



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

140

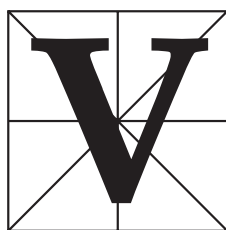


RIESGOS

*Baratti / Berrío Cuartas / Canal Rodríguez / Cantador Pavón / Cesoni / Donadio / Fernández /
Furman Mariano / Furman Martín / García N. / García R. / Ibáñez / Lagos / Matusevich /
Mendieta / Montañes-Rada / Pereyra / Pérez / Peskin / Pfister Oliver / Rodríguez Méndez /
Sánchez / Tajima-Pozo / Tenconi / Vega / Vinacour / Young*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XXIX – N° 140 Julio – Agosto 2018 – ISSN 0327-6139 – Buenos Aires



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

140

Director:
Juan Carlos Stagnaro
Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert
Secretario:
Martín Nemirovsky

Comité Científico

ARGENTINA: F. Álvarez, M. Cetkovich Bakmas, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, A. Monchablón Espinoza, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, A. Ravenna, E. Rodríguez Echandía, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, P. Zöpke Austria: P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz. **ESPAÑA:** V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** H. Casarotti, A. Lista, E. Probst. **VENEZUELA:** C. Rojas Malpica.

Comité Editorial

Martín Agrest (Proyecto Suma); Patricio Alba (Hospital "Torcuato de Alvear"); Norberto Aldo Conti (Hospital "José T. Borda"); Juan Costa (Centro de Atención Primaria CeSAC 24, GCBA); Gabriela S. Jufe (Hospital "Torcuato de Alvear"); Eduardo Leiderman (Universidad de Palermo); Santiago Levín (Universidad de Bs. As.); Daniel Matusevich (Hospital Italiano de Bs. As.); Alexis Mussa (Medicus); Martín Nemirovsky (Proyecto Suma); Federico Rebok (Hospital "Braulio A. Moyano"); Esteban Toro Martínez (Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación); Hugo Pisa (Consultor independiente); Fabián Triskier (Consultor independiente); Ernesto Wahlberg (Consultor independiente); Silvia Wikinski (CONICET).

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: S. B. Carpintero (Hosp. C. T. García); N. Conti (Hosp. J. T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); M. Outes (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. L. Tuñón. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RÍO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMÁN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artiles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

El objetivo de la revista VERTEX es difundir los conocimientos actuales en el área de Salud Mental y promover el intercambio y la reflexión acerca de la manera en que dichos conocimientos modifican el corpus teórico en que se basa la práctica clínica de los profesionales de dicho conjunto disciplinario.

Informes y correspondencia:
VERTEX, Moreno 1785, piso 5
(1093), Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax: 54(11)4383-5291
E-mail: editorial@polemos.com.ar
www.editorialpolemos.com.ar

Corrección técnica de textos:
Natalia Fuertes

En Europa: Correspondencia
Informes y Suscripciones
Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,
(75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22
Fax.: (33-1) 43.43.24.64
E-mail: wintreb@easynet.fr

Impreso en:
Gráfica Aler SRL
Calle 77 N° 856, San Martín,
Buenos Aires, Argentina

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXVIII Nro. 140 JULIO-AGOSTO 2018

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

* **Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.**

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

SUMARIO

VERTEX
*Revista Argentina
de Psiquiatría*

Aparición
Bimestral

Indizada en el
acopio bibliográfico
*"Literatura
Latinoamericana
en Ciencias de la
Salud" (LILACS)
y MEDLINE.*

Para consultar
listado completo
de números anteriores:
www.editorialpolemos.com.ar

*Ilustración de tapa:
Gabriela Vinograd
Detalle de "Anticuerpo"
Acrílicos, fibras y bordado
interviniendo mapa antiguo
(75 x 105 cm)
(2016)*

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

• **Caracterización de personas consumidoras de cocaínas fumables que realizan tratamiento por drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires**

Ana Clara Camarotti, Martín Güelman, Ana Laura Azparren pág. 245

• **Validación del Q-PAD: Cuestionario para la Evaluación de Psicopatología en Adolescentes**

Gonzalo Galván, Eduardo Fonseca Pedrero, Francisco Vásquez De la Hoz, Manuel Guerrero Martelo, Pablo Santamaría, Claudio Sica, Viviana Delgado pág. 252

• **Validez de la prueba de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) como una herramienta de *screening* para detectar Deterioro Cognitivo Leve en población de Buenos Aires, Argentina**

Fátima González Palau, Waleska Berrios, María Mercedes García Basalo, Marcos Ojea Quintana, Marcela Fernández, María José García Basalo, María Cecilia Fernández, Nuria Cámpora, León Daniel Matusevich, Ángel Golimstok pág. 261

• **La personalidad de pacientes argentinos en psicoterapia ambulatoria**

Alicia Facio, María Cecilia Sireix, Adelia Caneo, Ana Trossero pág. 270

DOSSIER

RIESGOS

• **Correlación inversa entre trastornos psicóticos y el desarrollo de tumores**

Kazuhiro Tajima-Pozo, Carlota Canal Rodríguez, Estefanía Cantador Pavón, Elia Pérez, Francisco Montañes-Rada pág. 279

• **Identidad, narcisismo y tentativa de suicidio en la vejez**

León Daniel Matusevich, Ana Laura Vega, Paula Daniela Donadio pág. 285

• **Evolución de los niveles de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes bipolares que participaron de un taller de psicoeducación**

Carlos A. Vinacour, Graciela Rodríguez Méndez, Rocío García, Brenda Young pág. 288

• **Condiciones laborales de los psiquiatras en Argentina**

Maximiliano Cesoni, Viviana A. Peskin, Diana M. Berrío Cuartas, Juan C. Tenconi, Mariano Furman, Walter Pereyra, Martín Furman, Bernabé Ibañez, Mercedes Baratti, Darío Lagos, Nicasio García, Malén Mendieta, Facundo Sánchez pág. 299

• **El trabajo grupal en el contexto de nuestra época**

Magdalena Pfister Oliver, Alejandro Fernández pág. 307

EL RESCATE Y LA MEMORIA

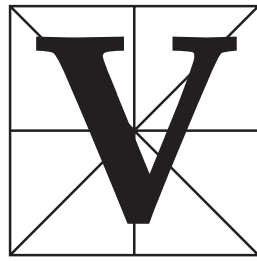
• **Locura y crimen. 1883. Fragmentos**

Pedro Alcácer pág. 313

LECTURAS Y SEÑALES

• **Aceleracionismo**

Manuel Aspiroz, Daniel Matusevich pág. 319



EDITORIAL



Quizás la nota más relevante en este año en la Argentina haya sido la masiva presencia de las mujeres en la escena nacional. Un fenómeno que puede ser analizado desde diversas perspectivas: sociológicas, antropológicas o psicológicas, pero que merece ser apreciado, fundamentalmente, desde su dimensión política. El movimiento feminista es uno de los más activos y con mayor

respaldo popular, como lo atestigua la presencia de las 350.000 participantes de distintas clases, ideas y partidos políticos que salieron a la calle el 8 de marzo en la marcha por el Día de la Mujer.

Esta irrupción de las mujeres encuentra sus antecedentes en el primer movimiento feminista de principios del siglo XX, resurge con el voto femenino conquistado de la mano de Eva Perón, se prolonga en el compromiso de las militantes de los años '60 y '70 y se despliega, con repercusiones internacionales, en la lucha de las Madres de la Plaza de Mayo contra la dictadura de 1976 y su posterior gesta en busca de Verdad y Justicia para con las víctimas del Terrorismo de Estado.

En esta segunda década del siglo XXI, la marea de pañuelos verdes que adoptaron sus militantes como símbolo, convocó al movimiento feminista en torno a dos reivindicaciones centrales: la denuncia y la exigencia de acabar con el maltrato y los femicidios y el derecho de las mujeres a disponer de sus cuerpos por medio de la sanción de la ley de interrupción voluntaria del embarazo.

En efecto, los datos oficiales apoyan estas demandas: en la Argentina se registran 670 denuncias diarias por violencia de género y se comete el asesinato de una mujer por día, según las cifras oficiales reveladas por el Observatorio de Femicidios del Defensor del Pueblo de la Nación, que detectó 139 casos en el período comprendido en el primer semestre de 2018 (<http://www.dpn.gob.ar/observatorio-femicidios.php>). Ya en mayo de 2015 a raíz de la exigencia por el esclarecimiento del asesinato de Chiara Pérez, una adolescente de 14 años, se produjo la primera gran movilización contra la violencia de género bajo la consigna #NiUnaMenos, que convocó a más de 300.000 personas en todo el país.

Por otro lado, según estimaciones del ex Ministerio de Salud, en el país se realizan entre 370.000 y 522.000 abortos clandestinos al año que ocasionan alrededor de 50.000 hospitalizaciones y, solo en 2016, causaron la muerte de 43 mujeres. Esta última cifra hace del aborto la principal causa individual de mortalidad materna y centra el origen del problema en la condición de clandestinidad en que esas mujeres interrumpen su embarazo. Pero éstas no constituyen la única injusticia: según datos del INDEC las mujeres cobran en promedio un 30% menos que los hombres por su trabajo.

Aunque el movimiento feminista luego de más de una década de activismo para lograr cristalizar una ley sobre el aborto no lo haya conseguido en este año, la voz colectiva de las argentinas y su acumulación de experiencia política en el tema hace suponer que en un futuro no lejano se llegará a concretar esa anhelada y justa reivindicación.

