Número medio de hospitalizaciones antes y después del inicio de clozapina



f. Análisis de correlación y regresión

El análisis de correlación de Pearson mostró una correlación positiva, pero insignificante, entre una mayor dosis de clozapina y el intervalo entre el diagnóstico de esquizofrenia y la indicación de clozapina, $r(77) = 0,02$, $p = 0,86$. También se observó una correlación positiva baja entre la dosis de clozapina y el número de medicamentos concomitantes, aunque no fue estadísticamente significativa, $r(77) = 0,15$, $p = 0,19$. No se encontró correlación entre el número de hospitalizaciones previas al uso de clozapina y la dosis de clozapina, y se observó una correlación positiva baja entre el número de hospitalizaciones previas y el número de fármacos concomitantes; sin embargo, esta tampoco fue estadísticamente significativa, $r(64) = 0,13$, $p = 0,289$. Tampoco se halló una correlación estadísticamente significativa entre la dosis de clozapina y el cambio medio en hospitalizaciones, $r(71) = -0,08$, $p = 0,484$.

En general, el análisis de correlación mostró asociaciones insignificantes y no significativas. Los valores de Factor de Inflación de la Varianza (VIF) oscilaron entre 1,02 y 1,47, lo que confirma una baja multicolinealidad.

Se realizó un análisis de regresión múltiple para evaluar predictores de la reducción en hospitalizaciones (variables independientes: dosis de clozapina, número de medicamentos concomitantes, uso previo de IAP; variable dependiente: cambio en el número de hospitalizaciones).

Según este modelo, la dosis de clozapina ($p = 0,825$) y el uso previo de IAP ($p = 0,761$) no tuvieron un efecto significativo sobre el cambio en las hospitalizaciones.

El número de medicamentos concomitantes surgió como un predictor significativo del cambio en hospitalizaciones tras el inicio de la clozapina ($p = 0,016$).

Discusión

La dosis media de clozapina en este estudio (400 mg) se encuentra dentro del rango terapéutico establecido para este fármaco. Se observó una alta prevalencia de uso de medicación concomitante (75,4 %) en estos pacientes. Las combinaciones más frecuentes fueron con estabilizadores del ánimo (50,2 %) y benzodiacepinas (48,7 %). Esta práctica es común en nuestro contexto y podría reflejar la complejidad clínica de estos pacientes.

Llama la atención la baja tasa de prescripción de litio en nuestra muestra, en contraste con datos internacionales que informan un uso más elevado de este fármaco en poblaciones similares (Ochi et al., 2022). Esta discrepancia puede deberse a preferencias locales de prescripción en Argentina, donde los clínicos suelen optar por otros estabilizadores del ánimo o antipsicóticos atípicos, debido a factores como las dificultades para el monitoreo, la preocupación por el perfil de efectos adversos del litio y la carga logística asociada al control hematológico obligatorio. Además, las variaciones en las guías nacionales, la familiaridad del profesional con el medicamento y los hábitos históricos de prescripción podrían contribuir a esta subutilización. Reconocer estas diferencias es fundamental para interpretar nuestros hallazgos dentro de un contexto internacional más amplio e identificar áreas que podrían beneficiarse de intervenciones educativas o sistémicas específicas.

El uso de antipsicóticos inyectables de acción prolongada (IAP) previo al inicio de clozapina fue notablemente bajo en nuestra muestra (8 %), a pesar de la evidencia sólida que respalda su eficacia para prevenir recaídas y descartar pseudo-resistencia. Esto es coherente con la subutilización de estas formulaciones en nuestro país. En cambio, la polifarmacia antipsicótica fue una estrategia común antes del inicio de clozapina (30,6 %), a pesar de que la evidencia que respalda su eficacia es menos concluyente. Esto pone de manifiesto la brecha existente entre la práctica clínica habitual y las recomendaciones basadas en la evidencia.

El tiempo medio entre el inicio de la enfermedad y el uso de clozapina fue superior a cinco años (266,47 semanas). Esta demora podría explicarse, en parte, por los requisitos regulatorios locales. En Argentina, la prescripción de clozapina está regulada por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) (Corrales et al, 2021). Los prescriptores deben registrar a los pacientes en un sistema nacional de monitoreo, realizar controles hematológicos periódicos y dispensar la medicación a través de farmacias centralizadas, lo cual supone una carga logística significativa.

Estudios realizados en otros países dan cuenta de demoras similares o superiores en el inicio de clozapina en poblaciones análogas (John et al., 2018). Los médicos pueden anticipar que los pacientes tendrán dificultades para adherirse al riguroso esquema de controles sanguíneos. Además, la preocupación por los efectos adversos graves puede desincentivar a los psiquiatras a utilizar clozapina de forma temprana, incluso cuando las guías clínicas así lo recomiendan (Corrales et al., 2021).

Otro factor que podría contribuir a esta demora es la subdetección del trastorno resistente al tratamiento (TRT), dado que los criterios estandarizados no siempre se aplican de forma sistemática, y esto puede verse agravado por la documentación clínica incompleta o el acceso limitado a atención especializada. Teniendo en cuenta que la resistencia al tratamiento suele manifestarse en etapas tempranas de la enfermedad y que una menor duración de la psicosis se asocia con mejor respuesta a la clozapina, esta situación plantea preocupaciones importantes sobre oportunidades perdidas para lograr resultados clínicos óptimos.

El promedio de 3,17 ensayos previos con antipsicóticos antes del inicio de la clozapina supera los dos intentos recomendados por las guías clínicas. Una vez más, esto refleja la subutilización y el inicio tardío de la clozapina en nuestro entorno, donde la preocupación por los efectos adversos y la falta de experiencia parecen ser los principales factores que determinan dicha demora.

Se observó un efecto grande en la reducción de hospitalizaciones (media: 1,74; DE: 1,14; $p < 0,001$; IC 95 % [1,16 – 1,69]; $d = 1,09$). Este hallazgo es consistente con la evidencia existente que respalda la eficacia de la clozapina para reducir hospitalizaciones.

En el análisis de regresión múltiple para evaluar predictores de reducción en hospitalizaciones, la dosis de clozapina y el uso previo de IAP no emergieron como predictores significativos. Sin embargo, el número de fármacos concomitantes sí se identificó como un predictor significativo del cambio en hospitalizaciones después del inicio de clozapina ($p = 0,016$). Esto podría deberse a que la medicación concomitante permite abordar síntomas comórbidos que la clozapina por sí sola no controla adecuadamente.

No obstante, este análisis de regresión debe interpretarse con cautela, ya que fue de carácter exploratorio y se basó en variables seleccionadas por su relevancia clínica. El modelo fue relativamente débil y no identificó predictores robustos más allá del número de medicamentos concomitantes.

Limitaciones

Este estudio se realizó en un único hospital, lo cual puede limitar la generalización de nuestros hallazgos a poblaciones más amplias en Argentina. La alta predominancia de pacientes masculinos (97,5 %) probablemente refleja la estructura demográfica del programa ambulatorio del hospital y no representa la distribución por sexo de la población general con esquizofrenia. Por lo tanto, se debe tener precaución al extrapolar estos resultados a otros entornos clínicos. Esta limitación subraya la necesidad de investigaciones futuras en contextos clínicos más diversos.

Además, se observó una proporción significativa de datos faltantes para algunas variables, particularmente en lo referente al historial de hospitalizaciones. Esto probablemente se deba al carácter retrospectivo de la recolección de datos y a la documentación incompleta en las historias clínicas. Esta limitación puede reducir la potencia estadística e introducir sesgos. Se recomienda la realización de estudios prospectivos futuros con recolección de datos estandarizada.

Debido al diseño retrospectivo del estudio y al tamaño limitado de la muestra, no fue posible realizar análisis de sensibilidad formales; sin embargo, estudios prospectivos futuros deberían abordar este aspecto para fortalecer la validez de los resultados.

Al tratarse de un estudio transversal, no es posible establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Asimismo, factores como las intervenciones psicosociales, la adherencia al tratamiento o la gravedad de la resistencia al tratamiento no fueron evaluados, y podrían actuar como variables de confusión.

Conclusiones

La clozapina continúa siendo una opción terapéutica altamente eficaz para la esquizofrenia resistente al tratamiento, aunque en nuestro medio se observa un inicio tardío y una clara subutilización. De manera alentadora, el inicio de clozapina se asoció con una reducción significativa y clínicamente relevante en el número de hospitalizaciones. Estas demoras reflejan una brecha entre la práctica clínica y las recomendaciones basadas en la evidencia, con consecuencias potencialmente negativas sobre la evolución de la enfermedad. Nuestros hallazgos subrayan la necesidad de promover un reconocimiento más temprano de la resistencia al tratamiento, optimizar la formación de los profesionales, simplificar los protocolos de monitoreo y abordar las barreras regulatorias y logísticas en Argentina.

Agradecimientos: agradecemos al equipo por su colaboración y reconocemos que se utilizaron herramientas de inteligencia artificial (ChatGPT) exclusivamente para la edición lingüística y el formato del manuscrito.

Conflicto de intereses: los autores declaran no presentar conflictos de interés. No se recibió financiamiento específico para este estudio.

Referencias bibliográficas

- Bachmann, C. J., Aagaard, L., Bernardo, M., Brandt, L., Cartabia, M., Clavenna, A., ... 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>
- Correll, C. U., Brevig, T., & Brain, C. (2019a). Exploration of treatment-resistant schizophrenia subtypes based on a survey of 204 US psychiatrists. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 3461–3473. <https://doi.org/10.2147/NDT.S234813>
- Correll, C. U., Brevig, T., & Brain, C. (2019b). Patient characteristics, burden and pharmacotherapy of treatment-resistant schizophrenia: Results from a survey of 204 US psychiatrists. *BMC Psychiatry*, 19(1), 362. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2318-x>
- Corrales, A., Gargoloff, P. D., Vilapriño, M., & Rebok, F. (2021). P0902 Pattern of use of clozapine in Argentina. *European Neuropsychopharmacology*, 53, S662–S663. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.10.090>
- Cotes, R. O., Goldsmith, R., Kopelovich, L., Lally, C., & Druss, B. (2018). Characteristics of Medicaid recipients receiving persistent antipsychotic polypharmacy. *Community Mental Health Journal*, 54(6), 699–706. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-2318-x>
- Hiemke, C., Bergemann, N., Clement, H. W., Conca, A., Deckert, J., Domschke, K., ... Baumann, P. (2018). Consensus guidelines for therapeutic drug monitoring in neuropsychopharmacology: Update 2017. *Pharmacopsychiatry*, 51(1–02), 9–62. <https://doi.org/10.1055/s-0043-116492>
- Howes, O. D., McCutcheon, R., Agid, O., de Bartolomeis, A., van Beveren, N. J., Birnbaum, M. L., ... 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>
- John, A. P., Ko, E. K. F., & Dominic, A. (2018). Delayed initiation of clozapine continues to be a substantial clinical concern. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(8), 526–531. <https://doi.org/10.1177/0706743718772522>
- Lähteenvuo, M., Luykx, J. J., Taipale, H., Mittendorfer-Rutz, E., Tanskanen, A., Batalla, A., & Tiihonen, J. (2022). Associations between antipsychotic use, substance use and relapse risk in patients with schizophrenia: Real-world evidence from two national cohorts. *The British Journal of Psychiatry*, 221(6), 758–765. <https://doi.org/10.1192/bjp.2022.117>
- Lally, J., Ajnakina, O., Di Forti, M., Trotta, A., Demjaha, A., Kolliakou, A., ... Murray, R. M. (2016). Two distinct patterns of treatment resistance: Clinical predictors of treatment resistance in first-episode schizophrenia spectrum psychoses. *Psychological Medicine*, 46(15), 3231–3240. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002014>
- Latimer, E., Wynant, W., Clark, R., Malla, A., Moodie, E., Tamblyn, R., & Naidu, A. (2013). Underprescribing of clozapine and unexplained variation in use across hospitals and regions in the Canadian province of Québec. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 7(1), 33–41. <https://doi.org/10.3371/CSRPLAWY.012513>
- Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., Mavridis, D., Orey, D., Richter, F., ... Davis, J. M. (2013). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: A multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*, 382(9896), 951–962. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60733-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60733-3)
- Masuda, T., Misawa, F., Takase, M., Kane, J. M., & Correll, C. U. (2019). Association with hospitalization and all-cause discontinuation among patients with schizophrenia on clozapine vs other oral second-generation antipsychotics: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *JAMA Psychiatry*, 76(10), 1052–1062. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1702>
- Meltzer, H. Y., Alphs, L., Green, A. I., Altamura, A. C., Anand, R., Bertoldi, A., ... International Suicide Prevention Trial Study Group. (2003). Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Archives of General Psychiatry*, 60(1), 82–91. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.1.82>
- Nielsen, J., Dahm, M., Lublin, H., & Taylor, D. (2010). Psychiatrists' attitude towards and knowledge of clozapine treatment. *Journal of Psychopharmacology*, 24(7), 965–971. <https://doi.org/10.1177/0269881108100320>
- Ochi, S., Tagata, H., Hasegawa, N., Yasui-Furukori, N., Iga, J. I., Kashiwagi, H., ... Hashimoto, R. (2022). Clozapine treatment is associated with higher prescription rate of antipsychotic monotherapy and lower prescription rate of other concomitant psychotropics: A real-world nationwide study. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 25(10), 818–826. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyac036>
- Seppälä, A., Pylvänäinen, J., Lehtiniemi, H., Hirvonen, N., Corripio, I., Koponen, H., ... Jääskeläinen, E. (2021). Predictors of response to pharmacological treatments in treatment-resistant schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 236, 123–134. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.08.005>
- Taipale, H., Lähteenvuo, M., Tanskanen, A., Mittendorfer-Rutz, E., & Tiihonen, J. (2021). Comparative effectiveness of antipsychotics for risk of attempted or completed suicide among persons with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 47(1), 23–30. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa111>
- Thien, K., & O'Donoghue, B. (2019). Delays and barriers to the commencement of clozapine in eligible people with a psychotic disorder: A literature review. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(1), 18–23. <https://doi.org/10.1111/eip.12683>
- Von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Götzsche, P. C., Vandenbroucke, J. P., & STROBE Initiative. (2008). The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61(4), 344–349. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>
- Wagner, E., Sifakis, S., Fernando, P., Falkai, P., Honer, W. G., Röhl, A., ... Hasan, A. (2021). Efficacy and safety of clozapine in psychotic disorders: A systematic quantitative meta-review. *Translational Psychiatry*, 11(1), 487. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01613-2>
- Whiskey, E., Barnard, A., Oloyede, E., Dzahini, O., Taylor, D. M., & Shergill, S. S. (2021). An evaluation of the variation and underuse of clozapine in the United Kingdom. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(4), 339–347. <https://doi.org/10.1111/acps.13280>
- Yoshimura, B., Yada, Y., So, R., Takaki, M., & Yamada, N. (2017). The critical treatment window of clozapine in treatment-resistant schizophrenia: Secondary analysis of an observational study. *Psychiatry Research*, 250, 65–70. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.064>

Síndrome de *burnout* en los trabajadores de la salud mental pertenecientes a la Red Provincial Pública en la ciudad de Córdoba, Argentina

Burnout syndrome in mental health workers belonging to the Public Provincial Network in the city of Córdoba, Argentina

Sofía Chiri¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v37i173.1063>

Resumen

El síndrome de *burnout* (SBO) se entiende como una respuesta a los estresores crónicos del ámbito laboral, su dimensión clave es el agotamiento emocional y tiene gran porcentaje de aparición en profesionales de la salud. Este trabajo tiene como finalidad ampliar el estado de conocimiento del tema y el objetivo de explorar y comparar la presencia de SBO en los profesionales de la salud mental de la red provincial de la ciudad de Córdoba, mediante un estudio cuantitativo, prospectivo, exploratorio y correlacional. Para recabar los datos se administró una encuesta para variables sociodemográficas y escala EBLA a los profesionales de la salud mental (n=127). Los datos se analizaron utilizando estadística descriptiva (media y desviación estándar) para variables numéricas, análisis de frecuencia para variables cualitativas y test de chi-cuadrado, para ellos se utilizó Infostat. Los resultados confirman la alta presencia del SBO (63.8 %) en los profesionales encuestados, con una mayor afectación entre los residentes en formación (86.36 %) y las mujeres (71.26 %). Además, la presencia es más frecuente en los profesionales que son convivientes o separados, trabajan más de 36 horas semanales, pertenecen a la franja etaria de 20 a 30 años, tienen más de 20 años de antigüedad o menos de 5, y se desempeñan en un contexto hospitalario de tercer nivel. Estos hallazgos no solo resaltan la vulnerabilidad de ciertos grupos, sino también la necesidad de reflexionar sobre las dinámicas laborales y el significativo nivel de agotamiento emocional de los profesionales que perpetúan este síndrome.

Palabras claves: síndrome de *burnout*, trabajadores de la salud mental, residentes

Abstract

Burnout Syndrome (BOS) is understood as a response to chronic work-related stressors, with emotional exhaustion as its core dimension. It has a high prevalence among healthcare professionals. This study aims to expand the current knowledge on the topic and to explore and compare the presence of BOS among mental health professionals within the provincial mental health network in the city of Córdoba. It is a quantitative, prospective, exploratory, and correlational study. Data were collected through a survey including sociodemographic variables and the EBLA scale, administered to mental health professionals (n=127). Data were analyzed using descriptive statistics (mean and standard deviation) for numerical variables, frequency analysis for qualitative variables, and chi-square tests, using the Infostat software. The results confirm a high prevalence of BOS (63.8%) among the respondents, with a higher impact observed in residents in training (86.36%) and women (71.26%). Moreover, burnout was more frequent among professionals who are cohabiting or separated, work more than 36 hours per week, are between 20 and 30 years old, have more than 20 or less

RECIBIDO 16/6/2025 - ACEPTADO 27/9/2025

¹Sub-investigadora en CEN (Centro especializado en Neurociencias Leal-Ruggeri).

Psiquiatra en TRAMAS, Dirección de salud mental, Municipalidad de Córdoba, Córdoba, Argentina. <https://orcid.org/0009-0006-9099-9461>

Correspondencia:

chirisofia2@gmail.com

Instituciones donde se realizó la investigación: Hospital europsiquiátrico, Hospital Misericordia, Hospital de Niños y EAC Santa Isabel Segunda.



than 5 years of experience, and work in tertiary-level hospital settings. These findings not only highlight the vulnerability of certain groups but also underscore the need to reflect on workplace dynamics and the significant level of emotional exhaustion experienced by professionals, which contributes to the persistence of this syndrome.

Keywords: burnout syndrome, mental health workers, residents

Introducción

El síndrome de *burnout* (SBO) se define como una respuesta prolongada a estresores crónicos en el ámbito laboral, cuyas dimensiones principales incluyen el agotamiento emocional, sentimientos de indiferencia hacia el trabajo y una sensación de ineficacia y falta de realización personal (López Carballeira, 2017). La detección tardía o el abordaje inadecuado de este síndrome puede generar consecuencias fisiológicas, psicológicas, socioeconómicas y laborales, con impacto directo en la salud pública (Berrio Cuartas et al., 2017).

Para comprender en profundidad esta problemática, resulta necesario contextualizar el concepto de estrés, ya que constituye el eje sobre el cual se construye la sintomatología del *burnout*. Hans Selye (1907–1982), médico y fisiólogo húngaro, introdujo este término en el ámbito médico al definirlo como parte del “síndrome general de adaptación” (SGA): una reacción orgánica y fisiológica que busca proteger al organismo frente a agresiones externas. Posteriormente, autores como McVicar (2015) conceptualizaron al estrés como un continuum que va del eustrés al distrés, es decir, desde una vivencia estimulante hasta un padecimiento.

Selye distinguió dos tipos de respuesta al estrés: el eustrés, entendido como una reacción adaptativa dentro de los parámetros fisiológicos y psicológicos normales; y el distrés, caracterizado por una respuesta desproporcionada, sostenida y perjudicial frente a los estresores, que sobrepasa la capacidad adaptativa del individuo y genera un exceso de energía no consumida (Gallego Zuluaga et al., 2018). Esta última forma parece describir adecuadamente la realidad de muchos profesionales de la salud mental, quienes enfrentan múltiples factores de riesgo: sobrecarga laboral, escasez de recursos, remuneración insuficiente y una constante tensión entre las exigencias y las posibilidades de su rol profesional (Wolberg, 2003).

El término *burnout* comenzó a utilizarse formalmente en 1974, a partir del trabajo pionero del psiquiatra Herbert Freudenberger. Desde entonces, se han desarrollado dos grandes perspectivas teóricas: la clínica, basada en el enfoque de Selye, que concibe al SBO como un estado resultante del estrés laboral; y la

psicosocial, representada por Maslach, que lo considera un proceso dinámico derivado de la interacción entre las características personales y las condiciones del entorno laboral (Claro, 2020). La diferencia entre ambos enfoques es clara: mientras el primero analiza el fenómeno en términos de una condición estática, el segundo lo concibe como una construcción dinámica.

Diversos autores, como Doolittle y Windish (2015), han documentado que el SBO afecta particularmente a aquellas profesiones que implican una interacción interpersonal intensa y sostenida, y que se sustentan en una profunda vocación humanística, como es el caso de los profesionales de la salud mental, quienes desempeñan un rol central en el cuidado y acompañamiento de personas en situaciones de vulnerabilidad. Paradójicamente, esta tarea puede derivar en sufrimiento emocional, desgaste y desmotivación, lo que subraya la urgencia de atender el bienestar de quienes cuidan. En este sentido, el trabajo, más allá de ser una fuente de realización y sentido vital, también puede transformarse en un agente generador de malestar. Organismos internacionales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconocen al entorno y la organización del trabajo como factores de riesgo psicosocial que, si no son adecuadamente gestionados, pueden ocasionar consecuencias perjudiciales para la salud de los trabajadores, entre ellas el desarrollo del SBO.

En contextos institucionales -frecuentemente marcados por la desidia estructural- esta situación se ve agravada. Gambina (2022) plantea: “Años de trabajo dentro de instituciones, por lo general de carácter públicas y estatales, me han llevado a hacerme algunas preguntas, entre ellas, por qué sigo permaneciendo allí, donde abundan los padeceres, el malestar, el sufrimiento, el desamparo, la soledad, el cansancio, el desgaste, la desidia. Donde los recursos, materiales y humanos, cada vez escasean más y pareciera no importarle a nadie, a pesar de que los slogans políticos muchas veces digan lo contrario”.

Este deterioro institucional, particularmente en el sistema público de salud, se caracteriza por recortes presupuestarios, infraestructura insuficiente, escasez

de insumos, de personal y aumento en la demanda de atención, especialmente por parte de personas excluidas de otros sistemas. Todo ello genera condiciones de vulnerabilidad que incrementan el riesgo de SBO (Atance Martínez, 1997).

Además del impacto psicológico y social, se destaca el correlato neurobiológico del SBO. El estrés crónico puede alterar el funcionamiento del córtex prefrontal, región cerebral clave en funciones cognitivas como la toma de decisiones, la memoria de trabajo, la introspección y la empatía. Su deterioro compromete seriamente la calidad del desempeño profesional (Amstem y Shanafelt, 2021). En consecuencia, el SBO en profesionales de la salud mental afecta directamente la calidad del tratamiento brindado, disminuyendo su capacidad para ejercer empatía, mantener un juicio clínico adecuado y conectarse emocionalmente con sus pacientes.

Aunque el SBO no está clasificado como un trastorno mental formal en el DSM-5, presenta una superposición significativa de síntomas con el trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad, lo cual lo convierte en una condición límite relevante para la práctica psiquiátrica. Esta ambigüedad diagnóstica supone un desafío clínico, dado que el SBO no sólo puede coexistir con dichas patologías, sino también actuar como desencadenante o estar asociado al consumo problemático de sustancias, complejizando el abordaje integral.

Frente a este panorama, se vuelve indispensable explorar en profundidad las condiciones psicológicas, laborales y ambientales que atraviesan los profesionales de la salud mental en sus contextos de trabajo. Este estudio pretende aportar conocimiento sobre una problemática creciente, con implicancias tanto individuales como institucionales, e invitar a una reflexión crítica sobre el cuidado de quienes cuidan.

Planteo de hipótesis

Existe una alta presencia del SBO, con diferencias entre los distintos niveles de atención y disciplinas. Además, existen variables sociodemográficas y laborales con altos niveles de correlación con el síndrome.

Objetivo general

Explorar y comparar la presencia de SBO en los profesionales de la salud mental que forman parte de la red provincial del SM de la ciudad de Córdoba en el año 2024.

Objetivos específicos

- OE1: Caracterizar socio demográficamente y laboralmente a los profesionales de los servicios salud mental.

- OE2: Determinar la presencia de SBO en los profesionales de salud mental en los distintos niveles de atención.
- OE3: Relacionar la presencia de SBO con las características sociodemográficas, laborales y los diferentes niveles de atención.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio prospectivo, exploratorio y correlacional de tipo cuantitativo, en el cual se recolectaron los datos en centros pertenecientes a diferentes niveles de atención y complejidad de la red provincial de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, en la capital. El período de estudio comprendió de febrero hasta julio de 2024.

Contexto del estudio: la red de atención de la salud mental en la ciudad de Córdoba está conformada por dos grandes sectores:

1. Sistema privado.
2. Sistema público, donde se implementa el Plan Provincial de Salud Mental actualmente en ejecución.

Este plan busca un modelo de atención descentralizado, basado en principios de equidad y accesibilidad, garantizando la prestación de servicios sin discriminación socioeconómica, sociocultural y geográfica (Secretaría de Salud Mental, 2021).

Dentro del sistema público, la atención de la salud mental se organiza en tres niveles de atención, conformados por instituciones que trabajan interdisciplinariamente con equipos compuestos por: médicas/os, psicólogas/os, trabajadoras sociales, enfermeras/os y residentes de las disciplinas mencionadas.

El estudio abarcó profesionales pertenecientes a instituciones de cada nivel de atención, esta metodología permite abordar la problemática del SBO desde una perspectiva integral, considerando las diferencias en complejidad y funciones entre los distintos niveles del sistema público de salud mental.

Descripción de los niveles de atención y ámbitos de muestreo

Primer nivel de atención: equipos de atención comunitaria (EAC)

Los equipos de atención comunitaria son dispositivos territoriales interdisciplinarios que operan, en su mayoría, en centros de salud situados en áreas periféricas de la ciudad de Córdoba. Estos equipos se encargan de:

- Atender la demanda espontánea y/o derivada de instituciones.
- Realizar el seguimiento directo de pacientes dados

de alta de instituciones monovalentes o de los servicios de salud mental de hospitales generales, así como de sus familias.

En el presente estudio, la muestra del primer nivel de atención se tomó específicamente del “EAC Santa Isabel”, Segunda Sección.

Segundo nivel de atención: hospitales generales

Los hospitales generales brindan atención integral en salud mental, que incluye internaciones producto de derivaciones intra e interinstitucionales y consultorios externos. Además, intentan articular la atención con el primer nivel en el momento de la externación, a fin de asegurar la contención del paciente en su entorno habitual.

Para este trabajo, se consideraron profesionales de los siguientes hospitales generales:

1. Hospital Misericordia.
2. Hospital de Niños de la Santísima Trinidad (Servicio de Salud Mental).

Tercer nivel de atención: hospitales especializados

El tercer nivel de atención está destinado a la asistencia de pacientes con patologías severas que no pueden ser contenidas en hospitales generales y requieren períodos prolongados de internación.

Se incluirán profesionales de los siguientes hospitales especializados:

1. Hospital Neuropsiquiátrico Provincial.
2. Hospital de Niños de la Santísima Trinidad (área SIP 700).

Esta estructura de muestreo intenta representar adecuadamente a profesionales de la salud mental de los tres niveles de atención, incluyendo dispositivos comunitarios, hospitales generales y centros especializados, lo que contribuye a un análisis integral.

Población

El estudio se centró en profesionales de la salud mental que conforman equipos interdisciplinarios pertenecientes a instituciones de la red provincial de salud mental de la ciudad de Córdoba, las cuales reciben a residentes del programa RISaM. La población incluyó trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros, médicos y residentes de estas disciplinas que se desempeñaron en dichas instituciones durante el periodo de febrero a julio de 2024.

Distribución de la población de profesionales:

- Hospital Neuropsiquiátrico: 96
- Hospital Misericordia: 33
- Hospital de Niños: 26

- EAC Santa Isabel Segunda Sección: 3
- Residentes (de todas las instituciones): 25
- Total: 183

Muestra

Se tomó una muestra representativa de 127 profesionales que participaron de manera voluntaria, cumpliendo con los criterios de inclusión previamente establecidos. La muestra incluyó profesionales de planta permanente, contratados, monotributistas y residentes de cada institución mencionada. Los detalles específicos sobre la representatividad y las características de la muestra se desarrollarán en la sección de resultados.

La recolección de la muestra se llevó a cabo entre febrero y julio de 2024. Tras este periodo, se procedió al análisis e interpretación de los datos obtenidos para su evaluación y discusión en el marco del estudio.

Técnica e Instrumento

- Relevamiento de variables sociodemográficas: Se utilizó una ficha confeccionada específicamente para este estudio.
- Evaluación del SBO: Se empleó la Escala de *Burnout* Laboral de Atienza (2010), una herramienta validada internacionalmente. Esta escala está diseñada a partir de signos y síntomas específicos del *burnout*, estructurada en un formato de tipo Likert, con un rango de grados del 0 al V, en donde el Grado 0 indica ausencia del síntoma y el Grado V intensidad máxima del síntoma.

Los signos y síntomas incluidos en la escala han sido seleccionados con base en la bibliografía especializada sobre el tema y validados por profesionales de la salud (psiquiatras y médicos clínicos). Las áreas evaluadas incluyen: falta de realización personal, despersonalización, agotamiento emocional y culpa. Con un Alfa de Cronbach superior a 0.800 y validada en poblaciones de Córdoba, esta herramienta se considera adecuada, confiable e idónea para los objetivos del presente estudio (Atienza, 2010).

La presencia del SBO se evaluó utilizando la escala EBLA, aplicando puntos de corte específicos para cada dimensión. Según los criterios empleados, se consideró que un encuestado presentaba SBO si cumplía con al menos uno de los siguientes requisitos: un nivel significativo de agotamiento emocional, combinado con falta de realización personal y/o despersonalización. Este enfoque permite captar la complejidad del síndrome, reconociendo que no siempre todas las dimensiones están igualmente afectadas, pero su interacción resulta clave para diagnosticarlo.

Tabla 1. Puntos de cortes específicos para cada dimensión del síndrome

	Agotamiento emocional	Despersonalización	Falta realización personal	Culpa
Ausente (A)	0-14	0-2	0-4	0-3
Leve (L)	15-22	3-5	5-9	4-6
Moderado (M)	23-30	6-8	10-14	7-10
Grave (G)	>31	>9	>15	>11

Ambos instrumentos fueron integrados en un cuestionario digital, elaborado en formato de formulario de Google (disponible en el siguiente enlace: <https://forms.gle/eW1Bj7MyzpwnSn3b6>). Solo se admitió una respuesta por participante, asegurando la unicidad de los datos recolectados.

Bloques para el burnout

(Se especifican ítems textuales contemplados en escala EBLA que conforman cada uno de los bloques) (ver Tabla 2).

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el uso de estadística descriptiva, calculando medias y desviaciones estándar para las variables numéricas, y realizando un análisis de frecuencias para las variables cualitativas. Para evaluar las asociaciones entre variables, se aplicó el test de Chi cuadrado, considerando como estadísticamente significativo un valor de $p<0,05$. El procesamiento y análisis de los datos se realizó utilizando el *software* Infostat.

Consideraciones éticas

El protocolo de investigación fue evaluado y aprobado el 6 de mayo de 2024 por la Comisión de Investigación de la Secretaría de Salud Mental, y por el CIEIS (Comité Institucional de Ética en Investigación en Salud). El estudio se realizó en estricto cumplimiento con los lineamientos internacionales y nacionales vigentes para investigaciones que involucren seres humanos, asegurando altos estándares éticos y científicos. Se consideraron las disposiciones de la Declaración de Helsinki, las Guías de Buenas Prácticas Clínicas (OMS, 2016), las Guías para Investigación en Seres Humanos (ANMAT-Res. 1480/11), la Ley Provincial 9.694/09 y la Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales. La participación de los sujetos fue totalmente libre y voluntaria, garantizándose mediante la firma de un Consentimiento Informado, previamente explicado de forma verbal y documentado por escrito, en concordancia con los principios de respeto a la autonomía y protección de los derechos de los participantes.

Resultados

La muestra del estudio incluyó a 127 profesionales de distintos niveles de atención, con una tasa de respuesta del 69,39 %. De ellos, 35 eran enfermeros, 41 médicos, 32 psicólogos y 18 trabajadores sociales. La distribución por institución se detalla en la Tabla 3.

La caracterización sociodemográfica reveló un predominio femenino del 68,5 %. La mayoría de los participantes se encontraba en el rango de 41 a 50 años fueron 34,6 % (n= 44). En cuanto al estado civil, el 38.6 % (n=49) eran solteros, seguidos por casados (26.8 %) y convivientes (23.6 %), siendo el grupo de separados/viudos/divorciados el menos representado (ver Tabla 4). Además, el 60,6 % de los participantes tenía hijos.

Gráfico 1. Distribución de población estudiada según grupo etario

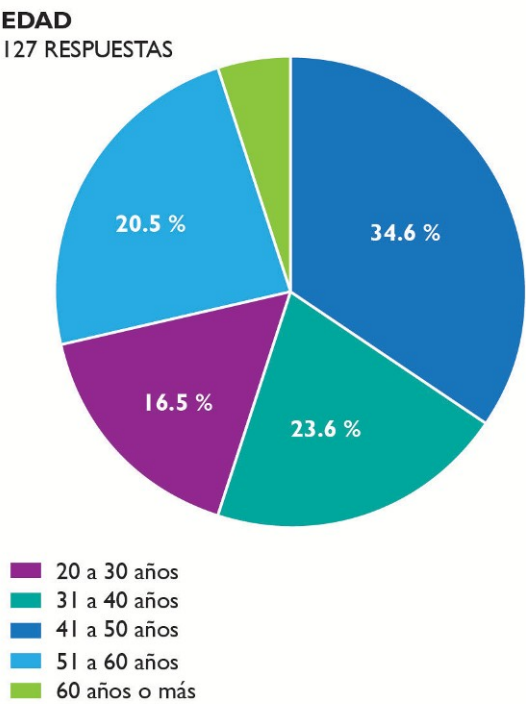


Tabla 2.

Bloque	Definición	Ítems que lo miden
Agotamiento emocional	“Hace referencia a la situación en que la fuerza o el capital emocional se van consumiendo y el profesional siente cómo se vacía su capacidad de entrega a los demás, tanto desde un nivel personal como psicológico” (Sánchez et al., 2009)	Miedos, temores excesivos
		Ansiedad, angustia
		Inseguridad
		Cansancio, fatiga
		Problemas sexuales
		Insomnio
		"Me irrito con facilidad"
		Falta de concentración
		Pérdida de memoria
		Cefaleas, mareos
		Deficiencia inmunitaria, resfrios
		Problemas cardíacos
		Dolores inexplicables
		Dolores lumbares y cervicales
		Úlceras o gastritis, acidez, náuseas
		Otros trastornos digestivos, diarrea
		Aparición o aumento de actitudes viciosas, cigarrillo o alcohol
		Problemas en la alimentación, aumento o pérdida de peso
Despersonalización	“Hace referencia a la aparición de sentimientos y actitudes negativas y cínicas hacia las personas destinatarias del trabajo” (Sánchez et al., 2009)	Cambios en el ritmo del sueño
		Problemas sociales, tengo dificultad para tratar con las personas
		"Me siento irónico con las personas que trato"
		Aumento de conductas violentas
		Discusión, poca paciencia e intolerancia
		"Me dicen que trato mal a los demás"
		Cambios de carácter
Baja realización personal en el trabajo	“Se define como la tendencia a evaluarse negativamente, de modo que esa evaluación afecta su habilidad en la realización del trabajo y el tipo de relación que establecen con las personas a las que dan servicio. Esta circunstancia provoca que los profesionales se sientan descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales” (Sánchez et al., 2009)	Dificultad para relacionarse con los demás
		Aumento de interacciones hostiles con quienes trato
		Insatisfacción
		Problemas laborales
		"Me siento frustrado"
		Pérdida de autoestima
		Pérdida de entusiasmo
		"Me siento preocupado"
Culpa	Hace referencia al sentimiento de culpa remanente, posterior al cinismo en las relaciones interpersonales	"Quiero cambiar de trabajo"
		"Me decepciona mi trabajo"
		"Me culpan los demás por diversas situaciones"
		"He tenido remordimiento"
		"Me arrepiento cuando trato mal a las personas"
		"Siento que no he cumplido con objetivos personales"
		"Tengo sentimientos de culpa"
		"Me siento mal por cosas que digo en el trabajo"
		"Dificultad para tomar decisiones"

Tabla 3. Distribución de población estudiada según institución

Institución	Disciplina	Cantidad total (población)	Cantidad que respondieron (muestra)
HN	Enfermería	6	6
	Psiquiatría	6	5
	Psicología	12	7
	Trabajo social	2	2
HM	Enfermería	13	6
	Psiquiatría	10	7
	Psicología	8	7
	Trabajo social	2	1
HNP	Enfermería	53	23
	Psiquiatría	24	22
	Psicología	10	9
	Trabajo social	9	6
EAC	Enfermería	0	0
	Psiquiatría	1	1
	Psicología	2	1
	Trabajo social	0	0
RESIDENTES	Enfermería	1	0
	Psiquiatría	6	6
	Psicología	9	9
	Trabajo social	9	9
TOTAL		183	127*

* Respondió un 69.39 %.

La caracterización laboral de los participantes mostró que la gran mayoría, un 85,83 % (n=109), duerme entre 5 y 8 horas por noche, mientras que un 14,17 % (n=18) descansa menos de 5 horas. En cuanto al empleo, se observa que el 64,6 % de los participantes trabaja más de 40 horas semanales, lo que refleja una alta carga laboral.

Respecto al nivel de atención en el que trabajan, el 64,5 % (n=82) de los profesionales trabajan en el tercer nivel de atención, un 24,4 % (n=31) en el segundo nivel, y el 11 % (n=14) restante en el primer nivel. Esto indica que la mayoría de los participantes está involucrada en niveles de atención más complejos. La antigüedad laboral de los participantes también varía. El 26,8 % tiene más de 20 años de experiencia, seguido por un 25,2 % de los trabajadores que cuenta entre 0 a 5 años de antigüedad. Además, el 74,8 % de los participantes realiza alguna actividad no laboral, ya sea recreativa, de ocio o deportiva.

Según los resultados, el 63,8 % de los encuestados presentó SBO. Entre aquellos que sí presentan el síndrome, el 43,21 % (n=35) lo experimenta con un grado de severidad grave, el 25,9 % (n=21) moderado, y el 30,86 % (n=25) leve.

Relación entre presencia de SBO y variables

Respecto a la relación de SBO y género los resultados indican que el 71,26 % (n=62) $p<0,0001$ de las mujeres y el 50 % de los hombres reportaron tener SBO. Se observaron diferencias significativas de género en la aparición del síndrome en el grupo femenino.

Si se considera el análisis entre la relación de SBO y horas de descanso los resultados sugieren que una mayor proporción de personas que descansan entre 5 y 8 horas parecen experimentar SBO en comparación con aquellos que descansan menos de 5 horas por noche. No hay una relación estadísticamente significativa entre las horas de descanso nocturno y la aparición de SBO.

En cuanto a la relación de SBO y estado civil se evidencia en *Tabla 4* que el grupo de convivientes muestra una proporción significativamente mayor de personas con *burnout* (87,10 %) $p<0,005$ y el análisis estadístico revela una relación significativa entre el estado civil y la presencia de *burnout*, con un mayor porcentaje de casos en personas convivientes.

Por otra parte, los resultados sugieren que el lugar de trabajo según nivel de atención tiene una relación con la aparición del SBO. Los trabajadores del tercer nivel parecen tener una mayor frecuencia de presentación de SBO 66,06 % (n=72), seguido por los del primer nivel 60 % y el segundo nivel con una incidencia más equilibrada entre quienes presentan y no lo presentan B. Sin embargo, no se encontró una relación significativa con la aparición de SBO.

Según el análisis de relación de SBO con condición laboral, los datos reflejan que los residentes presentan

Tabla 4. Distribución de casos por presencia de SBO y estado civil en % y FA (frecuencias absolutas)

Estado civil	Burnout		Total
	No	Sí	
Casado/a	44,12 (n=15)	55,88 (n=19)	100 (n=34)
Conviviente	12,90 (n=4)	87,10 (n=27)*	100 (n=31)
Separado/a	21,43 (n=3)	78,57 (n=11)*	100 (n=14)
Soltero/a	47,92 (n=23)	52,08 (n=25)	100 (n=48)
Total	35,43 (n=45)	64,57 (n=82)	100 (n=127)

* $p<0,005$

la mayor tasa, con un 86,36 % ($p < 0,05$), mientras que los empleados en condición de planta o contrato y monotributistas tienen porcentajes más bajos, 60,61 %. Los resultados del análisis muestran que hay una asociación entre la condición laboral y la presencia del síndrome, siendo esta diferencia significativa en el grupo cuya condición laboral es ser residente.

También se encontró que el SBO afecta más a los participantes de 20 a 30 años con un 80,94 % ($n=17$) y a quienes trabajan más de 36 horas. Respecto a la antigüedad los profesionales con más de 20 años presentaron un 73,52 % y los profesionales con 0 a 5 años un 74,1 %. Si bien estas cifras de frecuencias, son altas no se encontraron diferencias significativas ni tampoco al relacionar SBO con variables hijos y actividad no laboral.

Tabla 5. Distribución de casos por presencia de SBO y condición laboral en % y FA (frecuencias absolutas)

Condición laboral	Burnout		Total
	No	Sí	
CP	39,39 ($n=39$)	60,61 ($n=60$)	100 ($n=99$)
M	50,00 ($n=3$)	50,00 ($n=3$)	100($n=6$)
R	13,64($n=3$)	86,36($n=19$)*	100 ($n=22$)
Total	35, 43 ($n=45$)	64,57 ($n=82$)	100 ($n=127$)

* $p < 0,05$

Discusión

En respuesta al objetivo general que consistía en explorar y comparar la presencia de SBO en los profesionales de la salud mental que forman parte de la red provincial del SM se observa que la mayoría de la población estudiada mostró la presencia del mismo en una alta proporción (63,8 %). En cuanto al grado de severidad, la mayoría de los participantes registraron puntajes graves, lo cual se correlaciona con estudios previos, como el de Busis et al. (2017), quienes reportaron que la prevalencia mundial del SBO oscila entre 25 % y 60 %, con un incremento significativo en médicos del 45,5 % al 54,4 % entre 2011 y 2014. Los valores del presente trabajo resultan aún más alarmantes, confirmando la tendencia al aumento en la prevalencia del SBO.

En relación con la hipótesis planteada -que anticipaba una alta prevalencia del síndrome -con diferencias según el nivel de atención y la disciplina profesional- los resultados la confirman de manera parcial.

Si bien existe una alta prevalencia del SBO, no se identificaron diferencias significativas entre los distintos niveles de atención y disciplinas. Este hallazgo abre un nuevo interrogante: ¿la falta de diferencias respon-

de a la desproporción en la distribución de recursos humanos, derivada del hospitalocentrismo actual?

En cuanto a la correlación con variables sociodemográficas y laborales, los resultados muestran que las mujeres presentan mayores niveles de SBO, así como también aquellas personas convivientes y que se encuentran en periodo de formación. Estos datos coinciden con Naisberg y Fenning (1997), quienes sostienen que las mujeres constituyen un grupo especialmente vulnerable y que las personas solteras presentan mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización. Según estos autores, los primeros años de ejercicio profesional constituyen un período de especial vulnerabilidad al SBO, ya que se corresponden con la transición de expectativas idealistas a la práctica cotidiana, en donde las recompensas personales, profesionales y económicas no alcanzan las expectativas iniciales.

Tal como se mencionó previamente, uno de los hallazgos más relevantes de este estudio es la alta prevalencia del SBO entre los profesionales en formación, particularmente los residentes. Este resultado coincide con lo reportado por Berrio Cuartas et al. (2017), quienes también identificaron niveles elevados en este grupo. El análisis según profesión en este trabajo revela diferencias significativas: los residentes en psicología y en psiquiatría presentan las mayores proporciones de casos, seguidos por los residentes en trabajo social. Estos datos refuerzan la idea de que los profesionales en etapa de formación experimentan mayores niveles de agotamiento en comparación con sus colegas con más trayectoria. El estudio de Berrio Cuartas et al. exploró la realidad de los residentes en psiquiatría en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), quienes no solo evidenciaron signos compatibles con SBO, sino que también reportaron un deterioro del estado de ánimo y de la salud general asociado, en parte, a la falta de descanso nocturno. No obstante, en el presente trabajo no se halló una asociación estadísticamente significativa entre las horas de sueño y la presencia del SBO.

Finalmente, nuestros resultados guardan similitudes significativas con los hallazgos de Polacov et al. (2021) en su estudio sobre riesgo de SBO en profesionales médicos de Córdoba. Este estudio asoció variables como ser soltero, trabajar más de 60 horas semanales, dormir menos de 42 horas por semana, tener entre 20 y 29 años, menos de cinco años de antigüedad profesional y tener hijos con un mayor riesgo de SBO. En línea con estos resultados, en el presente trabajo se observa que los jóvenes, residentes, con menor anti-

güedad, y mayor carga horaria laboral, constituyen un grupo particularmente vulnerable al síndrome.

A futuro, se abre la posibilidad de explorar y valorar el impacto de variables que, en este trabajo, no han sido consideradas o no mostraron una correlación significativa con el SBO, pero que podrían constituir factores protectores. Entre estas variables se encuentran, la participación en actividades recreativas, el hecho de tener hijos, duración de guardias y red de contención. Poder profundizar en el conocimiento de factores protectores, posibilitaría la elaboración de estrategias de prevención y promoción del bienestar. Este enfoque no solo contribuiría a mitigar el impacto del SBO, sino también a construir entornos más saludables que respeten la salud de los profesionales, promoviendo un equilibrio sostenible entre la vida personal y laboral.

Conclusiones

Los resultados obtenidos reafirman la alta prevalencia del SBO en la mayoría de los profesionales encuestados. Con una mayor afectación en profesionales en formación y mujeres, así como en quienes presentan condiciones como ser convivientes o separados, trabajar más de 36 horas semanales, pertenecer a la franja etaria de 20 a 30 años de edad, presentar más de 20 años de antigüedad o menos de 5 y desempeñarse en un contexto hospitalario de tercer nivel. Esto sugiere que el SBO se asocia con factores personales y laborales específicos, destacando la influencia de la etapa de la carrera profesional, las condiciones laborales y el género.

Estos hallazgos no solo resaltan la vulnerabilidad de ciertos grupos, sino también la necesidad de reflexionar sobre las dinámicas laborales, de formación y el significativo nivel de agotamiento emocional de los profesionales, todos ellos factores que perpetúan el síndrome.

Es fundamental no solo generar conciencia sobre la presencia de SBO sino también de la importancia del cuidado de quienes cuidan. Entender que un entorno laboral idóneo no es únicamente aquel en donde hay ausencia de circunstancias perjudiciales, sino abundancia de factores que promueven la salud. A raíz de ello se vuelve necesario diseñar soluciones concretas y aplicables a la realidad de las situaciones laborales actuales. Esto requiere un abordaje integral que contemple la implementación de políticas públicas orientadas a la salud mental, con el fin de construir entornos más saludables, accesibles y sostenibles para todos los actores involucrados en la salud mental.