La historiadora Mary Beard encontró en la Odisea la primera referencia en la literatura occidental en la que un hombre hizo callar a una mujer; en ese pasaje Telémaco ordena a su madre Penélope que se calle y vuelva a sus quehaceres, porque la palabra era "cosa de hombres". Al parecer nuestras mujeres y los hombres que apoyamos sus reivindicaciones vamos, inconteniblemente, en la dirección opuesta a la pretensión del adolescente griego. ■

Juan Carlos Stagnaro

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio www.editorialpolemos.com.ar

MÉTODO DE ARBITRAJE

Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando hay discrepancias entre ambos árbitros, se solicita la opinión de un tercero. Si la opinión de los árbitros los exige, se pueden solicitar modificaciones al manuscrito enviado, en cuyo caso la aceptación definitiva del trabajo está supeditada a la realización de los cambios solicitados. Cuando las discrepancias entre los árbitros resultan irreconciliables, el Director de VERTEX toma la decisión final acerca de la publicación o rechazo del manuscrito.

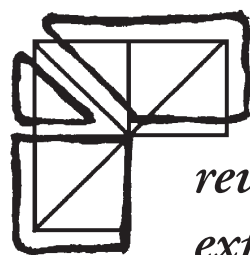
TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2018

Vertex 137 / Enero - Febrero
RECURSOS DIGITALES
EN SALUD MENTAL

Vertex 138 / Marzo - Abril
PSIQUIATRÍA Y OBESIDAD

Vertex 139 / Mayo-Junio
PSICOGÉNESIS

Vertex 140 / Julio-Agosto
RIESGOS



*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



Caracterización de personas consumidoras de cocaínas fumables que realizan tratamiento por drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires

Ana Clara Camarotti

*Doctora de la Universidad de Buenos Aires (UBA) en Ciencias Sociales
Magíster en Políticas Sociales, UBA
Lic. en Sociología, UBA
Investigadora adjunta del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y
Técnica con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA
E-mail: anaclaracamarotti@gmail.com*

Martín Güelman

*Magíster en Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de General Sarmiento,
Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES)
Licenciado en Sociología, UBA
Becario doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas,
con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA*

Ana Laura Azparren

*Magíster en Estudios Urbanos de la Universidad Nacional de General Sarmiento
Licenciada en Sociología, UBA
Becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas,
con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA*

Resumen

El presente trabajo se enmarca en un proyecto regional sobre cocaínas fumables realizado en cinco países del Cono Sur: Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. En este artículo analizamos las características de las personas usuarias de cocaínas fumables que concurren a centros de tratamiento o dispositivos de apoyo-contención del Área Metropolitana de Buenos Aires, en relación a sus atributos sociodemográficos, sus soportes sociales, su salud, sus patrones de consumo de drogas (edad de inicio del consumo, sustancias, frecuencia del consumo y vías de administración) y sus trayectorias terapéuticas. La estrategia metodológica fue cuantitativa. A través de un muestreo no probabilístico, realizamos 148 encuestas. Entre los principales resultados, encontramos que quienes consumen cocaínas fumables enfrentan procesos de vulnerabilidad en múltiples esferas: ocupacional, educativa, habitacional, sanitaria y vincular.

Palabras clave: Adicciones - Cocaínas fumables - Drogas - Tratamientos - Vulnerabilidad.

CHARACTERIZATION OF SMOKED COCAINE SUBSTANCE USERS IN TREATMENT FOR DRUG ABUSE IN BUENOS AIRES

Abstract

In this paper, we present the results of a survey that was part of a regional project on smokable cocaine substance developed in Argentina, Brazil, Chile, Paraguay and Uruguay. We analyze the characteristics of users of smoked cocaine who attend treatment centers or institutions in Buenos Aires (Argentina) that provide support and care, but not a formal treatment for drug abuse. We analyze their sociodemographic characteristics, their social supports, their health, their drug use patterns (age of onset, substances, use frequency and procedures of administration) and their history of treatment. The methodological strategy was quantitative. Through a non-probability sampling, we developed a survey study with 148 cases. Among the main results, we found that this population faces vulnerability processes in multiple spheres: work, education, housing, health and social links.

Keywords: Addictions - Drugs - Smokable cocaine substance - Treatment - Vulnerability.

Introducción

Según el Informe del Uso de Drogas en las Américas realizado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA) (1), las cocaínas fumables se han instalado con fuerza en los países de América del Sur a principios del siglo XXI. Las personas que consumen drogas en barrios vulnerabilizados mencionan que esta sustancia circula desde mediados de la década de 1990 (2, 3). Sin embargo, no fue hasta iniciado el siglo XXI que comenzaron a ser detectadas situaciones problemáticas asociadas a su uso: episodios de intoxicación en salas de emergencia, incremento de la demanda de tratamientos, problemas de inseguridad y de vulnerabilidad, entre otras. Estos nuevos patrones de consumo no lograron ser detectados en los estudios epidemiológicos nacionales. Según el informe de la CICAD/OEA (1) ocurrió lo mismo en los otros países del Cono Sur. Las prevalencias de último año de consumo de cocaínas fumables en la población general en la región no superan el 0,47%.

Desde el Observatorio Interamericano sobre Drogas de la CICAD/OEA se impulsó en 2015 el *Proyecto sobre Cocaínas Fumables en cinco países del Cono Sur: Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay*. El objetivo del proyecto fue caracterizar a las personas usuarias de cocaínas fumables de 18 años o más que concurren a centros de tratamiento y/o dispositivos de apoyo-contención en cada uno de los cinco países mencionados, en relación a: sus dimensiones sociodemográficas, sus soportes sociales, su salud, sus patrones de consumo de drogas (edad de inicio del consumo, sustancias, frecuencia del consumo y vías de administración) y sus trayectorias de tratamiento. En este artículo presentamos los primeros resultados elaborados con los datos de Argentina.

Retomando la clasificación propuesta por el estudio multicéntrico del Observatorio Interamericano sobre Drogas de la OEA, definimos como *centros de tratamiento* a aquellas instituciones que realizan intervenciones terapéuticas para los consumos de drogas legales e ilegales que, independientemente de la modalidad que

adopten (comunidad terapéutica, tratamiento ambulatorio, hospital de día), cuentan con los siguientes tres elementos: 1) un programa de tratamiento escrito y con objetivos terapéuticos definidos; 2) ficha clínica individual; y 3) un equipo técnico y profesional multidisciplinario. Por su parte, los *dispositivos de apoyo-contención* son aquellos programas que ofrecen ayuda y contención afectiva, social y económica a las personas que buscan asistencia para el consumo de drogas, pero no cumplen con alguno de los tres criterios mencionados. En el caso de Argentina, estos dispositivos se caracterizan por trabajar desde lo territorial en la mejora de la calidad de vida de las comunidades. Para ello, buscan articular con las instituciones y organizaciones disponibles, las y los líderes barriales, las y los vecinos/as y los recursos comunitarios existentes para lograr el fortalecimiento de los vínculos. El punto de partida es la elaboración de un diagnóstico participativo para detectar los temas que preocupan a las personas. La clasificación en *centros de tratamiento y dispositivos de apoyo-contención* que utilizamos en el estudio no implica una jerarquización de una respuesta sobre la otra, sino que se trata de modos distintos de institucionalizar las prácticas terapéuticas.

Según la investigación *Composición química de muestras de Pasta Base de Cocaína incautadas en Uruguay* de Cecilia Scorza (4), la cocaína fumable –cuyas variantes más comunes son la pasta base de cocaína/paco y el crack– se alcanza en el paso intermedio del procesamiento químico para la extracción del alcaloide cocaína hasta la obtención del clorhidrato de cocaína. A diferencia del clorhidrato, la cocaína en su forma de base libre puede ser volatilizada y fumable. El calentamiento de la pasta base/paco produce su volatilización y una rápida absorción de la cocaína a nivel pulmonar. Esta sustancia al ser fumada hace que el efecto se alcance rápidamente en el cerebro, si se lo compara con otras vías de administración. La rápida absorción lleva a un efecto estimulante y placentero inmediato y de corta duración.

Distintos trabajos han abordado en Argentina la problemática del consumo de pasta base/paco y las vulnerabilidades asociadas. Entre ellos se destacan el informe *Aspectos cualitativos del consumo de Pasta Base de Cocaína/*

Paco (5), realizado por el Observatorio Argentino de Drogas de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR),¹ en el que se abordan los aspectos emergentes en el consumo de esta sustancia en pacientes en tratamiento en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA); los trabajos de la Asociación Civil Intercambios sobre las prácticas de consumo de Pasta Base de Cocaína y los mercados de esta droga en barrios pobres del AMBA (6,7); los abordajes etnográficos que dan cuenta de las vulnerabilidades asociadas al consumo de pasta base/paco (8); y aquellos trabajos que abordan el consumo de pasta base/paco desde una perspectiva de género (2,3). Sin embargo, hasta el momento no fueron relevados estudios que realicen una caracterización de las personas usuarias de pasta base/paco que concurren a centros de tratamiento o a dispositivos de apoyo-contención.

Este artículo se estructura de la siguiente manera. En primer lugar, describimos la estrategia metodológica que implementamos para responder a los objetivos de la investigación. Seguidamente, presentamos las características sociodemográficas de las personas encuestadas, los patrones de consumo de drogas y las trayectorias de tratamiento, empleando como criterio comparativo el tipo de institución en que se encuentran (centro de tratamiento o dispositivo de apoyo-contención). Finalmente, recuperamos los principales hallazgos de la investigación y proponemos algunas interpretaciones de los datos.