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

Agradecimientos: A la Dra. Mónica Bella, directora de este trabajo y guía metodológica, por su acompañamiento constante y generosidad intelectual. Especialmente al Dr. Oscar Atienza, quien amablemente cedió el uso de la Escala EBLA, desarrollada en el marco de su tesis doctoral. A todas las personas que participaron con su tiempo y sus respuestas, y a quienes hacen posible día a día el trabajo en salud mental.

Referencias bibliográficas

- Arnsten, A. F. T., & Shanafelt, T. (2021). Physician Distress and Burnout: The Neurobiological Perspective. *Mayo Clinic proceedings*, 96(3), 763–769. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.12.027>
- Atance Martínez, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71(3), 294–300. <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n3/burnout.pdf>
- Atienza, O. A. (2010). El síndrome de Burnout como enfermedad laboral: nuevo instrumento para su diagnóstico (Tesis Doctoral Inédita). Universidad Nacional de Córdoba. Id 607243. Lilacs. Córdoba; 193 p.
- Atienza, O. A. (2011). Síndrome de burnout, nueva escala para su diagnóstico. *Revista de Salud Pública*. http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP11_EE.pdf#overlay-context=node/57
- Atienza, O., Cejas, V., Agüero, J. (2022). Síndrome de Burnout en docentes de universidades nacionales de la República Argentina. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba* [Internet]. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/38960>
- Atienza, O. A., Agüero, J., Cejas, V. A., Pujia, V., Stella, A., Castillo, J. (2016). Prevalencia de síndrome de burnout en estudiantes de medicina 2016. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, Supl.1.
- Berrio Cuartas, D. M., Mazzoglio y Nabar, M., Peskin, V., Furman, M., Falicoff, J., Muñoz, M., & Reynoso, F. (2017). Burnout en psiquiatras en formación a nivel nacional. *IntraMed Journal*, 6(3), S/D. <https://www.intramed.net/contenido.asp?contenido=91835>
- Busis, N. A., Shanafelt, T. D., Keran, C. M., Levin, K. H., Schwarz, H. B., Molano, J., Vidic, T. R., Kass, J. S., Miyasaki, J. M., Sloan, J. u., & Cascino, T. L. (2017). Burnout, satisfacción profesional y bienestar entre los neurólogos estadounidenses en 2016. *Neurology*, 88(8). <https://n.neurology.org/content/88/8/797.long>
- Claro, V. (2020). Síndrome de Burn Out. <https://es.scribd.com/document/503775134/Marco-Teorico#>
- Gallego Zuluaga, Y. A., Gil Cardona, S., & Sepúlveda Zapata, M. (2018). Revisión teórica de eustrés y distrés definidos como reacción hacia los factores de riesgo psicosocial y su relación con las estrategias de afrontamiento. universidad ces facultad de medicina división de postgrados en salud pública gerencia de seguridad y salud en el trabajo Medellín. <https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/4229/REVISI>
- Gambina, L. (2022). No ceder ante las instituciones. *En el margen. Revista de psicoanálisis*. <https://enelmargen.com/2022/02/18/no-ceder-ante-las-instituciones-por-leticia-gambina/>
- Gilla, G. A., Giménez, S. B., Moran, V. E., & Olaz, F. O. (2019). Adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental. *Liberabit*, 25(2). <https://doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n2.04>
- INSST - Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (2022) <https://www.insst.es/el-instituto-al-dia/sindrome-de-desgaste-profesional-burnout>

- Liselotte, N. D., Prathibha, V., Sonja, L. B., Daniel, V. S., Jeff, A. S., Tait, D. S. (2013). *Physician Satisfaction and Burnout at Different Career Stages*. Mayo Clin Proc.
- López Carballeira, A. (2017). El Síndrome de Burnout: Antecedentes y consecuentes organizacionales en el ámbito de la sanidad pública gallega. Universidad de Vigo. <http://hdl.handle.net/11093/791>
- Organización Internacional del trabajo. (OIT). <https://www.ilo.org/global/lang-es/index.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). <https://www.who.int/es>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). The COVID-19 Health care workers Study (HEROES). Informe Regional de las Américas. PAHO. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563>
- Paris, L. E. (2015). *Estrés laboral en trabajadores de la salud*. Teseo. <https://uai.edu.ar/media/109543/paris-estres-laboral.pdf>
- Polacov, S., Ivo Barrionuevo Battistini, I., Barroso, G., Cravero, B., Tania D'Alessandro, T., Einer Allende, G., Boni, S. R., Maldini, C. S., Pepe, G. A., & Gobbi, C. A. (2021). Riesgo de Síndrome de Burnout en profesionales médicos de la ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 78(4). <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n4.28749>
- Sánchez, M. G., Álamo Santos, M. C., Amador Bohórquez, M., Ceacero Molina, F., Mayor Pascual, A., Muñoz González, A., & Izquierdo Atienza, A. (2009). Estudio de seguimiento del desgaste profesional en relación con factores organizativos en el personal de enfermería de medicina interna. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 55(215), s/n. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000200005#:~:text=La%20Baja%20Realizaci%C3%B3n%20personal%20en,a%20las%20que%20dan%20servicio
- Shulman, M. (2022). Informe Burnout 2022: Los argentinos encabezan el ranking de estrés laboral crónico en la región; claves para prevenirlo. La Nación. <https://www.lanacion.com.ar/salud/informe-burnout-2022-los-argentinos-encabezan-el-ranking-de-estres-laboral-cronico-en-la-region-nid26102022/>
- Wolffberg, E. (2003). Crisis social y desgaste ocupacional de los profesionales de la salud: alertas y recursos. *Vertex Rev Arg de Psiquiat*. 14(54): 268-79

Los emergentes de la pandemia de COVID-19 en la Red de Salud Mental de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

The effects of the COVID-19 pandemic on the Mental Health Network in the Southern Area of Buenos Aires City

Ana Alli¹, Mauro L. Iuvaro², Malena Kiss Rouan³

<https://doi.org/10.53680/vertex.v37i173.1064>

Resumen

Introducción: en el presente estudio nos proponemos caracterizar las actividades comunitarias y asistenciales en la Red de Salud Mental de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en el período 2020-2022. **Metodología:** diseño de tipo descriptivo, cualitativo y transversal. Se utilizó el concepto “nodo”, como un servicio de salud o unidad de funcionamiento constituido por elementos individuales que pueden representar dispositivos y/o instituciones y que, colectivamente, según sus relaciones, constituyen una red. Para recabar la información entrevistamos a referentes de nodos de 3 hospitales neuropsiquiátricos, 2 hospitales generales y sus áreas programáticas, y programas centralizados de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires. **Resultados:** se observaron multiplicidad de modificaciones en lo que concierne a los procesos de trabajo desplegados, en la modalidad y los tipos de abordaje en salud mental. Por un lado, se relevaron: cese de actividades, cambios de roles, reasignación de funciones, cierre de programas y la creación de nuevas salas de internación, que devinieron en ambientes con un mayor grado de institucionalización. Por otro lado, relevamos la modalidad de la red a partir del tipo de vínculo y niveles de articulación de los nodos bajo estudio a partir de la teoría de Mario Rovere. **Conclusiones:** la pandemia ha generado un fenómeno generalizado de retorno hacia prácticas sustentadas por el modelo hospitalocentrista, y resaltamos cómo las prácticas comunitarias fueron un carril que pudo vehicular la emergencia sanitaria en forma más satisfactoria.

Palabras clave: personal de salud, salud pública, salud mental, redes comunitarias de salud, COVID-19

Abstract

Introduction: In this study we aim to characterize community and care activities in the mental health network in the southern area of the Autonomous City of Buenos Aires (CABA) in the period 2020-2022. **Methodology:** This research employs a descriptive, qualitative, and cross-sectional design. The concept of ‘node’ was used, as a health service or unit of operation made up of individual elements that may represent devices and/or institutions and that, collectively, according to their relationships, constitute a network. To collect the information, we interviewed representatives of nodes from 3 neuropsychiatric hospitals, 2 general hospitals and their programmatic areas, and centralized mental health programs in the CABA. **Results:** A multiplicity of modifications were observed with regard to the policies and

RECIBIDO 14/6/2025 - ACEPTADO 23/09/2025

¹Diplomada en Políticas, Planificación, Gestión y Administración de Instituciones y Servicios de Salud Mental; Lic. en Psicología; Coordinadora del Área de Investigación del Hospital Nacional en Red Laura Bonaparte; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-7832-1694>

²Lic. en Sociología; Profesional Adjunto en el Área de Investigación del Hospital Nacional en Red Laura Bonaparte. <https://orcid.org/0009-0004-9641-1871>

³Mg. en Estudios de Género; Diplomada en Políticas, Planificación, Gestión y Administración de Instituciones y Servicios de Salud Mental; Lic. en Psicología; Profesional Adjunto en el Área de Investigación del Hospital Nacional en Red Laura Bonaparte. <https://orcid.org/0000-0001-6045-4520>

Autora correspondiente:

Ana Alli

licanaalli@gmail.com

Institución en la que se realizó la investigación: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, especializado en salud mental y consumos problemáticos.



work processes deployed in the modality and types of mental health approach. The following were noted: cessation of activities, changes in roles, reassignment of functions, closure of programs and the creation of new inpatient wards, which resulted in environments with a higher degree of institutionalisation. On the other hand, we surveyed the modality of the network based on the type of link and levels of articulation of the nodes under study based on Mario Rovere's theory. Conclusions: The pandemic has generated a widespread phenomenon of returning to practices supported by the hospital-centric model, and we highlight how community practices were a channel that could channel the health emergency in a more satisfactory way.

Keywords: health staff, public health, mental health, community health networks, COVID-19

Introducción

En la República Argentina, previo a la pandemia de COVID-19 los servicios de salud mental atravesaban un proceso de transformación en base a la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) sancionada en el año 2010. En acuerdo con los tratados internacionales a los que nuestro país adhiere, para el año 2020 se esperaba cumplir con la meta de sustitución definitiva de hospitales neuropsiquiátricos por una red de servicios comunitarios.

Sin embargo, para cuando llegó la pandemia de COVID-19, no se había logrado dicha transformación de manera sólida. Para introducirnos brevemente en esta doble problemática, consideramos necesario realizar un breve resumen tanto de los servicios de salud mental como de las medidas sanitarias tomadas a raíz de la pandemia; para luego cerrar con algunos conceptos claves utilizados en esta investigación.

A nivel internacional, el informe sobre salud mental de la OMS del año 2022 señala que los sistemas de salud presentan importantes deficiencias y desequilibrios en los servicios de salud mental, esto se explicaría en la prioridad asignada a otras problemáticas en salud y la insuficiencia sistemática de fondos para la atención de salud mental en la comunidad: *“En promedio, los países dedican menos del 2 % de sus presupuestos de atención de salud a la salud mental. En los países de ingresos medianos, más del 70 % del gasto en salud mental sigue destinándose a los hospitales psiquiátricos”* (OMS, 2022).

A nivel local, en 2020 se realizó una encuesta cuyos resultados advierten que todos los servicios de salud mental han sido afectados, aunque no de la misma manera si consideramos las instituciones públicas y privadas. El 90 % de profesionales que trabajaban en servicio ambulatorio intensivo creían que las necesidades de atención habían aumentado. Un porcentaje similar de personas señalaron que *“las altas y los ingresos en las internaciones habían sufrido cambios asocia-*

dos a la limitación de alternativas para la atención en la comunidad (por ejemplo, la posibilidad del trabajo en grupos se había visto fuertemente afectada)”. También se observaron cambios en las formas de internación, entrevistas más breves, menos personal para atender y suspensión de abordajes grupales, visitas y salidas, por su parte, los dispositivos territoriales y comunitarios tuvieron cambios referidos a la forma de atención (Proyecto SUMA, 2020).

En otro trabajo, realizado por Faraone e Iriart (2020), se evidencian los cambios ocurridos en los distintos dispositivos de atención según el contexto pandémico, y se focalizó en la gestión que el Gobierno de CABA tuvo sobre los Servicios de Salud Mental. En ese trabajo se destacó que, en los hospitales neuropsiquiátricos especializados, se verificó un recrudescimiento de la concepción biomédica y tutelar, un aumento de control sobre las personas usuarias de salud mental, el incremento del aislamiento a partir de la eliminación de la circulación intra y extra hospitalaria, dificultades en los procesos de externación, así como también diversos impedimentos en lo que concierne al acceso al cobro de pensiones. En los hospitales generales, la pandemia provocó una profunda transformación en los procesos de trabajo en las áreas vinculadas a la salud mental, se señala: la falta de circulación, la dificultad en las altas hospitalarias por falta de dispositivos intermedios, la interrupción en los tratamientos, a la vez que una modificación en los lugares utilizados para la atención de personas con sufrimiento psíquico tras haber sido reasignados para aumentar las salas destinadas a las personas con COVID-19.

Por último, en lo que respecta al primer nivel de atención, muchos de estos dispositivos fueron reconfigurados por las autoridades sanitarias para la detección y seguimiento de casos sospechosos de COVID-19, hecho que impactó no sólo en los procesos extramuros que se venían desarrollando sino también en la continuidad de los tratamientos. Faraone e Iriart (2020), también señalan que los centros de salud y sus

trabajadores, quedaron como el único lazo presencial de las instituciones estatales en el territorio y las organizaciones barriales se consolidaron como actores centrales en ese ámbito.

Es importante mencionar los diferentes momentos de la emergencia sanitaria en la Ciudad de Buenos Aires. La primera medida tomada fue el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) vigente desde el 20 de marzo del 2020 hasta el 31 de enero de 2021, en todo el territorio nacional (aunque hubo momentos de flexibilización de la disposición debido a la baja cantidad de casos). Luego del comienzo del proceso de vacunación, en diciembre del 2020, se decretó el Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DISPO) en los aglomerados urbanos y en los partidos y departamentos de las provincias argentinas.

En cuanto al entramado teórico utilizado, trabajamos desde las ideas del sanitarista Mario Rovere (1999), quien realizó una sistematización del concepto de Redes en Salud, recuperando la potencia de esta lógica, posibilitando mayor fortaleza a la hora de resolver conflictos de la población. El autor determina *niveles de articulación* entre nodos de la red: en el primer nivel aparece el *reconocer* al otro en su existencia; en el segundo nivel aparece el *conocer* lo que el otro es o hace; en el tercer nivel menciona el *colaborar*, que tiene como acciones el prestar ayuda esporádica; en el cuarto nivel menciona el *cooperar*, que conlleva compartir actividades y/o recursos teniendo a la solidaridad como un valor y en el quinto nivel encontramos el *asociarse*, que instala el compartir objetivos y proyectos teniendo como valor la confianza.

En cuanto a la *tipología de los vínculos de las redes*, nombra tres posibles: intrainstitucionales, interinstitucionales e intersectoriales. Las redes *intrainstitucionales* son vínculos que se desarrollan en el nodo de forma intrínseca, es decir, no en el afuera de la institución. Las redes *interinstitucionales* conectan nodos por fuera de la institución que los aloja, pudiéndose generar un vínculo entre servicios de diferentes efectores de salud. Las redes *intersectoriales* conectan nodos del Sistema de Salud con otros de diferentes ámbitos: puede ser del sistema jurídico, la comunidad, educativos, etc.

En el presente estudio nos proponemos caracterizar las actividades comunitarias y asistenciales en la Red de Salud Mental (RSM) de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en el período 2020-2022. Motivó esta investigación el pertenecer al Hospital Laura Bonaparte (HLB), emplazado en el sur de la CABA, quien mantiene vínculos con las instituciones del área y una vocación de trabajo en red.

Metodología

En la investigación partimos desde un diseño descriptivo, de tipo cualitativo y de corte transversal. Se utilizó el concepto “nodo” como un servicio de salud o unidad de funcionamiento constituido por elementos individuales que pueden representar dispositivos y/o instituciones que forman una red con distintos niveles de articulación y tipos de vínculos. Se tomaron en cuenta para el análisis tres tipos de nodos: aquellos pertenecientes al sistema de salud, los dispositivos intermedios, constituidos con el objetivo de reemplazar la atención hospitalaria por otra de base comunitaria y las organizaciones propias de la comunidad.

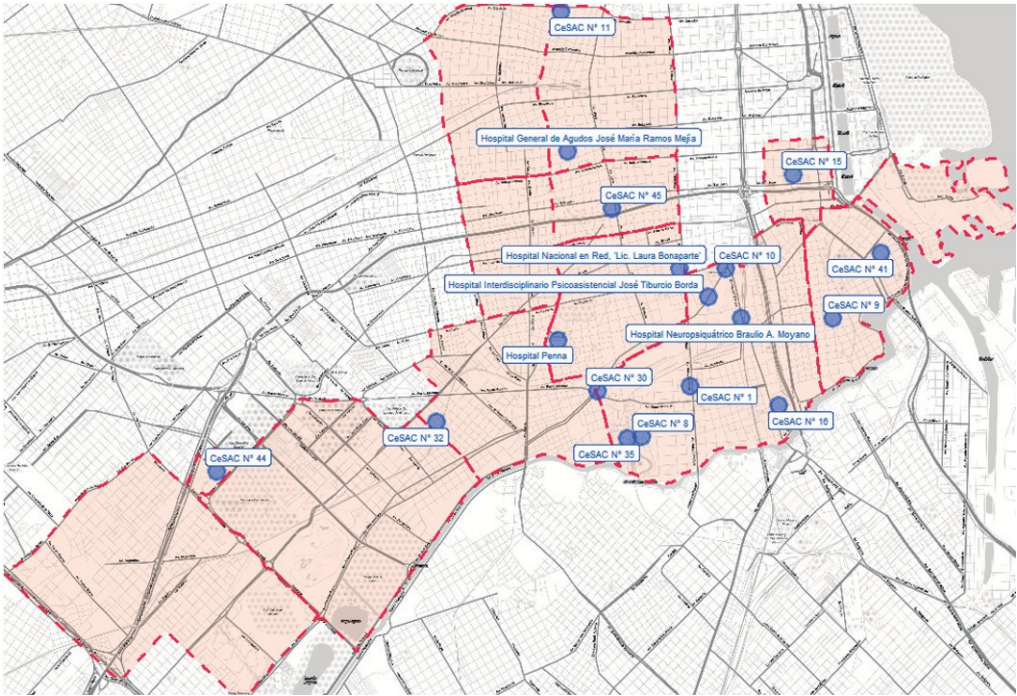
En este escrito nos centraremos en los emergentes que se detectaron en relación a los cambios introducidos por la pandemia en los diferentes nodos estudiados, detectando las recurrencias que estos comparten. Se realiza una breve descripción de los nodos para introducir al lector en la temática y por último se utilizan las variables niveles de articulación y tipología de los vínculos para complementar el análisis de la Red de Salud Mental (RSM).

La población bajo estudio, la componen aquellos nodos que forman parte de la RSM de la zona sur de CABA. La construcción de la red y de la zona bajo análisis fue delimitada de acuerdo a los nodos elegidos para estudiar, localizados en los barrios de la Comuna 4 y aquellos al sur de la Comuna 1, 3, 5 y 8 en la CABA (*ver Figura 1*).

La muestra de tipo no probabilística está compuesta por 20 nodos (*Tabla 1*), se realizaron 23 entrevistas a profesionales de diferentes nodos, todos pertenecientes al sistema de salud durante el año 2022. El criterio de inclusión de los nodos, fue que cuenten con actividades y/o proyectos por fuera de los muros del predio hospitalario o efector sanitario, para asegurarnos una heterogeneidad en la tipología de sus articulaciones. Los profesionales fueron elegidos por ser tomadores de decisiones dentro de sus espacios de trabajo. La entrevista realizada fue semi-estructurada, contó con tres grandes bloques de preguntas: el primero en relación a la trayectoria profesional, el segundo vinculado al funcionamiento del nodo y el tercero ligado a los cambios introducidos por la pandemia.

El trabajo fue aprobado por el Comité de Ética de nuestra institución en el año 2021. No existen compromisos por parte de alguna de las personas involucradas en la investigación con las fuentes de financiamiento o cualquier tipo de vínculo o rivalidad que pueda ser entendido como un conflicto de intereses. Este trabajo es parte de un proyecto más amplio a partir de una Beca Salud Investiga.

Figura 1. Zona bajo análisis con los nodos geolocalizados



Fuente de datos: elaboración propia.

Tabla 1. Nodos analizados de la Red de Salud Mental de la zona sur de CABA

1 Hospital Moyano	Radio Desate	
	Taller de arte Viva Estampa	
	Hospital de día	
2 Hospital Borda	Servicios sociales	
	Programa Pre-alta	
	Programa Residencial	
3 Hospital Bonaparte	Abordaje territorial	Centro de Red Salud Comunitario Zavaleta
4 Dirección General de Salud Mental (CABA)	Talleres de Rehabilitación en Salud Mental	
	Programa Salud Mental Responde	
	ASIC (Programa de Abordaje a Personas con Trastorno Mental Severo en Situación de Calle)	
5 Hospital Penna	Servicio social	
	Área programática	Cesac 10
		Cesac 16
		Cesac 30
		Cesac 32
		Cesac 35
6 Hospital Ramos Mejía	Servicio de Salud Mental	
	Área programática	

Fuente de datos: elaboración propia.

Resultados

Descripción de la población investigada

El primer grupo de nodos lo constituyen aquellos pertenecientes a un hospital neuropsiquiátrico de asistencia a mujeres con padecimiento mental que se encuentra emplazado en el barrio de Barracas. Los nodos donde trabajan los profesionales entrevistados son: una radio, un taller de arte y un hospital de día. La Radio y el Taller de arte forman parte del área programática del hospital y del Servicio de Rehabilitación, teniendo una doble pertenencia institucional que facilita su trabajo en la comunidad. Las personas que armaron ambos dispositivos son profesionales de la salud, pertenecientes a la institución desde hace más de 10 años, y podríamos denominarlos dispositivos intermedios por encontrarse en el intersticio entre un efector de salud y la comunidad. La Radio surge en el 2008, fue creada gracias a un convenio entre el Instituto Superior de Enseñanza Radiofónica (ISER) y el Hospital, siendo este lazo constitutivo del nodo y promovido por el equipo que lo lleva adelante desde su fundación. El nodo Taller de arte surge como programa cultural de inclusión comunitaria y se establece a través de un convenio con el Museo de Artes Plásticas en el año 2007. Está conformado por mujeres, sean o no usuarias del sistema de salud mental. El Hospital de Día (HdD) realiza actividades principalmente con mujeres, aunque en el último tiempo han incorporado varones y disidencias sexuales.

El segundo grupo de nodos se vincula con un hospital neuropsiquiátrico ubicado también en el barrio de Barracas para varones con padecimiento mental. Allí se sitúan tres nodos: un servicio social, un programa de externación asistida y un programa residencial. El nodo del servicio social nuclea a catorce trabajadoras sociales que, en simultáneo, se encuentran integradas a equipos interdisciplinarios en los diferentes servicios del hospital. Una de ellas es parte del equipo de Admisión, conformado por distintas profesiones del ámbito de la salud, como medicina, psiquiatría, psicología y trabajo social, quienes reciben a las personas usuarias que necesitan ser internadas; otra pertenece al equipo de psicólogas y trabajadoras sociales que lleva adelante el programa residencial, constituido por un hospital de noche y una casa de medio camino que se proponen funcionar como dispositivos intermedios. El programa de externación asistida se propone como objetivo el acompañamiento de los proyectos de vida y el fortalecimiento de los soportes para la externación, desde los apoyos que requieran en la vida

cotidiana, conforma un taller de producción y comercialización de bolsas de polietileno, una biblioteca y un comedor terapéutico.

El tercer grupo de nodos lo constituye el HLB. Es una institución nacional que se encuentra desde el 2013 en proceso de reforma para su adecuación a la ley nacional de salud mental, anteriormente era el CENARESO, Centro Nacional de Reeducción Social. Brinda tratamiento tanto ambulatorio como internación; y si bien atiende todo tipo de padecimientos de salud mental, se encuentra fuertemente identificado por su abordaje a los consumos problemáticos. Trabajamos con el dispositivo de Abordaje Territorial, puntualmente el equipo del barrio de Zavaleta, orientado hacia el primer nivel de atención. Sus tareas están enfocadas en realizar recorridas en las “ranchadas” cercanas (grupo de personas reunidas en situación de calle), realizando actividades de reducción de riesgo y daños con las personas usuarias de pasta base de cocaína, como actividad principal.

El cuarto grupo de nodos lo nuclea un hospital general emplazado en el barrio de Parque Patricios, entrevistamos al servicio social, y a seis nodos que forman parte del Área Programática; cinco CeSAC (Centros de Salud y Acción Comunitaria) y un Centro de Adicciones. La realidad de los centros de salud es diversa según su locación; algunos tienen un fuerte arraigo territorial en cuanto a lugar de referencia por la comunidad, emplazados en lugares nodales del barrio, y reciben una alta demanda de la población, tanto adulta como infanto-juvenil; existen múltiples equipos de trabajo que se abocan a problemáticas de salud integral.

El quinto grupo de nodos se nuclea en un hospital general emplazado en el barrio de Balvanera con un área programática que abarca una zona céntrica de la Ciudad de Buenos Aires y, en tanto tal, densamente poblada. De esta área programática dependen dos CeSAC que incluyen entre sus ofertas asistenciales un Centro Adicciones. Asimismo, el hospital dispone del Centro de Salud Central, autodenominado como “área programática” y ubicado al interior del edificio hospitalario. El hospital cuenta con un servicio de salud mental, que ofrece atención ambulatoria, interconsulta e internación.

El último grupo de nodos lo constituyen los servicios centralizados de salud mental de CABA. Se trabajaron con los nodos: talleres de rehabilitación; un 0800 de salud mental y un programa de Abordaje a Personas en situación de calle. El nodo talleres de rehabilitación cuenta con varias sedes en la CABA, asiste po-

blación con padecimiento mental crónico, algunas de estas personas residen en casas asistidas. Las personas entrevistadas desarrollan sus actividades en la sede que se encuentra cercana a los hospitales neuropsiquiátricos de Barracas, señalan que es un “dispositivo particular”, porque depende de dos ministerios: Salud y Hacienda y Finanzas. El nodo 0800 es un dispositivo de atención telefónica gratuita que brinda orientación, información y acompañamiento en salud mental a quienes así lo soliciten durante las 24 horas del día, los 365 días del año. Su objetivo es realizar un *triage* para poder hacer un primer contacto con las personas usuarias. Esta es una instancia de contención, según el nivel de complejidad de la situación, junta a la orientación de la persona a una guardia de salud mental, a un efector del primer nivel o a un servicio de salud mental de un hospital general. El programa de Abordaje a Personas en situación de calle surge en 2018, a partir del trabajo de un equipo del Programa Buenos Aires Presente (BAP) en el abordaje de las problemáticas de salud mental y adicciones en personas en situación de calle. La actividad principal es acercar a las personas a un efector público de salud.

Emergentes del COVID-19 en las estrategias de atención

Nos proponemos realizar un análisis de los principales emergentes de la RSM de la zona sur de CABA durante la pandemia COVID-19, en relación a las siguientes variables: cambios en la modalidad de trabajo, cierre y apertura de dispositivos, modificación en los equipos de salud, resignificación de los objetivos de trabajo y efectos subjetivos en las personas usuarias y profesionales de la salud.

Cambios en la modalidad de trabajo

En casi la totalidad de los nodos se destacan fuertes modificaciones en lo que concierne a la modalidad y los procesos de trabajo durante la pandemia. Se registran dos grandes transformaciones: un pasaje de lo *grupal a lo individual*, y de la *atención presencial a la remota*, mediada por la virtualidad. Estas modificaciones tuvieron un fuerte impacto en la conformación de los equipos: frente a la imposibilidad de reunirse presencialmente, en la mayoría de los nodos emergió una nueva forma de vinculación entre el equipo y las personas usuarias a través de los dispositivos electrónicos y la apertura de nuevos canales y nuevas herramientas de comunicación. Apareció la atención telefónica a quienes ya sostenían un tratamiento y a quienes requirieron un acompañamiento por el sufrimiento

psíquico que trajo aparejado la pandemia.

Uno de los impactos más relevantes que destacan las personas entrevistadas es que los tratamientos tendieron a individualizarse mucho más, sin embargo, se destaca como una herramienta eficaz para realizar reuniones multifamiliares a través de videollamadas, acciones que beneficiaron el funcionamiento de los diversos dispositivos y mejoraron el vínculo entre familiares, referentes y personas usuarias.

Cierres y aperturas de dispositivos

Muchos de los nodos debieron suspender su funcionamiento como es el caso del taller de arte, ya que sus profesionales fueron reubicados en otros servicios. Una de las profesionales explica: “*El programa se cerró de golpe de pandemia. Yo volví al M. y mis compañeras fueron a las guardias de hoteles*” (Registro de entrevista, 2022). Estas profesionales, en sus nuevos puestos, crearon un programa de inclusión sociocultural para las personas usuarias de dispositivos asistenciales de CABA que funcionó durante la pandemia.

En relación a las transformaciones de las internaciones el contexto de la pandemia en el nodo del hospital general del barrio de Balvanera, las personas entrevistadas relatan que, durante dicho período, se produjo una situación extraordinaria en la medida en que se creó una sala con seis camas para personas usuarias de salud mental, empero una vez finalizada la fase más aguda de la pandemia, la sala terminó por desarmarse.

En el hospital neuropsiquiátrico de varones se dio la creación de un servicio con personas usuarias “derivadas” de hospitales generales (a fin de “liberar” camas en los mismos) por sus características de padecimiento mental, vulnerabilidad social y complejidades clínicas; este fenómeno es, tal vez, la situación más paradigmática de lo que describimos. Así lo relata una de las entrevistadas:

“Pandemia mediante también hay un servicio de crónicos: son como todas las personas que estaban internadas en hospitales generales que estaban por cuestionamientos sociales, que no debería haber. Cuando se necesitaron esas camas por el tema de la pandemia a todos los mandaron al B. [hospital neuropsiquiátrico], pero como no son pacientes originalmente del B. no figuran en ningún lado. Igual funciona bien, ahí hay clínicos. [...] ...son pacientes sociales con padecimiento mental, por ahí se convirtió en un problema social para el hospital general y aprovecharon la situación y los mandaron allí, digamos que desalojaron servicios de internación que había ahí para ubicar a estos pacientes, me ha pasado con pacientes de servicios más tradicionales del B.

que para que pudieran estar mejor atendidos se le dio el alta de los servicios de crónicos.” (Registro de entrevista, 2022).

El programa residencial anuló todas las actividades quedando el nodo casi sin personas usuarias, y se decidió que los dos usuarios que quedaron allí fueran “movilizados” al hospital nuevamente.

Modificación en los equipos de salud: renuncia y reubicación de profesionales, creación de nuevas tareas y nuevas contrataciones

Hubo ocasiones en las que la renuncia de profesionales durante la pandemia significó una sobrecarga de actividades para los equipos de trabajo, como en el caso del taller de arte. Otro grupo de nodos donde hubo renuncias fue en uno de los hospitales generales y en varios CeSAC, algunos con una larga trayectoria.

En paralelo a la baja de personal se produjo una reubicación de profesionales en otros dispositivos para evitar situaciones de contagio. Una de las particularidades del área programática de unos de los hospitales generales es que antes de la pandemia, casi todos los profesionales tenían divididas sus horas entre dos centros de salud. Esta situación fue revertida como forma de disminuir la expansión del contagio del virus concentrándose todas las horas en un sólo centro de salud, situación que continuó una vez terminado el aislamiento.

En el nodo del programa de abordaje a personas en situación de calle refieren que la pandemia produjo una refuncionalización de las tareas. Esta situación no se revirtió con el fin de la emergencia sanitaria, lo que ocasionó un debilitamiento del nodo, sumado al desmembramiento de su personal: *“Nos mandaron a todos los profesionales del equipo a los hoteles y paradores, y a los operadores los redistribuyeron en distintas tareas abocadas a la asistencia. Muchos operadores fueron enviados a hogares y a casas de medio camino. Varios de ellos tenían enfermedades como asma y demás, entonces, como eran de riesgo, se quedaron en sus casa. Como se quedaban sin operadores para asistir a la gente que estaba allí los sacaron del programa y nunca más volvieron.”* (Registro de entrevista, 2022).

En el caso de los grupos de nodos de uno de los hospitales generales apareció también un trabajo asistencial de comunicación de resultados de test COVID-19 y de evolución de personas usuarias internadas, que pivotó entre un espacio propio de salud mental y una tarea más administrativa de informe de diagnósticos y acompañamiento.

En el Servicio de Salud Mental de otro hospital general los profesionales de la salud refieren un cambio

abrupto respecto a su manera de organizarse para dar respuesta a la demanda interna, vinculada al dispositivo de interconsulta. Antes, el equipo sólo aceptaba demandas de otros servicios, con el advenimiento de la pandemia realizó un cambio actitudinal respecto de las demandas: *“... la pandemia hizo que con Clínica Médica y con Terapia Intensiva tomáramos una actitud más activa y fuésemos nosotros a los pases de turnos de Clínica Médica y a los pases de Terapia; entonces ahí se invirtió la lógica de trabajo”* (Registro de entrevista, 2022).

En el nodo del área programática de este hospital general un entrevistado señala que la distancia impuesta con fines preventivos terminó por corroer los lazos en el equipo de salud mental: *“Para el equipo de psicología del área programática central que venía muy endeble, lo terminó de destruir [...] ya teníamos problemas para trabajar internamente y la pandemia terminó por desarticularnos”* (Registro de entrevista, 2022).

En el nodo de 0800 de salud mental se designó un nuevo equipo coordinador de profesionales jóvenes con varias sedes de trabajo. La mayoría de quienes integraron el equipo profesional fueron psicólogas, si bien integran también el nodo algunos psiquiatras y una trabajadora social y también participaron residentes y concurrentes de salud mental. Progresivamente, el nodo fue ampliando su campo de acción para abocarse a la contención de personas usuarias con padecimientos fruto de la pandemia y las medidas de distanciamiento social.

Replanteo de los objetivos de trabajo

Se observó una polarización en la orientación del trabajo, con dificultad para establecer vínculo entre ambas modalidades de intervención, con algunos equipos volcándose hacia el trabajo comunitario y otros únicamente hacia la asistencia individual y a distancia. Esta división generó distintos enfoques y estrategias dentro de los servicios de salud mental, con repercusiones en la manera en que se llevaba a cabo la atención y el apoyo a los pacientes.

En algunos nodos se registró una ampliación en el empleo de prácticas comunitarias en diversos dispositivos. Estas prácticas fueron fundamentales para mantener y fortalecer los lazos sociales, así como para brindar apoyo y atención a la población en momentos de crisis. Se implementaron acciones comunitarias orientadas a la prevención y protección contra el COVID-19, transformando espacios de trabajo en centros de detección y aumentando la presencia del equipo de

salud en el territorio. Esta respuesta implicó un acercamiento más directo a la comunidad y una mayor participación en la contención de la crisis sanitaria.

Otro aspecto valioso fue la colaboración entre efectores de salud y nodos comunitarios para desarrollar estrategias de afrontamiento en conjunto. Esta cooperación permitió ampliar el alcance de la atención y brindar apoyo a aquellos que enfrentaban dificultades para acceder a servicios de salud. Una de las entrevistadas lo relata del siguiente modo: “... *con salud comunitaria se amplió mucho más este trabajo de articulación con las organizaciones sociales, y nos armamos como equipo ampliado. También fue una estrategia para que el resto de la gente [del efector de salud] identificará a los promotores sociales como trabajadores.*” (Registro de entrevista, 2022).

Los nodos que adoptaron ese enfoque demostraron la importancia de una mirada integral y centrada en la comunidad para hacer frente a la pandemia y su impacto en la subjetividad de profesionales y usuarios.

En el otro polo, de asistencia individual y a distancia, se observó una expansión gradual de las funciones de los profesionales para incluir la atención de personas usuarias afectadas directa o indirectamente por la pandemia y las medidas de distanciamiento social: “*A nosotros nos hicieron trabajar en los seguimientos de los enfermos, teníamos que empezar a llamar para dar el diagnóstico, el resultado y para asesoramiento y acompañamiento, y era tremendo*” (Registro de entrevista, 2022).

Una de las estrategias más frecuentes ha sido la utilización de dispositivos electrónicos, como teléfonos móviles y redes sociales, para mantener el contacto y la comunicación entre profesionales de la salud y personas usuarias. Esta adaptación tecnológica ha permitido mantener la continuidad de la atención y promover el apoyo mutuo, incluso en situaciones de distanciamiento físico. En varios contextos, la cancelación de actividades presenciales llevó a la adopción de enfoques virtuales en la atención, con consultas y terapias realizadas exclusivamente a través de plataformas en línea. Esta transición, aunque necesaria para mantener la continuidad del tratamiento, agudizó la individualización de la atención y la pérdida de contacto humano directo.

Además, se observó una restricción de la autonomía de las personas usuarias, especialmente aquellas internadas en hospitales neuropsiquiátricos, debido a medidas de aislamiento y restricciones de movimiento. El mencionado hospitalo-centrismo se ha visto exacer-

bado por la creación de servicios específicos para personas derivadas de hospitales generales, lo que contribuyó aún más a la institucionalización de la atención.

Aquellos dispositivos que se caracterizaban por su flexibilidad en el encuadre terapéutico con el fin de facilitar la accesibilidad y permanencia en algunos servicios, fueron remplazados por políticas más rígidas y restrictivas, lo que complicó la experiencia de las personas usuarias y contribuyó a un ambiente más institucionalizado. Además, se observó una tendencia a ponderar la intervención médica en la toma de decisiones, en detrimento de enfoques más colaborativos e interdisciplinarios.

Efectos subjetivos de la pandemia en personas usuarias y profesionales

El impacto significativo de la pandemia en la salud mental tanto de las personas usuarias como de los profesionales de los servicios de salud abarcó una amplia gama de experiencias, reflejando desafíos en términos de autonomía, calidad de vida y bienestar emocional.

En muchos casos, entre las personas usuarias, la implementación de medidas de aislamiento social y restricciones de circulación, tuvo como correlato una pérdida de lugares de autonomía generando sentimientos de encierro y falta de libertad. Las limitaciones en las salidas y actividades recreativas exacerbaban el aislamiento social y afectaron negativamente la calidad de vida.

La reorganización mencionada de los servicios de salud mental durante la pandemia planteó un desafío en lo que relativo a la atención de personas derivadas de otros efectores. Como ejemplo paradigmático, la creación ad hoc de un nuevo servicio de internación -antes mencionado- para personas usuarias con padecimientos mentales y orgánicos, una de las personas entrevistadas señala lo que sigue: “[El nuevo servicio] *tiene recursos, porque justo se armó como un equipo piola y humano y que labura un montón, pero no sé si la unidad de letrados va a verlos, ¿me explico? quedaron por fuera de la ley*” (Registro de entrevista, 2022).

En una línea semejante, otra persona reflexionó en torno a las complejas condiciones para la externación de personas usuarias en contexto de pandemia: “... *no están los soportes y las condiciones para sostenerse, pero también la calidad de vida y cómo la pasa esa persona una vez que está externada si no tiene una referencia. Ni hablar de la pandemia, no hace falta ahondar en detalles, pero bueno, muchas personas están encerradas y tal vez salen una vez por mes a control de medicación o al tratamiento, los que tienen psicóloga*” (Registro de entrevista, 2022).

Por otro lado, los profesionales de la salud mental también han experimentado efectos subjetivos negativos en el ejercicio mismo de su labor. La sobrecarga de trabajo, la adaptación a nuevas formas de atención y la falta de contacto físico con personas usuarias y compañeros de trabajo han generado estrés, ansiedad y agotamiento emocional entre los profesionales que perdieron redes de apoyo y contención.

Modalidad de la Red de Salud Mental

Para describir la red bajo análisis estudiamos la forma de articulación entre los nodos. Para ello analizamos los tipos de vínculos, el nivel de articulación, las actividades que les competen y la heterogeneidad del entramado, recortando la muestra sobre aquellos nodos que cuentan con actividades y/o recordando que fueron elegidos nodos que ya tenían actividades y/o proyectos por fuera de los muros del predio hospitalario o efector sanitario.

De los nodos relevados (Figura 2) observamos que la mayoría de los vínculos fueron de tipo intersectoriales con organizaciones de base comunitaria, culturales, políticas, religiosas y otras. Ello sugiere que se asumió una tipología más bien *intersectorial* que *interinstitucional*. Aquellos vínculos que se destacaron por ser interinstitucionales se dieron entre dispositivos intermedios, efectores y servicios de salud. Y, en menor medida, los *intrainstitucionales*, fueron vínculos entre servicios de salud.

Al indagar sobre los tipos de vínculos intersectoriales discernimos que casi la mitad alcanzaron *niveles asociativos y cooperativos* entre los nodos, logrando una red consolidada. Las actividades que caracterizaron los niveles de asociación y cooperación fueron planificadas y sostenidas en el tiempo; por ejemplo:

promoción de la salud, participación en mesas barriales, actividades de prevención inespecífica, entre otras. En esta línea trabajaron los equipos territoriales de los CeSACs, el Servicio de Abordaje Territorial, el Taller de Arte y el Hospital de Día de los hospitales neuropsiquiátricos.

Cuando se alcanzaron niveles colaborativos las actividades fueron más circunstanciales, donde se involucró a “cualquier organización que se acercara a golpear la puerta” de un efector de salud. Una de los entrevistadas comentó que si no existía una “estructura que alojara al vínculo, éste terminaba muriendo”. Se mencionó como obstáculo el horario de los CeSAC, ya que la población se encuentra con mayor presencia en el barrio por la tarde-noche.

Al observar los tipos de vínculo interinstitucionales, comprobamos que alcanzaron, exclusivamente, *niveles colaborativos*, con primacía de actividades de referencia y contrarreferencia no institucionalizadas. Del área programática de uno de los hospitales generales relataron que este formato de articulación no estaba en el marco de ningún convenio, dependiendo exclusivamente de la persona que hubiera construido ese vínculo. En otro nodo relataron que “si pasa algo con algún usuario todo depende del contacto personal.” (Registro de entrevista, 2022).

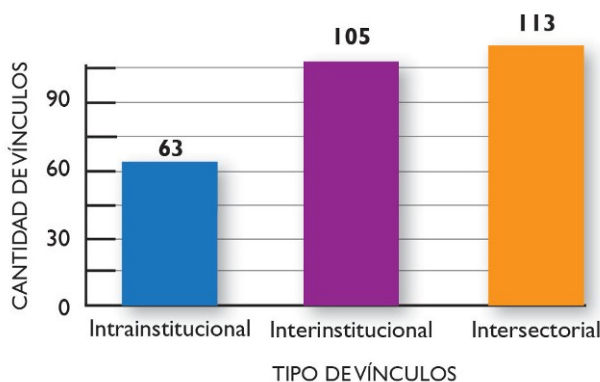
En cuanto a los *vínculos intrainstitucionales* también fueron mayormente colaborativos con actividades de referencia y contrarreferencia. De uno de los servicios de los hospitales monovalentes dijeron que “van a buscar pacientes, tejiendo redes de forma interpersonal, porque no hay derivación oficial entre servicios”. En el Servicio de Salud Mental de un hospital general, relataron que las actividades colaborativas también implicaron la gestión conjunta de los tratamientos con otros servicios de medicina general.

Durante la pandemia las actividades de la red se vieron tensionadas entre la paralización y la dinamización en los diferentes tipos de vínculos.

En el caso de los vínculos intersectoriales, algunos se interrumpieron, como el taller de arte, que funcionaba en un museo y otros se vieron dinamizados, principalmente los equipos del primer nivel de atención que tenían trabajo preexistente junto a comedores y organizaciones comunitarias.

En el caso de los vínculos intrainstitucionales, en algunos se restringieron las actividades y en otro se generaron nuevas. En los hospitales neuropsiquiátricos se restringieron actividades de movilidad entre profesionales y personas usuarias. En contrapartida, en el servicio de salud mental de un hospital general

Figura 2. Tipo y cantidad de articulaciones según los nodos estudiados



Fuente de datos: elaboración propia.

relataron que pasaron a formar parte de dinámicas de trabajo junto a áreas del hospital, adoptando una actitud más activa.

Un aspecto hallado fue la *forma de la red*. Con esto nos referimos a que el tipo de vínculo entre nodos creó dos entramados de redes con características similares, pero con algunas diferencias; si bien un entramado conectaba exclusivamente nodos del sector salud, el otro conectaba nodos de salud con organizaciones de base comunitaria. Esta red, con dos entramados, estuvo alojada territorialmente en el barrio de Barracas.

Un entramado, de tipo interinstitucional, se desarrolló desde el centro hasta el norte del barrio, con los Talleres de Rehabilitación en Salud Mental, los hospitales neuropsiquiátricos, el Centro de adicciones, el HLB, el CeSAC 10 y otros. El otro entramado, de tipo intersectorial, estuvo delimitado en el barrio 21-24 y Zavaleta; compuesto mayormente por vínculos de nodos de salud con organizaciones barriales, comedores, hogares y paradores.

En relación a esto y lo descrito arriba, aquellos vínculos entre nodos del sistema de salud fueron mayormente de tipo colaborativo, a diferencia de aquellos intersectoriales que tenían un nivel más asociativo y cooperativo. Estos dos entramados dieron cuenta de una red con vínculos cercanos espacialmente, es decir,

en el mismo barrio. Sin embargo, al comparar el primer mapa con el segundo (Figura 3), resaltamos cómo se amplió espacialmente la RSM a partir de las articulaciones generadas entre los nodos entrevistados, es decir, que su capacidad de trabajo sobrepasa a la cercanía espacial barrial, llegando hacia barrios más alejados.

Conclusiones

En la presente investigación nos propusimos caracterizar las actividades comunitarias y asistenciales en la RSM de la zona sur de la CABA en el período 2020-2022. Observamos que cada uno de los nodos entrevistados, constituyentes de la red bajo análisis, se vio obligado a modificar su forma de trabajo ya sea con nuevos objetivos, cambios en los equipos, dinámicas de trabajo y apertura o clausura de dispositivos.

Durante la pandemia de COVID-19, el mayor uso de dispositivos electrónicos facilitó el encuentro, el sostén de los tratamientos y logró amortiguar la suspensión presencial. Entre las causas que llevó a la suspensión de las actividades encontramos la reubicación de profesionales en otros servicios de salud mayormente no comunitarios y el cese de actividades en programas residenciales. Esto llevó a que la asistencia de salud se concentrara espacialmente en efectores y/o centros de salud, situación que continuó una vez terminado el aislamiento. Durante la investigación vimos que, como parte de esto, se crearon salas de internación por motivos de salud mental en un hospital general, mientras que en un neuropsiquiátrico se creó una sala para personas usuarias derivadas de hospitales generales. A estos últimos hospitales se sumó una restricción de la autonomía de las personas usuarias, especialmente aquellas debido a medidas de aislamiento y restricciones de movimiento.

Hubo ocasiones en que la renuncia de profesionales durante la pandemia significó una sobrecarga de actividades para los profesionales de la salud. También la pandemia produjo una refuncionalización de las tareas, sea en el trabajo asistencial de comunicación de resultados de test COVID-19 o evolución de personas usuarias internadas que pivotaba entre un espacio propio de salud mental y otro de tipo administrativo sobre informes de diagnóstico y acompañamiento.

También observamos que hubo una polarización en la orientación del trabajo, con algunos equipos volcándose hacia el trabajo comunitario y otros únicamente hacia la asistencia individual y a distancia. En el primer caso se transformaron espacios de trabajo en centros de detección y aumento de la presencia del equipo de salud en el territorio. En el otro polo se observó una expansión gradual de las funciones de los

Figura 3. Zona bajo análisis con articulaciones generadas de los nodos entrevistados



Fuente de datos: elaboración propia.

profesionales de la salud para incluir la atención de personas usuarias afectadas directa o indirectamente por la pandemia y las medidas de distanciamiento social.