Métodos

La estrategia metodológica fue cuantitativa. A través de un muestreo no probabilístico, realizamos 148 encuestas a personas de 18 años o más que concurren a centros de tratamiento o dispositivos de apoyo-contención localizados en el AMBA. Los criterios de inclusión fueron que la droga principal por la que solicita atención sea alguna cocaína fumable (en Argentina la más utilizada es la pasta base/paco); que haya consentido el ingreso al centro o dispositivo y no concorra obligado por una pena sustitutiva de una condena judicial; y que su ingreso a la institución se haya producido en un lapso menor a los tres meses anteriores a la realización de la encuesta. Las encuestas fueron sistematizadas y analizadas mediante el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

La encuesta fue aplicada en tres centros de tratamiento y en cuatro dispositivos de apoyo-contención que fueron seleccionados por conveniencia en función de los perfiles de consumo de las personas a las que brindan asistencia. Los centros de tratamiento donde llevamos a cabo el trabajo de campo fueron un hospital gene-

ral de agudos con un servicio de toxicología, un centro público especializado en adicciones que ofrece diversas modalidades de abordaje y una comunidad terapéutica perteneciente a una organización de la sociedad civil de orientación católica. Los dispositivos de apoyo-contención seleccionados son de bajo umbral y de abordaje ambulatorio. Éstos se localizan en –o en cercanías de– barrios vulnerabilizados, y tienen por objetivo favorecer la inclusión social de los sujetos.

Una vez seleccionados los centros de tratamiento y los dispositivos de apoyo-contención, nos reunimos con los directivos de estas instituciones con el fin de transmitirles los objetivos y propósitos del estudio. Luego, con los profesionales y referentes que integraban los equipos de trabajo. Finalmente, conversamos sobre los motivos de nuestra presencia con las personas que se encontraban recibiendo asistencia en las instituciones y los invitamos a participar del estudio. Las encuestas fueron realizadas a todas las personas que concurrían a las instituciones seleccionadas, cumplían con los criterios de inclusión y expresaban voluntad de participar del estudio.

El trabajo de campo fue desarrollado entre los meses de julio y diciembre de 2015. Antes de la realización de la encuesta, leímos a cada persona el consentimiento informado, le entregamos una copia firmada del mismo y le solicitamos que nos firmara otra copia. El consentimiento daba cuenta, con un lenguaje claro y accesible, de los objetivos y propósitos del estudio, del carácter voluntario de la participación y la potestad del encuestado de interrumpir la encuesta en cualquier momento y del manejo confidencial de los datos que realizaríamos. El proyecto contó con el aval del Comité de Ética en Investigación Clínica (CEIC) bajo el protocolo N°1266/75/2015.

Resultados

Características sociodemográficas de las personas encuestadas

Del total de personas encuestadas, el 76% son varones, el 22% mujeres y el 2% restante (3 casos) se autodefinieron como trans. En relación al resto de los países del Cono Sur que participaron del estudio regional, el porcentaje de mujeres encuestadas en Argentina sólo es superado por Chile (32%). El país donde se registró el porcentaje más bajo de mujeres encuestadas es Paraguay (7%).

La distribución por género según el tipo de centro exhibe diferencias significativas respecto de los porcentajes precedentes. Mientras que en los dispositivos de apoyo-contención relevados, las mujeres encuestadas representan el 17% de la muestra, en los centros de tratamiento asciende al 42%.

¹ En enero de 2017, el nombre del organismo fue reemplazado por el de Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina.

Tabla 1. Grupos de edad (en %).

Grupos de edad	Porcentaje
18 a 24 años	29,1%
25 a 35 años	45,9%
36 a 59 años	25,0%
Total	100% (148)

El porcentaje más elevado de personas encuestadas se ubica en el rango de los 25 a los 35 años y el promedio de edad es de 30 años. Estos datos resultan significativos porque contradicen la habitual presunción según la cual quienes consumen pasta base/paco suelen ser mayormente adolescentes y jóvenes. Sin embargo, debemos tener en cuenta que uno de los criterios de inclusión era que las personas encuestadas fueran mayores de 18 años. Al diferenciar según tipo de dispositivo, observamos que los centros de tratamiento cuentan con una población más joven: el 48% tiene entre 18 y 24 años, mientras que en los dispositivos de apoyo-contención sólo el 24% se ubica en dicho rango etario.

En términos habitacionales, el 43% de quienes respondieron la encuesta se encuentra en situación de calle o duerme en un hogar de acogida o parador nocturno, el 30% vive en una casa propia o de su familia, el 18% en una vivienda alquilada y el 7% restante en una vivienda o habitación que le prestan. En relación a los países del Cono Sur donde se realizó la investigación, Argentina muestra los niveles más elevados de personas en situación de calle en el mes anterior al ingreso a la institución donde reciben asistencia. Estos datos permiten afirmar que las personas que consumen pasta base/paco encuestadas en Argentina enfrentan una vulnerabilidad habitacional mayor a la relevada en el resto de los países de la región.

En cuanto al nivel educativo, el 88% no finalizó sus estudios formales obligatorios (escuela secundaria). Entre los motivos por los que no pudieron finalizar sus estudios, las personas encuestadas refieren principalmente a problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas (37,5%), problemas económicos (21%) y problemas familiares (7%). Quienes asisten a dispositivos de apoyo-contención muestran niveles más altos de terminalidad de sus estudios obligatorios que quienes se encuentran en centros de tratamiento (15% y 6,5%, respectivamente).

Por otra parte, la mayoría no tiene inserción en el mercado laboral o trabaja de manera precaria. Sólo el 6% se encuentra empleado/a o trabaja por cuenta propia. El 28% realiza "changas" o trabajos temporales. Un tercio no trabaja ni busca trabajo. Y el 18% está desocupado/a, pero busca trabajo.

Pese a la baja inserción en el mercado de trabajo, más de un tercio de la muestra (36%) manifiesta que realiza aportes económicos a su hogar. Al discriminar según tipo de institución se observan algunas diferen-

cias. Mientras que el porcentaje de quienes realizan trabajos temporales o changas en dispositivos de apoyo-contención asciende al 34%, en centros de tratamiento es de 6,5%. Ha de destacarse que algunos de los centros de tratamiento relevados adoptan una modalidad residencial que, con excepción de lo que ocurre en la última etapa de "reinserción social", no permite que los sujetos realicen actividades laborales fuera de la institución. Por otra parte, en los centros de tratamiento el 42% de las personas encuestadas afirmó que no se encuentra trabajando porque está estudiando, situación no registrada en los dispositivos de apoyo-contención.

Otro aspecto relevante es que el 22% de las personas encuestadas no tiene Documento Nacional de Identidad por distintos motivos: nunca lo gestionaron, lo tienen en trámite, lo perdieron o lo empeñaron como parte de una transacción comercial por consumo de drogas. El hecho de no contar con Documento Nacional de Identidad profundiza la vulnerabilidad de estas personas en tanto les impide percibir subsidios económicos y acceder a un albergue o parador estatal para dormir si se encuentran en situación de calle. La situación resulta más grave entre quienes asisten a dispositivos de apoyo-contención (25%) que entre quienes concurren a centros de tratamiento (10%).

En lo relativo a las problemáticas de salud, de las 148 personas encuestadas el 9% tiene VIH/Sida, y la mayoría se encuentra en tratamiento. En los dispositivos de apoyo-contención el 12% vive con VIH/Sida frente al 4% en los centros de tratamiento. El porcentaje de personas viviendo con VIH/Sida resulta muy elevado si se lo compara con el de la población general en la CABA (0,0266%) (9).

Por otra parte, el 7% de la muestra tuvo o tiene tuberculosis, de los cuales poco más de la mitad afirmaron que se encontraban realizando tratamiento. Tal como relevaron Vania Dias Cruz, Jenifer Harter, Michele Mandagará de Oliveira, Roxana Isabel Cardozo Gonzales y Poliana Farias Alves (10), el consumo de cocaínas fumables favorece la transmisión de la tuberculosis por la disminución de las defensas inmunológicas, las precarias condiciones de vivienda, el uso compartido de pipas y la desnutrición.

En el referido estudio regional, Argentina presenta los mayores porcentajes de testeo de VIH/SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual y Hepatitis B y C. En relación al VIH/Sida, el 83% de las personas encuestadas en Argentina manifestó haberse realizado un testeo al menos una vez en su vida, porcentaje que desciende al 57% en Chile, al 47% en Brasil, al 42% en Uruguay y al 4% en Paraguay.

En lo que refiere a la cobertura de salud, el 92% se atiende exclusivamente en hospitales públicos. Sólo el 8% cuenta con prepaga, obra social o mutual. Si discriminamos a la muestra según el tipo de institución en la que reciben asistencia, observamos una diferencia de 19 puntos porcentuales en la dependencia al sistema público de atención (96% en los dispositivos de apoyo-contención contra 77% en los centros de tratamiento).

Patrones de consumo de drogas

La investigación se orientó exclusivamente a personas que habían consumido alguna vez en la vida pasta base/paco. Sin embargo, la totalidad de la muestra afirmó haber utilizado más de una sustancia a lo largo de su vida. La edad de inicio promedio en el uso de las distintas sustancias es de 12,1 años para el tabaco, 12,7 para las bebidas alcohólicas y 13,3 para la marihuana. La edad de inicio promedio en el consumo de pasta base/paco es de 22 años. Sólo el 4% mencionó a esta última sustancia como su droga de inicio.

Tabla 2. Prevalencia de vida de consumo de drogas (en %).

Sustancia	Porcentaje
Marihuana	87%
Cocaína	79%
Alcohol	58%
Psicofármacos	56%
Tabaco	55%
Solventes o inhalantes	30%

Como se observa en la Tabla 2, un alto porcentaje de la muestra ha consumido, al menos una vez en su vida, otras sustancias además de la pasta base/paco. Entre éstas se destacan la marihuana, con una prevalencia de vida de consumo del 87%, y la cocaína con el 79%. En la mayoría de los casos relevados se observan trayectorias de consumo que se inician con el consumo de tabaco, alcohol y marihuana y luego continúan con psicofármacos y cocaína. Al iniciar el consumo de pasta base/paco esta sustancia pasa a ser la preponderante entre sus consumos.