Una parte de los hallazgos de este trabajo dialoga con las reflexiones de Faraone e Iriart (2020) en cuanto a la modificación de las formas de trabajo tanto en hospitales generales como neuropsiquiátricos exacerbando el hospitalocentrismo, institucionalizando más la atención, y recrudesciendo la concepción biomédica y tutelar.

La refuncionalización, reubicación de profesionales o la polarización en la orientación del trabajo, tuvo su incidencia también en la forma de la red bajo análisis. Por un lado, se debilitaron aquellas articulaciones de tipo intersectoriales que mantenían los nodos. Sin embargo, la existencia previa de vínculos intersectoriales posibilitó la reorientación de los objetivos de trabajo hacia actividades asistenciales propias de la pandemia. Mantener estos vínculos asociativos cooperativos posibilitó una atención alternativa a la tendencia hospitalocéntrica. Por otro lado, registramos que los cambios arriba mencionados afectaron los vínculos intransituacionales, ya que se restringieron actividades de movilidad entre profesionales y personas usuarias.

En este estudio observamos que la pandemia generó un retorno hacia prácticas sustentadas por el modelo hospitalocéntrico a través de una serie de transformaciones en las prácticas terapéuticas, que reflejaron una centralización de la atención hacia entornos hospitalarios cerrados, a expensas de enfoques integrales y comunitarios. A su vez, intentamos resaltar cómo las prácticas comunitarias constituidas previas a la pandemia fueron un carril que logró vehicular la emergencia sanitaria, además de los tratamientos clínicos en salud mental que se vienen promocionando hace años. Creemos que estas cuestiones contribuyeron a la actual situación de sobrecarga del sistema de salud en cuanto a la demanda de salud mental, ya que se agudizó la problemática de la población y se simplificaron las respuestas sanitarias, casi exclusivamente al otorgamiento de turnos y tratamientos individuales, ocurriendo solo en ocasiones extraordinarias el trabajo comunitario como respuesta articulada.

Nos resulta fundamental explicitar nuestro lugar como investigadores pertenecientes a la RSM, siendo trabajadores del HLB, para que quede aclarada nuestra perspectiva en el análisis y los posibles sesgos que esto pudiera ocasionar. En relación con el contexto de realización de la investigación resulta muy singular, la salida de la pandemia marca la temporalidad del tra-

bajo de campo, en donde los servicios de salud se estaban reorganizando, siendo los resultados obtenidos dependientes de dicho momento.

En cuanto a la replicabilidad de este estudio, consideramos que cada equipo de investigación debe adaptarlo a su contexto, pero las variables utilizadas pretenden configurar un esquema de análisis trasladable a otras latitudes. Respecto a la muestra, si bien fue realizada de manera no probabilística, es pequeña en relación con todos los nodos que componen la RSM. La mayor limitación de este trabajo radica en que los nodos seleccionados, para esta primera etapa, son exclusivos del sistema de salud, dejando por fuera dispositivos intermedios y/o comunitarios que también forman parte de la RSM. Al entrevistar solo a profesionales de los efectores de salud recogemos una única voz, de las muchas que componen la RSM. En la misma línea, creemos fundamental, incluir en futuros proyectos de investigación la voz de las personas usuarias.

Conflictos de interés: los autores declaran no poseer conflictos de interés. Este trabajo es parte de un proyecto más amplio a partir de una Beca Salud Investiga.

Referencias bibliográficas

- Ardila-Gómez, S. A., Rosales, M. L., Fernández, M. A., Díaz, A. V., Matkovich, A., & Agrest, M. (2021). Impacto de la pandemia por COVID-19 en los servicios de salud mental en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 13, 8-8. <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/783/787>
- Congreso de la Nación Argentina. (2010). Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. *Boletín Oficial de la República Argentina*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>
- Faraone, S. & Iriart, C. (2020). Salud mental, políticas públicas y trabajo vivo en acto: la pandemia como analizador de la falta de cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Revista Debate Público, Reflexión de Trabajo Social*. 10 (20). <https://doi.org/10.62174/DPdp.8324>
- Menéndez, E. L. (2020) *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. Ed. Universidad Nacional de Lanús. <https://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/8>
- Organización de los Estados Americanos. (2001) Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos Sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental. *Comisión Interamericana de Derechos Humanos* <https://cidh.oas.org/annualrep/2000sp/cap.6d.htm>
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos*. Panorama general <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>
- Organización Panamericana de la Salud. (1990). Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, Caracas, Venezuela. https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
- Rovere, M. (1999). Redes en salud: Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.

Déficit en funciones ejecutivas en padres y madres de niños/as con trastorno del espectro autista

Executive Function Deficits in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder

Bárbara Alecsiuk¹, María Fernanda Ríos Pistoia², Esteban Vaucheret Paz³

<https://doi.org/10.53680/vertex.v37i173.1066>

Resumen

Introducción: múltiples estudios describen que familiares directos de personas con trastorno del espectro autista (TEA) muestran, en forma sutil, características similares al TEA. Por otro lado, los individuos con TEA suelen presentar déficit en funciones ejecutivas, que estarían asociadas a sus dificultades sociales. El estudio se propuso evaluar las funciones ejecutivas de padres/madres con hijos/as con TEA y su correlación con los índices de empatía y sistematización. **Métodos:** incluimos 60 individuos divididos en dos grupos: grupo experimental de padres/madres de hijos con TEA (n=30) y grupo control de padres/madres con hijos/as sin TEA (n=30). Los participantes fueron estudiados mediante test neuropsicológicos (claves, dígitos, búsqueda de símbolos, Stroop, Wisconsin, test de atención, TMT) y completaron la escala de empatía-sistematización. **Resultados:** el grupo experimental presentó menor rendimiento en funciones ejecutivas, en memoria de trabajo: índice de memoria de trabajo (p=0,02), claves (p=0,03) y dígitos (p=0,02); y en velocidad de procesamiento y atención: búsqueda de símbolos (p=0,003) e índice de concentración (D2) (p=0,005). No se observaron diferencias significativas entre los grupos en los cocientes de empatía y sistematización. En el análisis correlacional se identificaron escasas asociaciones significativas, de magnitud débil, entre estos cocientes y determinadas medidas neuropsicológicas. **Conclusión:** los padres/madres de hijos con TEA presentaron un mayor compromiso en funciones ejecutivas, sin diferencias correspondientes en los índices de empatía y sistematización. Estos hallazgos deberían tenerse presentes al elaborar procesos de orientación a padres/madres a fin de lograr mejores resultados terapéuticos.

Palabras clave: autismo, fenotipo ampliado, funciones ejecutivas

Abstract

Introduction: Multiple studies have described subtle characteristics similar to those of Autism Spectrum Disorder (ASD) in first-degree relatives of people with ASD. Individuals with ASD also commonly present deficits in executive functions, which may be associated with their social difficulties. We aimed to evaluate executive functions in parents of children with ASD and their correlation with empathy and systematization indices. **Methods:** We included 60 individuals divided into two groups: an Experimental Group of parents of children with ASD (n=30) and a Control Group of parents of children without ASD (n=30). Participants were assessed using neuropsychological tests (Coding, Digit Span, Symbol Search, Stroop, Wisconsin, attention test, Trail Making Test) and completed the empathy-systematization scale. **Results:** The Experimental Group showed lower performance in executive functions, including working memory (working memory index, p=0.02; Coding, p=0.03; Digit Span, p=0.02) and processing speed and attention (Symbol Search,

RECIBIDO 7/1/2025 - ACEPTADO 20/5/2025

¹Servicio de Neurología Infantil, Hospital Italiano de Buenos Aires; Buenos Aires, Argentina

²Servicio de Neurología Infantil, Hospital Italiano de Buenos Aires; Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-5711-336X>

³Servicio de Neurología Infantil, Hospital Italiano de Buenos Aires; Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-6294-5654>

Autor correspondiente:

Esteban Vaucheret Paz

esteban.vaucheret@hospitalitaliano.org.ar

Institución en la que se realizó la investigación: Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.



$p=0.003$; D2 concentration index, $p=0.005$). No significant differences were observed between the groups in empathy and systemizing quotients. Correlational analyses identified only a few significant associations, of weak magnitude, between these quotients and specific neuropsychological measures. Conclusion: Parents of children with ASD showed poorer executive functioning, without corresponding differences in empathizing and systemizing. These findings may be relevant when developing guidance and support interventions for parents of children with ASD.

Keywords: autism, broad autism phenotype, executive functions

Introducción

El trastorno del espectro autista (TEA) se caracteriza por una alteración en el neurodesarrollo de las funciones cerebrales, que afecta de manera directa las funciones cognitivas, sensorio-motoras, el lenguaje y las habilidades sociales (Tuchman, 2019; Arberas & Ruggieri, 2019; American Psychiatric Association, 2014). Las características principales son: un deterioro en la comunicación e interacción social y un patrón de conductas estereotipadas e intereses restringidos (Arberas & Ruggieri, 2019; American Psychiatric Association, 2014). Además, es frecuente encontrar disfunciones sensoriales, es decir, hipo o hipersensibilidad a estímulos táctiles, auditivos, gustativos o visuales, trastornos del sueño, como sueño fragmentado o latencia prolongada, dificultades motrices como coordinación de movimientos y trastornos en cuanto a la alimentación, como selectividad frente a determinados alimentos o patrón restringido (Arberas & Ruggieri, 2019; Berenguer Forner et al., 2016).

Estas características se presentan desde los primeros años de vida y afectan el funcionamiento cotidiano. Por otro lado, la forma de presentación del trastorno es variable y se deben tener en cuenta el nivel de desarrollo, la edad cronológica y el nivel de gravedad en cada una de las áreas afectadas; es por eso que se utiliza el término “espectro” (American Psychiatric Association, 2014). El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2014) clasifica el trastorno del espectro del autismo en tres niveles de gravedad según el apoyo requerido: nivel 1, “necesita ayuda”; nivel 2, “necesita ayuda notable”; y nivel 3, “necesita ayuda muy notable”.

Con respecto a la prevalencia del trastorno del espectro autista a nivel mundial, se estima que es de 1 de cada 160 niños y, según diversos estudios epidemiológicos de los últimos 50 años, esta proporción va en aumento (OMS, 2017). Esto último puede deberse a diversos factores como la ampliación de los criterios diagnósticos, una mayor concientización y la utilización de herramientas diagnósticas más eficaces (OMS, 2017).

En cuanto a la etiología del trastorno, diversas investigaciones señalan la participación de distintos factores en la génesis del TEA, entre ellos, factores genéticos, epigenéticos, ambientales e infecciosos (OMS, 2017; Arberas & Ruggieri, 2019). Acerca de los factores genéticos las estimaciones de heredabilidad se encuentran entre el 37 % y, en ocasiones, más del 90 % (American Psychiatric Association, 2014) y, al ser un trastorno tan heterogéneo en cuanto a su manifestación, se convierte en uno de los trastornos del neurodesarrollo hereditarios más complejos (Uljarević et al., 2016).

Se han observado en familiares directos de personas con autismo (padres y hermanos), dificultades del desarrollo o determinadas características que se manifiestan de manera sutil, no logrando reunir los criterios clínicos necesarios para llegar al diagnóstico (Cafiero et al., 2019). Esta expresión de rasgos en los familiares que se presentan en menor gravedad es lo que se conoce como fenotipo ampliado (Uljarević et al., 2016). Estudios realizados a padres de personas con autismo, con técnicas de neuroimagen, mostraron diferencias a nivel funcional y estructural, en comparación con el grupo control, a pesar de no manifestar problemas de comportamiento. Es decir, en ocasiones pueden llegar a mostrar características neuroanatómicas y funcionales que se observan en individuos con TEA, pero en su forma más leve. Por otro lado, se observaron específicamente anomalías en cuanto al procesamiento del lenguaje auditivo, empatía y procesamiento facial (Billeci et al., 2016). En una revisión de estudios en familiares directos de personas con TEA, se destacan características similares al trastorno como: inflexibilidad conductual, intereses restringidos, perfeccionismo, altos niveles de ansiedad y dificultad para adaptarse a los cambios del ambiente (Cafiero et al., 2019).

Uno de los modelos cognitivos propuestos y que lograrían dar una explicación, tanto para las dificultades sociales como para las no sociales del autismo, se fundamenta en la presencia del déficit en funciones ejecutivas (Martos-Pérez & Paula-Pérez, 2011; Tale-ro-Gutiérrez et al., 2015).

Ozonoff y Rusell fueron uno de los primeros en estudiar el déficit en funciones ejecutivas en TEA y, a partir de allí, se comenzaron a realizar investigaciones para comprender el origen de estas alteraciones y elaborar estrategias de intervención terapéuticas (Martos-Pérez & Paula-Pérez, 2011; Talero-Gutiérrez et al., 2015). Asimismo, existe evidencia actual que demuestra que una gran proporción de personas con autismo tienen dificultades asociadas a un déficit en funciones ejecutivas (Grañana, 2014). Estos estudios en personas con TEA han encontrado una tendencia a la perseveración, dificultades en la planificación, organización de la conducta y control inhibitorio, inflexibilidad cognitiva, conductas estereotipadas y déficit en la memoria de trabajo, aspectos que pueden afectar la capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas de manera autónoma (Berenguer Forner et al., 2016; Talero-Gutiérrez et al., 2015).

Entendiendo la función que cumplen los genes, en cuanto a la regulación del desarrollo neurológico y la actividad neuronal (Iakoucheva et al., 2019), el alto grado de heredabilidad de este trastorno (Tick et al., 2016) y la expresión clínica leve en familiares de personas con autismo (fenotipo ampliado), es que el objetivo de este estudio es analizar las características de las funciones ejecutivas, en padres y madres de niños y niñas con autismo. Este conocimiento permitiría elaborar lineamientos y estrategias en los procesos de orientación a padres y madres, ajustándose de esta manera a las características y necesidades de sus cuidadores, con una mayor participación en el tratamiento de sus hijos/as.

Tabla 1. Descripción de la población

	División	Grupo experimental % (n)	Grupo control % (n)
Sexo	Femenino	76,7 % (23)	70 % (21)
	Masculino	23,3 % (7)	30 % (9)
Escolaridad (n)	Primario	3,3 % (1)	-
	Secundario	50 % (15)	30 % (9)
	Universitario	43,3 % (13)	63 % (19)
	Postgrado	3,3 % (1)	6,7 % (2)
Antecedente familiar de trastorno del neurodesarrollo (n)	Sí	20 % (6)	-
	No	80 % (24)	100 % (30)
Antecedente familiar con TEA (n)	Sí	10 % (3)	3,3 % (1)
	No	90 % (27)	96,7 % (29)

TEA: Trastorno del espectro autista.

Materiales y métodos

Diseño

Se trata de un estudio prospectivo, analítico, de corte transversal de casos y controles, y análisis cuantitativo.

Población

Se incluyeron 60 personas con hijos mayores de tres (3) años, residentes de la provincia de Misiones, Argentina, con una edad promedio de 33,67 años (SD 6,26) (ver Tabla 1), que asistían a diferentes centros de rehabilitación. Los participantes fueron distribuidos en dos grupos:

- **Grupo 1 o experimental**, compuesto de 30 participantes con hijos/as con diagnóstico de TEA, cuya validación del diagnóstico de los hijos/as, previa a la inclusión en el estudio, fue realizada por un neurólogo infantil o psiquiatra mediante entrevista semiestructurada y presencia de criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-V y evaluación de Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Version (ADOS-2) y Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R) positivo.
- **Grupo 2 o control**, compuesto por 30 participantes con hijos/as sin diagnóstico de TEA.

Criterios de exclusión

Grupo experimental: padres y madres biológicos/as menores de 18 años, con hijos/as que aún se encuentran en proceso de evaluación y no tuvieran definido el diagnóstico de TEA. Asimismo, padres y madres con algún diagnóstico psiquiátrico o discapacidad intelectual.

Grupo control: padres y madres biológicos/as que presentaran algún diagnóstico psiquiátrico o discapacidad intelectual. Para la confección de este grupo se realizaron preguntas tales como: si alguna vez habían tenido consulta con neurología, psiquiatría o si los padres y/o madres refirieron desarrollo normal, y si se había llegado a algún diagnóstico de trastornos del neurodesarrollo o déficit en el desarrollo neuromadurativo. En el caso que esto fuera positivo, se los excluyó del estudio.

En ambos grupos se excluyeron, también, a aquellos participantes que no realizaron la evaluación neuropsicológica propuesta en forma completa.

Herramientas

Para evaluar empatía y sistematización se utilizaron los siguientes cuestionarios de autoinforme: (1) Cociente de Empatía (Empathy Quotient [EQ]) (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004), en su versión en español de Pezzuto y Fuentes; y (2) Cociente de Sistematización Revisado (Systemizing Quotient-Revised [SQ-R]) (Wheelwright et al., 2006), en su versión en español traducida por Rattazzi.

Para evaluar las funciones ejecutivas se administraron los siguientes instrumentos: (1) tests de memoria de trabajo: retención de dígitos; (2) tests de flexibilidad cognitiva: Trail Making Test (parte B: números y letras) y WCST Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (Heaton et al., 1997); (3) tests de inhibición: Stroop palabra-color (Golden, 1999) y D2 Test de Atención (Brickenkamp, 2009); (4) Escala de Inteligencia de Wechsler: Búsqueda de símbolos y Claves (velocidad de procesamiento), retención de dígitos en orden directo, inverso y con secuenciación, y subprueba Aritmética (Wechsler, 2012).

Análisis

Las respuestas aportadas por los sujetos evaluados fueron procesadas con el programa estadístico SPSS.

Las variables continuas fueron expresadas como media y desvío estándar si la distribución era normal, o como mediana y rango intercuartílico si era asimétrica. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes o proporciones. Se evaluó la normalidad de las variables continuas mediante la prueba de Shapiro-Wilk y, en forma gráfica, mediante histogramas. La homocedasticidad se evaluó mediante la prueba de Levene.

Para describir las variables sociodemográficas se analizaron las distribuciones de frecuencias y se calcularon medidas de tendencia central y dispersión.

Para comparar las puntuaciones obtenidas en las pruebas neuropsicológicas entre los grupos control y experimental y evaluar si existían diferencias signifi-

cativas, se empleó la prueba t para dos muestras independientes.

A fin de evaluar la correlación entre las variables continuas, se utilizó la prueba de correlación de Spearman.

La significancia estadística se estableció en $p < 0,05$. Por otro lado, el tamaño del efecto fue evaluado mediante la d de Cohen o la V de Cramer, según el caso.

Los datos recogidos fueron cargados en una base, asignando a cada participante un número aleatorio, de forma que fueran anónimos al momento de realizar el análisis por el coordinador del estudio.

El estudio cumplió con las normas éticas propuestas en la Declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 2013. El estudio fue aprobado por el comité de ética. Los participantes firmaron un consentimiento informado.

Resultados

Se realizó un estudio prospectivo analítico, de corte transversal, donde se incluyeron 60 personas, distribuidas en dos grupos: grupo 1 (experimental), 30 padres con hijos con diagnóstico de TEA, y grupo 2 (control), 30 padres con hijos sin diagnóstico de TEA.

El grupo experimental estuvo conformado por un 76,7 % de personas de sexo femenino y el grupo control, por un 70 %. En cuanto al nivel de escolarización alcanzado, en el grupo experimental se observó un mayor porcentaje de personas con secundario completo (50 %), mientras que en el grupo control un 63 % presentó estudios universitarios finalizados. Finalmente, en el grupo experimental, un 20 % ($n=6$) tenía hermanos con diagnóstico de TEA. En cuanto a los hijos, el nivel de TEA más frecuente fue el nivel 3, con un 53,3 % ($n=16$) (ver Tabla 2).

En cuanto al grado de empatía y sistematización, un 20 % ($n=6$) de los padres de hijos con diagnóstico de TEA mostró un menor nivel de empatía, frente a un 10 % ($n=3$) en el grupo control. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($\chi^2=1,17$; $p=0,27$).

Tabla 2. Descripción del grupo experimental

	División	Resultado % (n)
Hermanos con TEA (n)	Sí	20 % (6)
	No	80 % (24)
Nivel de TEA (n)	Nivel 1	6,7 % (2)
	Nivel 2	40 % (12)
	Nivel 3	53,3 % (16)

TEA: Trastorno del espectro autista.

En cuanto al análisis de las funciones ejecutivas entre ambos grupos de padres, se observó mediante la prueba t que el grupo experimental presentó un menor rendimiento en funciones ejecutivas, especialmente en memoria de trabajo (índice de memoria de trabajo, claves y dígitos) y en velocidad de procesamiento y atención (búsqueda de símbolos, claves e índice de concentración del D2) (ver Tabla 3).

A excepción de claves y el índice de memoria de trabajo, que presentaron una baja correlación con el cociente de empatía, y del índice de concentración, que correlacionó levemente con el cociente de sistematización, no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre las variables que evaluaron funciones ejecutivas y los cocientes de sistematización y empatía en su conjunto (ver Tabla 4).

Discusión

El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar las funciones ejecutivas en padres y madres biológicos/as, con hijos/as con diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA), con el propósito de analizar características y comportamientos que pueden compartir con sus hijos en este aspecto, a fin de elaborar lineamientos y estrategias que mejoren los procesos de orientación a la familia, ajustándose a las características de sus cuidadores, para una mejor y más eficiente participación en el tratamiento de sus hijos/as.

Como resultado en nuestro estudio pudimos observar que, en concordancia con la bibliografía publicada previamente (Cafiero et al., 2019), los padres de hijos/as con diagnóstico de TEA, presentaron un

Tabla 3. Resultados del análisis de las variables por grupo

Pruebas neuropsicológicas	Grupo de padres con hijos/as con autismo n=30		Grupo de padres con hijos/as sin autismo n=30		Prueba t de igualdad de las medias (.)		
	Media	Desvío	Media	Desvío		p	Tamaño del efecto
Aritmética ***	6,63	2,61	8,27	2,34	-2,54 (58)	0,01	0,65
Búsqueda de símbolos***	7,20	2,26	9,23	2,71	-3,15 (58)	<0,01	0,81
Dígitos***	7,37	2,60	8,87	2,46	-2,29 (58)	0,02	0,60
Claves***	7,67	2,24	9,00	2,51	-2,16 (58)	0,03	0,55
Memoria de trabajo (valores compuestos: aritmética y dígitos)*****	84,13	13,96	92,50	13,28	-2,37 (58)	0,02	0,61
Velocidad de procesamiento (valores compuestos: búsqueda de símbolos y claves)*****	87,60	10,57	96,87	12,76	-3,06 (58)	<0,01	0,80
Puntuación Palabra-Color inhibición (Stroop)*	44,07	8,47	50,53	5,72	-3,46 (58)	<0,01	0,98
Puntuación interferencia (Stroop)**	51,87	8,75	54,73	6,77	-1,41 (58)	0,16	-
Comisiones (D2)*	35,97	23,29	40,47	26,09		0,48	-
Efectividad en la prueba (TOT) (D2)*****	30,27	21,19	44,40	26,69	-2,27 (58)	0,02	0,58
Índice de Concentración (CON) (D2)*****	27,13	19,62	44,33	25,68	-2,91 (58)	<0,01	0,75
TMT (Trail Making Test) parte B ***	4,28	3,01	3,54	2,18	1,09 (58)	0,27	-
Cantidad de respuestas perseverativas (Test Wisconsin)*	17,73	9,85	17,67	11,74	0,024 (58)	0,98	-
Número de categorías completas (Test Wisconsin)*	5	1,41	5,17	1,46	0,11 (58)	0,65	-
Fallos en mantenimiento del Set (Test Wisconsin)*	0,80	1,06	0,77	1,22	-0,448 (56)	0,91	-

Abreviaciones: EQ: coeficiente de empatía; SQ-R: cociente de sistematización; TMT: trail making test; *p: puntaje bruto; ** puntaje T; *** puntaje escalar; **** puntaje Z; ***** puntaje estándar; ***** puntaje Pc.

Tabla 4. Correlación entre el cociente de empatía y sistematización y las pruebas de funciones ejecutivas

	Cociente de empatía		Cociente de sistematización	
	r_{sp}	p	r_{sp}	p
Aritmética	0,24	0,06	0,12	0,33
Búsqueda de símbolos	-0,003	0,98	-0,08	0,54
Dígitos	0,18	0,15	0,11	0,37
Claves	0,25	0,04*	0,15	0,25
Índice de velocidad de procesamiento	0,17	0,18	0,045	0,73
Índice de memoria de trabajo	0,28	0,03*	0,08	0,52
Trail Making Test B	0,009	0,94	-0,14	0,27
TEST WISCONSIN Cantidad de respuestas perseverativas	-0,2	0,11	0,08	0,55
TEST WISCONSIN Fallos del mantenimiento del set	0,18	0,17	0,04	0,74
STROOP Palabra-color	0,18	0,15	0,03	0,81
STROOP Interferencia	-0,05	0,70	0,13	0,92
D2 Índice de concentración	0,13	0,28	0,29	0,02*
D2 Variabilidad	0,03	0,77	0,01	0,93

r_s : coeficiente de correlación de Spearman; p : significancia estadística; $p < 0,05$.

mayor compromiso en funciones ejecutivas. Si bien la función ejecutiva global no presentó dificultades, se observó una afectación de algunos subsistemas específicos. A diferencia de nuestro trabajo, algunos autores informaron un compromiso en planificación, inhibición y flexibilidad (Hughes et al., 1997), mientras que otros, en forma similar a nuestros resultados, constataron un menor rendimiento en velocidad de procesamiento, atención y memoria de trabajo (Wong et al., 2006). Diversos trabajos han analizado la discrepancia en el perfil de funciones ejecutivas afectadas en familiares de personas con TEA, observando que las dificultades en flexibilidad cognitiva y teoría de la mente de los padres de niños con TEA se relacionaron mayormente con los rasgos autistas, a diferencia de otras funciones ejecutivas que no mostraron dicha asociación (Jones et al., 2018; Cheng et al., 2021). Esta situación podría explicar la falta de correlación encontrada en nuestro estudio entre las distintas funciones ejecutivas y los cocientes de empatía y sistematización, dado que en nuestra población de estudio no hubo diferencias en estos cocientes entre los padres de niños/as con TEA y aquellos con niños neurotípicos.

El menor rendimiento en pruebas que evalúan teoría de la mente (ToM) sugiere la existencia de una menor capacidad de atribuir a otras personas estados mentales y emocionales en individuos con TEA (Grañana, 2014; Martos Pérez & Paula-Pérez, 2011). Aunque esta teoría puede explicar muchas de las conductas que caracterizan el autismo, especialmente las

dificultades en las habilidades sociocomunicativas, no logra dar una explicación para otras características no sociales de la condición. Cuando mencionamos a las características no sociales, nos referimos a la presencia de conductas repetitivas y restrictivas, intereses restringidos, rigidez y perseveración, dificultades para la planificación y un patrón irregular en cuanto al uso de la inteligencia (Martos-Pérez & Paula-Pérez, 2011).

Uno de los modelos cognitivos propuestos para explicar tanto las dificultades sociales como las no sociales del autismo es la teoría del déficit en funciones ejecutivas (Martos-Pérez & Paula-Pérez, 2011; Talero-Gutiérrez et al., 2015). En nuestro estudio, si bien la población de padres con hijos/as con TEA no se diferenció de los padres con hijos/as neurotípicos en la presencia de rasgos autistas medidos mediante los cocientes de empatía y sistematización, se observó un mayor compromiso de funciones ejecutivas específicas, especialmente de la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento. Estas funciones no mostraron correlación con los rasgos autistas evaluados.

Estos resultados podrían estar evidenciando la existencia de un estilo diferente en los mecanismos vinculados a los procesos de empatía-sistematización en los sujetos con TEA. Las particularidades observadas en el grupo de padres y madres con hijos con autismo podrían explicarse bajo el concepto de fenotipo ampliado, según el cual los padres biológicos de niños/as con autismo presentan un perfil de funcionamiento autista, aun sin cumplir con todos los cri-

terios diagnósticos (Sasson et al., 2013; Dawson et al., 2005). La prevalencia del fenotipo ampliado en autismo muestra que entre el 20 y el 50 % de las personas que tienen un familiar con esta condición presentan al menos una característica relacionada con aquellas que componen el perfil de una persona con autismo. Estas características pueden ser cognitivas, comunicacionales o conductuales, y su expresión es de intensidad leve, pudiendo tener un menor impacto en el funcionamiento de la persona (Wallace et al., 2016).

En nuestro estudio no analizamos el perfil cognitivo de los hijos/as lo que no nos permitió establecer una correlación entre esta información y el compromiso en funciones ejecutivas de sus padres. Otra limitación de nuestro trabajo fue que no analizamos la presencia de un trastorno por déficit de atención asociado. No obstante, creemos que nuestros hallazgos, en concordancia con la bibliografía, suman información pertinente sobre este aspecto del perfil cognitivo de los padres con hijos/as con TEA.

En conclusión, nuestros resultados sugieren que existe un compromiso en funciones ejecutivas en padres de niños/as con TEA. Se observaron asociaciones positivas de magnitud débil entre empatía y memoria de trabajo y Claves, y entre sistematización y los índices de efectividad y concentración del D2. No se observaron asociaciones significativas con las restantes medidas neuropsicológicas evaluadas. Los hallazgos descriptos deberían tenerse presentes al momento de elaborar estrategias terapéuticas que involucren a los padres, de forma de lograr una mayor adherencia y participación de ellos en los tratamientos de sus hijos, lo cual llevará a alcanzar mejores y más eficientes resultados.

Financiamiento: los autores no contaron con ayuda o financiamiento económica para la realización del presente manuscrito.

Conflicto de intereses: los autores del presente manuscrito no presentan conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Arberas, C., & Ruggieri, V. (2019). Artículo especial Autismo. *Aspectos genéticos y biológicos*. *Medicina* (Buenos Aires), 79, 16–21.
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2), 163–175. <https://doi.org/10.1023/B:JADD.0000022607.19833.00>
- Berenguer Forner, E., Miranda, R., Casas, M., Fortea, B., & Piquer, P. (2016). Funciones Ejecutivas y Motivación de niños con trastorno del espectro autista (TEA) y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 103–112. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.200>
- Billeci, L., Calderoni, S., Conti, E., Gesi, C., Carmassi, C., Dell'Osso, L., Cioni, G., Muratori, F., & Guzzetta, A. (2016). The broad autism (endo) phenotype: Neurostructural and neurofunctional correlates in parents of individuals with autism spectrum disorders. *Frontiers in Neuroscience*, 10, 346. <https://doi.org/10.3389/fnins.2016.00346>
- Brickenkamp, R. (2009). *Test de atención d2*. TEA Ediciones.
- Cafiero, D. P. J., Gómez de la Fuente, I., Napoli, S., Vitale, P., & Rodríguez, E. (2019). Estudio de riesgo de recurrencia de trastorno del espectro autista (TEA) en hermanos de niños con diagnóstico de TEA. *Medicina Infantil*, 26(1), 5–9. https://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2019/xxvi_1_005.pdf
- Cheng, X., Li, Y., Cui, X., Cheng, H., Li, C., Fu, L., Jiang, J., Hu, Z., Ke, X. (2021). Atypical Neural Responses of Cognitive Flexibility in Parents of Children With Autism Spectrum Disorder. *Front Neurosci*. 17;15:747273. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.747273>.
- Dawson, G., Webb, S. J., Wijsman, E., Schellenberg, G., Estes, A., Munson, J., & Faja, S. (2005). Neurocognitive and electrophysiological evidence of altered face processing in parents of children with autism: Implications for a model of abnormal development of social brain circuitry in autism. *Development and Psychopathology*, 17(3). <https://doi.org/10.1017/s09545794050050327>
- Golden, C. J. (1999). *Stroop: Test de colores y palabras*. Manual de aplicación. TEA Ediciones.
- Grañana, N. (2014). *Manual de intervención para Trastornos en el Espectro Autista*. Paidós.
- Iakouchava, L. M., Muotri, A. R., & Sebat, J. (2019). Getting to the Cores of Autism. *Cell*, 178(6), 1287–1298. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2019.07.037>
- Heaton, R. K., Chelune, G. J., Talley, J. L., Kay, G. G., & Curtiss, G. (1997). *Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin: Manual*. TEA Ediciones.
- Hughes, C., Leboyer, M., Bouvard, M. (1997). Executive function in parents of children with autism. *Psychol Med*. 27(1):209-20. <https://doi.org/10.1017/s0033291796004308>.
- Jones, C. R. G., Simonoff, E., Baird, G., Pickles, A., Marsden, A. J. S., Tre-gay, J., Happé, F., Charman, T. (2018). The association between theory of mind, executive function, and the symptoms of autism spectrum disorder. *Autism Res*. 11(1):95-109. <https://doi.org/10.1002/aur.1873>.
- Martos-Pérez, J., & Paula-Pérez, I. (2011). Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 52(S01), S147. <https://doi.org/10.33588/rn.52s01.2010816>
- OMS. (2017). *Trastornos del espectro autista*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Sasson, N. J., Lam, K. S. L., Parlier, M., Daniels, J. L., & Piven, J. (2013). Autism and the broad autism phenotype: Familial patterns and intergenerational transmission. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 5, Article 11. <https://doi.org/10.1186/1866-1955-5-11>
- Talero-Gutiérrez, C., Echeverría Palacio, C. M., Sánchez Quinones, P., Morales Rubio, G., & Vélez-van-Meerbeke, A. (2015). Trastorno del espectro autista y función ejecutiva. *Acta Neurológica Colombiana*, 31(3), 246–252. <https://doi.org/10.22379/2422402237>
- Tick, B., Colvert, E., McEwen, F., Stewart, C., Woodhouse, E., Gillan, N., Hallett, V., Lietz, S., Garnett, T., Simonoff, E., Ronald, A., Bolton, P., Happé, F., & Rijsdijk, F. (2016). Autism Spectrum Disorders and Other Mental Health Problems: Exploring Etiological Overlaps and Phenotypic Causal Associations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(2), 106–113.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.11.013>
- Tuchman, R. (2019). Neurodesarrollo y autismo. *Medicina* (Buenos Aires), 79(Supl. 1), 2–3. <https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2010-a-2019/volumen-79-ano-2019-suplemento-1/neurodesarrollo-y-autismo/>

- Uljarević, M., Evans, D. W., Alvares, G. A., & Whitehouse, A. J. O. (2016). Short report: Relationship between restricted and repetitive behaviours in children with autism spectrum disorder and their parents. *Molecular Autism*, 7(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s13229-016-0091-y>
- Wallace, G. L., Budgett, J. & Charlton, R. A. (2016). Aging and autism spectrum disorder: Evidence from the broad autism phenotype. *Autism Research*, 9(12); 1294-1303
- Wechsler, D. (2012). *WAIS-IV: Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV*. Pearson.
- Wheelwright, S., Baron-Cohen, S., Goldenfeld, N., Delaney, J., Fine, D., Smith, R., Weil, L., & Wakabayashi, A. (2006). Predicting Autism Spectrum Quotient (AQ) from the Systemizing Quotient-Revised (SQ-R) and Empathy Quotient (EQ). *Brain Research*, 1079(1), 47–56. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2006.01.012>
- Wong, D., Maybery, M., Bishop, D. V., Maley, A., Hallmayer, J. (2006). Profiles of executive function in parents and siblings of individuals with autism spectrum disorders. *Genes Brain Behav.* 5(8):561-76. <https://doi.org/10.1111/j.1601-183X.2005.00199.x>.

Depresión psicótica: una revisión sistemática de su clínica, diagnóstico y tratamiento

Psychotic depression: a systematic review of its clinical aspects, diagnosis and treatment

Micaela Dines¹, Paloma Bamondez², Delfina Ailán³, Silvina Domínguez⁴, Marcelo Cetkovich-Bakmas⁵

<https://doi.org/10.53680/vertex.v37i173.1065>

Resumen

La depresión psicótica (DP) es una manifestación grave de la depresión mayor que se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos, como alucinaciones y delirios, junto con los signos y síntomas típicos de la depresión. Este trastorno presenta desafíos significativos tanto en el diagnóstico como en el tratamiento debido a la complejidad de sus manifestaciones clínicas. Se llevó a cabo una revisión sistemática del tema con el objetivo de delimitar los aspectos fundamentales de la DP, incluyendo su definición, características clínicas, diagnóstico diferencial, y estrategias terapéuticas con el fin de proporcionar una visión integral y actualizada para los profesionales de salud sobre la DP, contribuyendo a una mejor comprensión y manejo clínico de este trastorno psiquiátrico grave.

Palabras clave: depresión, psicosis, síntomas psicóticos, delirios-melancolía

Abstract

Psychotic depression (PD) is a severe manifestation of major depressive disorder characterized by the presence of psychotic symptoms, such as hallucinations and delusions, alongside the typical signs and symptoms of depression. This condition poses significant challenges in both diagnosis and treatment due to the complexity of its clinical presentation. A systematic review was conducted with the aim of outlining the fundamental aspects of PD, including its definition, clinical features, differential diagnosis, and therapeutic strategies. The goal is to provide healthcare professionals with a comprehensive and up-to-date overview of PD, contributing to a better understanding and clinical management of this serious psychiatric disorder.

Keywords: depression, psychosis, psychotic symptoms, delusions, melancholia

RECIBIDO 16/5/2025 - ACEPTADO 20/7/2025

¹Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández; Instituto de Neurociencia Cognitiva y Traslacional (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - Fundación INECO - Universidad Favaloro); Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0004-0155-327X>

²Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández; Instituto de Neurología Cognitiva INECO; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0007-1174-774X>

³Instituto de Neurología Cognitiva INECO; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0003-3819-8844>

⁴Instituto de Neurología Cognitiva INECO; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0009-0986-1943>

⁵Instituto de Neurociencia Cognitiva y Traslacional (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - Fundación INECO - Universidad Favaloro); Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-6822-1406>

Autora correspondiente:

Micaela Dines

micaeladines.hfer@gmail.com



Métodos

Estrategia de búsqueda

Esta revisión sistemática siguió las pautas PRISMA (Page et al., 2021). Se realizó una búsqueda sistemática en cinco bases de datos electrónicas, desde su creación hasta febrero de 2025, incluyendo MEDLINE, PubMed, Embase y Google Scholar (*La Tabla 1 resume la estrategia de búsqueda*). Los términos de búsqueda incluyeron: “epidemiology and psychotic depression”, “genetic and psychotic depression”, “psychotic depression”, “psychotic depression and differential diagnosis”, “major depressive disorder and psychosis”, “melancholia”. También realizamos una búsqueda manual de las referencias en los informes identificados. Tres autores (MD, PB y DA) revisaron independientemente los títulos, resúmenes y textos completos de los informes identificados, y cualquier discrepancia se resolvió por consenso. Los estudios incluidos podían ser: [a] adultos ambulatorios o hospitalizados (edad ≥18 años) de cualquier sexo y en cualquier entorno, diagnosticados con DP según los criterios diagnósticos internacionales estándar (DSM o ICD) que aborden temas tales como la clínica, diagnóstico diferencial, epidemiología, neuroimágenes, genética y cognición. Se excluyeron los informes que no eran en los idiomas establecidos (inglés o español) o que incluyeron menos de 20 sujetos por grupo, así como revisiones, editoriales y resúmenes de conferencias.

Introducción y evolución del concepto

La DP es un cuadro grave en el cual, junto a los síntomas de depresión se desarrollan manifestaciones de la vertiente psicótica, ya sea en la forma de alucinaciones o delirios; con frecuencia, pero no siempre, estos pueden tener rasgos fenomenológicos coherentes con los síntomas depresivos, como es el caso de las ideas de ruina y culpa delirantes. Rothschild ha estudiado la depresión psicótica y plantea que, además de haber sido reconocida a lo largo de la historia, es más frecuente de

lo que solemos aceptar, ya que una exploración inadecuada de los síntomas psicóticos evita su reconocimiento (Rothschild., 2008). Por otro lado, el debate acerca de su identidad permanece abierto; mientras algunos la piensan como un síndrome diferente dentro de los trastornos afectivos, otros plantean que la aparición de los síntomas psicóticos va de la mano de la gravedad del cuadro (Schatzberg y Rothschild, 1992).

Pese a su elevada frecuencia e impacto negativo en el pronóstico, las manifestaciones psicóticas durante la depresión son un fenómeno subestimado y mal explorado (Dubovsky y col, 2021; Rothschild, 2008). Es objeto de un debate persistente su identidad como categoría o extremo del espectro de los trastornos afectivos.

El estudio de la arquitectura clínica de los trastornos afectivos encuentra el escollo de la confusión de los planos epistémicos, donde confunde fenomenología con consideraciones etiopatogénicas; para ilustrar, basta repasar la azarosa trayectoria de los términos psicosis, neurosis, endógeno y reactivo.

En 1784 Cullen denomina neurosis a las condiciones producidas por afecciones del sistema nervioso, lo que hoy denominaríamos orgánico. Feuchterleben en 1854 introduce el término Psicosis o Psicopatías para designar los trastornos de la personalidad, incluyendo a la manía, la melancolía, la demencia y la idiocia (Beer, 1996). En 1875 Möbius designa como psicosis endógenas la histeria, la melancolía, la manía y la paranoia. Más tarde las diferenciaría de las psicosis exógenas, idea recogida por Jaspers y Kraepelin, que madura en los tipos de reacciones exógenas de Bonhoeffer.

El término endógeno es oscuro y Berrios lo considera un *contrabando semántico*, cuyo origen radica en la botánica. Morel lo incorpora en 1857 en su teoría de la degeneración, que postulaba la transmisión de grados progresivos de severidad de los trastornos mentales de generación en generación (Berrios, 1988). Anlage, el primer término que utilizó Mendel para designar a los genes (Kendler, 2005), adquiere posteriormente un significado confuso que articula lo innato, abarcando lo genético y lo psicogénico (Berrios, 1988).

Tabla 1. Diagrama de flujo PRISMA

Identificación de estudios en bases de datos electrónicas		
Identificación	48 estudios identificados	Estudios removidos antes del screening:
		2 duplicados
		13 removidos por: datos insuficientes, <18 años, <20 pacientes
Screening	35 trabajos revisados	5 trabajos fueron removidos por no cumplir con los criterios de inclusión
Incluidos	30 trabajos fueron incluidos para su revisión	

En la psiquiatría europea, los síntomas psicóticos en la depresión no tienen una connotación especial, pero sí se asocian claramente con la melancolía. Según Bürgy (2008), Jaspers y Schneider establecieron una nosología basada en la distinción entre condiciones psicóticas (endógenas) y neuróticas (reactivas), desarrollando un sistema diádico. Las psicosis, vistas como enfermedades somáticas con manifestación mental, requerían tratamiento biológico, mientras que las neurosis, derivadas de experiencias vitales, eran abordadas con psicoterapia. Esta clasificación se aplicó a las depresiones: las formas endógena, ciclotímica, melancólica y vital se agruparon como psicosis, diferenciándose de las depresiones reactivas, neuróticas y vinculadas a la personalidad. Este proceso refleja la calibración progresiva de los términos psicopatológicos descrita por Berrios (1984).

Para Leonhard, los síntomas psicóticos pueden presentarse tanto en la psicosis maníaco-depresiva como en la manía y melancolía puras (Leonhard, 1999). Kraepelin también los describe como frecuentes en la enfermedad maníaco-depresiva, especialmente en formas graves de depresión como la melancolía grave, paranoide y fantástica, siempre dentro de una concepción unitaria del trastorno (Kraepelin, 1899). En la tradición fenomenológica, la depresión psicótica (DP) se entiende como una forma grave de depresión, no como una entidad distinta. Tellenbach (2013) identifica al *Typus Melancholicus* como la personalidad vulnerable a la DP, caracterizada por hipernomía, rigidez, orden y vínculos simbióticos, lo que, ante rupturas vitales, puede dar lugar a síntomas delirantes centrados en culpa o ruina, incluso al delirio nihilista de Cotard (Fuchs, 2019; Dörr-Zegers, 2019). Bürgy (2018), coincidiendo con Rothschild y Parker, propone que la DP pudiera constituir una entidad separada, con la inhibición como núcleo, siendo la melancolía una precondition. Aunque se asocian síntomas melancólicos con la DP, no hay consenso. Parker et al. (1997) y Martino et al. (2019) propusieron criterios diagnósticos para la melancolía basados en datos, pero excluyeron los síntomas psicóticos por falta de acuerdo. Pese a que muchos expertos consideran que la melancolía es un subtipo de depresión (Parker et al., 2010), el DSM-5 considera los síntomas psicóticos como un especificador independiente de los rasgos melancólicos (APA, 2014), lo que representa una solución transitoria aceptada.

Donald Klein (1974) destacaba la complejidad del debate sobre la estructura nosográfica de los trastornos

afectivos, especialmente en relación con la posición de la DP. Señalaba la oposición entre modelos unitarios y binarios, y entre enfoques tipológicos y dimensionales. El término “endógeno”, descrito por Berrios como “contrabando semántico” (Berrios, 1988), combinaba aspectos clínicos y etiológicos, en contraste con el concepto de “neurótico”, asociado a trastornos emocionales crónicos con rasgos como baja autoestima, dependencia e irritabilidad. Klein diferenciaba la DP por síntomas como pérdida de interés, anorexia, ideación suicida, perplejidad temerosa e inhibición o agitación, y proponía abandonar las dicotomías “reactivo-endógeno” y “neurótico-psicótico” como categorías, usándolas solo como calificativos. Sugería una clasificación basada en el complejo sintomático (retardado, agitado, disfórico), permitiendo diagnósticos como “depresión agitada endogenomórfica, reactiva, leve”, con valor descriptivo y terapéutico. Aunque el término “endogenomórfico” no prosperó, anticipaba un modelo dimensional integrador de factores biológicos y psicogénicos, similar al modelo diátesis-estrés de Beck (2008). Akiskal y McKinney (1973), tras revisar modelos etiopatogénicos desde el psicoanálisis hasta las monoaminas, propusieron un núcleo sindrómico común —retardo psicomotor o agitación, abatimiento, desesperanza, insomnio, pérdida de apetito y libido— como vía final común de mecanismos psicobiológicos.

EL DSM-II mantenía la distinción entre depresión endógena y neurótica. En ese contexto, previo a la edición siguiente del manual, un grupo de investigadores desarrollan el primer intento de operacionalización diagnóstica basada en un consenso extenso, los Criterios Diagnósticos de investigación (RDC) (Spitzer y Endicott, 1978). Allí, el TDM incluye subtipos, entre los que se encuentran las categorías Psicótica y Endógena; la primera implicaba la existencia de alucinaciones delirio o estupor. La segunda incluía la constelación de síntomas neurovegetativos en forma independiente de la existencia o no de factores precipitantes. Por su parte, el deterioro severo en el funcionamiento definía otra categoría que era el Trastorno Depresivo Mayor Incapacitante. El RDC marca el movimiento hacia una conceptualización agnóstica en lo etiológico del DSM-III, donde la DP se convierte en un subtipo, con síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios) o melancólicos, sin consideración sobre lo incapacitante. En el DSM-IV la DP es un subtipo grave, caracterizado por la presencia de delirios y alucinaciones. En el DSM-5 la severidad y la presencia de síntomas psicóticos son especificadores diferentes,

por lo que la depresión no necesita ser grave para tener síntomas psicóticos (Dubovsky, 2021). Por otro lado, el especificador de curso con síntomas psicóticos puede estar presente tanto en la depresión bipolar como en la depresión mayor (APA, 2013).

Epidemiología y genética

La comprensión de la epidemiología de la DP es fundamental para el desarrollo de estrategias preventivas y terapéuticas eficaces.

Prevalencia y factores de riesgo

La prevalencia de síntomas psicóticos en trastornos del ánimo, particularmente en el trastorno bipolar tipo I (TBI), es significativa. Estudios recientes han estimado una prevalencia a lo largo de la vida del 63 % en TBI y del 22 % en trastorno bipolar tipo II (TBII) (Aminoff et al., 2020). En episodios agudos de depresión mayor psicótica, la prevalencia puntual de síntomas psicóticos alcanza el 54 % en TBI, con una distribución del 57 % en episodios maníacos y del 13 % en episodios depresivos (Aminoff et al., 2020).