No obstante, encontramos que 2 de cada 10 personas que consumieron pasta base/paco no habían consumido previamente cocaína. En estos casos se trata de personas jóvenes, con un promedio de edad de 25,5 años (significativamente menor al promedio de edad del total de la muestra, que es de 30 años). Este dato puede estar evidenciando que el grupo generacional más joven tuvo menor acceso al clorhidrato de cocaína por una escasa disponibilidad y un elevado precio en el mercado de drogas.

La prevalencia de consumo de vida de alcohol y tabaco resulta más baja de lo que podría suponerse porque se trata de sustancias que, en virtud de su status jurídico, no suelen ser consideradas "drogas" por la población general. Por ello, pese a haber sido explícitamente introducidas en el cuestionario es probable que exista un subregistro de su prevalencia de consumo.

El uso de psicofármacos de diversa índole (benzodiazepinas, sedantes, antidepresivos, barbitúricos) también resulta elevado. Tal como expresaron las personas encuestadas, su uso se da sin prescripción médica –por lo que debe conceptualizarse como *uso indebido*– y, en

ocasiones, combinado con bebidas alcohólicas, lo que potencia sus efectos psicoactivos.

La mitad de la muestra presentó un consumo intensivo de pasta base/paco en los 30 días anteriores a su ingreso al centro de tratamiento o dispositivo de apoyo-contención. A su vez, resulta significativo que casi dos de cada diez encuestados/as que no habían utilizado pasta base/paco durante el mes anterior hayan buscado asistencia. Si discriminamos entre los dos tipos de instituciones, encontramos que en los dispositivos de apoyo-contención el 20% no consumió pasta base/paco en los 30 días anteriores al ingreso, mientras que dicho porcentaje se reduce al 10% entre quienes realizan tratamientos en instituciones formales.

Trayectorias de tratamiento

El 20% de las personas encuestadas se encuentra recibiendo asistencia para el consumo de drogas por primera vez en su vida. Entre los que realizaron tratamientos previos al actual, el 78% realizó alguno de ellos en los últimos 12 meses. 8 de cada 10 encuestados/as realizaron su último tratamiento en un dispositivo residencial.

En relación a su tratamiento actual, el 54% afirma haber ingresado por motivación personal, el 22% refiere haber sido motivado/a por familiares o amigos/as y el 19% por referentes de la institución. En lo relativo a la forma en que arribaron a la institución, el 40% consultó directamente en el lugar y un 35% fue invitado/a por referentes de la institución. A diferencia de lo que ocurre en los centros de tratamiento tradicionales en los que son los propios sujetos quienes deben demandar asistencia, desde los dispositivos de apoyo-contención se considera que, en múltiples ocasiones, las personas usuarias de pasta base/paco no se encuentran en condiciones de solicitar atención por sí mismas, por lo que se torna necesario desplegar estrategias de acercamiento (11).

Tabla 3. Expectativas con el programa en el que se encuentran recibiendo asistencia (en %) (respuesta múltiple).

Expectativas	Porcentaje
Dejar de consumir	69,6%
Empezar de nuevo, volver a estudiar o trabajar	50%
Tranquilizar a su familia	8,8%
Parar, bajar o tranquilizarse	8,1%

El objetivo de abandonar el consumo de drogas es el que concentra el mayor número de menciones respecto de las expectativas con el programa en que se encuentran recibiendo asistencia. Sin embargo, ha de resaltarse que el abandono del consumo no supone, para buena parte de la muestra, una postura de abstención total de drogas legales e ilegalizadas, sino que contempla la posibilidad de continuar utilizando de manera recreativa sustancias ilícitas como la marihuana, por ser conside-

radas de menor peligrosidad, toxicidad y potencial adictivo. Asimismo, un número elevado de personas afirmó que sus expectativas se vinculan con la posibilidad de tranquilizar a su familia, recuperar el vínculo con personas significativas (fundamentalmente sus hijos/as), conseguir un trabajo e iniciar o retomar sus estudios. Las expectativas con el programa actual presentan diferencias según se encuentren en centros de tratamiento o en dispositivos de apoyo-contención. Mientras que, para los primeros, el objetivo de abandonar el consumo reúne al 52% de la muestra, en los segundos asciende al 74%. Esto podría deberse a que la población en dispositivos de apoyo-contención tiene un promedio de edad más elevado y realizó una mayor cantidad de tratamientos en los que no consiguió abandonar el consumo. Por ello, pueden concebir su concurrencia a dispositivos de apoyo-contención como la última oportunidad para dejar de consumir.

Una de cada cuatro personas afirma que una vez que finalice el tratamiento podrá contar con referentes institucionales como apoyo. Este porcentaje desciende al 18% cuando el apoyo está representado por los padres y cuando se trata de la pareja. La posibilidad de contar con referentes de la institución como apoyo una vez finalizado el programa adquiere expresiones distintas según se esté en un dispositivo de apoyo-contención o en un centro de tratamiento. Así, mientras que el 28% de quienes se encuentran en el primer tipo de institución menciona este tipo de apoyo, entre los que desarrollan tratamientos en centros tradicionales el porcentaje desciende al 10%. Para la comprensión de estas diferencias, es necesario contemplar las características que asumen los vínculos entre quienes reciben asistencia y quienes se desempeñan laboralmente en las instituciones. Los dispositivos de apoyo-contención relevados dan cuenta de vínculos de mayor cercanía y confianza entre las personas que concurren y las y los referentes y profesionales, en comparación con los centros de tratamiento tradicionales, donde existe una mayor distancia entre unos/as y otros/as.

Discusión

En relación a las características sociodemográficas, podemos destacar el elevado porcentaje de mujeres (42%) que conforman la muestra en centros de tratamiento, en comparación con la distribución por género de los dispositivos de apoyo-contención, que es mayoritariamente masculina (83%). Ello puede estar vinculado con las características de ambos tipos de instituciones. Mientras que en los centros de tratamiento relevados existe una incipiente incorporación de la perspectiva de género en el abordaje, que tiene en consideración las necesidades y los intereses de las mujeres que concurren (realizan talleres de educación sexual, trabajan situaciones de violencia doméstica y abuso sexual, etc.); en los

dispositivos de apoyo-contención que formaron parte del estudio existen pocos espacios para el trabajo específico con mujeres.

En relación a la edad de las personas encuestadas, resulta interesante destacar que se trata de una población mayormente adulta, con un promedio de 30 años. Ello pone en tensión algunas representaciones respecto al consumo de pasta base/paco, que lo vinculan principalmente a niñas/os y adolescentes y que refuerza la idea de que personas cada vez más jóvenes se inician en el consumo de esta sustancia.

La población encuestada presenta un perfil de alta vulnerabilidad en múltiples dimensiones: educativa, laboral, sanitaria, habitacional y socio-afectiva. Del total de los encuestados/as sólo 1 de cada 10 finalizó sus estudios formales obligatorios (escuela secundaria); 6 de cada 10 no tiene inserción en el mercado de trabajo; tienen una alta prevalencia de enfermedades de transmisión sexual y tuberculosis; prácticamente la mitad de la muestra se encuentra en situación de calle o duerme en un hogar de acogida o parador nocturno; y un alto porcentaje cuenta con escasos soportes afectivos (mientras que menos del 20% considera que podrá contar con sus padres, hermanos/as o pareja al momento de culminar el proceso de tratamiento, la mayoría considera que sólo podrá contar con referentes o profesionales de la institución en la que se encuentran, especialmente entre quienes reciben asistencia en dispositivos de apoyo-contención).

A modo de cierre, creemos que el consumo de pasta base/paco no debe ser entendido como el inicio de los procesos de vulnerabilidad que sufren estas poblaciones, sino como la consecuencia de una exclusión previa (12, 13). No obstante, no podemos dejar de mencionar que el consumo de esta sustancia provoca el agravamiento de las situaciones de exclusión. Muchas veces los consumos de drogas no son la problemática prioritaria para quienes los padecen, sino que primero la persona debe resolver otras situaciones apremiantes (problemas habitacionales, judiciales y sanitarios, alimentación deficiente, carencia de ropa, falta de documentación personal, etc.), para luego poder avanzar en el proceso de dejar de consumir drogas o hacerlo de un modo menos nocivo para su salud.

Agradecimientos

El presente estudio contó con el financiamiento de la *International Narcotics and Law Enforcement* (INL) del Departamento de Estado de los Estados Unidos y estuvo a cargo del Observatorio Interamericano de Drogas (OID) de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA). Queremos agradecer especialmente a Francisco Cumsille y a Graciela Ahumada del Observatorio Interamericano de Drogas y al equipo del Observatorio Argentino de Drogas (OAD) de la SEDRONAR. ■