Diversos factores de riesgo ambientales han sido implicados en el desarrollo de DP (ver Tabla 2). La edad paterna avanzada (>40 años), complicaciones obstétricas (edad gestacional temprana o tardía), adversidad infantil y abuso de sustancias se han asociado significativamente con un mayor riesgo (Rodríguez et al., 2021). Además, la minoría étnica y la migración representan factores de vulnerabilidad adicionales (Rodríguez et al., 2021). Estos hallazgos respaldan la hipótesis del neurodesarrollo, que postula que la interacción entre factores genéticos y ambientales tempranos influye en la trayectoria de la psicosis.

Depresión psicótica y suicidio

La presencia de síntomas psicóticos en la DP se asocia con un riesgo significativamente mayor de suicidio consumado. Un metaanálisis publicado por Gournellis et al. (2018), que incluyó nueve estudios y 33 873 pacientes (828 suicidios), encontró un OR fijo de 1.21 (IC 95 %: 1.04–1.40) para suicidio consumado entre pacientes con DP frente a depresión sin psicosis. En un subanálisis, el OR aumentó a 1.69 (IC 95 %: 1.16–2.45) en casos de depresión grave. Otro metaanálisis previo de 2017, enfocado en intentos de suicidio, reveló un aumento del riesgo de 2.11 veces durante la vida y 1.93 veces durante la fase aguda del episodio depresivo. Durante estos episodios agudos, la DP también se ha asociado con tasas más altas de ideación e inten-

Tabla 2. Factores de riesgo ambientales implicados en el desarrollo de la depresión psicótica.

Prenatales	Edad paterna avanzada (mayor de 40 años)
	Complicaciones obstétricas:
Perinatales	bajo peso al nacer (2500 a 2700 gr)
	alto peso al nacer (mayor a 4500 gr)
	edad gestacional temprana (menor a 37 semanas)
	edad gestacional tardía (mayor a 42 semanas)
	pequeño para la edad gestacional
Primera infancia	Trauma infantil
	Urbanidad al nacer
Factores etarios posteriores	Abuso de sustancias
	Minorías étnicas y/o migración

(Rodríguez et al., 2021)

tos de suicidio, con frecuencia mediante métodos más violentos (Kruizinga et al., 2021).

Un estudio de seguimiento de 18 años en Finlandia encontró que la DP aumenta significativamente el riesgo de mortalidad en comparación con la depresión no psicótica severa. Los pacientes con DP tienen un riesgo mayor de suicidio (HR ajustado = 2.36) y accidentes fatales (HR ajustado = 1.63) en los primeros cinco años después del diagnóstico. La mortalidad es más alta en el primer año y se mantiene elevada a largo plazo. La intervención temprana y el monitoreo intensivo son cruciales para reducir estos riesgos (Päljärvi et al., 2023) El estudio de cohortes de cinco años del mismo grupo, encontró que la DP duplica el riesgo de suicidio en comparación con la depresión no psicótica severa. Los pacientes con DP tienen un riesgo significativamente mayor de suicidios violentos, como saltar desde lugares altos o accidentes de tráfico (HR ajustado = 3.03). La mayoría de los suicidios ocurren en los primeros dos años después del diagnóstico. La intervención temprana y el monitoreo intensivo son cruciales para reducir estos riesgos (Päljärvi et al., 2023).

A pesar de la alta prevalencia y el riesgo asociado de suicidio, la evidencia sobre la eficacia de intervenciones preventivas universales para la DP es limitada; se tomaron en cuenta tratamiento psicologico grupal (presencial y virtual), tratamiento psicológico (presencial y virtual), deporte, variables económicas, farmacológicas y psicoeducación. El metaanálisis citado en la bibliografía (Brodeur, S. et al., 2024) de ensayos controlados aleatorizados no encontró estudios so-

bre la prevención universal del trastorno bipolar o los trastornos psicóticos, y mostró pruebas limitadas de la eficacia de intervenciones universales para la depresión. Se necesitan estudios futuros con diseños más rigurosos y muestras más grandes para evaluar la eficacia de estrategias preventivas.

Clínica de la depresión psicótica

La DP se caracteriza por la presencia concomitante de síntomas afectivos y psicóticos, típicamente delirios y/o alucinaciones. Los contenidos de los delirios suelen ser congruentes con el estado de ánimo depresivo e incluyen temáticas de culpa, ruina, enfermedad o inutilidad, lo que indica una alteración profunda del juicio y de la percepción de la realidad por parte del paciente (Østergaard et al., 2014).

Uno de los aspectos clínicos más debatidos es la distinción entre síntomas psicóticos congruentes o incongruentes con el estado de ánimo. Tradicionalmente se ha considerado que la presencia de síntomas incongruentes (por ejemplo, delirios paranoides sin contenido depresivo) podría corresponder a una forma más grave de DP y estar asociada a peor pronóstico (Dubovsky et al., 2021). Sin embargo, la evidencia actual es contradictoria. Si bien algunos estudios no encuentran diferencias significativas en cuanto a evolución clínica o respuesta terapéutica, la distinción sigue siendo útil en el diagnóstico diferencial, especialmente frente al trastorno bipolar (TBP), donde los síntomas psicóticos incongruentes son más frecuentes durante episodios mixtos o maníacos (Dubovsky et al., 2021).

Pese a la gravedad de este cuadro clínico, actualmente no existe una escala validada específica para evaluar la severidad de la DP (Østergaard et al., 2014). Esto representa una dificultad diagnóstica adicional, sobre todo considerando que muchos pacientes no reportan espontáneamente los síntomas psicóticos, ya sea por falta de conciencia de síntoma o enfermedad, por sentimientos de vergüenza o por temor a la estigmatización. Por ello, es esencial que la entrevista clínica incluya preguntas dirigidas que exploren no solo los síntomas depresivos, sino también creencias irracionales persistentes, experiencias sensorio-perceptivas (especialmente visuales), pensamientos de culpa excesiva o ideas de desesperanza extrema, que pueden funcionar como indicadores indirectos de síntomas psicóticos encubiertos.

En general, los pacientes con DP presentan un cuadro clínico más grave que aquellos con depresión

no psicótica. Se observa con frecuencia una mayor intensidad de los síntomas depresivos, incluyendo insomnio severo, agitación psicomotora o, por el contrario, inhibición motriz, pérdida significativa de peso, ideación suicida activa y sentimientos de desesperanza profunda (Rothschild, 2009). A su vez, el estudio STOP-PD encontró que el retardo psicomotor se asocia a un peor pronóstico funcional a largo plazo (Flint et al., 2021), lo que refuerza la necesidad de una evaluación minuciosa de estos signos clínicos.

En este punto, se abre un debate de interés clínico y teórico: ¿cuál es la relación entre la DP y la melancolía? Tradicionalmente, la melancolía se ha definido por una marcada inhibición psicomotriz, anhedonia, pérdida de reactividad emocional y desesperanza, siendo considerada una forma particularmente grave de depresión. Alteraciones psicomotoras y neurológicas soft como la inhibición psicomotriz ha sido catalogada como un rasgo cardinal de la melancolía (Martino et al., 2019; Valerio et al., 2023). No obstante, los síntomas psicóticos también son frecuentes en este subtipo, lo que complejiza aún más la distinción entre DP y melancolía (Valerio et al., 2023). Este solapamiento clínico ha llevado a diversos autores a proponer modelos explicativos que intentan integrar ambas entidades.

Se sugieren tres modelos posibles para explicar la relación entre depresión no psicótica, DP y melancolía (Parker, 2000):

1. **Modelo de severidad lineal:** propone una continuidad dimensional, donde la depresión no psicótica evoluciona hacia la DP y finalmente hacia la melancolía, en un eje de creciente gravedad clínica.
2. **Modelo de vía final común:** plantea que distintos factores etiopatogénicos —ambientales, neuroquímicos y psicológicos— confluyen en una misma vía neurobiológica final que da lugar a un cuadro clínico compartido, aunque con expresiones sintomáticas variables.
3. **Modelo dimensional y diferencial:** considera que la depresión, la DP y la melancolía no representan grados de severidad de un mismo trastorno, sino entidades diferenciadas que comparten algunos síntomas, pero que están determinadas por mecanismos genéticos y moleculares parcialmente distintos. Desde esta perspectiva, los síntomas psicóticos y melancólicos pueden co-ocurrir sin que ello implique una relación lineal entre ellos.

Este último modelo ha ganado fuerza en años recientes a partir de hallazgos en genética y biología mole-

cular. En particular, Kendler (2021) señala que la expresión clínica de los trastornos del estado de ánimo podría explicarse por interacciones complejas entre múltiples genes de pequeño efecto, junto con factores ambientales. Si bien los datos aún son incipientes, algunos estudios sugieren que ciertos perfiles genéticos podrían predisponer diferencialmente a la aparición de síntomas psicóticos o melancólicos, lo cual respaldaría la idea de mecanismos etiológicos parcialmente independientes, como plantea el tercer modelo de Parker.

En resumen, la clínica de la DP requiere una evaluación cuidadosa y sistemática que contemple tanto la gravedad del episodio depresivo como la detección activa de síntomas psicóticos, incluso cuando estos no son claramente reportados. Las zonas grises entre DP, melancolía y TBP, así como la falta de instrumentos diagnósticos específicos, representan desafíos clínicos considerables.

Cognición y neuroimágenes

Recientemente, el estudio de la DP ha comenzado a integrar enfoques neurocognitivos y neurobiológicos para entender más profundamente sus mecanismos subyacentes. La DP ha sido tradicionalmente abordada desde una perspectiva clínica y fenomenológica, y demostró estar asociada a alteraciones específicas tanto a nivel cognitivo como estructural y funcional. La inclusión de métodos objetivos, tales como las pruebas neuropsicológicas y las técnicas de neuroimagen, permitió identificar patrones de disfunción que podrían diferenciar a la DP de otras formas de depresión mayor. En esta sección se revisan los principales hallazgos en estas áreas, y se destacan las diferencias cognitivas y los marcadores neuroanatómicos que podrían contribuir a una mejor caracterización diagnóstica.

Neuroimágenes

Un estudio evaluó la conectividad cerebral en estado de reposo en pacientes con DP diagnosticada de forma tardía (Oudega et al., 2019). Se los comparó con pacientes deprimidos sin síntomas psicóticos. Los resultados sugieren que la DP podría asociarse a una conectividad funcional disminuida en la red frontoparietal, implicada en procesos de control cognitivo como la atención y la regulación emocional. Sin embargo, estos hallazgos no se replicaron en todas las muestras estudiadas, lo que indica la necesidad de más investigaciones.

Otro estudio analizó la atrofia del hipocampo y la corteza cingulada anterior subcallosa izquierda en pacientes con depresión psicótica, utilizando resonancia magnética (Bijanki et al., 2014). Los hallazgos muestra-

ron que los pacientes con DP tenían volúmenes más pequeños en estas regiones.

Un estudio randomizado sobre 88 pacientes, encontró que el tratamiento con antipsicóticos podría mejorar la conectividad cerebral y reducir la atrofia en áreas como el córtex prefrontal y el hipocampo (Voineskos et al., 2020). Sin embargo, la magnitud de estos efectos varía en función de la medicación y la respuesta individual.

Una revisión sistemática analizó las diferencias en las imágenes de resonancia magnética estructural y funcional entre pacientes con DP y pacientes con depresión no psicótica (Müller et al., 2017). Si bien incluye pocos estudios, los resultados muestran que las alteraciones en el volumen de la corteza frontal y la corteza insular podrían diferenciar mejor la depresión psicótica de la no psicótica que las áreas relacionadas con el procesamiento emocional, tales como el hipocampo y la amígdala.

Otra revisión encontró que los pacientes con muestran alteraciones significativas en áreas como el córtex prefrontal, el hipocampo y la corteza cingulada (O'Connor et al., 2017). También se observan diferencias en la actividad cerebral, en particular en la amígdala y el córtex orbitofrontal.

Cognición

Un metaanálisis comparó el desempeño cognitivo entre pacientes con TDM unipolar y pacientes con TDM con características psicóticas (Zaninotto et al., 2015). Los resultados mostraron que los pacientes con DP presentaron un rendimiento cognitivo general inferior, en especial en tareas de aprendizaje verbal, aprendizaje visual y velocidad de procesamiento.

Diagnóstico diferencial

La dificultad que presenta este cuadro en ser diagnosticado y distinguido de otras entidades dentro de los diagnósticos en salud mental supone un desafío clínico.

Dentro de los cuadros donde podemos encontrar sintomatología psicótica y afectiva (síntomas característicos de la depresión psicótica), se encuentran la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno bipolar, la depresión mayor, y otras condiciones como el trastorno de estrés postraumático y algunos trastornos de personalidad como el trastorno límite. Lo cual puede llevar a un desafío clínico al momento de diagnosticar la DP como tal. (Duvobsky et. Al 2021). La clave para distinguirlo de estos cuadros recaería en la edad de aparición y antecedentes previos del individuo. La evidencia sugiere que la aparición

de síntomas psicóticos estaría relacionada con una historia familiar de antecedentes de psicosis en forma independiente de los síntomas afectivos, postulando un fenotipo transdiagnóstico de psicosis (Van Os et al., 201). A su vez, tal como se mencionó, los pacientes con depresión psicótica tienden a presentar síntomas depresivos más severos (como pérdida de peso, insomnio, agitación psicomotora e ideación suicida) en comparación con aquellos con depresión no psicótica. A su vez se puede observar que los déficits cognitivos en la DP son más pronunciados, especialmente en áreas como la velocidad psicomotora, habilidades motoras, atención y aprendizaje, generando una gran disminución de las actividades del paciente (Zaninotto et al., 2015). También dentro de las formas más severas de estados depresivos encontramos la melancolía de la cual la DP se diferencia por la presencia de síntomas psicóticos específicos, como delirios y alucinaciones, y por niveles más altos de perturbación psicomotora. Aunque ambos comparten características de depresión severa, la DP incluye elementos psicóticos que no están presentes en la melancolía (Parker., 2000).

El diagnóstico diferencial entre la DP y la esquizofrenia puede plantear dificultades, sobre todo en episodios iniciales. El contexto clínico-evolutivo, así como la búsqueda del patrón global de síntomas negativos, así como la evaluación subjetiva de los síntomas depresivos, que suele ser menos intensa en personas con esquizofrenia, serán los elementos a tener en cuenta (Galderisi et al., 2021). Dentro de los cuadros donde encontramos más desafío para distinguir la DP encontramos en trastorno bipolar con características psicóticas, especialmente durante los episodios depresivos. Sin embargo, la DP tiende a tener una presentación más uniforme de síntomas depresivos severos y psicóticos, mientras que el trastorno bipolar puede incluir episodios maníacos o hipomaníacos o incluso estados mixtos.

Es fundamental conocer en profundidad las características clínicas no solo de la DP sino de dichos cuadros que pueden confundirnos a la hora de dar un diagnóstico preciso, siendo esto necesario para brindar a aquellos que presentan esta condición un tratamiento acertado y efectivo.

Tratamiento

La DP resulta un cuadro sumamente poco estudiado, limitando las conclusiones sobre cuál es el tratamiento más efectivo, esta incertidumbre rodea a todos aquellos que se ven enfrentados a tratar este tipo de cuadros. Esta problemática es tal que solo el 5 % de estos

pacientes recibirá un tratamiento adecuado (Dubovsky et al., 2021).

El pensamiento tradicional se inclinaría a que el tratamiento con antidepresivos sería efectivo sobre los síntomas depresivos, mientras que el uso de antipsicóticos influiría en los síntomas psicóticos de los pacientes afectados con DP, por lo cual la tendencia sería utilizar un tratamiento combinado (con antidepresivos y antipsicóticos) para cubrir ambos targets sintomáticos (Kermatian et al., 2023; Gelenberg et al., 2010; Bauer et al., 2013; Vazquez et al., 2026).

El estudio STOP-PD (Study of the Pharmacotherapy of Psychotic Depression) es una importante investigación centrada en el tratamiento farmacológico de la depresión psicótica. Se ha desarrollado en varias fases, siendo el estudio original (STOP-PD I) y su continuación (STOP-PD II) los más destacados. El primer reclutamiento se efectuó entre 2002 y 2007. Entre sus hallazgos más importantes están la confirmación del infradiagnóstico de la depresión psicótica, la eficacia de la combinación de antidepresivos y antipsicóticos, y la importancia de la continuación del tratamiento combinado (Meyers et al., 2009; Flint et al., 2019).

El reciente metaanálisis de Oliva y colaboradores del 2024, el primero que aborda el tema del tratamiento de la DP, se destaca: la preeminencia de la utilidad de la combinación de antidepresivos con antipsicóticos por sobre la monoterapia con cualquiera de ellos, particularmente ISRS y antipsicóticos de segunda generación. También destaca la vigencia del uso de los antidepresivos tricíclicos así como de la combinación olanzapina-fluoxetina.

Sin embargo, muchos consideran la DP como una forma severa de depresión y que los síntomas psicóticos resultan sólo una consecuencia directa de la severidad del cuadro depresivo, por lo cual el target terapéutico principal debería ser con antidepresivos en monoterapia (Dubovsky et al., 2021).

Por otro lado, existen otros autores que proponen la monoterapia con antipsicóticos como el tratamiento exitoso en este tipo de cuadros, aunque actualmente esto no se encuentra avalado por ninguna guía de tratamiento.

En algunos casos el litio ha sido estudiado como un fármaco a considerarse como tratamiento en conjunto con los antidepresivos presentando cierta utilidad para disminuir los síntomas suicidas, aunque se necesitan más estudios sobre la utilidad de este en el tratamiento de aquellos con DP.

Las recomendaciones dentro del tratamiento de

primera línea realizadas por varias instituciones de referencia (American Psychiatric Association (APA), Canadian Psychiatric Association, South African Psychiatric Association, Australia/New Zealand and international guidelines, and the Texas Medication Algorithm Project (TMAP)) avalan la combinación terapéutica de antidepresivos + antipsicóticos, señalando que la terapia que presenta una eficacia y tolerabilidad superiores frente a la monoterapia, es la combinada, mostrando tasas más altas de respuesta clínica y remisión de síntomas tanto depresivos como psicóticos, con menor tasa de abandono por efectos adversos en comparación con la monoterapia antidepresiva o antipsicótica (Kruizinga et al., 2021). Aunque ningún fármaco en particular puede ser mencionado, ya que no existe suficiente evidencia sobre cuál sería la combinación adecuada.

Entre los tratamientos no farmacológicos más eficaces se encuentra la terapia electroconvulsiva (TEC) (Corrales et al., 2021). La misma presenta una alta eficacia y rápida respuesta, y su indicación debe darse en situaciones en las que existe riesgo de vida y en la aquéllas en las que hay un historial previo de buena respuesta al tratamiento. Sin embargo, la poca disponibilidad y practicidad y los costos serían los factores que interfieren, así como los prejuicios que rondan a esta terapéutica. Esta indicación es sostenida en la gran mayoría de las guías internacionales de consenso de tratamiento de los trastornos afectivos (Kermatian et al., 2023; Gelenberg et al., 2010; Bauer et al., 2013; Corrales et al., 2020), siendo referida como primera línea de tratamiento por la APA, Canadian, TMAP, Denmark, and International Guidelines y también como primera línea de tratamiento en aquellos con riesgo de suicidio asociado por las guías UK, Australia/New Zealand.

Ahora bien, una vez superada la fase aguda de la DP y remitidos los síntomas psicóticos asociados al cuadro, la duda recae sobre por cuánto tiempo deberían continuar los antipsicóticos durante la fase de mantenimiento, ya que este tipo de fármacos puede presentar varios efectos adversos asociados (ej. síndrome metabólico, síntomas extrapiramidales y anticolinérgicos que pueden ser perjudiciales para los usuarios. A su vez, el uso de los antipsicóticos en el tratamiento de mantenimiento no se vio asociado a un menor riesgo de readmisión hospitalaria en pacientes con DP (Al-Wandi et al., 2023), por lo que podemos decir que la evidencia con la que contamos sobre el uso de los antipsicóticos en esta fase es limitada.

En resumen, podemos decir que, ante una DP, el tratamiento inicial será combinar antidepresivos (de preferencia ISRS) + antipsicóticos. En caso de que esto no sea una opción viable o no haya respuesta el tratamiento, se inclinará a utilizar medidas no farmacológicas como la TEC o la combinación de la terapéutica inicial con litio.

Discusión

La presente revisión sistemática proporciona una síntesis actualizada sobre la DP, un subtipo severo y clínicamente relevante del TDM caracterizado por la presencia concomitante de síntomas afectivos y psicóticos.

Uno de los hallazgos más consistentes en la literatura revisada es la dificultad diagnóstica que presenta este cuadro, especialmente en etapas iniciales o en poblaciones con comorbilidades. La diferenciación entre síntomas psicóticos congruentes e incongruentes con el estado de ánimo sigue siendo un punto de debate, así como la distinción entre DP y trastornos esquizoafectivos o trastornos del espectro esquizofrénico con síntomas afectivos (Dubovsky et al., 2021). Por otro lado, la existencia de un fenotipo transdiagnóstico de psicosis ha sido planteada, sugiriendo que la aparición de síntomas psicóticos podría estar más vinculada con la predisposición genética a cuadros psicóticos que con la dimensión afectiva propiamente dicha (Van Os et al., 2016; Reninghaus et al., 2012).

A nivel clínico, la DP se distingue de la depresión no psicótica por una mayor gravedad de los síntomas depresivos —incluyendo pérdida de peso, insomnio severo, agitación psicomotora e ideación suicida—, así como por la presencia de delirios o alucinaciones congruentes o no con el estado de ánimo (Gaudiano et al., 2008; Jääskeläinen et al., 2017; Nelson et al., 2018). Además, los pacientes con DP suelen presentar déficits neurocognitivos más marcados, especialmente en áreas como la atención, la velocidad psicomotora, las habilidades motoras y el aprendizaje, lo que conlleva un mayor deterioro funcional en la vida cotidiana (Güleşen et al., 2021; Martinez-Aran et al., 2019).

El diagnóstico diferencial con el TBP con síntomas psicóticos, particularmente durante episodios depresivos, es especialmente complejo. En este caso, la ausencia de historia de episodios maníacos o hipomaníacos, así como la consistencia de los síntomas depresivos y psicóticos en la DP, puede orientar el diagnóstico. Sin embargo, la evolución longitudinal sigue siendo determinante para una clasificación precisa

(Rotschild, 2009).

En conclusión, establecer un diagnóstico certero de DP exige una evaluación clínica minuciosa, longitudinal y contextualizada. La comprensión detallada de sus manifestaciones clínicas distintivas, así como de sus solapamientos con otros trastornos, es fundamental para implementar intervenciones terapéuticas eficaces y evitar errores diagnósticos que puedan comprometer la recuperación del paciente.

En lo que respecta a la cognición, si bien los hallazgos sugieren una asociación entre los síntomas psicóticos en la depresión y déficits cognitivos específicos. No obstante, existen ciertas limitaciones en la literatura, tales como la heterogeneidad de la muestra, el número limitado de estudios, la ausencia de datos longitudinales, y la falta de información sobre otros factores clínicos. En relación con las neuroimágenes, aunque existen indicios de que la depresión psicótica podría asociarse con disfunciones en redes cerebrales relacionadas con las funciones ejecutivas, se requieren más estudios para poder comprender esta relación.

Entre las principales limitaciones en relación a la terapéutica, encontramos la falta de accesibilidad a tratamientos no farmacológicos de primera línea como la TEC, opción no disponible en el sector público a la fecha a pesar de ser indicación de primera línea en las guías internacionales y locales (Cetkovich-Bakmas et al., 2022; Corrales et al., 2020). En cuanto a la literatura revisada se destaca la escasez de estudios longitudinales, la variabilidad en los criterios diagnósticos utilizados, y la exclusión frecuente de pacientes con comorbilidades, lo cual afecta la generalizabilidad de los resultados. Estas debilidades metodológicas reflejan la necesidad urgente de investigaciones con mayor rigor, que contemplen la diversidad clínica y abordan los mecanismos etiopatogénicos de forma más integradora.

Conclusión

La DP sigue siendo un trastorno clínico y diagnóstico complejo, cuya comprensión se ve obstaculizada por la falta de consenso sobre su clasificación precisa y sus características neurobiológicas. Las controversias en torno a la distinción entre la depresión mayor con características psicóticas y otros trastornos psicóticos complican su diagnóstico y tratamiento, con implicaciones significativas para la práctica clínica. Asimismo, las alteraciones cognitivas observadas en la depresión psicótica requieren una mayor investigación para determinar su relación con la psicosis misma y sus implicaciones a largo plazo. En cuanto a la neu-

roimagen, aunque proporciona información valiosa sobre los mecanismos cerebrales subyacentes, los resultados deben interpretarse con cautela debido a la falta de consenso sobre patrones consistentes específicos de esta condición. En resumen, se necesitan más estudios que aborden la heterogeneidad de la depresión psicótica, su diagnóstico diferencial y sus características neurobiológicas, para lograr avances en su tratamiento y manejo efectivo.

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

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2014). Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. *American Psychiatric Publishing*.
- Diagnostic Criteria From DSM-5, by the American Psychiatric Association. Washington, DC, *American Psychiatric Publishing*, 2014, 490 pp.
- Akiskal, H. S., & McKinney Jr, W. T. (1973). Depressive Disorders: Toward a Unified Hypothesis: Clinical, experimental, genetic, biochemical, and neurophysiological data are integrated. *Science*, 182(4107), 20-29. <https://doi.org/10.1126/science.182.4107.20>
- Al-Wandi A, Landén M, Nordenskjöld A. (2024). Antipsychotics in the maintenance phase for psychotic depression. *Acta Psychiatrica Scand.*, 149(1):6-17. <https://doi.org/10.1111/acps.13628>
- Ambrosini, A., Stanghellini, G., & Langer, Á. I. (2011). El Typus melancholicus de Tellenbach en la actualidad: una revisión sobre la personalidad premórbida vulnerable a la melancolía. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(5).
- Aminoff, S. R., Onyeka, I. N., Ødegaard, M., Simonsen, C., Lagerberg, T. V., Andreassen, O. A., Romm, K. L., & Melle, I. (2022). Lifetime and point prevalence of psychotic symptoms in adults with bipolar disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 52(13), 2413–2425. <https://doi.org/10.1017/S003329172200201X>
- Bauer, M., Pfennig, A., Severus, E., Whybrow, P. C., Angst, J., Möller, H. J., & Son behalf of the Task Force on Unipolar Depressive Disorders. (2013). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 14(5), 334-385. <https://doi.org/10.1080/15622970701227829>
- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American journal of psychiatry*, 165(8), 969-977.
- Beer, M. D. (1996). Psychosis: a history of the concept. *Comprehensive psychiatry*, 37(4), 273-291. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(96\)90007-3](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(96)90007-3)
- Berrios, G. E. (1984). Descriptive psychopathology: conceptual and historical aspects. *Psychological medicine*, 14(2), 303-313. <https://doi.org/10.1017/s0033291700003573>
- Berrios, G. E. (1988). Melancholia and depression during the 19th century: a conceptual history. *The British Journal of Psychiatry*, 153(3), 298-304. <https://doi.org/10.1192/bjp.153.3.298>
- Berrios, G. E. (1997). Aspectos históricos de la psicosis: experiencias del siglo XIX. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 60, S5-S14. <https://doi.org/10.20453/rnp.v60i0.1418>
- Bijanki, K. R., Hodis, B., Brumm, M. C., Harlynn, E. L., & McCormick, L. M. (2014). Hippocampal and left subcallosal anterior cingulate atrophy in psychotic depression. *PLoS ONE*, 9(10), e110770. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110770>
- Brodeur, S. (2024). Why we need to pursue both universal and targeted prevention to reduce the incidence of affective and psychotic disorders:

Systematic review and meta-analysis. Published by Elsevier Ltd.

- Bürgy, M. (2008a). The concept of psychosis: historical and phenomenological aspects. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1200-1210. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105669>
- Bürgy, M. (2008). The concept of psychosis: historical and phenomenological aspects. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1200-1210. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm136>
- Bürgy, M. (2018). Study of delusional depression: Drive, dynamics, therapy. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 30, 117-124. <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2018.08.003>
- Cetkovich-Bakmas, M., Abadi, A., Camino, S., Bonetto, G. G., Herbst, L., Marengo, E., ... & Corrales, A. (2020). Tercer Consenso Argentino sobre el manejo de los Trastornos Bipolares. Primera Parte: introducción, método de trabajo y generalidades. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 33(158, oct.-dic.), 56-88. <https://doi.org/10.53680/vertex.v33i158.319>
- Corrales, A., Cetkovich-Bakmas, M., Corral, R., García Bonetto, G., Herbst, L., Lupo, C., Morra, C., Mosca, D., Strejilevich, S., Vilapriño, J. J., Vilapriño, M., Vázquez, G. (2020). Consenso argentino sobre el diagnóstico y tratamiento del Trastorno depresivo Mayor resistente al tratamiento (DRT). *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.*, Vol. XXXI:1-40.
- Dörr-Segers, O. (2019). Delusion and Mood Disorders. In G. Stanghellini, M. Broome, A. Raballo, A. V. Fernandez, P. Fusar-Poli, & R. Rosfort (Eds.), *The Oxford handbook of phenomenological psychopathology*. Oxford University Press, USA.
- Flint, A. J., Bingham, K. S., Neufeld, N. H., Alexopoulos, G. S., Mulsant, B. H., Rothschild, A. J., Whyte, E. M., Voineskos, A. N., Marino, P., & Meyers, B. S.; STOP-PD II Study Group. (2021). Association between psychomotor disturbance and treatment outcome in psychotic depression: a STOP-PD II report. *Psychological Medicine*, 52(13), 2434-2440. <https://doi.org/10.1017/s0033291721000805>
- Fuchs, T. (2019). The Life-World of Persons with Mood Disorders. In G. Stanghellini, M. Broome, A. Raballo, A. V. Fernandez, P. Fusar-Poli, & R. Rosfort (Eds.), *The Oxford handbook of phenomenological psychopathology*. Oxford University Press, USA.
- Galderisi, S., Kaiser, S., Bitter, I., Nordentoft, M., Mucci, A., Sabé, M., ... & Gaebel, W. (2021). EPA guidance on treatment of negative symptoms in schizophrenia. *European Psychiatry*, 64(1), e21. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.13>
- Gelenberg, A. J., Freeman, M. P., Markowitz, J. C., Rosenbaum, J. F., Thase, M. E., Trivedi, M. H., & Van Rhoads, R. S. (2010). American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167(Suppl 10), 9-118.
- Gournellis, R. (2018). Psychotic (delusional) depression and completed suicide: a systematic review and meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 17(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0207-1>
- Heslin, M., & Young, A. H. (2018). Psychotic major depression: challenges in clinical practice and research. *The British Journal of Psychiatry*, 212(3), 131-133. <https://doi.org/10.1192/bjp.2017.43>
- Keramian, K., Chithra, N. K., & Yatham, L. N. (2023). The CANMAT and ISBD Guidelines for the Treatment of Bipolar Disorder: Summary and a 2023 Update of Evidence. *Focus*, 21(4), 344-353. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20230009>
- Klein, D. F. (1974). Endogenomorphic depression: a conceptual and terminological revision. *Archives of General Psychiatry*, 31(4), 447-454. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1974.01760160005001>
- Kraepelin, E. (1899). *La locura Maníaco-Depresiva. La Catatonia. La hebefrenia*. Editorial Polemos, Buenos Aires.
- Kruizinga, J., Liemburg, E., Burger, H., Cipriani, A., Geddes, J., Robertson, L., ... & Nolen, W. A. (2021). Pharmacological treatment for psychotic depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD013353. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004044.pub5>
- Leonhard, K. (1999). *Clasificación de las psicosis endógenas y su etiología diferenciada*. Editorial Polemos, Buenos Aires.
- Martino, D. J., Szmulewicz, A. G., Valerio, M. P., & Parker, G. (2019). Me-

lancholia: an attempt at definition based on a review of empirical data. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(9), 792-798.

<https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001090>

Meyers, B. S., Flint, A. J., Rothschild, A. J., Mulsant, B. H., Whyte, E. M., Peasley-Miklus, C., ... & STOP-PD Study Group. (2009). A double-blind randomized controlled trial of olanzapine plus sertraline vs olanzapine plus placebo for psychotic depression: the Study of Pharmacotherapy of Psychotic Depression (STOP-PD). *Archives of General Psychiatry*, 66(8), 838-847. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.79>

Miao, Ch. (2021). The important roles of microRNAs in depression: new research progress and future prospects. *Journal of Molecular Medicine*, 99, 619-636. <https://doi.org/10.1007/s00109-021-02052-8>

Müller, L., & Lange, C. (2017). Neuroimaging in psychotic depression: A systematic review of structural and functional alterations. *Psychiatra Danubina*, 27(Suppl. 1), 235-240.

O'Connor, S., & Agius, M. (2017). A systematic review of structural and functional MRI differences between psychotic and nonpsychotic depression. *Psychiatra Danubina*, 27(Suppl. 1), 241-247.

Oliva, V., Possidente, C., De Prisco, M., Fico, G., Anmella, G., Hidalgo-Mazzei, D., ... & Serretti, A. (2024). Pharmacological treatments for psychotic depression: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 11(3), 210-220. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(24\)00006-3](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(24)00006-3)

Østergaard, S. D., Meyers, B. S., Flint, A. J., Mulsant, B. H., Whyte, E. M., Ulbricht, C. M., ... & STOP-PD Study Group. (2014). Measuring psychotic depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(3), 211-220. <https://doi.org/10.1111/acps.12165>

Oudega, M. L., van der Werf, Y. D., Dols, A., Wattjes, M. P., Barkhof, F., Bouckaert, F., Vandenbulcke, M., De Winter, F.-L., Sienaert, P., Eikelenboom, P., Stek, M. L., van den Heuvel, O. A., Emsell, L., Rhebergen, D., & van Exel, E. (2019). Exploring resting state connectivity in patients with psychotic depression. *PLOS ONE*, 14(1), e0209908. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209908>

Paljärvi, T., Tiihonen, J., Lähteenvuo, M., Tanskanen, A., Fazel, S., & Taipale, H. (2023a). Mortality in psychotic depression: 18-year follow-up study. *The British Journal of Psychiatry*, 222(1), 37-43. <https://doi.org/10.1192/bjp.2022.140>

Paljärvi, T., Tiihonen, J., Lähteenvuo, M., Tanskanen, A., Fazel, S., & Taipale, H. (2023b). Psychotic depression and deaths due to suicide. *Journal of Affective Disorders*, 321, 28-32. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.10.035>

Parker, G. (2000). Classifying depression: should paradigms lost be regained? *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1195-1203. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.8.1195>

Parker, G., Fink, M., Shorter, E., Taylor, M. A., Akiskal, H., Berrios, G., ... & Swartz, C. (2010). Issues for DSM-5: whither melancholia? The case for its classification as a distinct mood disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 745-747. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09101525>

Rodriguez, V. (2021). Environmental Risk Factors in Bipolar Disorder and Psychotic Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 47(4), 959-974. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa197>

Rothschild, A. J., Winer, J., Flint, A. J., Mulsant, B. H., Whyte, E. M., Heo, M., ... & Meyers, B. S. (2008). Missed diagnosis of psychotic depression at 4 academic medical centers. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(8), 1293-1296. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0813>

Rothschild, A. J. (2009). *Clinical manual for diagnosis and treatment of psychotic depression*. American Psychiatric Publishing, Inc.

Rothschild, A. J. (s.f.). (2013). *Challenges in the Treatment of Major Depressive Disorder with Psychotic Features*. University of Massachusetts Medical School and UMass Memorial HealthCare. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt046>

Schatzberg, A. F., & Rothschild, A. J. (1992). Psychotic (delusional) major

- depression: should it be included as a distinct syndrome in DSM-IV?. *The American Journal of Psychiatry*, 149(6), 733-745. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.6.733>
- Spitzer, R. L., Endicott, J., & Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35(6), 773-782. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1978.01770300115013>
- Tellenbach, H. (2013). *Melancholie: Problemgeschichte endogenität typologie pathogenese klinik*. Springer-Verlag.
- Valerio, M. P., Lomastro, J., Igoa, A., & Martino, D. J. (2023). Clinical characteristics of melancholic and non melancholic depressions. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 211(3), 248-252. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001616>
- Vazquez, G., Dines, M., Bamondez, P., Grasso, V., Hernandorena, C., & Cetkovich-Bakmas, M. (2026). Combination pharmacotherapy in psychotic depression: A systematic review and pairwise meta-analysis of randomized trials. *Journal of affective disorders*, 413, 122253. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2026.122253>
- Van Os, J., & Reininghaus, U. (2016). Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World Psychiatry*, 15(2), 118-124. <https://doi.org/10.1002/wps.20310>
- Voineskos, A. N., Mulsant, B. H., Dickie, E. W., Neufeld, N. H., Rothchild, A. J., Whyte, E. M., Meyers, B. S., Alexopoulos, G. S., Hoptman, M. J., Lerch, J. P., & Flint, A. J. (2020). Effects of antipsychotic medication on brain structure in patients with major depressive disorder and psychotic features: Neuroimaging findings in the context of a randomized placebo-controlled clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 689-699. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0036>
- Zalpur, I. (2016). Does psychosis increase the risk of suicide in patients with major depression? A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 198, 23-31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.035>
- Zaninotto, L., Guglielmo, R., Calati, R., Ioime, L., Camardese, G., Janiri, L., Bria, P., & Serretti, A. (2015). Cognitive markers of psychotic unipolar depression: A meta-analytic study. *Journal of Affective Disorders*, 174, 580-588. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.027>

Conectoma y depresión: hacia una psiquiatría de precisión basada en redes cerebrales

Connectome and Depression: Towards precision psychiatry based on brain networks

María Victoria Majul Conte Grand¹, Micaela Dines², Adriana V. Bulacia³

<https://doi.org/10.53680/vertex.v37i173.1067>

Resumen

En las últimas décadas, el estudio del conectoma humano —mapa integral de las conexiones neuronales del cerebro— ha redefinido la comprensión del trastorno depresivo mayor (TDM) como un espectro de alteraciones funcionales y estructurales en redes cerebrales específicas. Esta revisión explora evidencia sobre patrones de conectividad funcional en el TDM, destacando la implicancia de redes como la red neuronal por defecto (RND), la red frontoparietal (RFP), la red de saliencia (RS) y los circuitos de recompensa. Se analizan patrones detectados mediante resonancia magnética funcional (RMf) y su potencial como biomarcadores para predecir respuesta a las intervenciones que hoy forman parte de las guías clínicas y constituyen el arsenal habitual en la práctica, como la psicoterapia, los antidepresivos de primera línea (ISRS), la estimulación magnética transcranial (EMT), la terapia electroconvulsiva (TEC) y la ketamina a dosis subanestésicas. Para ello, realizamos una revisión narrativa integrativa de la literatura científica, seleccionando artículos por relevancia clínica y calidad metodológica (GRADE), incluyendo metaanálisis, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados. Estos hallazgos podrían generar un cambio de paradigma hacia una psiquiatría de precisión, cada vez más centrada en la persona. Aunque persisten desafíos metodológicos que limitan su aplicación clínica, comprender el conectoma y su relación con la patogénesis del TDM es un paso fundamental hacia una verdadera atención personalizada en salud mental.

Palabras clave: conectoma, depresión, depresión resistente al tratamiento, red neuronal por defecto, resonancia magnética funcional, redes neuronales

Abstract

In recent decades, the study of the human connectome—the comprehensive map of the brain's neural connections—has redefined our understanding of Major Depressive Disorder (MDD) as a spectrum of functional and structural alterations in specific brain networks. This review explores evidence on functional connectivity patterns in MDD, highlighting the involvement of networks such as the default mode network (DMN), frontoparietal network (FPN), salience network (SN), and reward circuits. We analyze patterns detected using functional magnetic resonance imaging (fMRI)

RECIBIDO 17/6/2025 - ACEPTADO 04/10/2025

¹Sección de Psicopatología y Salud Mental, Departamento de Medicina, Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández, docente adscripta de la Cátedra de Fisiología y Biofísica, Unidad Académica I, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0001-0180-8541>

²Sección de Psicopatología y Salud Mental, Departamento de Medicina, Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández, INCyT Instituto de Neurociencia Cognitiva y Traslacional (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - Fundación INECO - Universidad Favaloro). <https://orcid.org/0009-0004-0155-327X>

³Sección de Psicopatología y Salud Mental, Departamento de Medicina, Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández; Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Ciencias Médicas; Profesora adjunta y Directora Carrera de Médico especialista en Psiquiatría, Universidad de Buenos Aires; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-0823-1124>

Autora correspondiente:

María Victoria Majul Conte Grand
victoriamajul@gmail.com

Institución en la que se realizó el trabajo: Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Sección de Psicopatología y Salud Mental, Departamento de Medicina.



and their potential as biomarkers to predict treatment response to interventions currently included in clinical guidelines and widely used in practice, such as psychotherapy, first-line antidepressants (SSRIs), transcranial magnetic stimulation (TMS), electroconvulsive therapy (ECT), and sub-anesthetic doses of ketamine. For this purpose, we conducted an integrative narrative review of the scientific literature, selecting articles based on clinical relevance and methodological quality (GRADE), including meta-analyses, systematic reviews, and randomized controlled trials. These findings may contribute to a paradigm shift toward precision psychiatry, increasingly centered on the individual. Although methodological challenges persist that limit their clinical application, understanding the connectome and its relationship with MDD pathogenesis is a fundamental step toward truly personalized mental healthcare.

Keywords: connectome, depression, treatment-resistant depression, default mode network, functional magnetic resonance, neural networks

Introducción

Tradicionalmente, el enfoque diagnóstico del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) se ha basado en modelos categoriales y observaciones clínicas, lo que ha conducido a una conceptualización sindrómica y a estrategias terapéuticas de tipo ensayo-error. Sin embargo, ha emergido un enfoque basado en neurociencias integradas, que considera al TDM como una *alteración compleja de redes cerebrales interconectadas*, reconociendo su diversidad y buscando estrategias terapéuticas más precisas. La neuroimagen funcional (Canario et al., 2021), la genómica (Sullivan et al., 2018), las técnicas de imágenes y microscopía avanzadas (Pryazhnikov et al., 2018), la clinimetría (Fava et al., 2012) y la psicoterapia (Yuan et al., 2022) permiten integrar este enfoque en modelos que articulen subjetividad y biología. Estas herramientas incluyen desarrollos como la resonancia multibanda (Smitha et al., 2018), la conectómica por difusión (Pasternak et al., 2018) y la microscopía de dos fotones (Pryazhnikov et al., 2018), que abren nuevas posibilidades / fortalecen el puente para vincular hallazgos experimentales con la clínica.

En este contexto, el concepto de conectoma –entendido como *el mapa estructural y funcional de las conexiones neuronales del cerebro*– ha cobrado relevancia como un nuevo marco para comprender los trastornos psiquiátricos, y en particular los distintos biotipos de depresión (Bondi et al., 2023). El hallazgo de patrones de conectividad específicos mediante resonancia magnética funcional (RMf) permite asociar alteraciones en redes con síntomas como rumiación, anhedonia e inflexibilidad cognitiva (Doucet et al., 2020; Kaiser et al., 2015).

Este mapeo impulsa una transformación en la psiquiatría, enriqueciendo la clínica y ampliando las posibilidades terapéuticas. *Lejos de reemplazar el juicio clínico, la evidencia en conectividad cerebral podrá*

ofrecer al psiquiatra herramientas que complementen y afinen su trabajo cotidiano. La práctica se vuelve más precisa y personalizada. En Argentina y en otros países de la región, esta tecnología comienza a estar disponible en distintos sectores del sistema de salud público. Por eso, resulta fundamental contar con información actualizada y basada en evidencia que oriente su implementación racional en la práctica asistencial, acercando el enfoque de la psiquiatría de precisión a nuestra realidad clínica. En esta línea, el presente artículo ofrece una base neurobiológica para una clínica neuropsiquiátrica contemporánea. El objetivo de este artículo es integrar y sintetizar la evidencia de alta calidad sobre alteraciones de la conectividad funcional cerebral en el TDM, su relación con la sintomatología clínica y su utilidad potencial como biomarcadores predictivos, mediante una revisión narrativa integrativa que prioriza metaanálisis, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados con evaluación crítica de calidad (GRADE).

Conceptualización del TDM como un trastorno de redes neuronales a través del conectoma

El *conectoma* representa el conjunto de todas las conexiones sinápticas del cerebro humano. Esta arquitectura interconectada, como un "hardware" neurobiológico, sustenta el procesamiento dinámico de información mental (el "software"). Su actividad codifica el pensamiento, los sentimientos, las percepciones, y se modifica según la experiencia (Human Connectome Project, s. f.). Propuestas como Research Domain Criteria (RDoC) promueven una visión multidimensional y transdiagnóstica de la psicopatología, concibiendo al cerebro como una red compleja de nodos (regiones) y conexiones (National Institute of Mental Health, s. f.).

La identificación de los circuitos neuronales permite inferir las bases funcionales tanto de la actividad mental “saludable” como de las distintas formas de psicopatología. En el TDM, múltiples estudios han identificado patrones consistentes de alteraciones en la conectividad funcional de redes neuronales asociadas con introspección, control cognitivo, respuesta emocional y motivación (Bondi et al., 2023; Doucet et al., 2020; Kaiser et al., 2015), y sus respectivas modificaciones postratamiento (Qiao et al., 2016; Zhou et al., 2017). Los estudios preclínicos en modelos animales ofrecen un puente traslacional valioso, en modelos experimentales de estrés o depresión, se han observado hallazgos consistentes con los patrones de desconectividad identificados en neuroimagen funcional en pacientes con depresión (Dichter et al., 2015). Estas aproximaciones permiten vincular la plasticidad sináptica microscópica con la reorganización de redes observada en humanos.

Neuroimagen funcional en psiquiatría

La psiquiatría ha buscado entender el cerebro sin poder observar directamente su funcionamiento. La clínica psiquiátrica se basó tradicionalmente en la entrevista, el relato y la observación conductual. En las últimas décadas, las técnicas de neuroimagen han transformado la especialidad al permitir visualizar la actividad cerebral en tiempo real. Han forjado *un puente entre lo subjetivo “mundo interno” y la neurobiología*. La resonancia magnética funcional (RMf) permite inferir patrones de activación y conectividad entre regiones específicas a partir de cambios hemodinámicos relacionados con el metabolismo neuronal. La técnica de captación de señal más utilizada, BOLD (*Blood Oxygen Level Dependent*), mide fluctuaciones en los niveles de oxigenación de la sangre como marcador de la actividad sináptica local. Cuando una región cerebral se activa, aumenta el flujo, y este cambio es registrado (Raimondo et al., 2021).

Este estudio que combina alta resolución espacial, carácter no invasivo y creciente disponibilidad en contextos clínicos y de investigación puede utilizarse durante tareas específicas –*task-based* RMf– (identificar emociones, memorizar secuencias, responder a estímulos), como en condiciones de reposo –*resting-state* RMf– permitiendo observar los patrones formados ante estímulos cognitivos o emocionales, revelando alteraciones clínicas (Piani et al., 2022).

Redes relevantes en la fisiopatología del TDM

Antes de abordar en detalle la evidencia empírica que vincula el TDM a alteraciones específicas, es fundamental delinear brevemente cuáles son estas redes funcionales, las áreas que las conforman y sus funciones en condiciones “neurotípicas” (Mak et al., 2017). Comprender las estructuras y el funcionamiento típico de las redes permitirá establecer biomarcadores funcionales para identificar poblaciones en riesgo o para predecir la respuesta a tratamientos.

Las *redes neuronales orientadas a tareas (RNOT) –o task-positive networks–* incluyen regiones cerebrales que se activan típicamente ante demandas cognitivas específicas, como la resolución de problemas o la atención focalizada. Se destacan *la red frontoparietal (RFP/FPN)* también denominada *red ejecutiva central (REC)* o *central executive network (CEN)*, asociada al comportamiento orientado hacia tareas externas, y otras redes funcionales como la red visual y la red del lenguaje. En sujetos neurotípicos, estas redes se activan durante la realización de tareas cognitivas complejas y tienden a desactivarse en reposo, mostrando una correlación inversa con la red neuronal por defecto (RND) (Lee et al., 2013).

Las *redes neuronales de reposo* son agrupamientos funcionales que se activan cuando el individuo no está centrado en estímulos externos. Se vinculan con actividades introspectivas, como la recuperación de recuerdos autobiográficos, la proyección al futuro y la construcción de representaciones del yo y sociales.

Entre estas, la más estudiada por su implicancia clínica es la *red neuronal por defecto (Default Mode Network, DMN)*, descrita por primera vez en 2001 (Raichle et al., 2001) y considerada uno de los principales descubrimientos de la neurociencia cognitiva de las últimas décadas (Raichle, 2007; Buckner, 2008).

Se activa durante estados de reposo en los que el sujeto no está comprometido con una tarea externa, tareas centradas en el interior, incluida la recuperación de la memoria autobiográfica, la simulación de escenarios futuros, formación de creencias y la concepción de las perspectivas de los demás. Se asocia con el pensamiento autorreferencial, representaciones del “yo”, la introspección, el vagabundeo mental (*mind-wandering*). Se estima que estamos un 47 % del tiempo utilizando esta red (Killingsworth & Gilbert, 2010), “en piloto automático”.

La RND involucra:

- Corteza prefrontal medial (CPFm) dorsal y ventral: esencial para la autorreferencia, toma de decisiones, procesamiento emocional, control de impulsos y regulación conductual.
- Corteza cingulada posterior (CCP) + precúneo: actúa como nodo integrador emocional y conector principal, asociado a la recuperación de memoria y visualización interna.
- Lóbulo parietal inferior (LPi): participa en la orientación interna del pensamiento y la autorreflexión.

Otras redes de relevancia se detallan en la Tabla 1. En la *Figura 1* se ilustran las tres redes de orden superior más estudiadas en depresión –la red neuronal por defecto (RND), la red de saliencia (RS) y la red

frontoparietal (RFP)– que constituyen el marco del denominado *triple network*.

En el TDM, múltiples estudios han documentado alteraciones en la conectividad funcional de la RND, particularmente en forma de *hiperconectividad de sus nodos principales* (CPFm). Este patrón parece ser el sustrato neuronal para la *rumiación depresiva* (Zhou et al., 2020), pensamiento autorreferencial, negativo y repetitivo que perpetúa el estilo desadaptativo. Su compromiso podría explicar también las dificultades interpersonales y de regulación emocional.

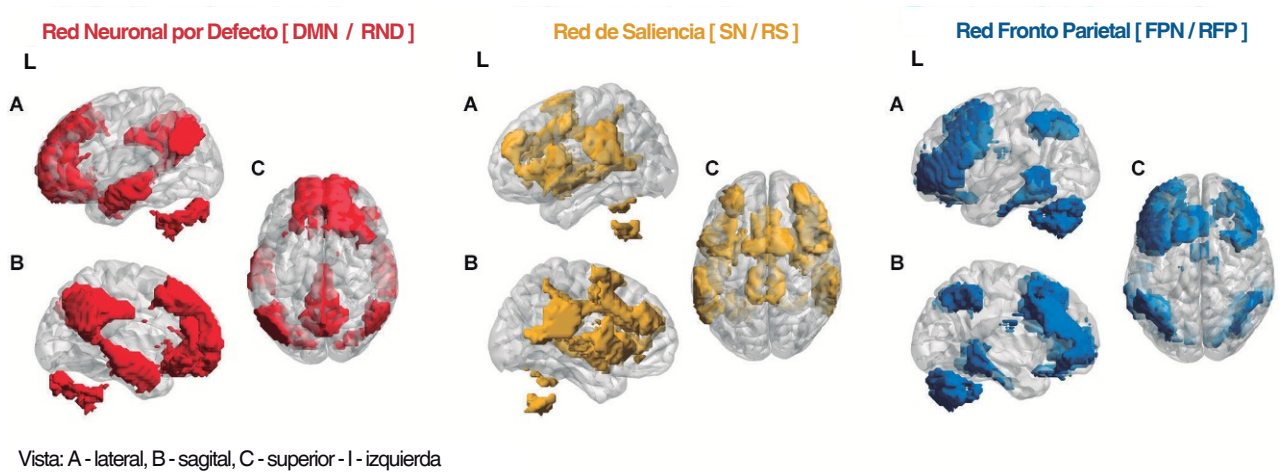
Diversos metaanálisis y estudios de conectividad han identificado alteraciones específicas en comparación con sujetos controles sanos (Doucet et al., 2020; Fu et al., 2024; Human Connectome Project, s. f.;

Tabla 1. Redes neuronales identificadas con su respectiva ubicación y función asociada

Red cerebral	Regiones / ubicación	Función asociada
RED DE SALIENCIA [RS] o SALIENCE NETWORK	Ínsula anterior, corteza cingulada anterior (ACC) y estructuras subcorticales (amígdala).	Implicada en la detección de estímulos internos y externos relevantes y en la regulación del cambio entre la RND y la RFP.
RED FRONTOPARIETAL [RFP] o RED EJECUTIVA CENTRAL [CEN]	Corteza prefrontal dorsolateral (CPFdl) y regiones parietales laterales (fascículo longitudinal superior).	Implicada en tareas cognitivas complejas, control ejecutivo, planificación, toma de decisiones y flexibilidad cognitiva.
CIRCUITOS LÍMBICOS, RED AFECTIVA VENTRAL, RED DE RECOMPENSA o SISTEMA DE REFUERZO / PLACER o CIRCUITO MESOLÍMBICO	Amígdala, hipocampo, corteza cingulada anterior subgenual (ACC), corteza orbitofrontal, corteza prefrontal ventromedial (CPFvm), núcleo accumbens, caudado y área tegmental ventral (ATV).	Implicados en memoria emocional basada en experiencias, regulación del afecto, motivación, anhedonia, libido y sueño.
RED SENSORIAL o VISUOESPACIAL	Conectividad occipito-parietal y áreas sensoriales periféricas.	Implicada en procesamiento sensorial y atención espacial.

Fuente: elaboración propia a partir de la revisión de literatura.

Figura 1. Las tres redes de orden superior (DMN, RS, RFP).



Basada en National Institute of Mental Health (s. f.) y adaptada de Schimmelpfennig et al. (2023), *Frontiers in Human Neuroscience*, 17, 1133367. Licencia: CC BY 4.0.

Tabla 2. Alteraciones en redes neuronales en la depresión unipolar

Red cerebral	Alteración funcional observada	Síntomas asociados
RND	Hiperconectividad en reposo; menor supresión durante tareas.	Rumiación, introspección negativa, ideación depresiva persistente.
RS	Alterada en dificultad para cambiar entre redes; hipoconectividad entre ínsula anterior y CCA.	Anhedonia, apatía, menor reactividad emocional ante estímulos positivos.
RFP / CEN	Hipoconectividad y menor integración entre corteza prefrontal dorsolateral y regiones parietales laterales; reducción en la coordinación con la RS y la RND.	Dificultades en control cognitivo y regulación emocional, abulia, indecisión, inflexibilidad cognitiva.
AFECTIVO - LÍMBICO	Hipoactividad en la vía dopaminérgica mesolímbica. Hiperactividad amigdalina con disbalance regulatorio.	Anhedonia, pérdida de motivación, sesgo atencional negativo, ánimo triste persistente, ansiedad, labilidad o reactividad emocional, disforia.
RED SENSORIAL	Hipoconectividad en regiones occipitoparietales.	Desrealización, una disminución del interés por el entorno, la anhedonia y el retraimiento social. Menor respuesta a estímulos.

Fuente: elaboración propia a partir de la revisión de literatura.

- Zhang et al., 2025; Zhou et al., 2020):
- Hiperconectividad en redes introspectivas.
 - Hipoconectividad o desintegración funcional en redes de control ejecutivo.
 - Desequilibrio entre circuito de recompensa, saliencia y de regulación cognitiva.

Se sintetizan estos hallazgos en la *Tabla 2*.

Los hallazgos también vislumbran que la depresión resistente al tratamiento (DMRT) comparte el sustrato patológico en las mismas redes, pero representa un endofenotipo específico más rígido y disfuncional, asociado a menor respuesta a tratamientos (Runia et al., 2022). Mayor hiperconectividad de la RND con regiones límbicas, mayor reducción de conectividad en la RFP y el eje dorsolateral-prefrontal-cingulado anterior, y menor flexibilidad entre redes, dificultad para alternar entre introspección y tareas externas.

Un avance relevante en los últimos años fue la identificación de subtipos (“biotipos”) de depresión, identificados mediante técnicas de *machine-learning* aplicado a conectividad funcional y síntomas (Drysdale et al., 2017), con respuestas diferenciales a la estimulación magnética transcraneal dirigida a la CPFdl.

Conectividad y respuesta a tratamientos

Las técnicas de neuroimagen, y en particular los estudios longitudinales de conectividad con RMf, han abierto la posibilidad de observar la plasticidad in vivo, permitiendo identificar correlatos neurobiológicos de respuesta a distintos tratamientos (Dichter et al., 2015; Qiao et al., 2016). La *neuroplasticidad* (Hartwigsen & Volz, 2021; De Giglio et al., 2018) puede

pensarse como la propiedad vital que le permite al cerebro reconfigurarse frente a estímulos externos o internos: reorganizar sus circuitos, crear nuevas rutas y desarmar otras. No se trata de un fenómeno restringido a la infancia, sino de un principio que acompaña toda la vida, sosteniendo procesos cotidianos como aprender, memorizar o adaptarse a cambios inesperados. Desde lo molecular y sináptico hasta lo macroscópico de las redes neuronales, la plasticidad es la base de la dinámica que hace que el cerebro no sea un órgano rígido, sino un sistema dinámico en constante ajuste (Hamaide et al., 2016; Tardif et al., 2016). Esa capacidad de “re-armarse” puede ser tanto beneficiosa como maladaptativa, por ejemplo, en la persistencia de la rumiación depresiva (Alvarez-Salvado et al., 2014).

Entonces, evidenciar la *plasticidad inducida* –a través de las neuroimágenes, los análisis conductuales y las técnicas neurofisiológicas– ofrece potenciales marcadores de respuesta e hipótesis mecanicistas sobre los efectos terapéuticos (Li et al., 2018), convirtiéndose en el telón de fondo que explica por qué las terapias pueden generar cambios o mejoras, al favorecer que el cerebro reorganice de manera favorable (Zhou et al., 2014).

Psicoterapia (Messina et al., 2013; Smitha et al., 2018; Zheng et al., 2025)

La psicoterapia, en particular la terapia cognitivo-conductual (TCC), induce cambios observables. Por un lado, estudios con RMf durante tareas muestran una reducción de la reactividad límbica durante el procesamiento de emociones negativas, correlacionada con la mejoría clínica, la actividad en el hipocampo podría predecir la respuesta terapéutica. Por otro lado, en es-

tado de reposo, se ha documentado una disminución en la actividad espontánea de la ínsula izquierda y el giro frontal inferior, regiones relacionadas con la integración emocional y el control cognitivo. Además, la conectividad funcional previa entre áreas de relevancia (ínsula derecha y giro temporal medio, y entre el surco intraparietal y la corteza orbitofrontal) predicen la magnitud de la respuesta. A su vez, psicoterapia psicodinámica también se asocia con una normalización de la hiperactividad en la amígdala y los ganglios basales, en particular cuando se utilizan estímulos emocionalmente significativos. La evidencia sugiere que la respuesta se asocia con una reorganización funcional de redes frontoestriales y límbicas.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (An et al., 2017; Kraus et al., 2017; Moncrieff et al., 2023; Tassone et al., 2024)

La perspectiva conectómica nos permite comprender con mayor claridad el rol de la serotonina (5-hidroxitriptamina o 5-HT) en la depresión como *modulador interredes*, superando la hipótesis tradicional y reduccionista de “déficit de serotonina = depresión” (Tassone et al., 2024). La 5-HT ajusta la sintonía entre circuitos corticolímbicos que sostienen la rumiación, el sesgo negativo y el control cognitivo (RND, RFP y RS), en cómo el cerebro prioriza señales y cambia de estado entre introspección y control. Con los ISRS, los estudios muestran patrones convergentes: menor reactividad amigdalina a estímulos negativos, reorganización de la conectividad de la RND, junto con mayor implicación del DLPFC/RFP. Esto sugiere que su efecto clínico emerge de la recalibración del diálogo entre redes, más que de un mero aumento en la disponibilidad de 5-HT.

Estimulación magnética transcraneal (EMT) (Avissar et al., 2017; Drysdale et al., 2017; Guan et al., 2022; Taylor et al., 2023)

La EMT ha mostrado eficacia antidepressiva al aplicarse sobre la *corteza dorsolateral prefrontal izquierda* (CPFDl) (Drysdale et al., 2017). Este tratamiento induce cambios en la CPFDl, el precuneus y la CCA, normalizando patrones de hipoactividad en redes de control cognitivo y regulación emocional (Taylor et al., 2023). Algunos estudios también sugieren una reducción de la hiperconectividad anómala entre la RS y la RND, interpretado como un correlato de mayor flexibilidad cognitiva (Guan et al., 2022). Finalmente, la conectividad funcional pretratamiento entre el CPFDl y

el estriado ventral puede predecir la respuesta clínica a la EMT (Avissar et al., 2017).

Terapia electroconvulsiva (TEC) (Leaver et al., 2019; Qian et al., 2025; Wu et al., 2025)

La TEC, utilizada en depresión resistente, induce una reorganización funcional profunda sobre múltiples dimensiones de la conectividad funcional, incluyendo integración, plasticidad y dinámica, con correlación directa con la respuesta clínica. Se ha reportado un aumento en la conectividad de las RND y RFP y entre la corteza orbitofrontal e inferior frontal, cambios que se asocian con remisión clínica (Qian et al., 2025). También genera una reorganización adaptativa de la arquitectura cerebral, altera la topología de las redes funcionales, con incremento en la longitud del camino más corto. Estos efectos presentan una dinámica temporal: en la fase aguda se observan alteraciones rápidas en la perfusión y conectividad fronto-límbica (Leaver et al., 2019); en semanas, una progresiva normalización de la RND y de las redes ejecutivas (Qian et al., 2025); y en meses, una consolidación de los patrones reorganizados que se relaciona con la persistencia de la mejoría clínica (Wu et al., 2025).

Ketamina endovenosa (Abdallah et al., 2017; Duman & Aghajanian, 2012; Kim et al., 2023; Lv, 2023; Wu et al., 2025; Yun et al., 2024; Zavaliangos-Petropulu et al., 2023)

La ketamina se ha consolidado en las últimas dos décadas como un tratamiento de acción rápida en la DMRT, capaz de reducir ideación suicida y síntomas depresivos en horas (Yun et al., 2024). Su mecanismo a nivel sináptico es actuar como antagonista no competitivo de receptores NMDA, especialmente en interneuronas GABAérgicas, lo que genera un “estallido glutamatérgico” en CPFDl e hipocampo (Abdallah et al., 2017). Ese pulso activa receptores y cascadas intracelulares que facilitan la sinaptogénesis, potenciación a largo plazo (LTP) y plasticidad estructural, abriendo una “ventana de plasticidad” (Abdallah et al., 2017; Duman & Aghajanian, 2012; Yun et al., 2024).

En paralelo, la ketamina induce cambios rápidos en la conectividad funcional de las tres redes clave: reduce la hiperactividad de la RND y el sesgo autorreferencial negativo, normaliza el cambio de la RS hacia circuitos ejecutivos, y aumenta la implicación del DLPFC/RFP en el control cognitivo y la regulación emocional (Wu et al., 2025; Lv, 2023; Zavaliangos-Petropulu et al., 2023). También modula la actividad de la habénula lateral (nodo antirrecompensa) que se en-

cuentra hiperactivo en depresión, desinhibiendo las vías dopaminérgicas de recompensa (Kim et al., 2023; Ma et al., 2023), lo que podría explicar parte de su efecto rápido sobre anhedonia e ideación suicida. Estos cambios se manifiestan en cuestión de horas y tienden a consolidarse con la administración periódica de infusiones. Los estudios de RMf pre y postinfusión exploran patrones de conectividad funcional que ayuden a identificar respondedores, en quienes los efectos pueden sostenerse más allá de la vida media del fármaco o prolongarse con el tratamiento de mantenimiento.

En conjunto, los patrones convergentes respaldan la heterogeneidad biológica del TDM y son compatibles con la existencia de subtipos conectómicos con relevancia clínica, al sugerir perfiles diferenciales de respuesta.

Discusión

A pesar del entusiasmo que generan los hallazgos en neuroimagen funcional, la evidencia disponible presenta limitaciones para su pasaje a la clínica sistemática. Desde una rigurosa perspectiva metodológica, la mayoría de los estudios individuales presentan niveles de evidencia moderados, y si bien existen revisiones sistemáticas y metaanálisis que detectan patrones disfuncionales consistentes en redes cerebrales y asociaciones con la respuesta al tratamiento, persisten problemas de heterogeneidad, tamaño muestral reducido y escaso control de variables de confusión. La literatura en neuroimagen acusa sesgo de publicación a favor de resultados “positivos” y flexibilidad analítica (preprocesamiento/modelado), además de ruido fisiológico y por movimiento en estado de reposo. Por eso, los hallazgos deben leerse con cautela clínica y convalidarse. En su mayor parte, las asociaciones de conectividad con síntomas o respuesta son correlacionales; no prueban causalidad y requieren validación prospectiva.

Investigaciones recientes subrayan estas limitaciones. Finn & Constable (2016) destacan que, a pesar de la replicación de ciertos patrones de conectividad funcional en muestras independientes, su poder predictivo individual es aún limitado. De manera similar, Yun et al. (2024) remarcan que los resultados de la RMf se obtienen de parámetros experimentales no estandarizados, lo que dificulta significativamente su comparación y generalización. Dichter et al. (2015), en su revisión sistemática sobre estudios de RMf en reposo y respuesta al tratamiento en depresión mayor, advierte sobre la necesidad de replicabilidad y control de confusores, señalando que muchos estudios

presentan un escaso poder estadístico y deficiencias metodológicas relevantes. Laird et al. (2015) subrayan que múltiples factores interindividuales -como el estado emocional, el ciclo circadiano o el movimiento durante la adquisición- introducen ruido y reducen la confiabilidad externa de los hallazgos. Para ganar validez externa, necesitamos protocolos estandarizados, preregistro, datos abiertos y replicación multicéntrica con tamaños muestrales adecuados. En paralelo, los modelos preclínicos ofrecen un acercamiento a los procesos sinápticos y neuroquímicos que no podemos medir directamente en humanos. La convergencia de estos hallazgos con los cambios observados en neuroimagen refuerza su relevancia, reconociendo las limitaciones de trasladar lo experimental a la clínica (Dichter et al., 2015).

Además de las limitaciones metodológicas, el acceso a neuroimagen funcional en salud mental sigue siendo limitado en nuestra región, especialmente en el sector público, aunque su incorporación en diversos subsectores de salud es cada vez más evidente. Este panorama plantea desafíos éticos y estructurales, pero también ofrece una oportunidad concreta para avanzar hacia una psiquiatría más contextualizada y equitativa. Para ello, resulta clave acompañar su expansión con formación, investigación aplicada y estrategias de implementación sustentables.

Estos datos sugieren una lectura crítica de los hallazgos en conectividad funcional y el desarrollo de líneas de investigación que avancen en la estandarización de protocolos, validación de biomarcadores en poblaciones reales y mejora de su aplicabilidad. Aunque exista un potencial de aplicación clínica individual, su uso actual sigue siendo limitado, aún no se dispone de herramientas validadas para la práctica personalizada cotidiana (Messina, 2013; Yun et al., 2024). En lo práctico, priorizar cohortes locales y validaciones externas sobre marcadores simples (como ser DMN-FPN/RS) puede acelerar su utilidad clínica.

Conclusión

La neuroimagen funcional nos acerca a una psiquiatría de precisión, ofreciendo una vía concreta hacia decisiones terapéuticas informadas por redes. El objetivo no es reemplazar la entrevista y el juicio clínico, sino ampliar el tablero de decisiones con información neurobiológica válida. *Las implicancias clínicas de este desarrollo son inmensas, desde la detección precoz y la predicción del curso de la enfermedad hasta la discriminación diagnóstica, la biotipificación y la anticipación*

de la respuesta a tratamientos, así como el monitoreo de sus efectos a lo largo del tiempo. Para su implementación responsable se requiere estandarizar adquisición y análisis, validar biomarcadores en cohortes prospectivas y multicéntricas, y demostrar utilidad clínica y costo-efectividad en entornos reales. Su desarrollo debe acompañarse de un marco ético sólido que resguarde la privacidad de datos, evite interpretaciones reduccionistas y garantice que los avances no profundicen inequidades (Racine, 2007; Singh, 2009). Integrar modalidades y garantizar modelos reproducibles es imprescindible para pasar de la correlación a una estratificación clínica útil. Asimismo, deben priorizarse la equidad y el acceso en sistemas públicos de salud de la región. Trabajemos en red para que estos hallazgos no se queden en publicaciones digitales, sino que lleguen, poco a poco, a cada profesional y a cada paciente.

Conflictos de interés: las autoras declaran no presentar conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

- Abdallah, N. B., Averill, L. A., & Sanacora, G. (2017). Ketamine: The past, present, and future of novel antidepressant therapy. *CNS Drugs*, 31(9), 743–758. <https://doi.org/10.1007/s40263-017-0441-5>
- Alvarez-Salvado, E., Pallarés, V., Moreno, A., & Canals, S. (2014). Functional MRI of long-term potentiation: Imaging network plasticity. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 369(1633), 20130152. <https://doi.org/10.1098/rstb.2013.0152>
- An, J., Wang, L., Li, K., Zeng, Y., Su, Y., Jin, Z., Yu, X., & Si, T. (2017). Differential effects of antidepressant treatment on long-range and short-range functional connectivity strength in patients with major depressive disorder. *Scientific Reports*, 7(1), 10214. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-10575-9>
- Avissar, M., Powell, F., Ilieva, I., Respingo, M., Gunning, F. M., Liston, C., & Dubin, M. J. (2017). Functional connectivity of the left DLPFC to striatum predicts treatment response of depression to TMS. *Brain Stimulation*, 10(5), 919–925. <https://doi.org/10.1016/j.brs.2017.07.002>
- Bondi, E., Maggioni, E., Brambilla, P., & Delvecchio, G. (2023). A systematic review on the potential use of machine learning to classify major depressive disorder from healthy controls using resting state fMRI measures. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 144, 104972. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104972>
- Buckner, R. L., Andrews-Hanna, J. R., & Schacter, D. L. (2008). The brain's default network: Anatomy, function, and relevance to disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124(1), 1–38. <https://doi.org/10.1196/annals.1440.011>
- Canario, E., Chen, D., & Biswal, B. (2021). A review of resting-state fMRI and its use to examine psychiatric disorders. *Psychoradiology*, 1(1), 42–53. <https://doi.org/10.1093/psyrad/kkab003>
- De Giglio, L., Tommasin, S., Petsas, N., & Pantano, P. (2018). The role of fMRI in the assessment of neuroplasticity in MS: A systematic review. *Neural Plasticity*, 2018, 3419871. <https://doi.org/10.1155/2018/3419871>
- Dichter, G. S., Gibbs, D., & Smoski, M. J. (2015). A systematic review of relations between resting-state functional-MRI and treatment response in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 172, 8–17. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.028>
- Doucet, G. E., Janiri, D., Howard, R., O'Brien, M., Andrews-Hanna, J. R., & Frangou, S. (2020). Transdiagnostic and disease-specific abnormalities in the default-mode network hubs in psychiatric disorders: A meta-analysis of resting-state functional imaging studies. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 63(1), e57. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.57>
- Drysdale, A. T., Grosenick, R., Downar, J., Dunlop, K., Daskalakis, Z. J., Farzan, F., Hamani, C., Riva-Posse, P., Chakravarty, M. M., Lozano, A. M., Berlim, M. T., Giacobbe, P., Kennedy, S. H., Mayberg, H. S., & Etkin, A. (2017). Individualized transcranial magnetic stimulation for depression based on functional connectivity. *Biological Psychiatry*, 81(9), 767–776. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2016.12.023>
- Duman, R. S., & Aghajanian, G. K. (2012). Synaptic plasticity and the molecular pathogenesis of depression: From cellular to systems circuits. *Neuroscience*, 223, 218–227. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2012.07.037>
- Fava, G. A., Tomba, E., & Sonino, N. (2012). Clinimetrics: The science of clinical measurements. *International Journal of Clinical Practice*, 66(1), 11–15. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2011.02825.x>
- Finn, E. S., & Todd Constable, R. (2016). Individual variation in functional brain connectivity: Implications for personalized approaches to psychiatric disease. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 18(3), 277–287. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2016.18.3/efinn>
- Fu, L., Cai, M., Zhao, Y., Zhang, Z., Qian, Q., Xue, H., Chen, Y., Sun, Z., Zhao, Q., Wang, S., Wang, C., Wang, W., Jiang, Y., Tian, Y., Ma, J., Guo, W., & Liu, F. (2024). Twenty-five years of research on resting-state fMRI of major depressive disorder: A bibliometric analysis of hotspots, nodes, bursts, and trends. *Heliyon*, 10(13), e33833. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e33833>
- Guan, M., Wang, Z., Shi, Y., Xie, Y., Ma, Z., Liu, Z., Liu, J., Gao, X., Tan, Q., & Wang, H. (2022). Altered brain function and causal connectivity induced by repetitive transcranial magnetic stimulation treatment for major depressive disorder. *Frontiers in Neuroscience*, 16, 855483. <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.855483>
- Hamaide, J., De Groof, G., & Van der Linden, A. (2016). Neuroplasticity and MRI: A perfect match. *NeuroImage*, 131, 13–28. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2015.08.005>
- Hartwigsen, G., & Volz, L. J. (2021). Probing rapid network reorganization of motor and language functions via neuromodulation and neuroimaging. *NeuroImage*, 224, 117449. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2020.117449>
- Human Connectome Project. (s. f.). *Human Connectome Project*. <https://www.humanconnectome.org/>
- Kaiser, R. H., Andrews-Hanna, J. R., Wager, T. D., & Pizzagalli, D. A. (2015). Large-scale network dysfunction in major depressive disorder: A meta-analysis of resting-state functional connectivity. *JAMA Psychiatry*, 72(6), 603–611. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0071>
- Kim, J. W., Autry, A. E., Na, E. S., Adachi, M., Björkholm, C., Kavalali, E. T., & Monteggia, L. M. (2023). Sustained antidepressant effects of ketamine through modulation of AMPA receptors, BDNF–TrkB signaling and eEF2. *Molecular Psychiatry*, 28(5), 1825–1837. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-01929-5>
- Kraus, C., Castrén, E., Kasper, S., & Lanzenberger, R. (2017). Serotonin and neuroplasticity—Links between molecular, functional and structural pathophysiology in depression. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 77, 317–326. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.03.007>
- Killingsworth, M. A., & Gilbert, D. T. (2010). A wandering mind is an unhappy mind. *Science*, 330(6006), 932. <https://doi.org/10.1126/science.1192439>
- Ly, X., Zeng, D., Wang, Q., Luo, Q., Zhou, J., Liu, Y., Zhang, W., Chen, S., Cao, F., Yang, B., Deng, J., & Wang, Y. (2023). Ketamine-induced changes in resting-state functional connectivity in major depressive disorder: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 333, 198–207. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.053>

- Li, B. J., Friston, K., Mody, M., Wang, H. N., Lu, H. B., & Hu, D. W. (2018). A brain network model for depression: From symptom understanding to disease intervention. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 24(11), 1004–1019. <https://doi.org/10.1111/cns.12998>
- Laird, A. R., Fox, P. M., Eickhoff, S. B., Ray, S., Li, Y., Sutton, J. M., Glahn, D. C., Dickerson, B. C., Lancaster, J. L., & Van Horn, J. D. (2015). Behavioral interpretations of intrinsic connectivity networks. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 27(4), 602–614. https://doi.org/10.1162/jocn_a_00728
- Leaver, A. M., Vasavada, M., Joshi, S. H., Wade, B., Woods, R. P., Espinoza, R., & Narr, K. L. (2019). Mechanisms of antidepressant response to electroconvulsive therapy studied with perfusion magnetic resonance imaging. *Biological Psychiatry*, 85(6), 466–476. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.09.021>
- Lee, M. H., Smyser, C. D., & Shimony, J. S. (2013). Resting-state fMRI: A review of methods and clinical applications. *AJNR. American Journal of Neuroradiology*, 34(10), 1866–1872. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A3263>
- Ma, S., Hangya, B., Leonard, C. S., Wisden, W., & Gundlach, A. L. (2023). Ketamine blocks bursting in the lateral habenula to rapidly relieve depression. *Nature*, 619(7969), 610–617. <https://doi.org/10.1038/s41586-023-06443-0>
- Mak, L. E., Minuzzi, L., MacQueen, G., Hall, G., Kennedy, S. H., & Milev, R. (2017). The default mode network in healthy individuals: A systematic review and meta-analysis. *Brain Connectivity*, 7(1), 25–33. <https://doi.org/10.1089/brain.2016.0438>
- Messina, I., Sambin, M., Palmieri, A., & Viviani, R. (2013). Neural correlates of psychotherapy in anxiety and depression: A meta-analysis. *PLOS ONE*, 8(9), e74657. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074657>
- Moncrieff, J., Cooper, R. E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M. P., & Horowitz, M. A. (2023). The serotonin theory of depression: A systematic umbrella review of the evidence. *Molecular Psychiatry*, 28(8), 3243–3256. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>
- National Institute of Mental Health. (s. f.). Research Domain Criteria (RDoC). <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/about-rdoc>
- Pasternak, O., Kelly, S., Sydnor, V. J., & Shenton, M. E. (2018). Advances in microstructural diffusion neuroimaging for psychiatric disorders. *NeuroImage*, 182, 259–282. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2018.04.051>
- Piani, M. C., Maggioni, E., Delvecchio, G., & Brambilla, P. (2022). Sustained attention alterations in major depressive disorder: A review of fMRI studies employing Go/No-Go and CPT tasks. *Journal of Affective Disorders*, 303, 98–113. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.003>
- Pryazhnikov, E., Mugantseva, E., Casarotto, P., et al. (2018). Longitudinal two-photon imaging in somatosensory cortex of behaving mice reveals dendritic spine formation enhancement by subchronic administration of low-dose ketamine. *Scientific Reports*, 8(1), 6464. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-24933-8>
- Qiao, H., Li, M. X., Xu, C., An, S. C., & Ma, X. M. (2016). Dendritic spines in depression: What we learned from animal models. *Neural Plasticity*, 2016, 8056370. <https://doi.org/10.1155/2016/8056370>
- Qian, R., Duan, N., Wang, M., Fan, S., Ji, Y., Yu, Y., Zheng, H., Wu, X., & Tian, Y. (2025). Surface-based functional brain imaging analysis of major depressive disorder after electroconvulsive therapy. *Journal of Affective Disorders*, 388, 119492. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119492>
- Raichle, M. E., MacLeod, A. M., Snyder, A. Z., Powers, W. J., Gusnard, D. A., & Shulman, G. L. (2001). A default mode of brain function. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98(2), 676–682. <https://doi.org/10.1073/pnas.98.2.676>
- Raichle, M. E., & Snyder, A. Z. (2007). A default mode of brain function: A brief history of an evolving idea. *NeuroImage*, 37(4), 1083–1090; discussion 1097–1099. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2007.01.056>
- Racine, E., & Illes, J. (2007). Neuroethics: Redefining psychiatry. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 32(3), 160–164. <https://doi.org/10.1503/jpn.070020>
- Raimondo, L., Oliveira, L. A. F., Heij, J., Priovoulos, N., Kundu, P., Leoni, R. F., & van der Zwaag, W. (2021). Advances in resting state fMRI acquisitions for functional connectomics. *NeuroImage*, 243, 118503. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2021.118503>
- Runia, N., Yücel, D. E., Lok, A., de Jong, K., Denys, D. A. J. P., van Wingen, G. A., & Bergfeld, I. O. (2022). The neurobiology of treatment-resistant depression: A systematic review of neuroimaging studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 132, 433–448. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.12.008>
- Singh, I., & Rose, N. (2009). Biomarkers in psychiatry: Ethical and social imperatives. *BioSocieties*, 4(2), 239–252. <https://doi.org/10.1017/S1745855209990151>
- Smitha, K. A., Arun, K. M., Rajesh, P. G., Joel, S. E., Venkatesan, R., Thomas, B., & Kesavadas, C. (2018). Multiband fMRI as a plausible, time-saving technique for resting-state data acquisition: Study on functional connectivity mapping using graph theoretical measures. *Magnetic Resonance Imaging*, 53, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.mri.2018.06.013>
- Sullivan, P. F., Agrawal, A., Bulik, C. M., Andreassen, O. A., Børghlum, A. D., Breen, G., Cichon, S., Edenberg, H. J., Faraone, S. V., Gelernter, J., Mathews, C. A., Nievergelt, C. M., Smoller, J. W., O'Donovan, M. C., & Psychiatric Genomics Consortium (2018). Psychiatric genomics: An update and an agenda. *The American Journal of Psychiatry*, 175(1), 15–27. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17030283>
- Tardif, C. L., Gauthier, C. J., Steele, C. J., Bazin, P.-L., Schäfer, A., Schaefer, A., Turner, R., Villringer, A., & Margulies, D. S. (2016). Advanced MRI techniques to improve our understanding of experience-induced neuroplasticity. *NeuroImage*, 131, 55–72. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2015.08.047>
- Tassone, V. K., Gholamali Nezhad, F., Demchenko, I., Rueda, A., & Bhat, V. (2024). Amygdala biomarkers of treatment response in major depressive disorder: An fMRI systematic review of SSRI antidepressants. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 338, 111777. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.111777>
- Taylor, H., Nicholas, P., Hoy, K., Bailey, N., Tanglay, O., Young, I. M., Dobbin, L., Doyen, S., Sughrue, M. E., & Fitzgerald, P. B. (2023). Functional connectivity analysis of the depression connectome provides potential markers and targets for transcranial magnetic stimulation. *Journal of Affective Disorders*, 329, 539–547. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.082>
- Wu, D., Yu, Y., Wang, H., Zhang, J., You, J., Kai, Y., Zhao, Y., Wu, Y., Wang, K., & Tian, Y. (2025). Electroconvulsive therapy modulates brain functional stability in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 374, 312–322. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.01.066>
- Yun, J. Y., Lee, Y. J., Kim, J., Ku, J., & Chae, J. H. (2024). Neural correlates of treatment response to ketamine for treatment-resistant depression: A systematic review of MRI-based studies. *Psychiatry Research*, 330, 115645. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115645>
- Yuan, S., Wu, H., Wu, Y., Xu, H., Yu, J., Zhong, Y., Zhang, N., Li, J., Xu, Q., & Wang, C. (2022). Neural effects of cognitive behavioral therapy in psychiatric disorders: A systematic review and activation likelihood estimation meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, 853804. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.853804>
- Zavaliangos-Petropulu, A., Smith, R., Smith, K. A., O'Daly, O. G., & Pariente, C. M. (2023). Resting-state functional connectivity as a predictor of antidepressant response to ketamine in major depressive disorder: A systematic review. *European Neuropsychopharmacology*, 73, 103–115. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2023.04.004>
- Zheng, Y. X., Huai, Y. Y., Qiao, Y., Zang, Y. F., Luo, H., & Zhao, N. (2025). Neural correlates of psychotherapy in mental disorders: A meta-analysis of longitudinal resting-state fMRI studies. *Psychiatry Research*, 348, 116495. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2025.116495>
- Zhang, Z., Zhang, Y., Wang, H., Lei, M., Jiang, Y., Xiong, D., Chen, Y., Zhang, Y., Zhao, G., Wang, Y., Zhang, W., Xu, J., Zhai, Y., An, Q., Li, S., Hao, X., & Liu, F. (2025). Resting-state network alterations in depression: A comprehensive meta-analysis of functional connectivity. *Psychological Medicine*, 55, e63. <https://doi.org/10.1017/S0033291725000303>

Zhou, I. Y., Liang, Y. X., Chan, R. W., Gao, P. P., Chan, K. C., & Wu, E. X. (2014). Brain resting-state functional MRI connectivity: Morphological foundation and plasticity. *NeuroImage*, 84, 1–10.

<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.08.037>

Zhou, J., Zhu, J., Geng, J., Wei, D., Zhu, S., Huang, J., & Wang, J. (2020). Altered default mode network functional connectivity in major depressive disorder: A resting-state fMRI study. *Journal of Affective Disorders*, 262, 268–275. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.002>

Zhou, M., Hu, X., Lu, L., Zhang, L., Chen, L., Gong, Q., & Huang, X. (2017). Intrinsic cerebral activity at resting state in adults with major depressive disorder: A meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 75, 157–164.

<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.02.001>

Trastorno de excoriación: una revisión integral

Excoriation (Skin-Picking) Disorder: A Comprehensive Review

Alejo Agranatti¹, Sergio Ricciardelli², María Lucía Marchese³, Martina Victoria Rojas⁴, Daniel Fadel⁵, Melany Oppel⁶

<https://doi.org/10.53680/vertex.v37i173.1068>

Resumen

El trastorno de excoriación (TE), recientemente reconocido como entidad diagnóstica en el DSM-5, se caracteriza por conductas recurrentes de rascado compulsivo que generan lesiones cutáneas y un alto impacto emocional, funcional y social. Esta revisión integral aborda su fisiopatología, manifestaciones clínicas, comorbilidades y tratamiento, enfatizando la importancia de un abordaje multidisciplinario. Se destacan aspectos relacionados a su neurobiología y farmacoterapia, incluyendo el uso de inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), N-acetilcisteína (NAC) y naltrexona, así como la efectividad de intervenciones psicoterapéuticas, particularmente la terapia cognitivo-conductual. El TE representa un desafío diagnóstico y terapéutico relevante en la intersección entre la psiquiatría y la dermatología.

Palabras clave: trastorno de excoriación, conductas repetitivas centradas en el cuerpo, trastorno obsesivo compulsivo y relacionados, psicodermatología

Abstract

Excoriation disorder (ED), recently recognized as a distinct diagnosis in the DSM-5, is characterized by recurrent compulsive skin picking behaviors that lead to skin lesions and significant emotional, functional, and social impairment. This comprehensive review addresses its pathophysiology, clinical assessment, comorbidities, and treatment, highlighting the importance of a multidisciplinary approach. Advances in neurobiology and pharmacotherapy are discussed, including the use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, N-acetylcysteine, and naltrexone, as well as the effectiveness of psychotherapeutic interventions such as cognitive-behavioral therapy. ED presents a relevant diagnostic and therapeutic challenge at the intersection of psychiatry and dermatology.

Keywords: excoriation (skin-picking) disorder, body focused repetitive behaviors, obsessive-compulsive and related disorders, psychodermatology

RECIBIDO 27/8/2025 - ACEPTADO 13/3/2026

¹Médico especialista en Psiquiatría; Jefe del Servicio de Salud Mental Instituto de Investigaciones Médicas Dr. Alfredo Lanari, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA); Servicio de Psiquiatría Centro de Enseñanza Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno (CEMIC); Buenos Aires, Argentina.

²Psicólogo; Instituto de Investigaciones Médicas Dr. Alfredo Lanari, Facultad de Medicina (UBA); Servicio de Psiquiatría Centro de Enseñanza Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno (CEMIC); Buenos Aires, Argentina.

³Instituto Universitario CEMIC (IUC); Buenos Aires, Argentina.

⁴Instituto Universitario CEMIC (IUC); Buenos Aires, Argentina.

⁵Médico especialista en Psiquiatría; Instituto de Investigaciones Médicas "Dr. Alfredo Lanari", Facultad de Medicina (UBA); Buenos Aires, Argentina.

⁶Médica especialista en Psiquiatría; Instituto de Investigaciones Médicas "Dr. Alfredo Lanari", Facultad de Medicina (UBA); Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0003-4554-8427>

Autora correspondiente:

Melany Oppel

melanyoppel@gmail.com

Institución en la que se realizó el trabajo: Instituto de Investigaciones Médicas Dr. Alfredo Lanari, Facultad de Medicina (UBA).

Centro de Enseñanza Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno (CEMIC). Buenos Aires, Argentina.



Introducción

Existe una estrecha relación entre el tejido cutáneo, el sistema nervioso central y el periférico. Durante el desarrollo embrionario, tanto la piel como el sistema nervioso se originan a partir de la misma capa germinal, el ectodermo. Es a partir de esta interrelación que ciertas alteraciones neuropsicológicas pueden expresarse como epifenómenos cutáneos, siendo una de estas el trastorno de excoriación (TE) (González et al., 2015).

El TE se define por episodios recurrentes caracterizados por la necesidad intensa de tocar, rascar, friccionar, apretar, morder o excavar la piel o mucosas, lo que conlleva secundariamente a lesiones y a dificultades psicosociales concomitantes (American Psychiatric Association, 2013; Kwon et al., 2020). En la ejecución del acto excoriativo a menudo se emplean las propias manos y uñas, sin embargo, también se ha reportado el uso de instrumentos como pinzas y agujas, entre otros (González et al., 2015; Rivera & Arenas, 2016). Frecuentemente, el rascado es gatillado por pequeñas imperfecciones o defectos cutáneos preexistentes, o ante la presencia de áreas con acné, foliculitis o picaduras (Rivera & Arenas, 2016). La manipulación de la piel puede adoptar diversas formas que incluyen el rascado impulsivo, así como también ciertas conductas autolesivas. Este patrón puede culminar en una diversidad de lesiones dermatológicas (Bohne et al., 2002; Kwon et al., 2020).

El TE se ha clasificado en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 5ta Edición (DSM-5), dentro de la sección “Trastorno Obsesivo-Compulsivo y trastornos relacionados”. Este grupo incluye al trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el trastorno dismórfico corporal, el trastorno de acumulación y la tricotilomanía (American Psychiatric Association, 2013). La clasificación conjunta de estas entidades se debe a que estas patologías pueden considerarse dentro de un mismo espectro psicopatológico por compartir sintomatología, curso evolutivo, factores genéticos y respuesta al tratamiento, entre otros (Alfahaad et al., 2024). Los criterios diagnósticos del TE se detallan en la *Tabla 1*.

Esta condición fue descrita por primera vez por Erasmus Wilson en el año 1875, quien observó autolesiones excoriativas en sus pacientes con neurosis y las describió bajo el término “excoriaciones neuróticas”. Desde ese entonces se han encontrado reportes en la literatura médica bajo diferentes denominaciones: acné excoriativo, dermatilomanía, o excoriaciones psicogénicas (González et al., 2015; Rivera & Arenas, 2016).

Tabla 1. Criterios diagnósticos para el TE según DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)

A	Dañarse la piel de forma recurrente hasta producirse lesiones cutáneas.
B	Intentos repetidos de disminuir o dejar de rascarse la piel.
C	Rascarse la piel causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
D	El daño de la piel no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) u otra afección médica (p. ej., sarna).
E	El hecho de rascarse la piel no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., delirios o alucinaciones táctiles en un trastorno psicótico, intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal, estereotipias como en el trastorno de movimientos estereotipados, o el intento de dañarse uno mismo en la autolesión no suicida).

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica entre los meses de marzo y abril de 2025 en los motores de búsqueda PubMed (Medline) y SciELO, utilizando los términos: “Síndrome de excoriación cutánea”, “Skin picking” y “Dermatilomanía”. En PubMed se identificaron 809 artículos, de los cuales 265 fueron considerados relevantes para los fines de esta revisión. Del total restante, 13 correspondían a investigaciones en población pediátrica, 45 a trabajos referidos a pacientes con diagnóstico de síndrome de Prader-Willi, 2 eran artículos duplicados y 484 no resultaron pertinentes para los objetivos del presente trabajo. En la biblioteca virtual SciELO se hallaron 3 artículos adicionales que fueron considerados.

Epidemiología y prevalencia

Los datos epidemiológicos sobre el TE son limitados y provienen exclusivamente de estudios realizados en otros países. Hasta el momento de esta revisión, no se encontraron trabajos llevados a cabo en Argentina sobre dicha temática.

Si bien diversos estudios efectuados en Estados Unidos señalan la existencia del TE en la población general, la prevalencia exacta aún no ha sido claramente establecida. En una encuesta realizada a más de 10.000 participantes de entre 18 y 69 años se estimó una prevalencia a lo largo de la vida del 3,1 %. El estudio también destaca que puede asociarse de manera comórbida con otros trastornos psiquiátricos (Grant & Chamberlain, 2020).

Este trastorno se presenta con mayor frecuencia en mujeres con una proporción aproximada de 8 mujeres por cada 1 hombre. El inicio de los síntomas suele producirse en la adolescencia (13-18 años) o al comienzo de la adultez (30-45 años), etapas caracterizadas por altos niveles de estrés y cambios hormonales. El pico de inicio se observa alrededor de los 20 años, lo que explica que gran parte de las investigaciones se hayan realizado en estudiantes universitarios (Alfahaad et al., 2024; Bohne et al., 2002; Martínez-Aguayo et al., 2017). En algunos casos, los primeros síntomas reportados se desarrollaron a partir de la aparición de acné durante la adolescencia, pero la compulsión persistió incluso después de la resolución del mismo. Otras afecciones cutáneas también pueden gatillar la conducta excoriativa (Bohne et al., 2002; Rivera & Arenas, 2016).

Se han reportado casos de TE en niños menores de 10 años, especialmente asociados a antecedentes traumáticos (González et al., 2015; Rivera & Arenas, 2016). Cuando el inicio ocurre en la infancia, el cuadro clínico es similar al de aparición en la adultez, aunque el curso suele ser más prolongado y con menor acceso al tratamiento (Alfahaad et al., 2024).

Presentación clínica

Desde la perspectiva dermatológica, el cuadro típico del TE se caracteriza por lesiones de aspecto circular, eritematosas y erosivas. Estas pueden manifestarse también como discontinuidades cutáneas de morfología, profundidad y extensión variable, o como erosiones lineales con bordes sobreelevados y discrómicos. Además, algunas de estas afecciones pueden estar acompañadas de costras hemáticas rodeadas de eritema y edema localizado. En lo que respecta a las lesiones crónicas, estas pueden presentarse como nódulos hipertróficos o cicatrices atróficas (Arnold et al., 1998; Rivera & Arenas, 2016). Las complicaciones incluyen ulceración, infección, cicatrización y desfiguración física. En situaciones más severas, estas heridas pueden llegar a requerir tratamiento antibiótico o quirúrgico (González et al., 2015; Rivera & Arenas, 2016).

Las conductas de rascado pueden originarse en piel sana, o bien desencadenarse por la manipulación de alteraciones preexistentes como picaduras de insectos, comedones, procesos inflamatorios o verrugas (Arnold et al., 1998; Rivera & Arenas, 2016). Las lesiones suelen provocarse en áreas del cuerpo de fácil acceso con las manos, afectando comúnmente el rostro, cavidad oral, labios, tercio superior del tronco, brazos, dedos, muslos, piernas y región perianal (Bohne et al.,

2002; Rivera & Arenas, 2016). Situaciones de estrés pueden actuar como precipitadores de las conductas de rascado compulsivo (Alfahaad et al., 2024).

La frecuencia de rascado varía entre individuos. Algunos lo realizan en intervalos cortos repetidas veces al día (entre 6 y 10 minutos aproximadamente), mientras que otros pueden dedicarle “sesiones” de varias horas. Estas conductas pueden manifestarse en situaciones de la vida cotidiana, como estar mirándose al espejo o hablar por teléfono, y tienden a intensificarse durante la noche, especialmente entre las 20:00 y las 00:00 horas (Bohne et al., 2002; Walther et al., 2009).