Referencias bibliográficas

1. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)-Organización de Estados Americanos (OEA). Informe del Uso de Drogas en las Américas. 2015. [Internet] Disponible en: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3209>
2. Camarotti AC, Romo-Avilés N, Jiménez Bautista F. Vulnerabilidad y prácticas de cuidado en mujeres consumidoras de pasta base del área metropolitana de Buenos Aires. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 2016; LXII (2): 96-107.
3. Romo-Avilés N., Camarotti AC. Haciendo género en un mundo de varones: el consumo de pasta base de cocaína entre las mujeres de la ciudad de Buenos Aires. *La Aljaba. Segunda Época. Revista de Estudios de la Mujer* 2015; 19: 229-235.
4. Scorza C. Composición química de muestras de Pasta Base de Cocaína incautadas en Uruguay. Simposio sobre Cocaínas Fumables: "Un aporte a las Políticas Públicas desde el conocimiento científico"; 2016 Dic 14; Buenos Aires, Argentina.
5. Observatorio Argentino de Drogas (OAD), Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR). *Aspectos Cualitativos del Consumo de Pasta Base de Cocaína/Paco*. Buenos Aires, 2007
6. Rangugni V, Rossi D, Corda A. El paco bajo la lupa. El mercado de la pasta base de cocaína en el cono sur. Programa Drogas y Democracia. En Drogas y conflicto. Documentos de debate. Transnacional Institute (TNI) Briefing Series, 2006.
7. Touzé G. Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína. Buenos Aires, Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas, 2006.
8. Epele M. Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud. Buenos Aires, Paidós, 2010.
9. Dirección de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual-Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre el VIH-SIDA en la Argentina. Año XIX. N° 33. Buenos Aires, 2016. [Internet]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000918cnt-2016-11-30_boletin-vih-sida-2016.pdf
10. Cruz VD, Harter J, Oliveira MM, Gonzales RIC, Alves PF. Consumo de crack e a tuberculose: uma revisão integrativa. *SMAD. Revista eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 2013; IX (1): 48-55.
11. Camarotti AC, Güelman M, Azparren AL. Las causas de los consumos de drogas según referentes de dispositivos de tratamiento. En: Camarotti AC, Jones D, Di Leo PF, directores. Entre dos mundos. Abordajes religiosos y espirituales para los consumos de drogas. Buenos Aires: Teseo; 2017. p. 109-135.
12. Míguez HA. El uso de paco y la segunda exclusión. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 2007; LIII (1):18-22.
13. Azparren AL. Respuestas a los consumos de drogas en contextos de exclusión social. El Hogar de Cristo en las villas de la Ciudad de Buenos Aires [tesis de maestría]. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento; 2017.

Validación del Q-PAD: Cuestionario para la Evaluación de Psicopatología en Adolescentes

Gonzalo Galván

*Universidad Cooperativa de Colombia, Montería, Colombia
Universidad Nacional de la Patagonia Austral, Sta. Cruz, Argentina
E-mail: galvan.patrignani@gmail.com*

Eduardo Fonseca Pedrero

Universidad de la Rioja, La Rioja, España

Francisco Vásquez De la Hoz

Universidad Cooperativa de Colombia, Montería, Colombia

Manuel Guerrero Martelo

Universidad Cooperativa de Colombia, Montería, Colombia

Pablo Santamaría

TEA Ediciones, Madrid, España

Claudio Sica

Universidad de Firenze, Firenze, Italia

Viviana Delgado

Universidad Cooperativa de Colombia, Pasto, Colombia

Resumen

El objetivo principal del presente estudio fue contribuir a la validación del Cuestionario para la Evaluación de la Psicopatología en la Adolescencia (Q-PAD) en una muestra no clínica de adolescentes colombianos. La muestra consistió en 559 estudiantes de un centro de educación secundaria pública. Las correlaciones entre 9 subescalas Q-PAD fueron significativas y positivas con la excepción de la subescala de autoestima. La estructura interna de cada escala mostró una estructura esencialmente unidimensional, a excepción de la subescala de Riesgo Psicosocial. La consistencia interna para las subescalas varió entre 0.78 y 0.91 (omega de McDonald). El análisis factorial exploratorio arrojó una solución de 6 factores. Se observó una buena validez externa entre la subescala Problemas de la familia Q-PAD y las tres subescalas de la Escala de relaciones interpersonales (ERI). Los resultados indican que los puntajes de Q-PAD tienen un respaldo psicométrico apropiado y este instrumento permitiría detectar problemas psicosociales y de salud mental en adolescentes colombianos de manera eficiente, fácil, rápida y no invasiva.

Palabras clave: Validez - Psicopatología - Adolescentes - Q-PAD - Medición - Psicometría.

VALIDATION OF Q-PAD: QUESTIONNAIRE FOR THE ASSESSMENT OF PSYCHOPATHOLOGY IN ADOLESCENT COLOMBIAN SAMPLE

Abstract

The main objective of this study was to contribute to the validation of the Questionnaire for the Evaluation of Psychopathology in Adolescents (Q-PAD) in a nonclinical sample of Colombian adolescents. The sample consisted of 559 students of a center of public secondary education. Correlations between 9 Q-PAD subscales were significant and positive, except for the self-esteem subscale. The internal structure of each scale showed an essentially unidimensional structure, except for the Psychosocial Risk subscale. The internal consistency for the subscales ranged between 0.78 and 0.91 (McDonald's omega). The exploratory factor analysis yielded a solution of 6 factors. A good external validity between the Q-PAD Family Problems subscale and the three subscales of Interpersonal Relations Scale (ERI) was observed. The results indicate that scores of Q-PAD have an appropriate psychometric support and this instrument would allow screening for psychosocial and mental health problems in Colombian adolescents in an efficient, easy, fast and non-invasive way.

Keywords: Validity - Psychopathology - Adolescence - Q-PAD - Measurement -Psychometry.

Introducción

Existen distintas posiciones frente al periodo que abarca la adolescencia en el ciclo vital humano (1); esto porque, en últimas, es un fenómeno específicamente cultural como lo expresó en su momento Margaret Mead (2); es decir, un concepto construido socialmente (3).

La adolescencia es una de las etapas del ciclo vital humano más compleja y de mayor inestabilidad caracterizada por profundos cambios físicos, cerebrales, psíquicos y sociales (4,5), llegando a producir, en ocasiones, fuertes desajustes de orden biopsicosocial. Estos cambios, que suelen ser naturales, pueden verse asociados a vivencias particularmente adversas, por ejemplo: cambios familiares, cambios físicos, presión social, cambio de amistades, ruptura de pareja, entre otros, agudizando la situación del adolescente (6).

Además de ser la adolescencia un periodo de cambios, ésta se caracteriza por ser una etapa del ciclo vital en la que suelen comenzar síntomas psicológicos y trastornos mentales (7,8). De hecho, la mitad de las personas que alguna vez experimentaron un trastorno mental en su vida tuvieron un primer episodio a la edad de 18 años (9). Se estima que uno de cada cuatro adolescentes, de entre 16 y 24 años, experimenta un trastorno mental en cualquier periodo de 12 meses (10). Por ejemplo, en una excelente revisión llevada a cabo por Polanczyk et al. (11), donde se incluyeron 41 estudios realizados en 27 países de todas las regiones del mundo, encontraron que la prevalencia de los trastornos mentales en niños y adolescentes fue del 13,4% (Intervalo de Confianza del 95%: 11,3-15). En Colombia, precisamente, el 12,2% de los adolescentes de entre 12 y 17 años padecieron algún trastorno mental según la última Encuesta Nacional de Salud Mental (12).

Entre los problemas de salud mental de los adolescentes son frecuentes los: trastornos de ansiedad (13,14), trastornos del humor (15), trastornos psicóticos (16), intentos suicidas (17,18), trastornos del comportamiento alimentario (19) y comportamientos de riesgo tales como comportamiento sexual, abandono y/o mal rendimiento escolar, uso de drogas y vandalismo (14, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26).

Hace más de medio siglo existen avances en la evaluación y clasificación de trastornos psiquiátricos en población adolescente y el desarrollo de evaluaciones en este sentido han tenido un amplio auge (27). Clásicamente los auto informes han sido el método prevalente en la evaluación de trastornos mentales en adolescentes en tanto a que proporcionan un medio eficiente y económico para recabar información (28,29).

Entre los instrumentos existentes, más importantes, en el panorama internacional para la evaluación de trastornos mentales en adolescentes se da cuenta, por un lado, con instrumentos de evaluación general como *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent* (MMPI-A) (30), *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R) (31), *Vineland Adaptive Behavior Scale* (32), cuestionario *Rutter* (33), *Achenbach System of Empirically Basic Assessment* (ASEBA) (34,35,36,37,38), *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (39) y el *Schizotypal Personality Questionnaire-Brief-Form* (40).

Entre 2008 y 2010, dada la falta de una evaluación ágil y rigurosa de la psicopatología adolescente en el ámbito italiano, Sica et al. (41) construyeron un cuestionario de evaluación para tal fin denominado Q-PAD (*Questionario per la Valutazione della Psicopatologia in Adolescenza*). Las bondades del Q-PAD (41) incluyen un lenguaje simple, claro y cercano al utilizado por adolescentes; comprende los principales dominios de la psicopatología (insatisfacción corporal, ansiedad, depresión, abuso de sustancias, problemas interpersonales, problemas familiares, incertidumbre sobre el futuro, riesgo psicosocial, y autoestima y bienestar), que permite una valoración de carácter pronóstico y muestra adecuadas propiedades psicométricas. El estudio de fiabilidad de Sica et al. (41) reveló que la escala Q-PAD mostró adecuados grados de correlación entre todas sus subescalas a excepción de las subescalas de Uso de Sustancias, y Autoestima y Bienestar que, si bien mostraron una correlación positiva, ésta no fue estadísticamente significativa. La estructura interna de cada una de las subescalas que componen el Q-PAD mostró esencialmente una estructura unidimensional a excepción de la subescala Riesgo Psicosocial que comparte ítems con otras subescalas.

Por otra parte, el análisis factorial exploratorio encontró una solución de siete factores para la escala que explicó el 46% de la varianza total. Por último, los coeficientes de fiabilidad (alfa de Cronbach) para muestras de población general de adolescentes italianos osciló entre 0,76 y 0,89, y en muestras clínicas entre 0,81 y 0,92; la escala cuenta con evidencias de validez relativas a su estructura interna y a su relación con diversos tests de evaluación en adolescentes.