En cuanto a la presentación clínica, los pacientes suelen describir un patrón característico: la aparición de una sensación de tensión localizada en la zona afectada que antecede al episodio de rascado, seguida por un alivio transitorio o una sensación de gratificación tanto durante como después de la conducta excoriativa (Rivera & Arenas, 2016). No obstante, la repetitividad del acto y las lesiones resultantes pueden generar sentimientos de angustia, vergüenza y culpa, generando un considerable malestar emocional. Las personas afectadas por TE suelen recurrir a diversas estrategias de ocultamiento —maquillaje o vendajes— con el propósito de enmascarar las lesiones autoinfligidas y reducir el impacto emocional ante la exposición. Algunos pacientes pueden presentar deterioro en el desempeño académico o laboral, así como también en las relaciones interpersonales, lo que repercute negativamente en su calidad de vida (Alfahaad et al., 2024; González et al., 2015; Rivera & Arenas, 2016).

Se han informado casos de TE inducidos por fármacos. Un reporte describe la aparición de rascado compulsivo asociado al uso de clozapina en un paciente adulto, mientras que otro documenta un caso en un niño de ocho años tras el inicio del uso de atomoxetina. En ambos, se observó una relación temporal entre el comienzo del tratamiento y la conducta excoriativa, la cual remitió tras la suspensión del fármaco, sugiriendo así una posible asociación causal (Kasar & Yurteri, 2020; Reddy et al., 2018).

Fisiopatología

Si bien la patogenia del TE aún no ha sido completamente esclarecida, en los últimos años se han desarrollado investigaciones orientadas a comprender los aspectos fisiopatológicos implicados.

Respecto a la genética, estudios realizados en gemelos han estimado una heredabilidad cercana al 40 %. Investigaciones sugieren que tanto el TE como la tri-

cotilomanía comparten patrones hereditarios similares a los observados en otros trastornos agrupados en la misma categoría diagnóstica del DSM-5. Se ha propuesto que los genes de la familia SAPAP (vinculados a la densidad post-sináptica de neuronas glutamatérgicas), en particular el SAPAP3, podrían desempeñar un rol en las conductas centradas en el cuerpo y en el TOC (González et al., 2015; Rivera & Arenas, 2016).

Estudios a partir de neuroimágenes han contribuido a la comprensión de la fisiopatología. La evidencia actual señala disfunciones en los circuitos neuronales involucrados en el control inhibitorio, la monitorización de la conducta y la formación de hábitos. Investigaciones empleando resonancia magnética funcional (fMRI) han identificado patrones de activación cerebral atípicos en regiones asociadas con estos procesos (Alfahaad et al., 2024; Grant, Odlaug, Hampshire et al., 2013; Torales et al., 2014). Complementariamente, estudios basados en neuroimágenes estructurales revelaron un aumento del volumen del estriado ventral bilateral, junto con alteraciones morfológicas corticales, como adelgazamiento en áreas frontales del hemisferio derecho y engrosamiento de la cuña bilateral en el lóbulo occipital (González et al., 2015; Rivera & Arenas, 2016; Torales et al., 2014). También, se han identificado alteraciones estructurales en la sustancia blanca que conecta el giro frontal derecho con la corteza cingulada anterior (Grant, Odlaug, Hampshire et al., 2013). Estos hallazgos refuerzan la hipótesis de una base neurobiológica del trastorno, vinculada a dificultades en la regulación emocional y el control de impulsos. Patrones similares se han observado en la tricotilomanía, factor que reforzaría la hipótesis de una posible convergencia neurobiológica entre ambos trastornos (Alfahaad et al., 2024; Grant, Odlaug, Hampshire et al., 2013; Torales et al., 2014).

El circuito de recompensa cerebral también cumple un rol central en la fisiopatología del TE, implicado en la regulación del refuerzo conductual y la gratificación que acompaña a conductas repetitivas como el rascado compulsivo. El funcionamiento del circuito de recompensa depende de la interacción dinámica entre regiones corticales y subcorticales. Entre ellas se destacan la corteza prefrontal, encargada de la regulación conductual, el área tegmental ventral y el núcleo accumbens (NAc), estructuras clave en la señalización dopaminérgica asociada al refuerzo y la gratificación (Torales et al., 2014). La liberación de dopamina en estas regiones genera sensaciones placenteras y refuerza la conducta, incluso cuando esta resulta perjudicial. A su vez, el NAc

se conecta con el pálido ventral, el tálamo y nuevamente con la corteza prefrontal, conformando el denominado circuito corticoestriado (Torales et al., 2014). En este proceso, el glutamato ejerce una función moduladora al potenciar la activación dopaminérgica. Como consecuencia, se produce un refuerzo positivo que favorece la consolidación del rascado compulsivo y debilita los mecanismos inhibitorios encargados de controlar dicha conducta (González et al., 2015; Rivera & Arenas, 2016). Durante las etapas iniciales, estas conductas repetitivas suelen asociarse a una experiencia subjetiva placentera, lo que contribuye a su mantenimiento y consolidación a lo largo del tiempo, favoreciendo el establecimiento de patrones conductuales desadaptativos (Grant et al., 2013; Torales et al., 2014). La comprensión de estos mecanismos ha impulsado el desarrollo y la utilización de diversas estrategias farmacológicas para el tratamiento del trastorno (González et al., 2015).

Diversas investigaciones han demostrado que el cerebelo no solo interviene en la coordinación motora, sino que también cumple un rol significativo en el procesamiento de funciones cognitivas y afectivas relacionadas con el control conductual (Torales et al., 2014). En este sentido, estudios adicionales empleando fMRI evidenciaron una reducción en el volumen de sustancia gris en los lóbulos cerebelosos izquierdos (áreas V y VI), estructuras vinculadas respectivamente al control motor y a procesos afectivos y cognitivos (Grant et al., 2013; Lee & Lipner, 2022; Torales et al., 2014).

Los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, incluido el TE, se caracterizan por presentar una alteración en la actividad del sistema serotoninérgico. Este hallazgo ha sido corroborado mediante estudios de tomografía por emisión de positrones (PET), evidenciando alteraciones en la actividad metabólica cerebral asociadas a la neurotransmisión serotoninérgica (Alfahaad et al., 2024; Torales et al., 2014). Un déficit en esta vía puede comprometer la capacidad del individuo para suprimir comportamientos repetitivos, contribuyendo así a la emergencia de conductas compulsivas como el rascado patológico (Alfahaad et al., 2024). La disfunción en la transmisión serotoninérgica se caracteriza ya sea por una menor disponibilidad sináptica del neurotransmisor o una regulación deficiente de los receptores 5-HT_{1A} y 5-HT_{2A}. Esta hipótesis se ve reforzada por la eficacia clínica de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en la reducción de los síntomas compulsivos, lo que sugiere un papel terapéutico clave de la modulación serotoninérgica en estos pacientes (Arnold et al., 1998; González et al., 2015; Lochner et al., 2017).

Evaluación y diagnóstico

Los especialistas en dermatología suelen constituir el primer contacto con el sistema de salud de los pacientes con TE (Alfahaad et al., 2024; Fernández Rodríguez et al., 2020), motivo por el cual es esencial que cuenten con conocimientos psicopatológicos sobre esta condición (Alfahaad et al., 2024; Rivera & Arenas, 2016). Sin embargo, no es infrecuente que la primera consulta la lleve adelante un especialista en salud mental. Al ser el TE un cuadro neuropsicológico con impacto dermatológico, los afectados, se encuentran en una situación de tensión asistencial —entre lo psicológico y dermatológico—, fenómeno que se traduce en la cronificación sintomatológica, demora en la terapéutica y hasta, incluso, recepción de tratamientos inadecuados. Como consecuencia, tiene lugar un impacto negativo en la calidad de vida. A partir de esto, se cree que existe un vacío en las competencias profesionales en lo que respecta a la asistencia de estos pacientes.

El proceso diagnóstico debe comenzar con una anamnesis exhaustiva que contemple aspectos médicos, dermatológicos y psiquiátrico-psicológicos. Para garantizar una exploración apropiada, se recomienda emplear una entrevista semiestructurada que combine preguntas abiertas con otras dirigidas, permitiendo así el abordaje integral de los aspectos del cuadro. Es esencial identificar el grado de deterioro funcional, el malestar subjetivo asociado y la posible presencia de comorbilidades (González et al., 2015; Rivera & Arenas, 2016). Es menester indagar sobre el inicio y evolución del comportamiento de rascado, frecuencia de los episodios, los desencadenantes, la consciencia del impulso, el tiempo invertido en la conducta y las estrategias empleadas para intentar detenerla (Kwon et al., 2020; González et al., 2015; Rivera & Arenas, 2016).

El examen físico debe incluir una evaluación dermatológica que permita determinar la extensión y severidad de las lesiones, así como identificar posibles complicaciones (Rivera & Arenas, 2016). Es importante desestimar la coexistencia de enfermedades dermatológicas primarias (Grant & Chamberlain, 2020).

Por último, tener en cuenta que las lesiones observadas pueden compartir características clínicas con manifestaciones cutáneas secundarias a otras condiciones médicas. Dentro del diagnóstico diferencial deben considerarse entidades como la uremia, la colestasis, la cirrosis biliar primaria, la policitemia vera, los linfomas, los tumores sólidos, el hipertiroidismo, la deficiencia de hierro, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el consumo pro-

blemático de sustancias o alcohol. Del mismo modo, es esencial diferenciar el TE de otros síndromes psicodermatológicos que también cursan con lesiones autoinfligidas, siendo estos la dermatitis artefacta, el delirio de parasitosis (DP) y el trastorno dismórfico corporal, aunque presentan distinta fenomenología y curso clínico (González et al., 2015; Pavlovsky et al., 2008; Rivera & Arenas, 2016).

El DP se caracteriza por la idea delirante, persistente, fija e irrefutable de estar infectado por algún tipo de parásito, aun cuando el profesional descarta de manera absoluta una causa orgánica. Esto define su naturaleza psicótica y permite diferenciarlo claramente de un cuadro no psicótico, como el TE. El DP suele presentarse en mujeres de mediana edad que consultan refiriendo la presencia de organismos que dicen ver ocasionalmente pero, sobre todo, sentir bajo o sobre la piel. Estas sensaciones cutáneas desagradables las llevan a una observación minuciosa de la piel hasta encontrar detalles que interpretan como signos de infestación (Pavlovsky et al., 2008). Este cuadro debe diferenciarse de la alucinación secundaria al consumo de cocaína, en donde los pacientes suelen presentar alucinaciones táctiles muchas veces representada como parásitos cutáneos que conducen a una conducta excoriativa. Cabe destacar que esta sintomatología se presenta en el contexto de consumo (Brewer et al., 2008).

En relación a las categorías diagnósticas, el DSM-5 lo incluye dentro del capítulo del TOC y trastornos relacionados, como se detalló previamente, bajo el código 698.4 (American Psychiatric Association, 2013; Fernández Rodríguez et al., 2020). La *Clasificación Internacional de Enfermedades*, en su 11ª edición (CIE-11), incluye el TE dentro del grupo de los TOC y relacionados, específicamente en la subcategoría de los trastornos por comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo (*body-focused repetitive behaviour disorders*), bajo el código 6B25.1 (Fernández Rodríguez et al., 2020; Martínez-Aguayo et al., 2017; World Health Organization, 2019).

Para evaluar el impacto del trastorno se han desarrollado diversas escalas que permiten medir la severidad, los antecedentes, las repercusiones emocionales y psicosociales del cuadro. A continuación, se describen aquellas de mayor relevancia:

- Escala de Rascado Compulsivo (Skin Picking Scale, SPS): Autoevaluación que mide la gravedad según frecuencia e intensidad de las conductas, tiempo dedicado e impacto en los últimos 7 días (González et al., 2015).

- Escala de Impacto del Rascado Compulsivo (Skin Picking Impact Scale, SPIS): Evalúa las repercusiones psicosociales, incluyendo interferencia en relaciones, estado de ánimo, malestar y vergüenza. Existe una versión abreviada (SPIS-Short Version) (Barrios et al., 2021; González et al., 2015).
- Escala Yale-Brown Obsesivo-Compulsiva (YBOCS) adaptada para el TE (NE-YBOCS): Entrevista semiestructurada de 10 ítems en dos subescalas (pensamientos/impulsos y conductas). Puntúa de 0 a 40, con valores superiores indicativos de mayor severidad. Es válida para medir severidad y respuesta al tratamiento (Pirdogan Aydin et al., 2021).
- Escala de Milwaukee para las Dimensiones del Rascado Compulsivo en Adultos (Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking, MIDAS): Basada en subtipos (compulsivo, impulsivo y mixto). Consta de 12 ítems, 6 compulsivos y 6 impulsivos. No mide severidad, sino el grado en el que el paciente se ajusta a cada dimensión (González et al., 2015; Walther et al., 2009).
- Otras: Skin Picking Self-Assessment Scale (SPSAS) y Massachusetts General Hospital-Skin Picking Scale (MGH-SPS) (González et al., 2015; Walther et al., 2009).

Comorbilidades

Se han descrito una serie de cuadros clínicos agrupados bajo el término de “conductas repetitivas impulsivas orientadas hacia el cuerpo” (CRIOC), o Body-Focused Repetitive Impulsive Behaviours (BFRIB) en inglés. El mismo incluye conductas tales como rascarse, morderse o removerse compulsivamente uñas, pelo o piel. Para ser consideradas patológicas, estas conductas deben ser egodistónicas, persistentes y generar un impacto significativo tanto a nivel emocional como en la funcionalidad social y/o estética del paciente. El TE se considera actualmente dentro de este grupo de condiciones clínicas junto con la tricotilomanía y la onicofagia (Martínez-Aguayo et al., 2017).

Un estudio retrospectivo de casos y controles realizado en el Johns Hopkins Hospital concluyó que, en comparación con los controles, los pacientes con TE presentaban una mayor probabilidad de padecer diversos trastornos psiquiátricos, como TOC, trastorno por consumo de sustancias, trastorno por estrés post-traumático, trastorno depresivo mayor, trastornos bipolares, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos de ansiedad. Además, otras CRIOC como la tricotilomanía y la onicofagia se encontraron

asociadas. Aunque las tasas de comorbilidad eran elevadas, sólo el 42 % de los pacientes fue remitido a consulta psiquiátrica, y de estos, el 64 % no asistió. Asimismo, la efectividad del tratamiento fue baja, ya que sólo el 21 % mostró una mejoría o resolución de los síntomas (Kwon et al., 2020).

Existe una clara asociación entre el TE y el consumo de sustancias (CS). En un estudio canadiense realizado en 2025, un 16,8 % de pacientes con TE presentaban trastorno por consumo asociado a diversas sustancias incluyendo alcohol concomitante. En lo que a la asociación del consumo respecta, la bibliografía consultada refleja incertidumbre sobre si el CS es una causa o una consecuencia del TE (Deschênes & Veillette, 2025).

Otros trastornos psiquiátricos que también han sido asociados al TE son la cleptomanía, el trastorno dismórfico corporal y la bulimia nerviosa. Estos hallazgos resaltan la importancia de adoptar un enfoque multidisciplinario en el manejo del TE, que integre tanto el tratamiento dermatológico como el de salud mental, articulando el abordaje farmacológico con el psicológico (Alfahaad et al., 2024; González et al., 2015; Torales et al., 2014).

El TE puede presentarse también dentro del cuadro clínico del Síndrome de Prader-Willi, un trastorno del neurodesarrollo complejo causado por una anomalía en el brazo largo del cromosoma 15 (q11-q13). El TE también ha sido descrito en pacientes con síndrome de Lesch-Nyhan, trastornos del espectro autista (TEA), discapacidad intelectual, retraso del desarrollo, síndrome de Smith-Magenis, síndrome de Tourette y trastornos de tics persistentes (González et al., 2015).

Tratamiento

Los especialistas en dermatología serán los encargados de tratar las lesiones cutáneas y sus posibles complicaciones. Entre estas, las excoriaciones infectadas y ulceraciones son especialmente relevantes, pudiendo requerir tratamiento con antibióticos tópicos o sistémicos, según su extensión y gravedad. Los apósitos semioclusivos pueden ser útiles para limitar el daño y favorecer la cicatrización. En pacientes que presentan prurito, se considera el uso de antihistamínicos y corticosteroides tópicos, así como la fototerapia con luz ultravioleta B de banda estrecha (UVB). Si hay acné asociado, su abordaje debe ajustarse al tipo de lesiones y a la severidad del cuadro, pudiendo utilizarse retinoides tópicos o sistémicos. En casos más severos, las lesiones podrían generar desfiguraciones importantes que pueden requerir intervención quirúrgica. Además, se aconseja el

uso de protector solar (Alwattar-Ceballos et al., 2024; González et al., 2015; Rivera & Arenas, 2016).

En cuanto al abordaje por parte del equipo de salud mental, se proponen dos estrategias principales de tratamiento: psicoterapéutica y psicofarmacológica. En cuanto a las intervenciones psicoterapéuticas, la terapia cognitivo-conductual (TCC), es considerada el tratamiento de primera elección para el TE. Esta corriente integra diversas técnicas terapéuticas, entre ellas, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en reversión de hábitos (ERH) y la exposición con prevención de respuesta (EPR) (Alfahaad et al., 2024; González et al., 2015; Lochner et al., 2017).

La reestructuración cognitiva tiene como objetivo identificar y modificar los pensamientos disfuncionales y las distorsiones cognitivas asociadas con la conducta de rascado. En este proceso, se reconocen los desencadenantes y los pensamientos negativos vinculados al comportamiento, fomentando su sustitución por valoraciones cognitivas más adaptativas y equilibradas. Al abordar estos factores subyacentes, se facilita el desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento, lo que contribuye a disminuir la frecuencia y gravedad de los episodios de excoriación, así como a mejorar la salud emocional del paciente (Alfahaad et al., 2024; Lochner et al., 2017).

El ERH es otra intervención eficaz que busca aumentar la consciencia del paciente respecto de sus conductas compulsivas, con el fin de interrumpir el ciclo del hábito del rascado (González et al., 2015). A través de este enfoque, se identifican señales tempranas o desencadenantes del comportamiento y se implementan conductas alternativas, lo que permite modificar progresivamente la respuesta (Rivera & Arenas, 2016). En un ensayo controlado aleatorizado de cuatro semanas de duración se demostró que el ERH es eficaz en la reducción de los episodios de rascado con efectos sostenidos a los dos meses de seguimiento (Lochner et al., 2017).

Por su parte, la EPR, ampliamente utilizada en el tratamiento del TOC y el TE, consiste en exponer gradualmente al paciente a situaciones o estímulos que provocan los impulsos de rascado, evitando la ejecución de la conducta compulsiva. Mediante esta técnica, los individuos aprenden a tolerar el malestar y a resistir la necesidad de rascarse, desarrollando con el tiempo una mayor tolerancia a los desencadenantes y una reducción en la intensidad y frecuencia de los episodios (Alfahaad et al., 2024).

Diversos estudios respaldan la eficacia de la TCC para reducir la severidad del rascado, mejorar el impacto funcional, y promover un mayor bienestar emocional y de calidad de vida. Estas mejoras se han evaluado mediante la utilización de las escalas SPIS y SPS (Alfahaad et al., 2024; González et al., 2015; Lochner et al., 2017). Adicionalmente, se han explorado otras intervenciones como la terapia de aceptación y compromiso (ACT), la terapia grupal con componentes de ACT, la escritura expresiva y los módulos de autoayuda en línea. Los estudios preliminares sobre programas de autoayuda guiados por profesionales a través de plataformas digitales han mostrado resultados prometedores. También, se han propuesto enfoques complementarios como la acupuntura, la hipnoterapia, el *mindfulness* y la terapia dialéctico-conductual. Sin embargo, la evidencia sobre su eficacia continúa siendo limitada (Alfahaad et al., 2024; Lochner et al., 2017).

Tratamiento farmacológico

El TE fue reconocido oficialmente como entidad diagnóstica e incluido en el DSM-5 en el año 2013. Esta incorporación ha contribuido a un aumento en su visibilidad clínica, promoviendo tanto el interés en la investigación científica como el desarrollo de estrategias terapéuticas específicas. Sin embargo, hasta la fecha, ni la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) ni la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) en Argentina, han aprobado tratamientos farmacológicos específicos para el manejo del TE. En consecuencia, las intervenciones farmacológicas actualmente utilizadas se basan en la evidencia clínica emergente y en el uso *off-label* de determinados psicofármacos (Kwon et al., 2020; Lochner et al., 2017).

Distintas líneas de investigación han explorado opciones farmacológicas para el tratamiento del TE. Se han estudiado drogas con distintos perfiles farmacodinámicos, incluyendo ISRS, estabilizadores del ánimo como lamotrigina, moduladores glutamatergicos como la NAC y antagonistas de receptores opioides como naltrexona. Además, se han estudiado estrategias de potenciación, como posibles vías para optimizar la respuesta clínica (Alwattar-Ceballos et al., 2024; González et al., 2015; Lee & Lipner, 2022; Varghese et al., 2024).

Los ISRS actualmente son considerados la primera opción farmacológica en el abordaje del TE, a pesar de que su uso en este contexto no está formalmente aprobado. La recomendación como tratamiento de primera

línea se sustenta en su eficacia en trastornos relacionados como el TOC, así como en su perfil de seguridad relativamente favorable. Los ISRS más estudiados en relación al TE son: fluoxetina, sertralina, citalopram, escitalopram y fluvoxamina. No existe evidencia sobre la eficacia de un agente por sobre otro (González et al., 2015; Kwon et al., 2020; Lochner et al., 2017).

Fluoxetina

Fluoxetina es el ISRS con mayor número de estudios clínicos en relación al tratamiento del TE. Un ensayo aleatorizado de 10 semanas de duración mostró una mejoría significativa en al menos una de las tres escalas de impacto utilizadas, con una dosis promedio de 55 mg/día, con respecto al placebo. Además, más del 50 % de los participantes respondieron inicialmente al tratamiento. Aquellos que continuaron con fluoxetina mantuvieron la mejoría, mientras que los asignados a placebo experimentaron recaídas (Grant et al., 2010; Lochner et al., 2017). Diversos reportes de casos también respaldan su utilidad terapéutica. Cabe destacar que el perfil farmacocinético de la fluoxetina, caracterizado por su larga vida media y su potente inhibición de la enzima CYP2D6, puede favorecer la acumulación del fármaco y aumentar el riesgo de interacciones farmacológicas. Entre los efectos adversos más comunes se encuentran insomnio, náuseas, ansiedad, agitación y disfunción sexual (Fernández Rodríguez et al., 2020; Lochner et al., 2017).

Escitalopram

Escitalopram ha demostrado eficacia clínica y buena tolerabilidad en el tratamiento del TE. En un ensayo abierto de 18 semanas de duración empleando una dosificación de hasta 30 mg/día, cerca de la mitad de los participantes alcanzó remisión completa de los síntomas, mientras que un porcentaje de los participantes evidenció respuesta parcial (Alwattar-Ceballos et al., 2024).

El esquema de dosificación a considerar permite ajustar el tratamiento según la tolerancia individual y la respuesta clínica. Suele ser habitual iniciar con una dosis de 10 mg/día y aumentar progresivamente (Lochner et al., 2017). Su vida media intermedia y su escaso impacto sobre el sistema enzimático del citocromo P450 reducen el riesgo de interacciones farmacológicas, lo cual lo convierte en una opción segura para pacientes polimedicados o con comorbilidades. Por estas características, el escitalopram representa una estrategia terapéutica adecuada dentro de los ISRS, con un rango de dosificación recomendado entre 10 y 20 mg/día (Alwattar-Ceballos et al., 2024).

Sertralina

Sertralina administrada con un esquema de dosificación flexible ha mostrado superioridad frente al placebo en la disminución de los síntomas en pacientes con diagnóstico de TE, lo que respalda la inclusión de este agente como una opción válida dentro del abordaje farmacológico (Kalivas et al., 1996; Mayo et al., 2007).

Fluvoxamina

Un estudio examinó la seguridad y eficacia de fluvoxamina en el tratamiento del TE. Catorce sujetos diagnosticados recibieron fluvoxamina en un ensayo abierto de 12 semanas. Todos los participantes cumplieron los criterios del DSM-IV para al menos un trastorno psiquiátrico comórbido. Los que completaron el estudio (N = 7) tuvieron una mejoría significativa en la YBOCS modificada así como una reducción importante en las CRIOC (p. ej., rascarse, pellizcarse, o apretarse). Los resultados de este ensayo clínico sugieren que la fluvoxamina podría ser eficaz para reducir las conductas de excoriación (Arnold et al., 1999).

N-Acetilcisteína (NAC)

Otro fármaco que ha ganado atención en los últimos años por su eficacia en la reducción de conductas compulsivas en el TE es NAC. Este agente ha sido estudiado en el tratamiento del TOC y otros trastornos relacionados, tanto en monoterapia como en combinación con ISRS. Los trabajos considerados arrojan resultados prometedores en la reducción de síntomas compulsivos tras la inclusión de este agente (Alwattar-Ceballos et al., 2024; Lee & Lipner, 2022; Lochner et al., 2017).

NAC es un precursor acetilado del aminoácido L-cisteína que actúa como modulador del sistema glutamatérgico y agente antioxidante. Es ampliamente reconocida por sus propiedades mucolíticas y por su eficacia como antídoto en casos de sobredosis por paracetamol. Como mecanismo de acción, atenúa la hiperactividad glutamatérgica mediante la liberación de glutamato en el espacio extracelular, lo que estimula receptores inhibitorios del glutamato y reduce la neurotransmisión glutamatérgica. Se ha observado que la liberación excesiva de glutamato está implicada en la fisiopatología de trastornos caracterizados por conductas repetitivas y compulsivas, como el TOC y el TE (Grant et al., 2013; Kwon et al., 2020; Torales et al., 2014).

Asimismo, regula indirectamente la liberación de dopamina a través de la modulación del sistema glutamatérgico, actuando sobre los receptores presinápticos mGlu2/3. Tanto la dopamina como el glutamato y sus metabolitos oxidados pueden inducir citotoxici-

dad y contribuir al estrés oxidativo. NAC protege a las células mediante la restauración de los niveles intracelulares de glutatión, al aportar cisteína, su precursor limitante. Cisteína actúa como eliminador de radicales libres, ayudando a reducir procesos inflamatorios y oxidativos. Se plantea que la reducción del estrés oxidativo podría prevenir la reincidencia de conductas compulsivas (Lee & Lipner, 2022; Lochner et al., 2017; Torales et al., 2014).

Desde el punto de vista clínico, diversos estudios han respaldado el uso de NAC en pacientes con TE. Por ejemplo, un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, realizado durante 12 semanas en donde se administró NAC en un rango de dosis entre 1200 y 3000 mg diarios. El 47 % de los pacientes tratados con NAC mostraron mejoría muy marcada, en comparación con sólo el 19 % del grupo placebo (Lee & Lipner, 2022).

Otro estudio aleatorizado en donde participaron 66 sujetos adultos, también se halló una mejora significativa en la severidad del TE en el grupo que recibió NAC, medida con la escala NE-YBOCS, y con la escala de Severidad de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression - Severity, CGI-S). Los efectos adversos fueron mínimos e incluyeron náuseas, xerostomía, constipación y mareos. Ningún paciente abandonó el estudio por estas causas (Lee & Lipner, 2022; Lochner et al., 2017).

Además de la evidencia derivada de ensayos clínicos, los reportes de casos también aportan datos clínicamente valiosos. Uno de ellos documentó la evolución favorable de una paciente de 12 años que, tras cuatro años de tratamientos fallidos con ERH y múltiples psicofármacos (fluoxetina, sertralina, olanzapina, aripiprazol y ácido valproico), logró remisión completa de la conducta de excoriación realizando tratamiento con NAC. La dosis empleada fue inicialmente de 600 mg/día durante dos semanas, con el reporte de una leve mejoría. Al incrementarse la dosis a 1200 mg/día por cuatro semanas, los impulsos de rascado disminuyeron aún más, y finalmente, con una dosis de 1800 mg/día, se observó ausencia total de lesiones y una puntuación de “muy mejorada” en la escala CGI-S, indicando remisión completa del trastorno (Lee & Lipner, 2022).

NAC ha emergido como una alternativa terapéutica prometedora para el abordaje de las CRIOC, destacándose frente a otros agentes previamente estudiados por su eficacia, bajo perfil de efectos adversos y accesibilidad económica. No obstante, de acuerdo con

la revisión de la literatura actual, la evidencia clínica disponible es aún escasa. Hasta que se disponga de estudios con un mayor tamaño muestral, seguimiento prolongado y que incluyan tanto poblaciones adultas como pediátricas, la evidencia disponible no permite establecer recomendaciones sólidas respecto al uso de NAC en el tratamiento del TE (Alwattar-Ceballos et al., 2024; Martínez-Aguayo et al., 2017).

Lamotrigina

Lamotrigina ha sido propuesta como tratamiento para el TE debido a su capacidad para modular la neurotransmisión glutamatérgica. Actúa principalmente bloqueando canales de sodio (Na^+) y posiblemente calcio (Ca^{2+}) sensibles al voltaje, reduciendo así la excitabilidad neuronal anormal y limitando la liberación excesiva de glutamato. El mecanismo de acción de este fármaco podría restaurar el equilibrio funcional en regiones implicadas en el control del impulso y la conducta compulsiva.

En un ensayo clínico doble ciego aleatorizado y controlado con placebo, se evaluó la eficacia de lamotrigina en 32 pacientes con TE, utilizando un esquema de dosificación flexible (12,5-300 mg/día) durante 12 semanas. Si bien no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la variable principal de evaluación (escala NE-YBOCS), se encontró que el 43,8 % de los pacientes del grupo lamotrigina fueron respondedores, comparado con el 31,3 % del grupo placebo (Grant et al., 2010; Pirdogan Aydin et al., 2021).

Resulta importante señalar que la evidencia disponible proviene principalmente de reportes de casos, series de casos y algunos pequeños estudios aleatorizados. Un metanálisis que evaluó estudios que empleaban ISRS y lamotrigina para el tratamiento del TE no logró demostrar una eficacia superior al placebo aunque los autores señalaron limitaciones en su análisis.

En conclusión, aunque los datos disponibles aún son limitados y no permiten establecer recomendaciones firmes, lamotrigina podría representar una alternativa terapéutica prometedora en subgrupos específicos de pacientes con TE, especialmente en aquellos con alteraciones cognitivas vinculadas a la función ejecutiva (Grant et al., 2010; Lochner et al., 2017).

Naltrexona

Naltrexona es un antagonista competitivo de los receptores opioides, con especial afinidad por los receptores μ , y en menor medida sobre los receptores κ y δ . Su mecanismo de acción adquiere relevancia en el TE al considerar las alteraciones previamente des-

criptas en el sistema de recompensa. En este contexto, naltrexona actúa bloqueando el sistema opioide endógeno, interfiriendo en la liberación de dopamina en estructuras como el NAc. Esta acción reduce la gratificación que el paciente experimenta al realizar la conducta excoriativa, debilitando así el circuito de refuerzo que perpetúa el comportamiento compulsivo (Alfahaad et al., 2024; González et al., 2015; Rivera & Arenas, 2016; Torales et al., 2014).

Se han reportado casos que apoyan el uso de naltrexona en el tratamiento del TE. Uno de ellos describió el caso de una paciente de 51 años con antecedentes de trastorno depresivo mayor, fibromialgia y TE que experimentó una mejora significativa en su sintomatología tras el inicio de tratamiento con naltrexona en dosis bajas (4,5 mg/día). A los tres meses, se observó una reducción en los impulsos de excoriación y una mejoría en las lesiones cutáneas. Durante una suspensión transitoria del fármaco, los síntomas recidivaron y al reintroducir la medicación, la paciente reportó nuevamente una evolución favorable. Este patrón de recaída y recuperación asociado al uso del fármaco sugiere una relación directa entre el efecto farmacológico de naltrexona y la reducción del comportamiento compulsivo (Varghese et al., 2024).

Si bien los datos disponibles se basan mayormente en reportes de casos y aún no existen ensayos clínicos controlados que respalden su uso de manera concluyente, el fundamento neurobiológico que sustenta su aplicación en el TE, sumado a su buena tolerabilidad y bajo potencial adictivo, convierten a la naltrexona en una opción terapéutica a considerar (Lochner et al., 2017; Varghese et al., 2024).

Antipsicóticos

Existen reportes sobre el uso de antipsicóticos como olanzapina, risperidona, paliperidona y haloperidol. Estos fármacos pueden emplearse como tratamiento complementario o potenciador a los antidepresivos, sobre todo en casos donde hay síntomas psicóticos asociados (González et al., 2015; Lochner et al., 2017; Rivera & Arenas, 2016).

Conclusión

El TE pone de manifiesto la estrecha relación entre los trastornos mentales y sus repercusiones somáticas. Constituye un desafío clínico debido a la complejidad de su abordaje, el considerable impacto en la calidad de vida de quienes lo padecen y la limitada evidencia disponible para su tratamiento. Precisamente, este último aspecto fue el que motivó la realización de la pre-

sente revisión. Llevar adelante una investigación sobre el TE —diagnóstico que, al igual que otros, ocupa un lugar relegado en los sistemas de clasificación— implica otorgar entidad académica y clínica a trastornos que, aunque menos prevalentes, generan un impacto significativo en los pacientes y evidencian un vacío de conocimiento en los profesionales de la salud, de quienes se espera una respuesta.

Referencias bibliográficas

- Alfahaad, H., Aldehri, M., Alsaia, S. A., Asiri, F., Alfatah, M., & Alahmari, S. (2024). Exploring skin picking disorder: Aetiology, treatment, and future directions. *Postępy Dermatologii i Alergologii*, 41(6), 545–551. <https://doi.org/10.5114/ada.2024.142579>
- Alwattar-Ceballos, O., Martínez-Montalvo, L., & Moro-Bolado, F. (2024). Updated overview and approaches to the management of the main psychodermatological disorders. *Journal of Dermatology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.09.013>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Arnold, L. M., McElroy, S. L., Mutasim, D. F., Dwight, M. M., Lamerson, C. L., & Morris, E. M. (1998). Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(10), 509–514. <https://doi.org/10.4088/jcp.v59n1003>
- Arnold, L. M., Mutasim, D. F., Dwight, M. M., Lamerson, C. L., Morris, E. M., & McElroy, S. L. (1999). An open clinical trial of fluvoxamine treatment of psychogenic excoriation. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19(1), 15–18. <https://doi.org/10.1097/00004714-199902000-00005>
- Barrios, I., Jafferany, M., Ruiz Díaz, N., García, O., Almirón-Santacruz, J., O'Higgins, M., et al. (2021). The Spanish version of the Skin Picking Impact Scale (SPIS) and its short form (SPIS-S). *Medicina Clínica y Social*, 5(2), 59–64. <https://doi.org/10.52379/mcs.v5i2.199>
- Bohne, A., Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Baer, L., & Jenike, M. A. (2002). Skin picking in German students: Prevalence, phenomenology, and associated characteristics. *Behavior Modification*, 26(3), 320–339.
- Brewer, J. D., Meves, A., Bostwick, J. M., Hamacher, K. L., & Pittelkow, M. R. (2008). Cocaine abuse: Dermatologic manifestations and therapeutic approaches. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 59(3), 483–487.
- Deschênes, L., & Veillette, H. (2025). Skin picking disorder: A Canadian retrospective study of 83 patients. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 29(3), 268–273. <https://doi.org/10.1177/12034754241303119>
- Fernández Rodríguez, M., García Miranda, I., & Villaverde González, A. (2020). La excoriación psicógena: Un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(1), 21–27.
- González, A. C. A., Sánchez, E. C., Arias, R. M. M., Puig, G. P., & Brugué, M. C. (2015). Actualidad en el trastorno por excoriación: Una revisión de la literatura. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 116, 57–68.
- Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2020). Prevalence of skin picking (excoriation) disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 130, 57–60. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.024>
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., Chamberlain, S. R., & Kim, S. W. (2010). A double-blind, placebo-controlled trial of lamotrigine for pathological skin picking: Treatment efficacy and neurocognitive predictors of response. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 30(4), 396–403. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e3181e617a1>
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., Hampshire, A., Schreiber, L. R., & Chamberlain, S. R. (2013). White matter abnormalities in skin picking disorder: A diffusion tensor imaging study. *Neuropsychopharmacology*, 38(5), 763–769. <https://doi.org/10.1038/npp.2012.241>

- Kalivas, J., Kalivas, L., Gilman, D., & Hayden, C. T. (1996). Sertraline in the treatment of neurotic excoriations and related disorders. *Archives of Dermatology*, 132(5), 589–590.
- Kasar, N., & Yurteri, N. (2020). Atomoxetine induced skin picking: A case report. *Clinical Neuropharmacology*, 43(2), 46–47. <https://doi.org/10.1097/WNF.0000000000000379>
- Kwon, C., Sutaria, N., Khanna, R., Almazan, E., Williams, K., Kim, N., Elmariah, S., & Kwatra, S. G. (2020). Epidemiology and comorbidities of excoriation disorder: A retrospective case-control study. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 2703. <https://doi.org/10.3390/jcm9092703>
- Lee, D. K., & Lipner, S. R. (2022). The potential of N-acetylcysteine for treatment of trichotillomania, excoriation disorder, onychophagia, and onychotillomania: An updated literature review. *Dermatology and Therapy*, 12(8), 1791–1804. <https://doi.org/10.1007/s13555-022-00808-2>
- Lochner, C., Roos, A., & Stein, D. J. (2017). Excoriation (skin-picking) disorder: A systematic review of treatment options. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 1867–1872. <https://doi.org/10.2147/NDT.S121138>
- Martínez-Aguayo, J. C., Middleton, F., Nahuelcura, K., Arancibia, M., Meza-Concha, N., Sepúlveda, E., et al. (2017). Caracterización fenomenológica de las conductas repetitivas impulsivas orientadas hacia el cuerpo y el trastorno por excoriación en estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 55(4), 221–230.
- Mayo, M. J., Handem, I., Saldana, S., Jacobo, H., Getachew, Y., & Rush, A. J. (2007). Sertraline as a first-line treatment for cholestatic pruritus. *Hepatology*, 45(3), 666–674.
- Pavlovsky, F., Peskin, V., Di Noto, L., & Stagnaro, J. C. (2008). Delirio de parasitosis: A propósito de doce casos. *Vertex Rev Arg de Psiquiatr.*, 19 (79), 99–111.
- Pirdogan Aydin, E., Kenar, J. G., Kivanc Altunay, I., Ozer, O. A., & Karamustafaloglu, K. O. (2021). Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for neurotic excoriation: Validity and reliability study of Turkish version. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 34, 236–243.
- Reddy, B., Das, S., & Guruprasad, S. (2018). A case of clozapine-induced skin picking behaviour. *General Psychiatry*, 31(2), e000012. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2018-000012>
- Rivera, E. I., & Arenas, R. (2016). Dermatilomanía o trastorno de escoriación: Una revisión. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*, 14(3), 216–221.
- Torales, J., Cuadrado, J., & Capurro, M. (2014). Psicobiología y psicopatología del trastorno de excoriación. En J. Torales (Ed.), *El trastorno de excoriación: De la emoción a la lesión* (pp. 63–70). Editorial de la Facultad de Ciencias Médicas (EFACIM).
- Varghese, K., Yan, X., & Cao, F. (2024). Low-dose naltrexone for excoriation disorder. *Cureus*, 16(3), e55336. <https://doi.org/10.7759/cureus.55336>
- Walther, M. R., Flessner, C. A., Conelea, C. A., & Woods, D. W. (2009). The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS): Initial development and psychometric properties. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(1), 127–135. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.07.002>
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases* (11th ed.). World Health Organization. <https://icd.who.int/>



EL RESCATE Y LA MEMORIA

Ciencia y política en 1956: Primer Congreso Argentino de Psiquiatría

Juan Carlos Stagnaro

<https://doi.org/10.53680/vertex.v37i173.1069>



Desde el 4 al 6 de julio de 1956, tuvo lugar en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires el Primer Congreso Argentino de Psiquiatría¹ convocado por su Comité Permanente que integraron Gregorio Bermann, José María Castro Peña, Teodoro Fracassi, Enrique Pichon-Rivière y Jorge Thenon.

El evento coronó las tres Jornadas Argentinas de Psiquiatría que habían tenido lugar en Córdoba (1952), Tucumán (1953) y Rosario (1954), organizadas por Bermann, que marcaron un hito porque introdujeron una perspectiva fuertemente alineada con el ideario de la *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, que él había fundado en 1951. Dicha publicación enfatizaba en la influencia directa de las condiciones socioeconómicas, la explotación laboral y el entorno político en los trastornos mentales y proponía una reforma de la asistencia psiquiátrica, alejándola del modelo del viejo asilo psiquiátrico para acercarse a uno más centrado en la atención comunitaria y de "higiene mental", ésta última antecedente de la noción de salud mental que comenzaba a difundirse a partir de la preceptiva emanada de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de la postguerra.

Las deliberaciones del Primer Congreso fueron organizadas en torno a cuatro temas centrales. El 1ero.: *"Enseñanza de la psiquiatría y formación del psiquiatra"*; el 2do.: *"Algunos aspectos de las psicoterapias de grupo"*; el 3ro.: *"Demografía psiquiátrica e instituciones asistenciales"*; el 4to.: *"Manifestaciones psiquiátricas en los trastornos vasculares del cerebro"* y el 5to.: *"Diagnóstico precoz de las enfermedades mentales"*, cuyo informe se reproduce a continuación.

Cada uno de dichos temas fue discutido, sucesivamente, en sendas sesiones. Para cada uno se designaron dos coordinadores, asistidos por un secretario y un secretario técnico y varios miembros elegidos por los organizadores para conformar una mesa redonda. Los asistentes intervinieron con preguntas por escrito.

1. En setiembre de 1985, en el marco del retorno a la democracia después del periodo dictatorial 1976-1983, tuvo lugar en Buenos Aires, organizado por la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), una nueva numeración de esos eventos al denominar también a su primera convocatoria: Primer Congreso Argentino de Psiquiatría.

Los coordinadores presentaron sus relatos que fueron discutidos por los integrantes de la mesa redonda y, a continuación, se pasó a una asamblea en la que se presentaron las aportaciones de los asistentes que dieron lugar a un intercambio general. Luego de un cuarto intermedio para redactar el informe consensuando las opiniones vertidas en la mesa redonda, se pasó a una sesión plenaria en la que, luego de un nuevo intercambio con el público, se sintetizó un informe final sobre el tema abordado.

Los asistentes representaban dos generaciones de los que serían los referentes de las siguientes camadas de psiquiatras formadas en los años 60 y 70.²

Como era habitual en la época, la mayoría muy politizados, provenientes (con la excepción de pensadores independientes y hasta algunos simpatizantes del peronismo), de todos los partidos y corrientes que se habían reunido diez años antes en la coalición que llevó el nombre de Unión Democrática, derrotada por el peronismo en las elecciones de 1946.

Volvían a estar juntos miembros del Partido Comunista, del Partido Radical, socialistas y conservadores, que respondían más que a una corriente de pensamiento psiquiátrico (los había, psicoanalistas, reflexólogos, existencialistas, terapeutas grupales..., muchos enfrentados en la controversia en boga, en el marco de la Guerra Fría, entre psicoanalistas y militantes comunistas que defendían la reflexología pavloviana y las tesis de Lysenko) a una posición virulentamente antiperonista. Cesanteados por el gobierno anterior o renunciando por sentirse vulnerados en sus ideas, muchos de ellos recuperaban puestos de gestión en el gobierno o en las universidades y hospitales.

Simultáneamente, el Congreso se enmarcó en un contexto sanitario, social y político argentino muy revulsivo, marcado por profundas contradicciones que venían provocando hechos de inédita violencia.

En junio del año anterior había tenido lugar el bombardeo de la aviación naval sobre la Plaza de Mayo de Buenos Aires que dejó un saldo de más de 300 muertos y más de 1200 heridos; en setiembre del mismo año se produjo el golpe de Estado que derrocó al gobierno constitucional de Juan Domingo Perón. Poco menos de un mes antes del Congreso, estalló un intento de levantamiento militar que fue sofocado y el gobierno *de facto* ordenó el fusilamiento de sus promotores encabezados por el general Juan José Valle; simultáneamente, en otro hecho represivo, fueron asesinados por fuerzas policiales, en un basural de la localidad de José León Suárez, varios militantes peronistas.

A ese dramático clima político se superpuso desde el mes de enero de 1956 la epidemia de parálisis infantil que aterrorizó a la población y desbordó los servicios pediátricos de la capital que registraron 6.500 casos con una mortalidad del 9 %.

En la quinta sesión del Congreso, “Diagnóstico precoz de las enfermedades mentales”, cuyo informe se reproduce a continuación, se destacan varios conceptos y propuestas sanitarias.

En primer término, el acento puesto en la importancia del diagnóstico precoz de las enfermedades mentales, que, si bien aconsejaban desde siempre los autores más renombrados en Europa y los Estados Unidos, y era enfatizado desde la época de la fundación de la especialidad en Argentina por Lucio Meléndez, lo novedoso era la propuesta de su detección y tratamiento en una red de dispositivos ambulatorios ubicados en dispensarios, hospitales generales y especializados, escuelas y fábricas. Para ello se recomienda en el informe “...saber a fondo la psiquiatría y organizar la asistencia del modo reseñado, aumentando el número de psiquiatras para los dispensarios de todo el país”, multiplicando por diez el número de especialistas en el país.

Al tiempo se propuso una enérgica y bien fundada campaña de información pública sobre los trastornos mentales que se opusiera a una “propaganda inhábil y nociva”, más generadora de confusión y estigma que a una adecuada contribución a la prevención de los mismos.

2. Entre los numerosos asistentes, autores de ponencias y participantes de las mesa redondas, además de los mencionados en el extracto del quinto tema (vide supra), cabe mencionar, sin agotar la lista completa, a los argentinos Jorge Mom, José Bleger, Marie Langer, Jorge García Badaracco, Raúl Usandivaras, Darío Sor, Fernando Ulloa, Emilio Rodríguez, Ezequiel Martínez Estrada, Gino Germani, David Liberman, León Grinberg, Fernando Taragano, Lía Ricón, Jorge Insúa, Juan José Morgan, Arístides Barrancos, Juan Dalma, Mauricio Costal, Enrique Kuznir, Marcos Turner, Enrique Berard, Antonio Calabrese, David Sevliver, Teodoro Fracassi, Carlos Brandan Caraffa, Moisés Pollak, Alfredo Thompson, Mario Sbarbi, Abraham Mosovich, Vicente Salustio, Luisa G. Álvarez de Toledo, Eduardo Krapf, Osvaldo Loudet, Ramón Melgar, Enrique Mouchet, Marcos Victoria, José Bugallo, Ana Lerner, Fernanda Monasterio, y a invitados extranjeros, José María Alvarado (Bolivia), Emilio Mira y López (España), Abel Sánchez Peláez, José Herrera Luque y Jesús Mata de Gregorio (Venezuela), Willy Baranger, Julio C. Estrella, Bartolomé Fuster, Ramón Arana Iñiguez, Isidro Más de Ayala y Fortunato Ramírez (Uruguay), Eugenio Matte Blanco (Chile).

Otorgando a esas indicaciones la categoría de una opinión experta de trascendencia en el diseño de políticas sanitarias, los participantes declararon que el “Congreso Nacional de Psiquiatría debe reclamar el cumplimiento de esta exigencia de la salud pública, dirigiéndose por igual a la conciencia del pueblo de la República y a los poderes del Estado”.

En la última parte del relato de Pereyra y Thenon, “Aspectos clínicos”, se “enumeran los principales tópicos –en forma de guía sumaria– propuestos a la consideración de la mesa redonda, con respecto al diagnóstico precoz de las enfermedades mentales”: su importancia; el valor de la anamnesis y la semiología y la necesidad imperiosa del diagnóstico diferencial, para rematar con una lista de afecciones que hace las veces de un indicador de las categorías nosográficas utilizadas en la época.