En este sentido es interesante realizar nuestros estudios en muestras representativas no clínicas de adolescentes, con la finalidad de examinar su calidad psicométrica. Además, es interesante analizar la relación de estos dominios de psicopatología con otras variables externas de interés, así como analizar si su estructura factorial subyacente es similar a la encontrada en trabajos previos. Dentro de este marco de investigación, y dado que aún no se dispone de una adaptación del Q-PAD a población colombiana, el objetivo principal de este estudio fue analizar las propiedades psicométricas del Q-PAD en una muestra de adolescentes escolarizados de Colombia. Este objetivo general trata de: a) analizar el grado de relación entre las subescalas del Q-PAD; b) examinar la estructura interna que subyace a las puntuaciones del Q-PAD a nivel de los ítems; c) estimar la consistencia interna de las puntuaciones del Q-PAD mediante el coeficiente Omega; y d) obtener nuevas evidencias de validez examinando la relación de las puntuaciones del Q-PAD con variables externas.

Método

Participantes

Se llevó a cabo un muestreo aleatorio simple estratificado por edades (12 a 18 años) de tipo proporcionado, en donde se garantizó la participación del 37.2% (aproximadamente) de cada edad dentro de la muestra, sobre una población de casi 1500 adolescentes escolarizados del departamento de Córdoba (Colombia). Los alumnos asistían a un colegio de educación secundaria público. Si bien el estatus socioeconómico al que pertenecían era variado, la mayor parte de la población procedía de un nivel medio-bajo a bajo. Los grados a los que cuales asistían fueron de sexto a decimoprimer. La muestra final estuvo constituida por 559 alumnos, 282 mujeres (50.4%) y 277 varones (49.69%) de un centro educativo y 42 clases diferentes. La distribución por edad fue: 12 años (n=75), 13 años (n=73), 14 años (n=88), 15 años (n=113), 16 años (n=123), 17 años (n= 69) y 18 años (n=18).

Una muestra representativa con un 95% de confianza y un 5% de margen de error para la población estudiada hubiera sido de n= 306 sujetos; sin embargo, en este estudio la muestra evaluada (n=559) implicó un 99% de confianza y un 4.31% de margen de error.

Instrumentos

a) Instrumento *Ad Hoc* de datos sociodemográficos y clínicos. Un instrumento de medida *ad hoc* fue utilizado

con la finalidad de recoger datos sociodemográficos y clínicos. Los datos incluidos en dicho instrumento fueron: edad, sexo, curso, personas con quien vive, número de hermanos, país de origen, estrato económico, cantidad y cursos repetidos, edad desde que asiste al colegio, dinero que recibe semanalmente, si practica deporte o no, estatura y peso. Entre los datos clínicos se incluyeron distintos tipos de prevalencia para el uso de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas.

b) Cuestionario para la Evaluación de Problemas en Adolescentes (*Q-PAD, Questionario per la Valutazione della Psicopatología in Adolescenza*). El Q-PAD (41) es un cuestionario auto administrado de 81 ítems que se responden en una escala tipo *Likert* de 1 a 4 (1= falsa, 2= parcialmente falta, 3= parcialmente verdadera y 4= verdadera). Q-PAD se compone de 8 escalas que valoran insatisfacción corporal, ansiedad, depresión, abuso de sustancias, autoestima y bienestar, conflicto interpersonal, problemas familiares, incertidumbre sobre el futuro y una novena escala de riesgo psico-social.

Las características psicométricas de la versión italiana de Q-PAD (41) indicaron buenos grados de correlación entre todas las subescalas que la componen a excepción de las subescalas de Abuso de Sustancias, y Autoestima y Bienestar donde se encontró una correlación positiva estadísticamente no significativa. La estructura interna de cada una de las subescalas fue de tipo unidimensional a excepción de la subescala de Riesgo Psicosocial. El análisis factorial exploratorio arrojó una solución de siete factores que explicarían el 46% de la varianza. Por último, la consistencia interna del instrumento en su versión italiana mostró valores que oscilaron en un rango de 0,76 a 0,89 para sus subescalas en muestras de población general, y entre 0,81 y 0,92, en muestras clínicas.

La adaptación española del Q-PAD (42) tuvo las siguientes fases: 1) traducción: de los elementos originales al español, realizado por una profesional bilingüe, doctora en Psicología y experta en el área de evaluación psicológica, que participó en el proceso de construcción y desarrollo original del Q-PAD; 2) revisión por jueces: Esta versión del Q-PAD en su adaptación española fue entregada a un grupo de cinco expertos, psicólogos con experiencia en evaluación, que revisaron el proceso de traducción y adaptación; adicionalmente fue enviada para su revisión lingüística y cultural a seis expertos en evaluación psicológica de varios países y regiones latinoamericanas (México, Colombia, Chile, Argentina, República Dominicana y Guatemala), mostrando una cantidad muy reducida de incidencias (2% de los ítems); 3) análisis de legibilidad: fue analizada con relación al nivel de lectura requerido por sus ítems en español, para lo que se utilizó el índice de legibilidad de Flesch-Szigriszt (43) implementado en el programa INFLESZ (44), obteniendo una puntuación en el conjunto de los ítems del Q-PAD de 81,4, que se clasifica en el nivel de lectura "muy fácil" en la escala INFLESZ (44); 4) estudio piloto: se realizó un estudio piloto con una muestra de 444 casos de todas las edades y cursos abarcados por el Q-PAD (aproximadamente 80 casos desde los

12 a los 18 años; 48% varones), realizadas en un centro educativo con diversidad de niveles socioeconómicos y culturales. Se siguieron en este proceso las directrices internacionales para la adaptación de test de la *International Test Commission* (45).

c) Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.). Creado por Rivera-Heredia (46), es un auto informe de 56 ítems que evalúan las relaciones intrafamiliares. Incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a situaciones de cambio.

Las puntuaciones que obtienen las personas que responden la escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares en sus tres dimensiones, proporcionan información sobre cómo es la interacción familiar respecto a la expresión de emociones, la unión y apoyo entre sus miembros y la percepción de dificultades o conflictos. Cada una de estas dimensiones tiene un número específico de ítems en donde cada ítem puede tomar un valor entre uno y cinco, equivaliendo a 5 cuando el evaluado está totalmente de acuerdo y a 1 cuando está totalmente en desacuerdo. De esta forma, la dimensión de expresión de emociones está conformada por 22 ítems y puede tomar un valor de entre 22 y 110. La dimensión de unión y apoyo está conformada por 11 ítems y puede tener entre 11 y 55, y la dimensión de dificultades o conflictos por 23 ítems y su rango esta entre 23 y 115 (47).

El citado instrumento se utilizó en el estudio para aportar evidencias de validez convergentes de una subescala del cuestionario Q-PAD (Problemas Familiares) que mide variables latentes estrechamente relacionados (Expresión de emociones, Unión y Apoyo y Dificultades o Conflictos familiares).

Procedimiento

Los alumnos fueron informados acerca de la naturaleza voluntaria de ingresar al estudio y de la confidencialidad de las respuestas. Un formato de consentimiento informado fue obtenido de los padres de los participantes dado que la mayoría de ellos eran menores. Los alumnos de 18 años proporcionaron sus propios consentimientos. La administración de los instrumentos de medida fue hecha de manera colectiva en grupos de 25-35 participantes en salones de clases. La administración de los auto informes se realizó en todo momento bajo la supervisión de dos investigadores con ayuda de estudiantes de los últimos semestres de psicología, quienes recibieron un entrenamiento previo.

Análisis de datos

En primer lugar, se calcularon los estadísticos descriptivos para las subescalas del Q-PAD y la prueba de Kolmogorov-Smirnov para contrastar la hipótesis de la normalidad de la distribución de la muestra.

En segundo lugar, se analizó el grado de asociación

entre las subescalas mediante el análisis de las correlaciones de Pearson.

En tercer lugar, y con la finalidad de examinar la estructura factorial subyacente a las puntuaciones del Q-PAD, se realizaron diferentes análisis factoriales de tipo exploratorio a nivel de los ítems. En un primer momento, considerando las escalas de forma individual, y luego, con los 81 ítems que conforman el instrumento de medida. El método para la extracción de factores fue el *Unweighted Least Squares* (ULS) con posterior rotación *Promin*. Para la estimación de las cargas factoriales se utilizó la matriz de correlaciones policóricas, dada la naturaleza ordinal de las variables. Como procedimiento para la estimación del número de dimensiones subyacentes se empleó el *Optimal Implementation of Parallel Analysis* (48,49).

En cuarto lugar, como estimación de la fiabilidad de las puntuaciones del Q-PAD se calculó el coeficiente Omega de *McDonald*. En quinto lugar, con la finalidad de obtener evidencias de validez en relación con otras variables, se examinaron las correlaciones de Pearson entre las subescalas del Q-PAD y las dimensiones de la Escala de Relaciones Intrafamiliares.

Para el análisis de los datos se utilizaron los programas SPSS 15.0 (50) y FACTOR 9.2 (48).

Resultados

Estadísticos descriptivos de los ítems

Los estadísticos descriptivos de las subescalas del Q-PAD para la muestra total se recogen en la Tabla 1. Como se puede observar, los valores de asimetría y curtosis oscilaron entre +/- 2. Así mismo, pueden observarse en la misma Tabla 1 los descriptivos de Kolmogorov-Smirnov; los resultados indican que ninguna de las subescalas presentó una distribución normal.

En la Tabla 2 se presentan las correlaciones de Pearson entre las nueve subescalas del Q-PAD. Como se recoge en la Tabla 2, todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas. Todas las correlaciones entre las subescalas fueron positivas, a excepción de la subescala Autoestima, en la que puntuaciones altas indican buena autoestima, y bajas una menor autoestima y consideración de sí mismo.

Análisis factorial exploratorio a nivel de los ítems del Q-PAD

En un primer momento, se analizó la estructura interna de cada una de las subescalas del Q-PAD consideradas de forma independiente. Los resultados se recogen en la Tabla 3. Como se puede observar, todas las subescalas del instrumento de medida presentaron una estructura esencialmente unidimensional, donde el primer factor explicó un porcentaje elevado de la varianza total. El análisis paralelo aconsejó la extracción de un único factor en todas las subescalas, excepto en la subescala de Riesgos Psicosocial. La excepción se debe a que la subescala de Riesgo Psicosocial fue construida como índice complementario y no debido a su consistencia interna.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos para las subescalas del Q-PAD en la muestra total.

	Nº ítems	Media	DT	Asimetría	Curtosis	Rango	Omega	Z de K-S	p
Insatisfacción corporal	7	12,45	4,95	0,93	0,25	21	0,85	3,522	0,001*
Ansiedad	10	20,04	6,51	0,48	-0,39	30	0,84	2,604	0,001*
Depresión	8	15,16	5,49	0,69	-0,28	24	0,84	4,071	0,001*
Abuso de sustancias	10	13,78	4,31	1,55	2,66	24	0,88	3,171	0,001*
Problemas interpersonales	8	17,88	5,5	0,3	-0,49	24	0,79	2,711	0,001*
Problemas familiares	9	16,89	5,17	0,8	0,33	24	0,78	2,591	0,001*
Incertidumbre sobre el futuro	9	17,5	6,7	0,72	-0,28	27	0,89	3,372	0,001*
Riesgo psicosocial	28	46,7	11,93	0,77	0,17	63	0,91	3,154	0,001*
Autoestima y Bienestar	12	35,26	5,41	-0,69	0,09	30	0,79	2,912	0,001*

Nota. N°= número; DT= Desviación típica; Z de K-S= Z de Kolmogorov-Smirnov; $p < 0,01$

Tabla 2. Correlaciones de Pearson entre las subescalas del Q-PAD en la muestra total.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Insatisfacción corporal (1)	1								
Ansiedad (2)	,33*	1							
Depresión (3)	,28*	,67*	1						
Abuso de sustancias (4)	,20*	,35*	,39*	1					
Problemas interpersonales (5)	,34*	,63*	,66*	,27*	1				
Problemas familiares (6)	,31*	,53*	,63*	,31*	,56*	1			
Incertidumbre sobre el futuro (7)	,25*	,33*	,37*	,26*	,33*	,38*	1		
Riesgo psicosocial (8)	,35*	,64*	,76*	,70*	,62*	,65*	,61*	1	
Autoestima y Bienestar (9)	-,34*	-,30*	-,42*	-,32*	-,31*	-,41*	-,27*	-,49*	1

* $p < 0,01$

A continuación se realizó un análisis factorial exploratorio con los 81 ítems que conforman el Q-PAD. El análisis paralelo basado en el ULS, y utilizando la matriz de correlaciones policóricas, arrojó una solución de seis factores que explicaron el 33,72% de la varianza total. Para evaluar el supuesto de correlaciones entre ítems y la fuerza de las mismas, se utilizó el estadístico de Barlett y el test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) respectivamente (51); los resultados fueron: 13791.9 (df = 3240; $p <$

0,001) para el estadístico de Barlett y 0,88 para el test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO).

Asimismo, se examinaron otras posibles soluciones factoriales de cinco, siete, ocho y nueve factores. En todos los casos, se encontraban factores de dudosa interpretación psicológica que se podrían considerar como espúreos (p.ej., factor sin ninguna carga factorial superior a 0,30). La solución más plausible, tanto en términos de interpretación psicológica como en función del

Tabla 3. Análisis factorial exploratorio a nivel de los ítems para las subescalas del Q-PAD consideradas de forma independiente.

Q-PAD	Autovalor	% de varianza explicada por el primer factor	Número de dimensiones aconsejadas
Insatisfacción corporal	3,74	53,51	1
Ansiedad	4,24	42,43	1
Depresión	3,84	47,98	1
Abuso de sustancias	4,96	49,61	1
Problemas interpersonales	3,29	41,18	1
Problemas familiares	3,32	36,96	1
Incertidumbre sobre el futuro	4,84	52,82	1
Riesgo psicosocial	8,73	31,21	2
Autoestima y Bienestar	3,76	31,37	1

número de dimensiones aconsejadas a partir del análisis paralelo, fue la solución de seis factores.

Para esta solución factorial, el *Root Mean Square of Residuals* (RMSR) fue de 0,0439 y el *Expected mean value of RMSR* de 0,042. El primer factor explicó el 14,22% de la varianza total y agrupó ítems relacionados con la dimensión de Incertidumbre sobre el Futuro. El segundo factor, denominado Ansiedad, representó el 5,17% de la varianza común. El tercer factor, agrupó ítems que tenían relación con Depresión, Problemas interpersonales y los Problemas Familiares, representó el 4,71% de la varianza común. El cuarto factor, que recogió ítems relacionados con el Abuso de sustancias, explicó el 3,49% de la varianza. El quinto factor explicó un 3,32% de la varianza total y agrupó ítems relacionados con la faceta Autoestima y Bienestar. El sexto factor recogió ítems relacionados con la Insatisfacción Corporal y el porcentaje de varianza explicado fue del 2,34%. La correlación entre los factores resultantes osciló entre -0,41 (F4-F5) y 0,56 (F2-F3)¹.

Estimación de la fiabilidad de las puntuaciones del Q-PAD

En la Tabla 1 se presentan los valores del coeficiente de Omega estimados para las subescalas del Q-PAD. Como se puede observar, los valores estimados fueron adecuados y oscilaron entre 0,78 (Problemas familiares) y 0,91 (Riesgo Psicosocial). También se estimó la fiabilidad para los seis factores resultantes del análisis factorial exploratorio, los cuales fueron, respectivamente: 0,89, 0,82, 0,88, 0,90, 0,79 y 0,83.

Evidencias de validez en relación con variables externas

En la Tabla 4 se presentan las correlaciones de Pearson entre las subescalas del Q-PAD y la Escala de Relaciones Intrafamiliares. Como se puede observar, la mayoría de las correlaciones fueron estadísticamente significativas. Las dimensiones de la Escala de Relaciones Intrafamiliares, de Unión Apoyo y Expresión familiar correlacionaron de forma negativa con las puntuaciones del Q-PAD. Por su parte, la dimensión Dificultades familiares correlacionó de forma positiva con las puntuaciones del Q-PAD, a excepción de la subescala Autoestima.

Discusión

El objetivo principal de este estudio fue examinar la calidad métrica del Q-PAD en una muestra estratificada y aleatorizada de adolescentes colombianos. Con esta finalidad, se analizaron los estadísticos descriptivos y el grado de asociación entre las subescalas Q-PAD, se examinó su estructura interna a nivel de los ítems mediante análisis factorial exploratorio, se estimó la fiabilidad de las puntuaciones utilizando el coeficiente Omega y se obtuvieron diferentes evidencias de validez en relación con variables externas. Esto permitió conocer las propiedades psicométricas del Q-PAD en población adolescente colombiana para su uso como instrumento de cribado breve y sencillo en un grupo de edad de especial riesgo para el desarrollo de trastornos mentales. Del mismo modo, se pretendió arrojar nuevas evidencias empíricas

1. Para conocer la información completa sobre cargas factoriales estimadas resultantes del análisis factorial exploratorio a nivel de los ítems del Q-PAD, requerirla al autor principal.

Tabla 4. Correlaciones de Pearson entre las subescalas del Q-PAD y la Escala de Relaciones Familiares.

	Relaciones familiares		
	Unión y apoyo	Expresión	Dificultades
Insatisfacción corporal	-0,17*	-0,16*	0,20*
Ansiedad	-0,25*	-0,23*	0,35*
Depresión	-0,38*	-0,38*	0,41*
Abuso de sustancias	-0,06	-0,03	0,23*
Problemas interpersonales	-0,34*	-0,35*	0,38*
Problemas familiares	-0,47*	-0,48*	0,46*
Incertidumbre de futuro	-0,20*	-0,21*	0,33*
Riesgo psicosocial	-0,32*	-0,32*	0,46*
Autoestima y Bienestar	0,37*	0,37*	-0,30*

* $p < 0,01$

sobre la relación entre este tipo de problemáticas psicopatológicas y su impacto en las relaciones familiares. En términos generales, los resultados indican que las puntuaciones de Q-PAD presentaron una adecuada calidad psicométrica y que este instrumento de medida podría ser utilizado para la valoración de problemas psicológicos en población adolescente no clínica de Colombia.

Al igual que en el estudio italiano (41) en esta investigación se encontraron adecuados grados de correlación entre todas las sub escalas del cuestionario pero, a diferencia de Sica et al. (41), se halló una diferencia negativa estadísticamente significativa entre las subescalas de Abuso de Sustancias, y Autoestima y Bienestar. Desde el punto de vista de la psicopatología, se conoce que el consumo de sustancias puede tener impacto en la autoestima y el bienestar, al tiempo que una baja autoestima puede ser un factor de inicio en el consumo de drogas (52).

La estructura interna de cada una de las subescalas, tomadas de manera independiente, presentó una estructura esencialmente unidimensional con excepción de la subescala de Riesgo Psicosocial que mostró más de una dimensión. Este último hallazgo, también hecho por los autores del Q-PAD, se debe a que la subescala de Riesgo Psicosocial está compuesta por ítems propios e ítems de otras subescalas, por ejemplo, de la subescala de Abuso de Sustancias (41). La unidimensionalidad de las subescalas es por demás relevante, puesto que permite el uso de las subescalas de forma independiente en otros trabajos cuyo objetivo final no sea una exploración psicopatológica completa y, al mismo tiempo, es una evidencia de que las subescalas del Q-PAD tienen validez empírica.