PRIMER CONGRESO ARGENTINO DE PSIQUIATRÍA

Quinto Tema³: Diagnóstico precoz de las enfermedades mentales

Coordinadores: Carlos Pereyra y Jorge Thenon.

Mesa Redonda: Diego Bereilh, Adolfo Borzi, César Augusto Cabral, Gonzalo Bosch, Diego Capurro Robles, César Coronal, Nicolás Giudice, Mauricio Goldenberg, David Liberman, Enrique Luque Fraga, Luis Martínez Dalke, Mario R. Machado, Elpidio Olivera, César Ottalagano, Gervasio Paz, Raúl Pérez Anaya, Rogelio Rivero, Guillermo Vidal (Argentina). y Moisés Feldman (Venezuela).

Secretaría técnica: Sylvia Bermann y Jorge Tenconi.

Aportes al tema: Enrique Pichon- Rivière, Jorge Thenon y César Augusto Cabral.

Relato de los Dres. Carlos R. Pereyra y Jorge Thenon

Introducción

El problema del diagnóstico precoz es un problema técnico en cuanto supone la necesidad de multiplicar el número de especialistas, y es un problema sanitario en cuanto es preciso organizar la atención pública de tales especialistas, equipando las instituciones destinadas a ese fin.

De los psiquiatras depende el reconocimiento de los síntomas iniciales, así como el tratamiento, que es tanto más eficaz cuanto más oportuna es su aplicación. Por lo tanto, es sobre la organización de la asistencia psiquiátrica que es preciso deliberar preferentemente y no solo sobre ciertos delicados matices iniciales de las psicosis, que todo psiquiatra práctico es capaz de reconocer.

La III Jornada de Psiquiatría de Rosario puso de manifiesto en numerosas contribuciones científicas

que el número de psiquiatras y su distribución en el país dista mucho de satisfacer las necesidades más apremiantes, tanto en lo que respecta a la asistencia ambulatoria de los dispensarios como en el orden asistencial. Este hecho es tan evidente que no necesita demostración ni cálculo estadístico.

Se dirá que este tema corresponde a las mesas redondas dedicadas a la asistencia y a la formación del psiquiatra. Pero ¿cómo separar el proceso de formación del psiquiatra del problema técnico del diagnóstico precoz. El diagnóstico precoz, de vital necesidad para una terapéutica exitosa, solo puede ser formulado por psiquiatras competentes y en tal número que cubran las necesidades sanitarias del país. Lo cierto es que, en relación a las necesidades de la República, el número de los psiquiatras, apenas superior a los 300, es insignificante. Un plan sanitario nacional requiere un número no inferior a los 3.000 especialistas. Examinaremos por separado los dos aspectos de la práctica.

3. Actas del Primer Congreso Argentino de Psiquiatría, Buenos Aires, 1956. Provistas al autor por gentileza del Dr. Fernando Fabris, provenientes de su archivo personal.

1° Asistencia en dispensarios.

Si se crean dispensarios de acuerdo con la densidad de la población, en los hospitales urbanos o en zonas rurales, se podrá despistar el cuadro de comienzo de muchas psicopatías, con las ventajas ya señaladas para la terapéutica. Dichos dispensarios deben estar equipados con el instrumental moderno indispensable (radiología, electroencefalografía, laboratorio, etc.), así como de los dispositivos para la terapia de Cerletti, Sakel, sueño, etc., especialmente adaptados para la atención de enfermos agudos. En cuanto a los subagudos o enfermos con procesos de curso lento o crónico, se facultará a los dispensarios para la ubicación forzosa del paciente en el establecimiento asistencial público que se considere más apto para el caso.

Se requiere, por lo tanto, un número suficiente de dispensarios y especialistas para cumplir con la imperativa exigencia de la salud pública en esta importante cuestión, dado que la forma ideal de proceder consiste en despistar precozmente el proceso mórbido y tratarlo con rapidez. Pero el plan esbozado exige mucho tiempo y las necesidades del país son apremiantes, por lo cual consideramos útil y viable el modo de obrar que exponremos a continuación y que se puede ejecutar sin tardanza.

2° Dispensarios de hospital.

En ciertos hospitales funcionan ya algunos servicios adscriptos a las salas de clínica médica, pero son insuficientes por su número, dotación y autonomía.

El dispensario neuropsiquiátrico autónomo, además de la atención directa al público, debe tomar contacto estrecho y asiduo con las salas hospitalarias. Dispondrá, por lo tanto, de un número suficiente de psiquiatras que aleccionarán al clínico y se beneficiarán a su vez del amplio criterio y conocimiento que caracterizan al especialista que asiste asiduamente a los servicios clínicos. ¿Cuántas psicopatías comienzan con sintomatología de forma clínica y pasan a la cronicidad por incompetencia del clínico, que no atina a reconocer un síndrome depresivo-melancólico o hi-pocondríaco en su estado naciente?

Una propaganda adecuada que aleccione al público llevaría allí a los enfermos en un momento óptimo para su diagnóstico y terapéutica.

En el caso de las escuelas, el psiquiatra ha destacado por el dispensario aleccionará a los maestros, que expondrán las diversas situaciones de conducta y rendimiento de los alumnos en los casos concretos.

Muchas veces una rectificación psiquiátrica oportuna puede torcer el rumbo de una psicopatía que se anuncia con disturbios de conducta y bruscos cambios

en el rendimiento escolar. El psiquiatra elegido para el caso será diestro, naturalmente, en las disciplinas de la psicopatología de la infancia. La acción médica es de doble efecto, por cuanto facilita el diagnóstico oportuno de las neuropsicopatías de la infancia y fundamenta la profilaxis de las afecciones del adulto.

En cuanto a las fábricas, mediante una vinculación estrecha con los sindicatos obreros y de empleados públicos y de empresa, ilustrados por una activa y hábil difusión de los conocimientos esenciales, el médico psiquiatra asistirá al hombre en la acción del trabajo y comprenderá sus disturbios emocionales y de conducta, así los de origen endógeno como exógeno.

La higiene mental de los trabajadores, emanada de los estudios especiales, proporcionará buenos recursos para la higiene del trabajo y la prevención de las enfermedades. La extraordinaria frecuencia de los disturbios y secuelas neuropsiquiátricas de la brucelosis es un ejemplo que aclara el significado de lo dicho.

La información, que debe evitar los traumas de una propaganda inhábil y nociva, permitirá descubrir ciertos procesos en su comienzo.

¿Cuántas veces llegan al consultorio psiquiátrico jóvenes esquizofrénicos que comenzaron con un rápido descenso del rendimiento escolar y el cortejo de síntomas tórpidos que a un psiquiatra no le pasarían inadvertidos aun en el momento inicial de su incubación!

Es útil insistir sobre estas razones, pues la importancia nacional y social de un Congreso de este tipo hace superflua una discriminación limitada a los finos síntomas de la despersonalización, o la vivencia del fin del mundo de la esquizofrénico, o el valor discriminativo de los tests. La solución del grave problema reposa sobre dos exigencias de la práctica: saber a fondo la psiquiatría y organizar la asistencia del modo reseñado, aumentando el número de psiquiatras para los dispensarios de todo el país.

El Congreso Nacional de Psiquiatría debe reclamar el cumplimiento de esta exigencia de la salud pública, dirigiéndose por igual a la conciencia del pueblo de la República y a los poderes del Estado.

Aspectos clínicos

A continuación, se enumeran los principales tópicos – en forma de guía sumaria – propuestos a la consideración de la Mesa Redonda, con respecto al diagnóstico precoz de las enfermedades mentales.

Enfoque:

- 1°. Su importancia;
- 2°. Valor de la anamnesis;
- 3°. Valor de la semiología;
- 4°. necesidad imperiosa del diagnóstico diferencial.

Los grandes cuadros mentales y su diferenciación incipiente:

1°. Esquizofrenia: a) Síndrome o enfermedad. Formas procesales, sintomáticas, reactivas o mixtas. Procesales. Concepto de unidad en la psicosis juvenil; b) Valor de los síntomas cardinales: Loquero asociativo; autismo (pérdida de lo real); ambivalencia; autoconducción; agotamiento instintivo (antinomia juvenil); amenaza al yo (Mauz); insuficiencia de la actividad psíquica (Birze); perturbación de la ejecución de los actos (Schneider); alteración cualitativa de la intencionalidad (Kronfeld). ¿Proceso predominante afectivo intelectual o volitivo? Valor de la interceptación como fenómeno orgánico o fisiopatológico y psíquico subjetivo y objetivo. Interpretación de la fenomenología psíquica como secundaria a la interceptación. Prevalencia de las perturbaciones volitivas. Trastornos de la autoconducción; extrañeza; sentimientos de amenaza al yo; proyección delirante; autorreferencia e influencia; incapacidad de concretar y falta de plenitud; luego disgregación, autismo y ambivalencia; c) Signos patoplásticos: “bizarrería”, puerilismo, suficiencia, burla insípida, patetismo, impudicia (impregnación psíquica de la etapa juvenil). Catatónia: negativismo y obediencia pasiva; inercia y crisis tumultuosas de agitación (respuesta ciega de la persona profunda).

2°. Formas clínicas. Hebefrénica, simple, catatónica, paranoide; precocísima e injertada. El acento de cada una y de formas mixtas dentro de lo procesal. Formas de comienzo agudo y subagudo: I) Excitación, confusión, estupor, depresión, delirio, etc. Diagnóstico diferencial. II) Cambio de carácter, despersonalización, formas psicasteniformes, neurasteniformes, hipobúlicas, patéticas, etc. Diagnóstico diferencial. Diferenciación con la parafrenia y distintos cuadros catatónicos. Diferenciación con “bouffée”.

3°. Demencias. Diagnóstico de grupo con las frenastenias y cuadros confusionales. Diagnóstico de los distintos procesos según sus formas clínicas: a) parálisis juvenil, expansiva, simple, depresiva, agitada, de Lisauer y tabo-parálisis. Necesidad de diferenciación con las lúes del sistema nervioso: período neurasteniforme, catarral, meningítico, vascular y gomoso; epilepsia sifilítica, etc. Diferenciación con oligofrenia, hebefrenia, manía, procesos frontales (tumores, traumas, enfermedad de Pick), melancolía, delirios expansivos, pseudoparálisis, alcoholismo, neurastenia, etc.

4°. Arterioesclerosis. Hipertónia y esclerosis. Tipo de personalidad: comienzo neurasteniforme, hipocondríaco, ansioso, depresivo. Diagnóstico diferencial con neurastenia, melancolía hipocondríaca, delirio hipocondríaco, hipocondría de los seniles, dificultad

diagnóstica con las llamadas psicosis de involución. Diagnóstico diferencial con todas las causas de ictus.

5°. Cuadros preseniles y seniles. Enfermedad de Pick; enfermedad de Alzheimer; delirio de perjuicio de los preseniles de Kraepelin; psicosis involutiva (falta de unidad nosográfica). Necesidad de individualización. Factores constitucionales, psicogenéticos y orgánicos. Incertidumbre del porvenir. Síntomas hístico-depresivos y paranoides. Diferenciación con los cuadros más genuinos de la histeria, depresión y delirio.

6°. Senilidad propiamente dicha. El misoneísmo; los trastornos de la memoria; la prevalencia de lo instintivo-temperamental. Variedades clínicas: simple, maníaca, depresiva, delirante y presbiofrénica. Diagnóstico diferencial con otras demencias: excitación maníaca, melancolía endógena y depresiones reactivas; cuadros hipocondríacos; delirio de Cottard; otros delirios; y síndrome de Korsakoff.

7°. Personalidad y demencia alcohólicas. Personalidad y demencia epilépticas. Otras demencias.

8°. La excitación psicomotriz como síndrome. La manía como patrón y lugar de referencia; sus síntomas capitales afectivos, volitivos, intelectuales e instintivos. Variedades clínicas: hipomanía, manía mediana, agitada, estuporosa. Personalidad hipomaníaca. Diagnóstico diferencial con: confusión mental agitada; excitación de la “bouffée”; psicosis autóctonas de Kleist; excitación catatónica y hebefrénica; excitación de la P. G. P.; excitación climatérica; en el alcoholismo; excitación epiléptica; senil; histérica; parafrenia expansiva, etc.

9°. El síndrome depresivo. Prototipo, depresión endógena. La tristeza, su aspecto motor y la inhibición. Variedades clínicas: simple, estuporosa, ansiosa, delirante, hipocondríaca. Despersonalización depresiva y depresivos constitucionales (personalidad psicopática). Diagnóstico diferencial obligado con el displacer de las neurosis; depresiones neurasténicas y postconmocionales; depresiones histéricas; psiquiasténica; en neurosis actuales; en depresión y despersonalización esquizofrénica; en despersonalización neurótica; estupor catatónico y confusional; depresiones involutivas; depresiones y estados displacenteros de las demencias; distimias epilépticas; depresiones reactivas; sífilis; estados reactivos y neurasteniformes; delirio con depresión secundaria y parafrenia sensitiva.

10°. Trastornos de conciencia: confusión mental, onirismo y estados crepusculares. La confusión simple y sus grados; confusión agitada, delirante y estuporosa. La confusión como toda enfermedad; como epifenómeno o como comienzo que cubre otra afección. Carácter mixto o de tránsito de los compromisos de

conciencia. La lucidez en psiquiatría. Las psicosis sintomáticas. La “bouffée” delirante. Las paranoias abortivas de Gaupp y las psicosis degenerativas de Kleist (paranoia cíclica). Episodios psicogenéticos y momentos productivos de las psicosis crónicas. Epilepsia; histeria; Ganser, pseudo demencia; personalidad alterna; ecmnesia; etc. Mecanismos hipobúlicos hipnoicos en situaciones terroríficas y estados insuperables.

11°. El síndrome delirante: diagnóstico de idea delirante. A) Los delirios crónicos: paranoia, parafrenia. Psicosis alucinatoria crónica no parafrénica; ¿paranoia sensitiva?; delirios residuales: alcohólicos, paralíticos y débiles. B) Episódicos: delirio polimorfo de los débiles, de los degenerados o autóctonos (mixtos, cíclicos, paranoide). ¿Paranoia sensitiva? Delirios reactivos, inducidos (Laségue, Falret), de auto y heteroangustia (ambientales), etc. C) Sintomáticos: toxoinfecciosos, traumáticos, alcohólicos, etc. D) Epifenoménicos: en la P. G. P., arterioesclerosis, arcos seniles, epilepsia, melancolía, esquizofrenia, histeria, climaterio, etc. Carácter fundamental: expansivo, depresivo, defensivo. Valor del contenido ideatorio: de celos, místico, erótico, de invención, hipocondríaco, pleitista, persecutorio, etc. Diferenciación con procesos semejantes.

Aportes al tema

Diagnóstico precoz, terapéutico y profiláctico en psiquiatría

Enrique J. Pichon-Rivière y José Bleger

El diagnóstico precoz de las psicosis en los adultos es un diagnóstico tardío; el diagnóstico precoz, profiláctico, es el de la infancia.

El diagnóstico no es una operación por la que se trata de ubicar con un nombre un objeto; se trata de interpretar y ubicar un proceso complejo y dinámico en varios sistemas de referencias. Debe ser pluridimensional: médico, psiquiátrico y psicológico. Ubicado en el tiempo, debe ser: genético-histórico, prospectivo y en el “aquí y ahora”. Y en cada uno de estos, debe ser: clínico, dinámico y de grupo. El todo del proceso diagnóstico depende de cómo se realiza; el interrogatorio sistemático es opuesto al emergente espontáneo (que nunca es totalmente espontáneo). El examen y el propio esquema dinámico del médico condiciona cómo se busca y lo que se halla.

Otro sistema de referencia es el de la función específica del diagnóstico, el problema del para qué; así, la terapéutica, la asistencia y otros factores condicionan los sistemas de referencias con los que se estipula un diagnóstico.

Dinámicamente, y gracias justamente por, sobre todo, al estudio de la psicología infantil, sabemos que la primitiva fórmula de Freud de que las perversiones constituyen el negativo de las neurosis, está en la actualidad reemplazada por la fórmula de que las ansiedades psicopáticas son el negativo tanto de las neurosis como de las perversiones.

El estudio de las tempranas ansiedades de la infancia y su manejo es lo que permite el diagnóstico precoz profiláctico. Así, como todo diagnóstico debe ser el diagnóstico de una tensión de grupo, mucho más en la infancia, en que el diagnóstico asienta ineludiblemente sobre el estudio del binomio madre-hijo.

(Resumen de los autores)

El diagnóstico precoz de las dolencias mentales es hoy un problema asistencial

César Augusto Cabral

El diagnóstico precoz de las enfermedades mentales es hoy en la Argentina un problema más que clínico, asistencial. Para despistar los trastornos mínimos capaces de eclosionar más tarde en una psicosis es necesario: 1°. Un eficiente esquema de enseñanza psiquiátrica que dé al médico general las nociones que lo facultan para pesquisar con éxito esos trastornos, y al especialista la posibilidad de adiestrarse en el conocimiento preciso del período de comienzo y del curso de las psicosis. 2°. El establecimiento de un examen psiquiátrico de rutina al terminar el ciclo de enseñanza primaria. 3°. La estructuración de un régimen asistencial, dirigido por un organismo nacional autónomo que contemple la creación de servicios psiquiátricos en los hospitales generales, y una red de centros asistenciales en zonas determinadas de las grandes ciudades y en los medios rurales, la separación de los enfermos crónicos y agudos, los primeros en colonias y los segundos en hospitales, y la provisión de todos los elementos de diagnóstico que hoy escasean. 4°. Una propaganda adecuada que informe y prevenga a las grandes masas, evitando sembrar el temor.

(Resumen del autor).

ENTREVISTA

Entrevista al Doctor Juan David Nasio

Martín Reca

Psiquiatra y psicoanalista (APF).

Presidente de la sección francesa de la Asociación Franco-argentina de Psiquiatría y Salud Mental.

Esta entrevista tuvo lugar en París, donde el doctor Juan David Nasio, eminente psiquiatra y psicoanalista, vive y trabaja desde hace más de cincuenta años. Vertex ha querido ofrecer a los lectores de estas páginas con el propósito de acercarlos a la persona y a las ideas originales de este gran autor, con motivo de la publicación de su último libro Diez historias de vida, sufrimiento y amor (Paidós, 2025), y de su nombramiento como Oficial de la Legión de Honor por el Presidente de la República Francesa y Miembro de honor de la Asociación Franco-argentina de Psiquiatría y de Salud Mental (AFAPSAM), a la que el Dr. Nasio contribuyó desde sus albores.

Presentación

Seguramente los lectores de *Vertex* ya conocen al doctor Juan David Nasio, ya sea personalmente, a través de sus intervenciones radiales y televisivas, de sus conferencias difundidas en YouTube o, más probablemente, mediante la lectura de algunos de sus treinta y siete libros. Escritos con un estilo dialogado, claro y ameno, sus textos implican siempre al lector, sin perder el rigor conceptual que caracteriza su pensamiento teórico-clínico. Sus libros han sido traducidos a catorce idiomas, otorgándole a su obra una amplia difusión internacional. Algunos de ellos han alcanzado un público vasto interesado por las historias de sufrimiento, de vida y de amor, así como por la enfermedad y la salud mentales; otros se han convertido en clásicos de la enseñanza psicoanalítica.

Juan David Nasio realizó sus estudios de Medicina en la Universidad de Buenos Aires y completó su residencia en Psiquiatría bajo la dirección del profesor Mauricio Goldenberg, en el Hospital Evita de Lanús. En 1969 se trasladó a Francia, donde entró en contacto con Jacques Lacan. A pedido de este último, ambos revisaron juntos la traducción al español de los *Escritos*. En mayo de 1979, Lacan lo invitó a pronunciar una lección en su Seminario, gesto excepcional que testimonia la estima intelectual que le profesaba.

La vocación docente del doctor Nasio se manifestó tempranamente, ya en Buenos Aires, en 1965. Instalado luego en Francia, fue nombrado en 1970 docente de la Facultad de Psicología de la Sorbona, donde enseñó durante más de treinta años. Paralelamente, dictó seminarios en la Escuela Freudiana de París. Tras la disolución de esta institución, fundó en 1986 los Seminarios Psicoanalíticos de París, uno de los centros más activos de Francia en la formación de psicoanalistas y profesionales de la salud mental.

Ha recibido numerosas distinciones, entre ellas la de Oficial de la Legión de Honor de Francia en 2025, así como las de Oficial de las Artes y las Letras y Oficial de la Orden Nacional del Mérito. En la Argentina fue distinguido como «Ciudadano Ilustre de Rosario» (2001), «Huésped de Honor de Salliqueló» (2016) y «Personalidad Científica Destacada de Buenos Aires» (2017). Asimismo, ha sido nombrado Doctor Honoris Causa por siete universidades. Más recientemente, su voz ha llegado cada domingo a cientos de miles de oyentes a través de su programa *Historias de pacientes*, emitido por France Inter.

Para Nasio, ser psiquiatra y psicoanalista no implica jerarquizar estos títulos; ambos conforman una misma práctica clínica con niños, adolescentes, adultos, parejas y familias desde hace más de sesenta años. Su último libro, *Diez historias de vida, de sufrimiento y de amor*, refleja un enfoque clínico profundamente humanista y atento al sufrimiento del otro.

Nasio siempre se ha interesado por la transmisión, aquello que las ciencias humanas llaman «filiación». A diferencia de cierta tradición francesa, hace explícita su filiación psicoanalítica y menciona públicamente a

quienes fueran sus maestros, entre ellos su analista Emiliano del Campo. Pero más allá de esa declaración, lo que distingue a Nasio es la manera en que encarna esa transmisión: un proceso que excede el diván y se prolonga en todo acto capaz de producir una recepción fecunda en quien lo recibe.

Nos hablará de su encuentro con Lacan, tan inaugural como decisivo; pero podría relatar, con el mismo entusiasmo, otros encuentros que marcaron profundamente su recorrido intelectual y humano. Entre ellos, Françoise Dolto y algunos autores argentinos, como Enrique Pichon-Rivière, José Bleger, Oscar Masotta, León Grinberg, entre otros, cuyas enseñanzas integró a una práctica propia y singular.

Su obra clínica refleja, en definitiva, aquello que permanece vivo en él de los otros y que se transforma para dar continuidad a la transmisión de las ideas: recibir, reinterpretar y devenir uno mismo de manera auténtica. Esa transmisión, hecha experiencia y presencia clínica, es la que Nasio continúa ofreciendo con generosidad.

Martín Reza (MR): Querido Juan David, ya sesenta años de París... Le parecerá irreal por momentos y, sin embargo, tantas cosas atestiguan su activa realidad.

Juan David Nasio (JDN): Sesenta años de perseverancia para existir y para tratar de crear. Sesenta años en los que sigo intentando extraer de mí todo aquello que recibí: lo que recibí de las personas que amo, de mis maestros y de mis pacientes.

A mis pacientes los considero mis maestros íntimos. Porque enseñan dentro de mí; es decir, no se trata de una enseñanza que viene desde afuera, como la de un maestro en el sentido de Pichon-Rivière u otros. El paciente es un «maestro» cuya enseñanza debo elaborar en mi interior; un «maestro» de una enseñanza que, ciertamente, tengo que crear, pero que ellos mismos han inspirado en mí.

Crear, en el sentido de producir algo en el marco del trabajo con el paciente, claro está, pero también de llevar esa elaboración a un estatuto «público» que permita su transmisión.

Cuando llegué, París era un paraíso, una ilusión. Hoy, París es un jardín: un hermoso y exigente jardín que todavía necesita que trabaje la tierra, que la cultive, y que a veces florece con espinas y otras con frutos.

MR: ¿Y antes de París?

JDN: Cuando iba al Hospital de Lanús, desde 1965 hasta 1969, yo era residente en el Servicio del Dr. Mauricio Goldenberg. Éramos doce residentes —como los doce apóstoles—: todavía nos veo allí, sentaditos en los sillones. Y, de manera completamente natural, venían al servicio José Bleger a hablarnos de psicología de la conducta; David Liberman a enseñarnos la teoría de la comunicación; Joel Zac a hablarnos de la psicopatía; Aurora Pérez, que trabajaba allí, a hablarnos de

niños; Fernando Mujan, de adolescentes; Kesselman, Lía Ricón; Gregorio Barenblitt nos enseñaba clínica.

Venía también Carlos Sluzki —figura destacada de la Escuela de Palo Alto— con quien aprendíamos el abordaje de la familia y la pareja; sin olvidar a Gerardo Stein, que nos enseñaba terapia de grupo... En una palabra, era toda una constelación de grandes maestros que se desplazaban desde el centro de Buenos Aires hasta la ciudad de Lanús.

Por otro lado, yo continuaba mi formación participando en grupos de estudio: con Antonio Caparrós, para la psicología concreta; con Gregorio Klimovsky, para la epistemología; con Sciarreta, para la filosofía y el estudio de Lacan; con Masotta, trabajando los textos de Freud y de Lacan; y con Armando Bauleo, con quien leíamos filosofía francesa.

MR: ¿Dónde se desarrollaban esos cursos?

JDN: En las casas del que animaba la actividad; allí nos recibían. Era una época maravillosa y se estudiaba muchísimo.

Recuerdo también los cursos de lingüística que daba Indart.

Todo esto lo viví entre los años 1965 y 1969. Con Masotta fue un poco diferente. Puedo decir que yo lo entusiasmé para adentrarse más en Lacan. Masotta había estudiado a Lacan en el año 1964 y dio una conferencia que fue publicada en la revista *Pasado y Presente*, y luego dejó. Por el año 1967, fui a verlo para pedirle hacer un grupo de estudio, y fue el inicio de una conversión al lacanismo.

En esa época, del 65 al 69, era una «fiesta de estudio». Yo tuve también una actividad de enseñanza. Y recuerdo que eran también años de militancia, que formaba parte de esta formación. Es por la militancia también que leíamos críticamente a Melanie Klein.

MR: Y en el 69 usted parte hacia París...

JDN: Tuve una beca de la Embajada de Francia.¹ En París supervisé con Lacan de 1973 a 1979, todos los lunes, a las once y cuarto. En el 79, Lacan ya sufría un cáncer de colon que no quería operar. Yo llegaba pocos minutos antes. En la sala de espera —¡que antes estaba repleta!— no había nadie. Las puertas, casi entreabiertas. Golpeaba y entraba sin esperar respuesta. Lo veo aún allí sentado... ya abatido, enfermo... Son momentos muy emocionantes en el recuerdo.

No solo supervisé con Lacan; también estudié con Gilles Deleuze, iba a Vincennes con Serge Leclair, estudié topología con el profesor Tingry y lógica con Pierre Laval.

Con Françoise Dolto fui coterapeuta durante dos años. Esta experiencia la cuento en mi libro *Diez historias de vida, de sufrimiento y de amor...*

Rápidamente, en 1970, empecé a recibir en mi domicilio —en mi pequeño departamentito de la rue Pascal— a colegas de Ville d'Avray que querían estudiar a Lacan. Eran tres personas. Una de ellas estaba vinculada al Dr. René Arlabosse, psiquiatra que tenía a su cargo cursos en la Sorbona y que me propuso asistirlo. Así comenzó mi aventura docente, que llevé a cabo de manera ininterrumpida durante 31 años.

Y así fue que empecé a trabajar como *chargé de cours*, título que siempre mantuve. Hubo un momento en que me propusieron entrar en la carrera universitaria, pero no me convenció.

Todos los martes a la tarde interrumpía mis consultas, tomaba un taxi y me iba a la facultad, primero a Censier, luego a Jussieu.

Pero mi interés estaba sobre todo en el seminario en la Escuela Freudiana, que era ya muy prestigioso. En 1974 comencé a hacer un seminario en la Escuela, hasta 1979. Se trataba más de conferencias puntuales, aunque después hubo seminarios semanales. Luego me fui...

MR: ...cuando empezó la disolución...

JDN: Efectivamente, empezó el lío, mucho lío; fue terrible y horrible. Las parejas y los amigos se separaban... Todo eso fue terrible: no se construía, solo se destruía, y durante dos años no se había hecho nada; nadie hacía nada. Yo preferí seguir con mi seminario, un lunes cada quince días, y alquilé para ello una sala en el boulevard Pasteur. Desde 1980 hasta 1985, Lacan muere en 1981.

En 1985, el seminario andaba tan bien, con tanta concurrencia y demandas nuevas de participación, que decidimos organizar una gran jornada de trabajo sobre el «Silencio en psicoanálisis». Fue un éxito total. Se llevó a cabo en el gran Salón Honorat de la Cité Universitaire, que usted conoce. Quiero nombrar a Liliane Zolty, discípula y querida amiga, con quien organizamos tantos eventos psicoanalíticos memorables.

De esa jornada inaugural nos vino la convicción de fundar una asociación, y se crearon así los Seminarios Psicoanalíticos de París, en 1986. Allí empezó una muy linda historia. La asociación no tiene una organización institucional; no era la idea perder el tiempo con cuestiones administrativas o conflictos interpersonales. No queríamos reproducir el traumatismo vivido con la disolución de la Escuela Freudiana. Lo único que me interesaba era trabajar, no perder tiempo con problemas asociativos.

Fue un trabajo maravilloso. Hemos hecho venir gente muy prestigiosa, de calidad y de altísimo nivel. Solo nombro a Françoise Dolto, a Julia Kristeva, a Guy Rosolato, al matemático René Thom, que fuera premiado con la Medalla Fields...

Para mí, fueron 38 años de trabajo totalmente benévolo. Di mucho tiempo y energía.

MR: También un espacio de libertad creativa para usted, ¿no es cierto?

JDN: Si se quiere. Pero sobre todo un inmenso trabajo enteramente benévolo, en pos de la difusión del psicoanálisis. Muy intenso. Y para la gente, un lugar de enseñanza consagrada a los conceptos mayores del psicoanálisis, reuniendo los aportes de las principales corrientes, que tanta falta hace en Francia. Porque en las sociedades psicoanalíticas se forma a los psicoanalistas, pero no hay una enseñanza así organizada. Existe como demanda verdadera de muchos candidatos. La idea surgió así, y con ella la necesidad de realizar un ciclo de conferencias consagradas a dichos conceptos fundamentales. De allí emana el libro *Enseñanza de siete conceptos cruciales del psicoanálisis*.

MR: Un libro mayor. Una referencia no ortodoxa de los conceptos de base.

JDN: Y muy ligado a la saga de los Seminarios Psicoanalíticos de París. Le pedí a Sylvie le Poulichet que hiciera la conferencia sobre el narcisismo. Alquilamos

1. N. del E.: Para esa beca, Nasio obtuvo tres cartas de recomendación muy elogiosas que son para él «verdaderos tesoros»: de Mauricio Goldenberg, de José Bleger y de Enrique Pichon-Rivière. La carta de Pichon Rivière está redactada en francés y dirigida a Jacques Lacan.

para esa ocasión una sala del Museo Guimet de París, de 400 lugares, que se llenó inmediatamente. La gente hacía cola para entrar y muchos quedaron frustrados de no poder obtener su lugar.

Correspondía a una verdadera necesidad: espacios de formación abiertos, sin otro objetivo que el de comprender bien esos fabulosos conceptos que el psicoanálisis aportó a la psiquiatría, a la psicología y también a la cultura.

Fue tentador fundar una Escuela. Muchos me lo pedían. Pero no fue la opción, y no me arrepiento. Los Seminarios eran la fórmula que mejor nos convenía. Seminarios y grupos de estudio, por supuesto, que se gestaban espontáneamente.

MR: Escuchando esa fiebre por el saber, ¿qué le diría a un joven colega que le confía su deseo de venir a formarse a París hoy, en 2026?

JDN: Que está bien. Pero que tiene que venir ya formado. Y le diría también que busque y encuentre un maestro.

Y si ese joven colega me preguntara: «¿pero cómo se busca o se encuentra un maestro?», respondería que un maestro es un colega de mayor experiencia a quien le gusta contar cómo hace con su paciente, que no tiene reservas para dar generosamente lo que sabe.

Y claro, también es importante tener un lugar donde trabajar. Tener una idea de un lugar donde hacer realidad la ocasión de compartir la experiencia con dicho «maestro».

MR: ¿Lo prevendría de eventuales desilusiones?

JDN: No. ¿Por qué? Es cierto que el psicoanálisis está hoy en día en otra situación que en los años en que vine yo. Pero otras cosas pueden resultar hoy muy atractivas en nuestro campo: la sistémica, la neurobiología... El joven colega se inclinará en dirección hacia donde su deseo le dicte. Pero yo insistiría, en mi consejo, sobre la importancia del maestro para emprender tal aventura. Es realmente necesario tener un maestro.

Y no hay edad para eso. Cuando Lacan y Dolto fallecieron, quise supervisar con Serge Lebovici —¡yo ya estaba entrado en años!—; pero poco tiempo después falleció él también. Yo lo había conocido en la radio *France Culture*, en un ciclo sobre Donald Winnicott en el cual nos entendimos muy bien.

Sentir la necesidad de una persona superior a uno mismo permite, por supuesto, seguir siempre aprendiendo, pero también y sobre todo ser uno mismo. Para ser uno mismo, necesitamos sentir a alguien por encima de nosotros... estoy hablando de un sentimiento de humildad que es constitutivo del ser humano. Si acep-

to la existencia de un ser superior a mí, acepto que soy una persona limitada, un ser limitado, y que debo aprender para crecer y superarme.

Si me preguntara qué es lo más importante para mí en lo profesional, diría que es conservar la inocencia, sentir que quiero aprender y ¡que aprendo! Cuando el paciente se va del consultorio y nos deja pensando, y al cabo de un tiempo de elaboración nos da la impresión de haber entendido algo... Ese sentimiento que se expresa con la frase del «ahora entendí», en la que el sonido de la última sílaba se alarga y se agudiza. Eso es maravilloso.

Ser inocente nos vuelve curiosos y nos da la ocasión de sorprendernos. Dos condiciones para aprender. El «niño» en nosotros. Soy un niño mientras pueda conservar esa capacidad de sorprenderme. Es una actitud y un estado mental de disponibilidad a la sorpresa y de búsqueda de satisfacer la curiosidad, despojada de *a priori*. Cuando quise contactar a Lebovici, fue con ese espíritu de «virginidad» en el enjuiciamiento que cultivo en mí para seguir aprendiendo: el «niño». Siendo que yo ya tenía casi 60 y pico de años. El «niño» es lo inédito ante la vida, que nutre la larga esperanza de vida. Da vitalidad. En ese sentido, la energía que se moviliza es una energía inscrita en el tiempo.

MR: El «niño»... y el amor, ¿no es cierto?

JDN: Muy cierto. Y ahora que usted lo señala, quiero expresar mi amor por la lengua francesa. París, Francia, mi «exilio», están también estrechamente ligados a mi amor por la lengua francesa.

Ya conoce usted mi amor por el psicoanálisis, pero quiero señalar también mi amor particular por la psiquiatría. Soy un psicoanalista que ama la psiquiatría. ¡Adoro referirme, por ejemplo, al delirio sensitivo de Kretschmer! Adoro la época en la que estudiaba el *Manuel de psychiatrie* de Henri Ey: las diferentes formas de la esquizofrenia, etc. Mi apego por la psiquiatría es sólido. El otro amor también muy fuerte es por la lengua francesa.

MR: ¿Qué le gusta de la lengua francesa?

JDN: Me gusta la exactitud, la secreta armonía que se desprende de una frase bien escrita. El francés exige e impone ese rigor de la construcción en la frase escrita, y en la composición global también de la redacción en francés. Es un ejercicio del espíritu muy particular, que se condice con la exigencia de rigor en la construcción y la expresión del pensamiento conceptual. Pero, en lo que a mí concierne, debo decir que me propongo siempre escribir el francés con exactitud y rigor, conservando la «música» argentina.

Las frases tienen una «música», y para mí eso es muy importante: su ritmo de fraseo y la sonoridad que dan las mismas palabras elegidas para su construcción.

Estoy corrigiendo en este momento la edición española de *Clara, el bebé que vuelve a la vida*. En él, al inicio del libro, hablando del rol protector de los hijos respecto a los padres, evoco la figura de los ángeles y digo en francés: «*l'histoire touchante d'un petit bébé qui protège ses parents... Et je pense à la figure des anges gardiens aux visages roses et joufflus...*». El editor traduce: «la cara sonrosada y las mejillas regordetas de los ángeles». ¡Regordetas! ¡No es posible! Pensando en la música del escribir de la que le hablo, le propuse corregir: «con caras y cachetes sonrosados». El objetivo era evitar «regordetas». Ese halo musical de las frases es algo propio a las lenguas. Es muy importante. Quizás lo que está más enraizado a la lengua natal.

MR: Qué difícil y apasionante es la traducción...

JDN: En castellano puedo corregirlas; pero qué pasa en las otras lenguas en las que mis libros son traducidos es un enigma. No poder corregir eso es una pena, aunque lo conceptual está seguramente salvaguardado.

MR: En la lengua se halla para siempre una filiación irrenunciable. Volvamos, pues, a la filiación; le propongo el juego siguiente, que consiste en poner una palabra o una corta frase delante de cada uno de sus maestros.

JDN: Retomemos la lista que me presentó: De Freud: «el maestro de todos nosotros». De Ángel Garma: «lo psicossomático». Mi padre, médico, lo conocía personalmente por sus trabajos sobre la úlcera del estómago. Era la época en la que los médicos clínicos leían a los psicoanalistas. De Pichon-Rivière: Ay, ¡qué difícil! «Avenida Santa Fe a las 12 de la noche». De José Bleger: «Rosario; comunismo»... También se conocían con mi padre, que era militante comunista. Cuando, estando yo ya en Buenos Aires, fui a verlo -seguramente por sus trabajos sobre la conducta-, el mismo Bleger me contó haberlo conocido en Rosario. De Emiliano del Campo: «Mi analista». De 1965 a 1969. Le regalé una pipa cuando terminé mi análisis, porque me venía para París. De Jacques Lacan: su frase inolvidable: «Usted hace mi seminario». ¡Qué locura eso!

MR: «Padre» es la palabra que vuelve con recurrencia. No en vano, ¿no es cierto? Son «caras» del padre en las que inscribimos probablemente nuestra filiación.

JDN: Probablemente.

MR: En referencia al título tan entusiasta de uno de su libros ¡Sí, el psicoanálisis cura!, editado por Paidós en 2017; ¿es cierto entonces que el psicoanálisis cura?

JDN: ¿Cómo justificar semejante afirmación? Me he dado cuenta de que mi experiencia clínica y mi reflexión teórica se han enriquecido con el paso de los años, y de que los pacientes que manifestaban su gratitud luego de concluido su tratamiento eran cada vez más numerosos.

Hoy me digo que puedo y debo confiar plenamente en la eficacia de mi larga y apasionante práctica psicoanalítica, que no dejo de conceptualizar, de enseñar y de compartir con otros clínicos. Es esta confianza la que me incita a decir sin vacilar: «¡Sí, el psicoanálisis cura!». Por supuesto, ningún paciente se cura completamente, y el psicoanálisis, como todo remedio, no cura a todos los pacientes ni cura de manera definitiva. Así lo afirmo en las primeras páginas de dicho libro.

MR: Como modelo de curación, he retenido -como una gran enseñanza suya- una expresión particularmente significativa: la de «desvitalización del fantasma y del sueño», en un sentido conductual del término, que acompaña al fantasma hasta el punto de integrarlo como una identidad alienada.

Se desprende claramente de la lectura de su libro que no se trata de erradicar el elemento constitutivo, ya sea traumático o fantasmático, ni el deseo. Pero sí de que, de algún modo, se desvitalice su presencia, de manera que ya no exija su dramatización permanente ni su repetición.

Tal operación engendra una «inteligencia» frente al fantasma que constituye a la persona, así como una forma de «empatía» hacia uno mismo, que permite aprender a amar y a querer aquello que nos constituye. Munido de esa «inteligencia», aportada por una crítica transformada en curiosidad investigadora, a diferencia de la crítica enjuiciadora del superyó, el sujeto puede situarse de otro modo frente a su experiencia.

JDN: ¡Sí! Así es. Es exacto. Nos introduce en el tema del fantasma sobre el cual usted quería también interrogarme. Efectivamente. Eso resulta un poquito más técnico y quizás más teórico.

MR: El fantasma, sobre todo articulado con el traumatismo. Usted cuenta en sus casos clínicos la importancia que le confiere al traumatismo, e insiste en ello. Se trataría de traumatismos que no son forzosamente los que se recuerdan, sino de un traumatismo de la memoria inconsciente...

JDN: ...reconstruido efectivamente por el análisis del síntoma y de la repetición transferencial.

MR: Me he preguntado, leyendo sus casos: ¿qué lugar darle entonces a lo pulsional?, y me parece que lo pulsional -del fantasma- aparece cuando usted se refiere a una articulación muy fina y muy curiosa entre traumatismo y fantasma... al punto que, por momentos, entendemos por «traumatismo» lo «traumático» de lo inaugural de un sufrimiento, como si se tratara de lo traumático... del fantasma mismo.

JDN: Lo que articula todo lo que usted dice, correctamente, es que se trata en todos los casos de un *evento vivido*, de cuerpo y alma, con emociones y con huellas sensoriales. Ya sea que se trate de eventos imaginarios o reales.

Pero precisaría que el fantasma es un derivado del trauma en tanto que acontecimiento. El fantasma es una secuela imaginaria del traumatismo. El sello psíquico del traumatismo.

MR: André Green afirmaba que la primera vez era un «trauma» y que las siguientes, y si repite, ya es fantasma.

JDN: Está bien. Adhiero a esa proposición.

MR: Pero ¿usted afirma entonces que «al inicio, es el trauma»?

JDN: Sí. Hay dos tipos de trauma (reales o supuestos): el trauma violento, que provoca cambios profundos en el ser, y el trauma que yo llamo «de crecimiento».

Los traumas profundos más frecuentes son de tres tipos. Primeramente, el trauma por abandono, ya sea porque la madre ha dejado al niño en un orfanato, lo cual constituye un trauma de *abandono* real, o porque un niño de cuatro años se ve enfrentado a la desaparición de su madre durante tres meses debido a un accidente automovilístico, sin que el padre ni nadie le explique lo ocurrido. Cuando esta situación se prolonga y el niño no sabe que su madre sufrió un accidente y que se encuentra hospitalizada lejos, por ejemplo en Italia, puede vivir ese alejamiento como un abandono. Así, tenemos tanto los traumas reales como los traumas vividos.

En segundo lugar, el trauma provocado por los *maltratos*, ya sean físicos o morales. Y fíjese que el grito aquí es fundamental. Con frecuencia es más traumático que el maltrato físico...

MR: ¿Por qué?

JDN: Porque produce en el niño una sorpresa de escalofrío y de espanto. Del mismo modo que es traumático lo visual; es decir, ser testigo de maltrato sin ser uno mismo la víctima directa: ver, por ejemplo, al papá pegarle a la mamá. Y en tercer lugar, el trauma por *abuso sexual*.

MR: ¿Alguno de estos tres tipos de traumatismo profundo sería más desorganizador que otro?

JDN: No. Se trata de los tres traumas violentos más frecuentes. Existen otros, por supuesto, pero estos son los más habituales en la clínica. El trauma de abandono da lugar, con frecuencia, a la fobia; el trauma de maltrato suele conducir a la neurosis obsesiva; y el trauma de abuso sexual da lugar frecuentemente a la histeria. No puede decirse que uno sea más desorganizador que otro.

Ahora bien, considero que hay otros traumas que no son violentos y que generan crecimiento. Los llamo «traumas de crecimiento».

Son traumas porque provocan un trastorno en el niño, pero que el niño puede elaborar y gestionar. El más frecuente, por ejemplo, es el nacimiento de un hermano o hermanita.

MR: Traumatismos de crecimiento que implican separaciones...

JDN: Exacto. Traumas de separación: el niño que permaneció en el mismo grupo y establecimiento durante el jardín de infantes hasta la escuela primaria y que, de pronto, tiene que cambiar de escuela, vive algo muy doloroso. Por supuesto se adapta, pero hay allí algo ya traumático.

O bien el caso de un hermano o una hermana diez años mayor: cuando el niño tiene siete u ocho años y la hermana de dieciséis se va al extranjero, él queda privado de esa presencia. Tal separación constituye un trauma de crecimiento, ya que obliga al niño a reorganizarse, readaptarse y aprender nuevas maneras, nuevas defensas, para soportar la vida. Y no por ser superados dejan de ser traumatismos...

MR: ...dejan huella.

JDN: Dejan huella, sí; pero, para mí, dejan la huella para la neurosis en general, aunque no para desarrollar una neurosis con síntomas caracterizados. Esa es justamente la diferencia: los tres traumatismos violentos —abandono, maltrato y abuso— provocan síntomas característicos; generan neurosis con manifestaciones específicas, que producen sufrimiento y requieren tratamiento.

En cambio, los traumatismos no violentos, los traumas de crecimiento, dejan secuelas, pero, a mi entender, se trata de una neurosis en general. Un traumatismo de ese tipo produce una neurosis sin síntomas claramente caracterizados. Neurosis en general, generadora de angustia, por supuesto, pero que no exige necesariamente tratamiento.

MR: Y dejan seguramente —ya que se trata también de una cuestión de umbral, cuantitativo, dice Freud — una vulnerabilidad más o menos importante, por ejemplo, frente a la depresión. Usted, en otro de sus libros, habla del traumatismo como de una cicatriz a partir de la cual las personas enferman de depresión.

JDN: Efectivamente.

MR: Finalmente, usted se acerca a las convicciones de Ferenczi, que veía, quizás más que Freud, que el origen de las neurosis era la experiencia traumática. Con Rank escriben en 1924 *El traumatismo del nacimiento*. Freud, en cambio, sostenía más firmemente que el fantasma era el causante del traumatismo en tanto que hacía que el evento fuera sobredeterminado por la carga fantasmática. Qué enmarañado resulta esto, ¿no?

JDN: Este punto siempre me interesó. Freud, con su teoría de la libido, confiere una importancia fundamental a la fijación de los acontecimientos en función de los estadios sexuales del desarrollo. En el estadio anal, por ejemplo, habría una erotización excesiva del ano. Yo hablo del maltrato, pero Freud diría: hubo una fijación erótica anal ligada al castigo, al dolor. Ese niño quedó eróticamente fijado a esa experiencia.

En el caso de la histeria, según Freud, no habría necesariamente abuso sexual, sino una fijación erótica a la caricia sensual. Y con la fobia ocurre algo semejante: Freud hablaba de una fijación al período oral. Yo, en cambio, hablaría del abandono del lactante al que se le retira el pecho materno. Un hecho que fija al niño a un estado en particular.

MR: También en la «fijación» aparece una circularidad: El hecho «fija» en un estadio y el hecho es fijado porque el sujeto se halla en determinada fase de su desarrollo.

JDN: Y lo que se fija es un fantasma. Tomemos un ejemplo: un niño que va a hacer caca. La madre es una obsesiva; piensa que si el niño no defeca una vez por día se enfermará. De esa manera, la madre —o la persona que se ocupa de él— justifica la aplicación regular o diaria de un supositorio.

Con ese gesto, el niño empieza a concentrarse en un lugar del cuerpo que es el ano. Eso sería lo que Freud describió como una fijación anal. Pero hay una fijación anal porque la madre le pone un supositorio, y eso ya es fantasma.

MR: ¿Un encuentro... ?

JDN: Es el «grano de verdad», el «grano» -en alemán Freud dice *Korn*- de realidad que está en la formación del fantasma. Eso sería para juntar a Freud con la interpretación del trauma.

MR: ¿Y usted, Nasio, es en lo que sigue creyendo?

JDN: ¡Claro! Lo reinterpreto, seguramente. Lo digo con mis palabras y a partir de mi propia experiencia. Siempre reinterpretemos. Y me encanta darme cuenta de que lo que estoy pensando ya había sido dicho. Cuando Freud habla de la fijación, yo pienso que era su manera de hablar de un elemento traumático.

Freud estaba ocupado con la evolución de los estadios para pensar en el falo, porque el tema de los estadios para él era el de los estadios del placer sexual. No hay que olvidarse de esto. Los tres estadios -oral, anal, fálico- son estadios en función de los lugares de placer: la boca, el ano y luego el estadio fálico, donde el placer es el fantasma del sexo. El pene, pero «fantasmado».

MR: ¿En los otros no hay fantasma?

JDN: No diría eso. En los otros hay fantasma, claro; pero lo que me importa resaltar es que en los estadios oral y anal el lugar del placer es orgánico, en la zona erógena. En el estadio fálico se opera un salto, y el lugar del placer es el fantasma.

MR: Pensar que esto sigue siendo objeto de debate entre todos los movimientos posfreudianos. Pensemos también cómo la cuestión se complejiza cuando los estadios adquieren un carácter desarrollista, en un sentido ontológico: esas «fijaciones» pasan entonces a pensarse en términos de subjetivación.

Me gusta pensar que se trata de puntos de vista complementarios y no opuestos. Sin embargo, persiste la idea de que, para ser freudiano, habría que seguir exclusivamente la vía libidinal.

JDN: Es interesante pensar de manera totalmente inocente: ¿qué le causa placer, físicamente, a un niño cuando tiene seis meses o cuando tiene dos años? Esa es la cosa que, para mí, dijo Freud.

Lo que conversamos me recuerda un libro muy interesante que debo tener en algún lugar de la biblioteca: se trataba de las actas de una jornada donde intervinieron sobre los estadios Henri Wallon y Jean Piaget. Apasionante. Son efectivamente maneras de pensar diferentes según diferentes criterios; por ejemplo, Piaget lo hacía de acuerdo a la inteligencia, lo cognitivo; Wallon se interesó en los estadios de la construcción del yo, entre los cuales el del espejo -el del reconocimiento de la propia imagen- es el más conocido, porque lo retomó Lacan para su teorización.

MR: Volvamos, si está de acuerdo, a su práctica. ¿Reconocería en usted una tendencia técnica en particular, o una representación íntima de sus objetivos? Por ejemplo, la búsqueda o reconstrucción de recuerdos

traumáticos, como lo decíamos previamente; la movilidad de la transferencia, etc.

JDN: No me concentro en algo en particular. No he logrado, hasta ahora, decirme a mí mismo qué es exactamente lo que, en mí, ayuda al paciente. Sé que se trata de un conjunto de elementos puestos al servicio de ciertos efectos de cambio y de progreso: el contenido de lo que comunico, por supuesto, pero también la voz, la mirada... Seguramente se trate de una modalidad de presencia. Trato de teorizarla lo mejor que puedo y desde ángulos diferentes.

Una de esas ideas es la siguiente: ya sea escuchando o interviniendo, le muestro al paciente que, allí donde él se halla desunido en su interior, nosotros podemos estar unidos en nosotros mismos. Me centro, pues, en el problema de estar unido o desunido. Es una de las maneras de abordar la cuestión.

Le muestro entonces dos cosas: primero, que yo mismo estoy unido en mi propia manera de ser ante él y, luego, que busco lograr que él se quiera a sí mismo. Le muestro un modo de trato hacia él que él mismo podría adoptar consigo. No se trata de ser para el paciente un modelo, lo cual Lacan criticó, y con razón, sino de teorizar aquello que, por esa vía, ejerce efectos benéficos. Esto abarca un aspecto de lo que fue estudiado como imitación, pero en un sentido identificatorio y profundo.

Esa «preocupación de base» me permite cierta libertad técnica. Libertad técnica no quiere decir hacer lo que uno quiere. Permanentemente observo toda iniciativa que tomo para y con el paciente. Para ello sigo la regla profesional que consiste en: hacer, observarse hacer y teorizar lo que se hace. Así formalizo el trabajo.

MR: El paciente debe identificarse entonces no tanto con una persona -su terapeuta- sino con esa «regla» pensante, esa manera de proceder.

JDN: Exactamente. Y se identifica también con ese interés.

Le cuento una variante técnica que yo llamo la «interpretación gráfica».

La interpretación gráfica surge cuando le propongo al paciente, en este caso un paciente obsesivo que presentaba una fobia de impulsión y temía matar a su madre: «Bueno, vamos a hacer una cosa» -tomando una hoja que coloco sobre el banquito junto al sillón o al diván- «Hagamos la línea de vida, para ver cuándo empezó esta idea.» Entonces comenzaron a encadenarse los hechos. El paciente me dijo: «Nunca tuve

una imagen tan completa del problema. Es la primera vez que veo esto.»

Una línea de vida para ver los diferentes momentos de repetición y las crisis que tuvo: los tratamientos que siguió, los médicos que consultó, las mujeres que dejó, la mujer que conoció... Estamos trabajando en eso; este paciente ya se siente mucho mejor y sin medicamentos. La llamo «interpretación gráfica» porque el solo hecho de que aparezca el gráfico ya le da al paciente una visión diferente, sin que yo haya dicho nada en particular, aunque, por supuesto, esto pueda acompañarse de alguna intervención verbal.

Otra variante técnica puede consistir en salir al hall del edificio de mi consultorio, donde hay un espejo, y acompañar a la paciente anoréxica a observar juntos su imagen corporal. O ir hasta la escuela junto al niño que presenta una fobia escolar.

Me dejo llevar por el «buen sentido» y por lo que definí como «inconsciente instrumental», observando y pensando siempre lo que está ocurriendo, en los diferentes niveles del acontecer en la relación: lo pensado de manera emergente, lo intuitivo, los gestos, los movimientos... todo aquello que engloba el ser y el estar, aquí y ahora, con el paciente. Para que el paciente sienta la autenticidad con la que recibo lo que él es, tal como él es. Lejos de posiciones superyoicas. En algunas situaciones, el superyó es la parte enferma de la psiquis, una especie de «tumor» psíquico, tal como se observa en los adolescentes que sufren del fantasma de humillación, como lo digo en mi libro *Cómo actuar con un adolescente difícil*.

Trato, por supuesto, de penetrar en su mundo interior y sentir conscientemente lo que el paciente siente y, sobre todo, aquello de lo que él no tiene conciencia.

Ya sea en el momento mismo o en el *après-coup*, cuando elaboramos lo vivido, cuando teorizamos, o cuando escribimos y reflexionamos. Trabajando siempre.

MR: Con esa frase, si está de acuerdo, podríamos concluir. Muchas gracias, Juan David. Como en todos sus libros, le agradezco especialmente, y también en nombre de los lectores de esta entrevista, su manera generosa, dialogada y rigurosa de transmitir su enseñanza.

JDN: Muchas gracias a usted, Martín, y a la revista *Vertex*, que me brindan la ocasión de estar nuevamente en contacto directo con los colegas de nuestro querido país.

París, 5 de marzo de 2026

CARTA DE LECTORES

A propósito del Primer Consenso Argentino sobre el Manejo de la Esquizofrenia: considerando los disensos en relación al tratamiento farmacológico de mantenimiento

Javier Fabrissin¹, Nicolás Oliva²

Señor Director:

El "Primer Consenso Argentino sobre el Manejo de la Esquizofrenia: Lineamientos para el abordaje integral del tratamiento" (Corrales et al., 2026), publicado en esta revista, presenta una completa y rigurosa actualización sobre este tema. Con el propósito de contribuir al debate, quisiéramos exponer algunas consideraciones, particularmente en lo que concierne al tratamiento farmacológico de mantenimiento.

En la discusión sobre dicho eje (pp. 103-105), los autores mencionan la falta de definiciones concluyentes respecto a la duración óptima del tratamiento de mantenimiento y sugieren que, en ciertos casos, se puede considerar la reducción de la medicación, planteando que *"el enfoque de mantenimiento [...] puede ser eficaz para muchos pacientes, pero la variabilidad en las respuestas requiere un enfoque individualizado"*.

En efecto, revisiones sistemáticas sugieren que la continuidad indefinida por defecto no es una postura unánime a nivel internacional (Correll et al., 2022). Dadas las trayectorias evolutivas heterogéneas de la esquizofrenia, el riesgo de recaída no es uniforme y, por tanto, hay subgrupos de pacientes con estabilidad prolongada que logran mejores tasas de recuperación funcional y autonomía cuando se implementan dosis mínimas efectivas o estrategias de discontinuación pautada, en comparación con el mantenimiento de dosis estándares (Aftab 2024, Wunderink et al., 2013).

Existen desafíos metodológicos que dejan algunos claroscuros. Uno de ellos es la escasez de comparaciones de largo plazo contra placebo, ya que la mayoría de los ensayos evalúan el mantenimiento farmacológico con seguimientos de hasta un año (Ceraso et al., 2020), lo que impide un mejor discernimiento entre ambas alternativas -continuidad de tratamiento en dosis estándar vs. discontinuidad de la medicación (Moncrieff J et al., 2023). Otro punto es que, cuando se suspende la medicación, no es sencillo precisar si la eventual reaparición de síntomas se debe a la reactivación de la psicopatología subyacente o a fenómenos de tolerancia e hipersensibilidad del receptor D2 por uso crónico (Horowitz et al., 2021).

Ahora bien, aunque el Consenso expone estos matices, las recomendaciones resultan más categóricas al consignar que: *"[...] El presente consenso de expertos sostiene que, una vez confirmado el diagnóstico de esquizofrenia, el tratamiento antipsicótico no debería interrumpirse"*. Precisamente, debido a que la evidencia no es totalmente concluyente al respecto, consideramos que hubiera sido conveniente acompañar sus recomendaciones con una gradación explícita del nivel de evidencia en que éstas se basan -de modo similar a los sistemas utilizados por las guías NICE o, en nuestro medio, por el Tercer Consenso Argentino de Trastornos Bipolares. Esto ofrecería mayor claridad sobre el grado de respaldo empírico de las recomendaciones.

Creemos que una visión clínica flexible, que conciba al descenso gradual y supervisado como una potencial herramienta orientada a preservar la funcionalidad del paciente, resguarda su rol como participante activo de su tratamiento. Incorporar esta alternativa en nuestra práctica puede ayudar a que la prescripción crónica no sea un acto mecanizado sino el resultado de una valoración analítica y dinámica en la toma de decisiones.

El Consenso, herramienta esencial para nuestra actualización y formación, constituye una plataforma para reflexionar sobre la práctica diaria: bajo ese espíritu surge esta carta.

¹Médico Especialista en Psiquiatría, Docente de Salud Mental I y II (USP-T), Psiquiatra del Depto. Salud Ocupacional (SIPROSA). San Miguel de Tucumán, Argentina. jfabrissin@gmail.com

²Médico Especialista en Psiquiatría. Magíster en Psiconeurofarmacología (Universidad Favaloro). Médico del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. olivanico@gmail.com

Referencias bibliográficas

- Aftab, A. (2024). Making sense of the literature on antipsychotics and long-term functioning: taking natural history and personalization seriously. *Psychological Medicine*, 54(16), 1–8. <https://doi.org/10.1017/s003329172400312x>
- Ceraso, A., Lin, J. J., Schneider-Thoma, J., Sifakis, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Davis, J. M., & Leucht, S. (2020). Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(8), CD008016. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008016.pub3>
- Corrales, A., Abadi, A., Bartoli, G., Benavente Pinto, C., Cabrera, A., Camino, S., Corral, R., Delmonte, G., García Bonetto, G., Garay, C. J., Gargoloff, D., Gargoloff, P., Goldchuk, A., Iveli, M. F., Jufe, G., Lamaison, F., Leiderman, E., López Mato, A., Marengo, E., . . . Cetkovich-Bakmas, M. (2026). Primer Consenso Argentino en Esquizofrenia: tercera parte. Lineamientos para el abordaje integral del tratamiento. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 37(171), 72–126. <https://doi.org/10.53680/vertex.v37i171.979>
- Correll, C. U., Martin, A., Patel, C., Benson, C., Goulding, R., Kern-Sliwa, J., Joshi, K., Schiller, E., & Kim, E. (2022). Systematic literature review of schizophrenia clinical practice guidelines on acute and maintenance management with antipsychotics. *Schizophrenia*, 8(1), 5. <https://doi.org/10.1038/s41537-021-00192-x>
- Horowitz, M. A., Jauhar, S., Natesan, S., Murray, R. M., & Taylor, D. (2021). A method for tapering antipsychotics based on dopamine transporter occupancy. *The Lancet Psychiatry*, 8(6), 516–526. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00035-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00035-2)
- Moncrieff, J., Crellin, N., Stansfeld, J., Cooper, R., Marston, L., Freemantle, N., Lewis, G., Hunter, R., Johnson, S., Barnes, T., Morant, N., Pinfold, V., Smith, R., Kent, L., Darton, K., Long, M., Horowitz, M., Horne, R., Vickerstaff, V., Jha, M., Priebe, S. (2023). Antipsychotic dose reduction and discontinuation versus maintenance treatment in people with schizophrenia and other recurrent psychotic disorders in England (the RADAR trial): an open, parallel-group, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 10(11):848–859. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00258-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00258-4) Epub 2023 Sep 28. Erratum in: *Lancet Psychiatry*. 2023 Nov;10(11):e29. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00342-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00342-5) PMID: 37778356.
- Wunderink, L., Nieboer, R. M., Wiersma, D., Sytema, S., & Nienhuis, F. J. (2013). Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation strategy vs maintenance treatment: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 70(9), 913–920. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.19>

CARTA DE LECTORES

Claritatis principium: ne lectorem confundas

Respuesta a la carta al Director: “A propósito del Primer Consenso Argentino sobre el Manejo de la Esquizofrenia: considerando los disensos en relación al tratamiento farmacológico de mantenimiento”

Alejo Corrales¹, Eduardo Leiderman², Tomas Maresca³, Federico Rebok⁴

Señor Director:

En la carta de referencia, los autores abordan dos escenarios clínicos que corresponden a decisiones terapéuticas claramente diferentes. Asimismo, como se expondrá más adelante, citan de manera incompleta la recomendación formulada en nuestro consenso. Ambos aspectos pueden conducir a una interpretación que no refleja adecuadamente el alcance ni la naturaleza de la recomendación original.

El primer escenario está enfocado en la estrategia farmacológica de reducción de dosis en el tratamiento de la esquizofrenia. En este primer punto, los mismos autores parecerían no tener discrepancias sobre lo postulado por el presente consenso. De todas formas es importante ampliar la discusión ya que la reducción de dosis de antipsicóticos en esquizofrenia estable conlleva un riesgo aumentado de recaída sin beneficios consistentes en funcionalidad o calidad de vida, aspectos que los autores no hacen referencia en su carta al editor. Sin embargo, la evidencia revela matices importantes respecto al momento, la selección de pacientes y los resultados a largo plazo. Por ejemplo, un estudio reportó que la reducción de dosis aproximadamente **duplica el riesgo de recaída** comparado con la continuación de dosis (razón de riesgo: 1,96; IC 95 %: 1,23–3,12) (Tani et al., 2020). Una revisión sistemática que evaluó la reducción de la dosis de antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia clínicamente estables no encontró diferencias significativas entre las estrategias de reducción y de mantenimiento del tratamiento en términos de calidad de vida, funcionamiento global o incidencia de efectos adversos. Sin embargo, la reducción de la dosis se asoció con un incremento del riesgo de recaída y de abandono del tratamiento, así como con una posible mayor tasa de rehospitalización. Asimismo, en varios estudios la reducción de la dosis fue rápida y de considerable magnitud, lo que podría haber influido en los resultados observados (Rodolico et al., 2022). Un metaanálisis de 24 ensayos clínicos aleatorizados (n = 3.282) evaluó la eficacia y seguridad de la reducción de la dosis de antipsicóticos durante el tratamiento de mantenimiento en pacientes con esquizofrenia con múltiples episodios. En comparación con las dosis estándar, las dosis bajas (50–99 % de la dosis estándar) incrementaron el riesgo de recaída en un 44 % (RR = 1,44; IC 95 %: 1,10–1,87), mientras que las dosis muy bajas (<50 % de la dosis estándar) aumentaron dicho riesgo en un 72 % (RR = 1,72; IC 95 %: 1,29–2,29). Asimismo, ambas estrategias se asociaron con un mayor riesgo de discontinuación del tratamiento por cualquier causa, sin evidenciar beneficios en términos de tolerabilidad. Los autores concluyen que, en pacientes con esquizofrenia estabilizados, la reducción de la dosis por debajo del rango estándar de mantenimiento no debería recomendarse de forma rutinaria, ya que incrementa el riesgo de recaída y de interrupción del tratamiento, sin demostrar ventajas clínicas consistentes (Højlund et al., 2021).

¹Magíster en Biología Molecular e Ingeniería Genética, Universidad Favaloro. Docente de la Universidad Nacional de Tucumán (UNT). Presidente del Capítulo de Psiquiatría Genética, Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP), Buenos Aires, Argentina.

²Universidad de Palermo.

³Presidente de la Asociación Argentina de Psiquiatría Biológica (AAPB).

⁴Jefe del Servicio de Emergencia, Hospital Dr. Braulio A. Moyano.

Autor de correspondencia:

alejocorrales@hotmail.com

Los autores de la carta, además, hacen referencia al estudio RADAR. Este ensayo, dirigido por Joanna Moncrieff y colaboradores (2023), comparó mediante un diseño aleatorizado una estrategia de reducción gradual de la dosis de antipsicóticos frente al tratamiento de mantenimiento en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, con el objetivo de minimizar el sesgo derivado de reducciones excesivamente rápidas observado en estudios previos, como el de Rodolico y colaboradores, mencionado anteriormente (Moncrieff et al., 2023). Sin embargo, el estudio RADAR ha sido objeto de importantes cuestionamientos metodológicos. Ese mismo año, Stefan Leucht y colaboradores publicaron un comentario crítico en el que señalaron varias limitaciones que consideramos relevantes y con las que coincidimos. En primer lugar, de los **4.157 pacientes evaluados para su inclusión, únicamente 253 fueron finalmente aleatorizados**, lo que plantea la posibilidad de un importante sesgo de selección hacia pacientes con una enfermedad relativamente estable o de menor gravedad clínica. Esta interpretación se ve reforzada por **la mediana de la puntuación basal de la PANSS (48 puntos)**, compatible con una población poco sintomática. Asimismo, **la dosis mediana de antipsicóticos al inicio del estudio fue equivalente a 300 mg de clorpromazina**, correspondiente a una dosis estándar de mantenimiento, y la carga de efectos adversos reportada fue, en general, leve.

Los principales resultados del estudio a los **24 meses de seguimiento** fueron los siguientes:

- Recaída grave (hospitalización): 25 % en el grupo de reducción vs. 13 % en mantenimiento (OR = 2,20; IC 95 %: 1,15–4,22).
- Cualquier recaída: 41 % vs. 22 %.
- Reducción mediana de dosis: 33 % respecto al basal; solo el 10 % de los pacientes había suspendido el antipsicótico al final del estudio.
- **No se confirmó** la hipótesis de mejoría del funcionamiento social ni cognitivo con la reducción de dosis, aunque tampoco hubo empeoramiento social pese al aumento de recaídas.

Un subestudio cualitativo (Morant y colaboradores, n = 26) mostró que varios pacientes percibieron alivio de la sedación, embotamiento emocional y enturbiamiento mental, aunque 9 de 26 sufrieron una recaída psicótica (Morant et al., 2023). Es decir que el estudio RADAR de Moncrieff y de Morant (ambos del mismo grupo) son claros en dos puntos, la funcionalidad no está modificada en ninguno de los dos grupos y el riesgo de recaída es claro en el grupo de pacientes a quienes se les redujo la dosis de antipsicóticos. Sin embargo, algunos se podrían beneficiar con la reducción de dosis. La hipótesis original de que la reducción de la dosis mejoraría el funcionamiento social sin incrementar significativamente el riesgo de recaídas no fue confirmada. Asimismo, tampoco se observó una mejoría en el rendimiento cognitivo (Leucht et al., 2023).

El desafío ético es que los intentos de identificar a los pocos que pueden beneficiarse de la reducción sistemática de dosis pueden comprometer la salud y estabilidad de los muchos que requieren tratamiento de mantenimiento a largo plazo.

Dicho esto, nuestro consenso no descarta la posibilidad de realizar ajustes de dosis durante el tratamiento de mantenimiento cuando existan razones clínicas que lo justifiquen. Dichas modificaciones deben llevarse a cabo de manera individualizada, gradual y bajo un adecuado seguimiento. Sin embargo, consideramos que los autores en su carta fusionan conceptualmente dos aspectos del tratamiento que son claramente diferentes desde el punto de vista clínico y terapéutico: **la reducción de la dosis y la discontinuación del tratamiento**. En este sentido, nuestra posición es clara con respecto a lo segundo. El consenso sostiene que, una vez confirmado el diagnóstico de esquizofrenia, **el tratamiento antipsicótico no debería interrumpirse**, debido al elevado riesgo de recaída y a las importantes consecuencias clínicas, funcionales y psicosociales asociadas a las descompensaciones psicóticas. Esta constituye una de las principales recomendaciones del consenso y representa, hasta donde conocemos, la primera declaración explícita en un consenso sobre la interrupción del tratamiento de mantenimiento en pacientes con esquizofrenia.

A continuación, presentamos algunos de los datos que sustentan esta recomendación.

En una revisión narrativa ampliamente citada, Robin Emsley y colaboradores (2013), analizaron la evidencia sobre la recaída tras la reducción o suspensión de los antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia. Los autores concluyeron que la interrupción del tratamiento se asocia con un riesgo elevado de recaída, incluso después de un único episodio psicótico y tras períodos prolongados de remisión clínica. La mayoría de las recaídas ocurre durante el primer año después de la reducción o suspensión del tratamiento y suele presentarse de forma abrupta, con escasos síntomas prodrómicos. Además, aunque la mayoría de los pacientes recupera la respuesta clínica al reiniciar el tratamiento antipsicótico, aproximadamente uno de cada seis presenta una respuesta incompleta.

Estos hallazgos respaldan la importancia del tratamiento antipsicótico de mantenimiento como estrategia fundamental para prevenir recaídas y preservar la estabilidad clínica a largo plazo. (Emsley et al., 2013)

El ensayo HAMLETT evaluó la reducción o discontinuación temprana frente al mantenimiento en 347 personas con primer episodio de psicosis seguidas durante cuatro años. Durante el primer año, la estrategia de reducción o discontinuación se asoció con mayor riesgo de recaída (OR = 2,84; IC del 95 %: 1,08–7,66) y menor calidad de vida, sin diferencias en el funcionamiento informado por los pacientes. A los tres y cuatro años, el grupo de reducción o discontinuación presentó mejor funcionamiento global evaluado por investigadores y una tendencia a menor gravedad sintomática. Dado que las dosis fueron similares en ambos grupos a partir del primer año, los autores plantearon que esta diferencia podría reflejar el aprendizaje adquirido durante una reducción gradual supervisada, más que un efecto directo de una menor exposición farmacológica (Sommer et al., 2026). Estos posibles beneficios a largo plazo deben ponderarse frente al riesgo de recaída a corto plazo.

Un metaanálisis reciente que incluyó 12 ensayos clínicos aleatorizados (n = 1.133) evaluó los efectos de la suspensión de los antipsicóticos en pacientes con primer episodio de psicosis no afectiva que habían alcanzado la estabilidad clínica. Los resultados demostraron que la continuación del tratamiento antipsicótico redujo significativamente el riesgo de recaída en comparación con la suspensión, observándose diferencias desde el segundo mes de seguimiento que persistieron hasta los 24 meses. Al año de seguimiento, la tasa de recaída fue del 21,0 % en el grupo de mantenimiento frente al 53,3 % en el grupo de suspensión (RR = 0,45; IC 95 %: 0,35–0,57), lo que representa una reducción absoluta del riesgo del 32 % y un número necesario a tratar (NNT) de aproximadamente 3 para prevenir una recaída. (Kishi et al., 2026)

El tratamiento farmacológico de mantenimiento constituye también un pilar terapéutico en otros trastornos psiquiátricos de curso crónico y recurrente, como el trastorno depresivo mayor recurrente y el trastorno bipolar. En estas condiciones, los antidepresivos, los estabilizadores del estado de ánimo, los antipsicóticos atípicos y otros psicofármacos utilizados de forma prolongada pueden asociarse con efectos adversos tanto tempranos como tardíos, algunos de ellos clínicamente relevantes. Sin embargo, ha sido la **esquizofrenia** el principal foco de la investigación sobre la reducción gradual de la dosis y la suspensión de la medicación.

Siguiendo el razonamiento planteado por Andrade, si aceptamos que, en el trastorno depresivo mayor recurrente y en el trastorno bipolar, los beneficios potenciales del tratamiento de mantenimiento superan sus riesgos potenciales, resulta razonable considerar que este mismo principio también puede aplicarse a la esquizofrenia. Desde esta perspectiva, las ganancias funcionales transitorias que podrían obtenerse mediante la suspensión de los antipsicóticos en la esquizofrenia no deberían priorizarse por encima de las dos principales ventajas del tratamiento de mantenimiento a largo plazo: por un lado, **la preservación de la estabilidad clínica** y, por el otro, **la reducción del riesgo de suicidio, de enfermedad cardiovascular y de mortalidad prematura** (Andrade, 2024).

La evidencia proveniente de estudios poblacionales de gran escala también respalda el beneficio del tratamiento antipsicótico de mantenimiento sobre la supervivencia a largo plazo. En el estudio FIN20, una cohorte nacional finlandesa que incluyó 62.250 pacientes con esquizofrenia seguidos durante un máximo de 20 años, el tratamiento con antipsicóticos se asoció con una reducción significativa de la mortalidad por todas las causas en comparación con la ausencia de tratamiento. La mortalidad acumulada a los 20 años fue del 46,2 % en los pacientes que no recibieron antipsicóticos, del 25,7 % en aquellos tratados con cualquier antipsicótico y del 15,6 % en los pacientes tratados con clozapina. Asimismo, la exposición a cualquier antipsicótico redujo aproximadamente un 52 % el riesgo de mortalidad por todas las causas (aHR = 0,48; IC 95 %: 0,46–0,51), mientras que la clozapina mostró el perfil más favorable, asociándose con la mayor reducción de la mortalidad global, cardiovascular y por suicidio (aHR = 0,39; IC 95 %: 0,36–0,43). Estos hallazgos proporcionan una sólida evidencia de que la continuidad del tratamiento antipsicótico no solo reduce el riesgo de recaída, sino que también se asocia con una mejor supervivencia a largo plazo, reforzando el papel del tratamiento de mantenimiento como un componente esencial en el manejo integral de la esquizofrenia (Taipale et al., 2020).

Además, la evidencia sugiere que la **prevención de la primera recaída es crítica**, ya que cada recaída subsecuente se asocia con respuesta reducida o retardada al tratamiento antipsicótico. Esto subraya la importancia de estrategias para optimizar la adherencia y prevenir discontinuaciones prematuras del tratamiento en el primer episodio (Takeuchi et al., 2019).

Desde estas perspectivas, la salud y la estabilidad de la mayoría de los pacientes no deberían sacrificarse en el intento de identificar a la minoría para la cual una dosis más baja o incluso la suspensión del tratamiento podría ser una opción viable (Andrade, 2024).

La recaída tiene un impacto psicológico devastador que afecta múltiples dimensiones del bienestar emocional, social y funcional de los pacientes con esquizofrenia. La evidencia demuestra que las consecuencias psicológicas empeoran progresivamente con cada recaída adicional (Lin et al., 2021).

Finalmente, agradecemos a los autores de la carta al editor por el interés demostrado en nuestro consenso y por contribuir al intercambio de ideas mediante un debate científico constructivo. La elaboración de un consenso de expertos no se sustenta únicamente en una revisión exhaustiva y crítica de la evidencia científica disponible, sino también en la amplia experiencia clínica de los especialistas que participaron en su desarrollo, integrando ambos elementos para formular recomendaciones aplicables a la práctica clínica.

No obstante, lamentamos que, en su análisis, los autores de la carta al editor hayan omitido, por algún motivo, citar la recomendación sobre el tratamiento de mantenimiento en su totalidad. En el documento original se expresa textualmente:

"Si bien no existe una definición concluyente respecto a la duración óptima del tratamiento farmacológico en la esquizofrenia —y las guías clínicas disponibles no establecen recomendaciones taxativas en este sentido—, el presente consenso de expertos sostiene que, una vez confirmado el diagnóstico de esquizofrenia, el tratamiento antipsicótico no debería interrumpirse, dado el elevado riesgo de recaída y el impacto funcional asociado a las descompensaciones psicóticas. Asimismo, el tratamiento farmacológico debe integrarse en el marco de un abordaje terapéutico integral que incluya intervenciones psicosociales, estrategias sistemáticas de monitoreo de la adherencia, vigilancia periódica de los efectos adversos y de las comorbilidades médicas, así como la promoción activa de un estilo de vida saludable. Este enfoque multimodal resulta esencial para optimizar los resultados clínicos, mejorar el funcionamiento psicosocial y reducir la morbimortalidad asociada a la enfermedad" (Corrales et al., 2026a).

Consideramos que esta segunda parte del texto de la recomendación reviste una importancia fundamental, ya que evita interpretar el tratamiento de mantenimiento como una conducta terapéutica pasiva o basada en la inercia terapéutica. Por el contrario, enfatiza que, como ocurre en todas las enfermedades crónicas, el seguimiento clínico continuo, la evaluación sistemática de la adherencia, el monitoreo de la eficacia y la seguridad del tratamiento, el abordaje de las comorbilidades y la implementación de intervenciones psicosociales constituyen componentes indispensables de una estrategia terapéutica integral, dinámica y centrada en la persona.

Asimismo, coincidimos plenamente con los autores de la carta en que la toma de decisiones compartidas representa un principio fundamental en el manejo de enfermedades crónicas como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión recurrente. Sostenemos que las recomendaciones brindadas dentro de este contexto, relativas al incremento, la reducción, el mantenimiento o la suspensión de un tratamiento farmacológico, no son excluyentes del modelo de toma de decisiones compartidas. Escuchar las preferencias, expectativas y valores de las personas con estas enfermedades, así como incorporar activamente a sus familias y cuidadores cuando ello resulta apropiado, constituye un aspecto esencial de una atención de calidad. En este sentido, nuestro consenso no ha sido ajeno a esta perspectiva. De hecho, invitamos a los autores de la carta al Director a revisar la cuarta parte del "Primer Consenso Argentino sobre el Manejo de la Esquizofrenia", donde, por primera vez en un consenso nacional, se dedica un apartado específico al papel de los familiares en el proceso terapéutico, reconociendo su participación como un componente central del abordaje integral de la enfermedad (Corrales et al., 2026b).

Referencias bibliográficas

- Andrade, C. (2024). Antipsychotic medication continuation vs Taper and discontinuation in patients with schizophrenia and other nonaffective psychotic disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 85(2), 24f15363. <https://doi.org/10.4088/JCP.24f15363>
- Corrales, A., Abadi, A., Bartoli, G., Benavente Pinto, C., Cabrera, A., Camino, S., Corral, R., Delmonte, G., García Bonetto, G., Garay, C. J., Gargoloff, D., Gargoloff, P., Goldchuk, A., Iveli, M. F., Jufe, G., Lamaison, F., Leiderman, E., López Mato, A., Marengo, E., ... Cetkovich-Bakmas, M. (2026a). Primer Consenso Argentino en Esquizofrenia: Tercera parte. Lineamientos para el abordaje integral del tratamiento. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 37(171), 72–126. <https://doi.org/10.53680/vertex.v37i171.979>
- Corrales, A., Abadi, A., Bartoli, G., Benavente Pinto, C., Cabrera, A., Camino, S., Corral, R., Delmonte, G., García Bonetto, G., Garay, C. J., Gargoloff, D., Gargoloff, P., Goldchuk, A., Iveli, M. F., Jufe, G., Lamaison, F., Leiderman, E., López Mato, A., Marengo, E., ... Cetkovich-Bakmas, M. (2026b). Primer Consenso Argentino en Esquizofrenia: Cuarta parte. Lineamientos para el abordaje integral del tratamiento. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 37(172), 82–147. <https://doi.org/10.53680/vertex.v37i172.1019>

- Emsley, R., Chiliza, B., Asmal, L., & Harvey, B. H. (2013). The nature of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 13, Article 50. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-50>
- Højlund, M., Kemp, A. F., Haddad, P. M., Neill, J. C., & Correll, C. U. (2021). Standard versus reduced dose of antipsychotics for relapse prevention in multi-episode schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *The Lancet Psychiatry*, 8(6), 471–486. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00078-X)
- Kishi, T., Citrome, L., Sakuma, K., Hatano, M., & Iwata, N. (2026). Relapse and its modifiers after antipsychotic discontinuation in first-episode non-affective psychosis: A systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*, 109, Article 112828. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2026.112828>
- Leucht, S., Bighelli, I., Sifakis, S., Schneider-Thoma, J., & Davis, J. M. (2023). Antipsychotic dose reduction: Unclear benefits but certain risks. *The Lancet Psychiatry*, 10(11), 819–821. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00308-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00308-5)
- Lin, D., Joshi, K., Keenan, A., Shepherd, J., Bailey, H., Berry, M., Wright, J., Meakin, S., Benson, C., & Kim, E. (2021). Associations between relapses and psychosocial outcomes in patients with schizophrenia in real-world settings in the United States. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 695672. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.695672>
- Moncrieff, J., Crellin, N., Stansfeld, J., Cooper, R., Marston, L., Freemantle, N., Lewis, G., Hunter, R., Johnson, S., Barnes, T., Morant, N., Pinfold, V., Smith, R., Kent, L., Darton, K., Long, M., Horowitz, M., Horne, R., Vickerstaff, V., ... Priebe, S. (2023). Antipsychotic dose reduction and discontinuation versus maintenance treatment in people with schizophrenia and other recurrent psychotic disorders in England (the RADAR trial): An open, parallel-group, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 10(11), 848–859. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00258-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00258-4)
- Morant, N., Long, M., Jayacodi, S., Cooper, R., Akther-Robertson, J., Stansfeld, J., Horowitz, M., Priebe, S., & Moncrieff, J. (2023). Experiences of reduction and discontinuation of antipsychotics: A qualitative investigation within the RADAR trial. *eClinicalMedicine*, 64, Article 102135. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102135>
- Rodolico, A., Sifakis, S., Bighelli, I., Samara, M. T., Hansen, W.-P., Salomone, S., Aguglia, E., Cutrufelli, P., Bauer, I., Baeckers, L., & Leucht, S. (2022). Antipsychotic dose reduction compared to dose continuation for people with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(11), Article CD014384. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD014384.pub2>
- Sommer, I. E., de Beer, F., Gangadin, S., de Haan, L., Veling, W., van Beveren, N., Boonstra, N., Rosema, B.-S., van Os, J., Kikkert, M., Koops, S., Noorman, J., Thielen, F., Wijnen, B., Begemann, M., & HAMLETT-OPHELIA Consortium. (2026). Early dose reduction or discontinuation vs maintenance antipsychotics after first psychotic episode remission: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 83(1), 68–73. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.2525>
- Taipale, H., Tanskanen, A., Mehtälä, J., Vattulainen, P., Correll, C. U., & Tiihonen, J. (2020). 20-year follow-up study of physical morbidity and mortality in relationship to antipsychotic treatment in a nationwide cohort of 62,250 patients with schizophrenia (FIN20). *World Psychiatry*, 19(1), 61–68. <https://doi.org/10.1002/wps.20699>
- Takeuchi, H., Siu, C., Remington, G., Fervaha, G., Zipursky, R. B., Foussias, G., & Agid, O. (2019). Does relapse contribute to treatment resistance? Antipsychotic response in first- vs. second-episode schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 44(6), 1036–1042. <https://doi.org/10.1038/s41386-018-0278-3>
- Tani, H., Takasu, S., Uchida, H., Suzuki, T., Mimura, M., & Takeuchi, H. (2020). Factors associated with successful antipsychotic dose reduction in schizophrenia: A systematic review of prospective clinical trials and meta-analysis of randomized controlled trials. *Neuropsychopharmacology*, 45(5), 887–901. <https://doi.org/10.1038/s41386-019-0573-7>

CARTA DE LECTORES

Internaciones involuntarias: es hora de construir el consenso

Ezequiel Mercurio¹

Señor Director:

La reciente propuesta de reforma de la Ley Nacional de Salud Mental puso nuevamente en debate una cuestión central de la práctica cotidiana de la psiquiatría: los criterios que regulan la internación involuntaria. Desde su promulgación hace 13 años, el criterio de "situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros" fue intensamente discutido. Los puntos centrales del debate fueron la necesidad de certeza y la inminencia: la contradicción entre determinar el riesgo —probabilidad de ocurrencia de un evento dañoso— y la certeza de esa determinación en un lapso acotado. Fueron centrales para la búsqueda de claridad los trabajos pioneros de Ghioldi y Toro Martínez en esta revista (Ghioldi & Toro Martínez, 2010), y Toro Martínez (2011) quien analiza el concepto de desde la noción de *estado* y *situación*, a los que siguieron Silva (2017), Areco y col. (2025), Maz-zoglio y Nabar y col. (2026), Toro Martínez (2013, 2024) entre otros. A pesar de esos esfuerzos, la operativización clara y precisa del criterio sigue sin lograrse.

El proyecto actual propone una fórmula que incorpora la gravedad del daño y exige considerar lo situacional, no limitarse al aquí y ahora, sino valorar la ocurrencia previa de hechos o ideación dañosa, además de agregar la necesidad de tratamiento oportuno para evitar consecuencias disvaliosas. La propuesta ha recibido apoyos y críticas. Pero a la luz de los debates que asistimos resulta evidente que las diferencias de criterios no se zanjaron con una nueva redacción.

El escenario es más complejo aún. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU ha fijado un estándar que choca directamente con las internaciones involuntarias: las considera incompatibles con la Convención. Sin embargo, nuestra legislación vigente las permite y mientras las permita, nos obliga a algo que hasta ahora no hemos logrado realizar de forma adecuada: definir con precisión cuándo internar involuntariamente a una persona, bajo qué criterios comunes y, sobre todo, cómo medirlos. Hoy dos equipos que evalúan al mismo paciente pueden arribar a conclusiones opuestas. Eso no resulta aceptable.

Con respecto al riesgo para terceros, considero que hay respuesta técnica viable. El campo de la valoración del riesgo de violencia a través de instrumentos de juicio clínico estructurado nos ofrece un piso metodológico robusto (Douglas y col., 2014). Permite estimar con grados de probabilidad la ocurrencia de una conducta violenta en un plazo que debemos definir —horas a días— e identificar factores de riesgo para diseñar un plan de gestión. No resuelve el debate de fondo sobre derechos, pero nos brinda una herramienta operativa para tomar decisiones terapéuticas que implican la restricción de libertad con mayor fundamento, menor incertidumbre y menor arbitrariedad. En la valoración del riesgo suicida, la baja predictibilidad a nivel individual requiere impulsar un cambio hacia la salud pública y la confección de planes de seguridad para los casos concretos, un cambio de paradigma que nos presenta complejos desafíos.

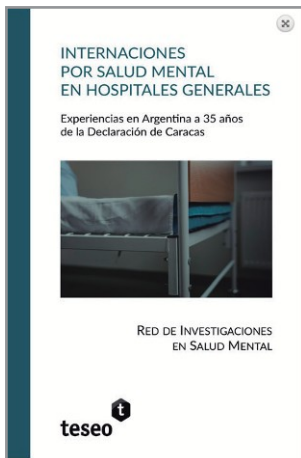
La psiquiatría argentina tiene una deuda pendiente en este campo. Hemos construido consensos, guías y recomendaciones en trastornos afectivos, esquizofrenia y gestión de internaciones desde servicios ambulatorios (Mercurio, 2025). Esta revista ha sido el espacio donde eso ocurrió. Necesitamos reunirnos, discutir y generar

¹: Médico especialista en Psiquiatría y Medicina Legal. Magister en Ciencias Criminológico Forenses. Centro de Interdisciplinario de Investigaciones Forenses, Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0002-0521-6981>

el consenso que nos permita brindar claridad y reducir la incertidumbre frente a una de las decisiones más complejas de nuestra práctica. Las definiciones técnicas y operativas están en nuestras manos. Sin un consenso, por más reformas que se realicen, no tendremos una hoja de ruta común. Ya pasó más de una década.

Referencias bibliográficas

- Areco, L., & Luna, M. (2025). Internaciones involuntarias. *Cuadernos Argentinos de Ciencias Forenses*, 3(2), 28–41.
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2014). HCR-20V3: *Valoración del riesgo de violencia física. Guía del usuario* (Traducción y adaptación de J. L. Arbach-Quinteros & A. Andrés-Pueyo). Universitat de Barcelona.
- Ghioldi, L., & Toro Martínez, E. (2010). Riesgo grave, cierto e inminente de daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria de internación basada en la peligrosidad para sí o terceros. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 21, 63–69.
- Mazzoglio y Nabar, M., Mucciacciaro, J., Proyetti, M. A., Muñoz, M., Foyo, R., & Silva, D. (2026). Riesgo cierto y no inminente: delimitaciones conceptuales y clínicas. *Boletín de Trabajos y Publicaciones Científicas AMFRA*, 11, 8–13.
- Mercurio, E. (2026). Propuesta para la gestión de internaciones involuntarias en el ámbito ambulatorio. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 36(170, oct.-dic.), 146–153. <https://doi.org/10.53680/vertex.v36i170.948>
- Silva, D. (2017). La riesgosidad: un nuevo paradigma y desafío pericial. *Revista de actualidad en Derecho de Familia en el Código Civil y Comercial. Ediciones Jurídicas*, 6, 145–160.
- Toro Martinez, E. (2011). La noción de “situación de riesgo cierto e inminente en la Ley 26657/10. Acerca de la diferencia entre “estar” y “ser” y sus consecuencias médico-legales. *Revista Psiquiatría*, 16, 19–26. Editorial Sciens.
- Toro Martínez E (2013). Capacidad y Riesgo en la Ley de Salud Mental y su decreto de reglamentación. Luces y sombras del nuevo paradigma. *Revista de Psiquiatría Forense Sexología Praxis de la AAP*, nro 31, vol 8, 188–189.
- Toro Martínez E (2024). De la Peligrosidad al Riesgo (Grave) Certo e Inminente de Daño para sí y/o terceros. El paradigma de la perspectiva de derechos aplicado a la Psiquiatría Forense en el Derecho Penal. *Cuadernos Argentinos de Ciencias Forenses* 2, 3–11. Cuerpo Médico Forense. Centro de Asistencia Judicial Federal. Corte Suprema de Justicia de la Nación.



LECTURAS

Comité de Redacción

Internaciones por Salud Mental en hospitales generales: Experiencias en Argentina a 35 años de la Declaración de Caracas

Sara Ardila-Gómez y Melina Rosales, compiladoras - Red de Investigaciones en Salud Mental

Buenos Aires, Argentina: Editorial Teseo, 2026.

Veintinueve experiencias de dieciséis jurisdicciones y más de cien autores componen este extraordinario libro de libre acceso¹ sobre las internaciones por Salud Mental en hospitales generales de casi toda la Argentina. A 35 años de la Declaración de Caracas, el mojón más significativo para la reestructuración de la atención psiquiátrica en la región de las Américas, esta serie de relatos ofrece una plataforma privilegiada para observar uno de los postulados centrales consagrados en Caracas: desarrollar un modelo comunitario de atención en el que los hospitales generales constituyan el ámbito para las internaciones cuando estas resulten necesarias.

Los relatos recogidos por la **Red de Investigaciones en Salud Mental**, editados por Sara Ardila y Melina Rosales, están organizados en tres secciones: experiencias iniciadas entre 1956 y 1983, las iniciadas entre 1983 y 2010 y, finalmente, aquellas más recientes, posteriores a la Ley Nacional de Salud Mental de Argentina. Se incluyen relatos de experiencias en centros urbanos de más de 200.000 habitantes, ciudades medianas y pueblos pequeños. Cada relato comienza con una historización del servicio de Salud Mental que se presenta, continúa con la descripción de su estructura edilicia, del equipo de trabajo y de su relación con el resto del hospital (o del tipo de organización institucional), luego ofrece un caso clínico o una viñeta ilustrativa, analiza los principales desafíos o los marcos teóricos que orientan la práctica y concluye con una reflexión final.

En realidad, la recomendación de realizar las internaciones por salud mental en hospitales generales había sido muy anterior a la Declaración de Caracas y, de hecho, estas habían comenzado en el país en la década de 1950 con la experiencia de Goldenberg en el Lanús, como se describe en este libro. En 1963, Arengo publicó un comentario en la *Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* (entonces, denominada “de Argentina”) reseñando las recomendaciones del informe final del reporte de la *Joint Commission on Mental Illness and Health* publicado en Nueva York en 1961. Allí, entre otras recomendaciones, figura que todo hospital general de más de cien camas debía tener un área de internación para personas con problemas de salud mental y, algo no menor, que debía hacerse en una sala específica (con un “límite neto de separación con los otros servicios en cuanto a espacio se refiere”). Todo el libro puede leerse en diálogo con ese saber aceptado hace seis décadas, que estas experiencias invitan hoy a reconsiderar desde una precisa fotografía del presente.

Un aspecto particularmente destacado a lo largo del volumen son los tiempos de internación, las “altas demoradas” o internaciones “sociales”. Algunos hospitales generales cuentan con un significativo porcentaje de sus camas ocupadas por personas que llevan años viviendo en el hospital (incluso, décadas). En todos estos casos, se trata de pabellones de Salud Mental bien diferenciados. En este contexto, las “prácticas manicomiales”, que persisten en los centros que estaban

1. El libro puede descargarse libremente desde el siguiente enlace:

<https://www.editorialteseo.com/archivos/39163/internaciones-por-salud-mental-en-hospitales-generales/>

destinados a reemplazar a los hospitales psiquiátricos con extendidas dotaciones de camas, están prolijamente subrayadas. También se describen los espacios físicos donde tienen lugar estas internaciones: en la "parte vieja", "al lado de la morgue", "junto al muro" (o detrás de él), en pabellones alejados del resto del hospital o en sectores que sufren reiterados cierres por falta de mantenimiento. Ello demuestra que se puede integrar la atención por Salud Mental a la atención general y, en el mismo movimiento, seguir excluyendo a las personas.

En aquellos hospitales que adoptaron modelos de cuidado progresivo —sin salas diferenciadas para Salud Mental, desafiando la tradicional organización por servicios y la contabilidad de camas específicas— aparecen nuevas oportunidades, aunque también antiguos problemas: internaciones más breves como consecuencia de la presión por liberar camas para pacientes del hospital con otras problemáticas, de vecinos de cama que reclaman mayor tranquilidad y piden la exclusión de quien se internó por Salud Mental, o por la falta de preparación edilicia para res-

guardar la integridad física de quien tiene riesgo para sí mismo y de personal sin la preparación suficiente como para manejar situaciones que no son tan infrecuentes en quienes están en momentos agudos de sus trastornos mentales.

Los puntos de vista son heterogéneos —inclusive opuestos— lo cual contribuye a un debate profundo y enriquecido de lo ganado hasta ahora y, también, de los desafíos que siguen pendientes. Las experiencias muestran el contraste entre las prácticas reales y la fascinación por teorías y recomendaciones formuladas como si pudieran escribirse en piedra.

En conjunto, estos relatos dialogan con algunos de los principales desafíos que enfrenta hoy la psiquiatría comunitaria: cómo construir dispositivos alternativos al hospital psiquiátrico sin reproducir, bajo nuevas formas, las mismas lógicas de exclusión. Asimismo, demuestran que la verdadera transformación depende menos del lugar donde ocurre la internación que de la existencia de redes de apoyo que permitan reducir, de alternativas efectivas para la externación y de una genuina articulación intersectorial.