Por su parte, el análisis factorial exploratorio realizado en los 81 ítems que conforman el Q-PAD arrojó

una solución de seis factores, explicando el 33,72% de la varianza total. En el estudio original Sica et al. (41) obtuvieron resultados similares, el análisis factorial arrojó una solución de siete factores explicando un 46% de la varianza total. Sica et al. (41) encontraron, utilizando un análisis factorial confirmatorio/exploratorio, los siguientes factores: Insatisfacción Corporal, Ansiedad, Abuso de Sustancias, Autoestima y Bienestar, Conflictos Interpersonales, Problemas Familiares e Incertidumbre de Futuro. En este trabajo se han encontrado los siguientes factores: el primer factor formado por ítems relacionados a la dimensión Incertidumbre de Futuro, el segundo factor denominado Ansiedad; el tercer factor agrupó ítems que tenían relación con Depresión, Conflictos Interpersonales y Problemas Familiares; el cuarto factor recogió ítems de Abuso de Sustancias; el quinto factor agrupó ítems de Autoestima y Bienestar y, por último, el sexto factor recogió ítems de Insatisfacción Corporal que son convergentes con los encontrados por Sica et al. (41). Las diferencias encontradas pueden ser debidas a múltiples aspectos, como, por ejemplo, a las propias características de la muestra, al procedimiento de análisis factorial utilizado, así como al método de extracción de los factores, o la propia traducción y adaptación de los ítems del Q-PAD al español, por solo mencionar alguno de ellos. Sería interesante, en futuros estudios, llevar a cabo trabajos que traten de analizar si la estructura dimensional subyacente a las puntuaciones del Q-PAD son invariantes en función de la cultura o el país.

La consistencia interna estimada para Q-PAD por Sica et al. (41), obtenida mediante el índice alfa de Cronbach, mostró valores que oscilaron entre 0,76 (Conflictos Interpersonales) y 0,89 (Insatisfacción Corporal) los cua-

les resultan adecuados. Los valores de consistencia interna obtenidos mediante coeficiente Omega en el presente estudio fueron algo superiores a los expresados anteriormente, oscilando entre 0,78 y 0,91. La explicación de las diferencias entre los valores podría deberse a la utilización del coeficiente Omega. Este método se ha mostrado como más robusto para la evaluación de la fiabilidad de las puntuaciones cuando se compara con el alfa de Cronbach (53). Además, es posible que las características de la muestra puedan estar explicando, también, las diferencias encontradas entre los estudios en los niveles de fiabilidad.

Sica et al. (41) analizaron la validez externa del Q-PAD con la escala TMA (54) (que mide varios aspectos positivos de la autoestima y las relaciones interpersonales) hallando una buena validez convergente entre la escala de Autoestima y Bienestar de Q-PAD y las escalas de Competencia, Emotividad y Cuerpo del TMA (41). En el presente estudio, se examinó la validez convergente de la escala Q-PAD con el instrumento ERI, para lo cual se efectuó una correlación entre los valores de la subescala del Q-PAD que evalúa Problemas Familiares y las subescalas de ERI (Unión y Apoyo, Expresión y Dificultades). Los resultados de las correlaciones indican que a mayor puntuación en la dimensión de Dificultades hay más problemas en las relaciones familiares; y a mayor puntuación en las dimensiones de Expresión y en Unión y apoyo, hay menos problemas en las relaciones familiares. Los resultados de las correlaciones indican también que el Riesgo Psicosocial y la Depresión aumentan en la medida en que las Dificultades son mayores y la Unión y apoyo, y la posibilidad de Expresión son menores dentro de las familias.

A la hora de interpretar los resultados obtenidos en presente trabajo, resulta necesario mencionar algu-

nas posibles limitaciones. En primer lugar, el trabajo se centra en instrumentos de medida tipo auto informe. Se deben tener en cuenta las limitaciones inherentes a los auto informes tales como posible falta de comprensión e interpretación de los ítems o los sesgos de respuesta. En este sentido hubiera sido interesante obtener información de otros informantes como, por ejemplo, padres y/o profesores. En segundo lugar, la naturaleza transversal del estudio no permite el establecimiento de inferencias causa-efecto. Finalmente, no se recogió información de la posible morbilidad psiquiátrica tanto de los participantes como de los familiares cercanos, la cual podría afectar a los resultados encontrados en el trabajo.

Para concluir, los aportes dados en este estudio que contribuyen a la validación del Q-PAD en su versión española para Colombia, son favorables ya que ofrecen la posibilidad de contar con un nuevo instrumento de evaluación con apropiadas cualidades psicométricas, permitiendo de manera rápida, eficiente, fácil y no invasiva, realizar cribados de problemas psicosociales y de salud mental en adolescentes.

Conflicto de interés

Los autores del presente estudio declaran no tener conflictos de interés en relación con los resultados de este estudio. Esta investigación no fue subvencionada por ninguna corporación.

Agradecimientos

Especial agradecimiento al semillero de investigación *Psicosalus* de la Universidad Cooperativa de Colombia por su magnífica colaboración en la investigación. ■

Referencias bibliográficas

1. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2011. La adolescencia. Una época de oportunidades. Nueva York; 2011.
2. Freeman D. Margaret Mead and Samoa: The Making and Unmaking of an Antropological Myth London: Harvard University Press; 1983.
3. Higuaita L, Cardona J. Concepto de calidad de vida en la adolescencia: una revisión crítica de la literatura. *Revista CES Psicología*. 2015; 8(1): p. 155-168.
4. Ernst M, Pine D, Hardin M. Triadic model of neurobiology of motivated behavior in adolescence. *Psychological Medicine: A journal of Research in Psychiatry and the Alted Science*. 2006; 36(3): p. 299-312.
5. Blakemore S, Burnett S, Dahl R. The role of púberly in the developing adolescent brain. *Human Brain Mapping*. 2010; 31: p. 926-933.
6. Robles Bello M, Sánchez Teruel D. Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del Psicólogo*. 2014; 35: p. 181-192.
7. Kessler R, Avenevoli S, Costello E, Georgiades K, Green J, Gruber M, et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*. 2012; 69(4): p. 372-380.
8. Hart L, Mason R, CM K, Cvetkovski S, Jorm A. 'teen Mental Health First Aid': a description of the program and in initial evaluation. *Int J Ment Health Syst*. 2016; 10(3): p. DOI 10.1186/s13033-016-0034-1.
9. Oakley Browne M, Wells J, Scott K, McGee M. Lifetime prevalence and projected lifetime risk of DSM-IV disorders in Te Rau Hinegaro: the New Zealand Mental Health Survey. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006; 40: p. 865-874.
10. Australian Bureau of Statistics. National Survey of Mental Health and Wellbeing: Summary of results 2007. Canberra; 2008.
11. Polanczyk G, Salum G, Sugaya L, Caye A, Rohde L. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015; 56: p. 345-365.
12. Mnisterio de Salud de Colombia. Encuesta Nacional de Salud Mental. Bogotá; 2015.
13. Hyland P, Shelvin M, Elklit A, Christonffersen M, Murphy J. Social, familial and psychological risk factors for mood and anxiety disorders in childhood and early adulthood: a birth cohort study using the Danish Registry System. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016; p. [Epub ahead of print].

14. de Winter A, Visser L, Verhulst F, Vollebergh W, & Reijneveld S. Longitudinal patterns and predictors of multiple health risk behaviors among adolescents: The TRAILS study. *Preventive medicine*. 2015; 84: p. 76-82.
15. Lo Fiego C, Leiderman A, Falduti A, Barrera A, Lobos Alister W. Risk of bipolar disorder of university students with high depressive symptomatology. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría* 2014; 25(117): p. 325-332.
16. Vorstman J, Breetvelt E, Hillegers M, Scheepers F. Psychosis: recognising the symptoms and disorders in children and adolescents. *Tijdschr Psychiatr*. 2015; 57(12): p. 928-932.
17. Berger G, Della Casa A, Pauli D. Prevention and interventions for suicidal youth considerations for health professionals in Switzerland. *Ther Umsch*. 2015; 72(10): p. 619-632.
18. Gupta M, Tripathy J. Psychosocial problems among young high School adolescents in Chnadigarh, North India. *Indian journal of public health research & development*. 2015; 6(1): p. 11-15.
19. Micali N, Hagberg K, Petersen I, Treasure J. The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open*. 2013; 3: p. e002646.
20. Hill D, Mrug S. School-Level Correlates of Adolescent Tobacco, Alcohol, and Marijuana Use. *Subst Use Misuse*. 2015; 50(12): p. 1518-1528.
21. Rodriguez Gonzalez Z, Leavitt K, Martin J, Benabe E, Romaguera J, Negrón I. The Prevalence Of Sexually Transmitted Infections On Teen Pregnancies And Their Association To Adverse Pregnancy Outcomes. *Bol Asoc Med P R*. 2015; 107(3): p. 89-94.
22. Martins S, Lee G, Kim J, Letourneau E, Storr C. Gambling and sexual behavior in african-american adolescents. *Addictive behaviours*. 2014; 39(5): p. 854-860.
23. Salas-Wright C, Vaughn M, Ugalde J, Todíc J. Substance use and teen pregnancy in the United States: Evidence from the NSDUH 2002–2012. *Addictive behaviours*; 45: p. 218-225.
24. Galván G, Guerrero M, Pinedo-López J, García R. Cannabis: realidades alternativas (CRA). *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría*. 2015; 26(120): p. 85-91.
25. Guerrero-Martelo M, Galván M, Pinedo López J, Vásquez de la Hoz F, Torres Hoyos F, Torres Oviedo J. Prevalencia de vida de uso de cannabis y rendimiento académico en adolescentes. *Salud Uninorte*. 2015; 31(3): p. [epub ahead of print].
26. Galván G, Guerrero-Martelo M, Torres Oviedo J, Torres F, Sánchez A. Prevalencia de uso de cannabis: perfil familiar y social de una muestra adolescente. *Psychologia: avances de la disciplina*. 2015; 9(2): p. 101-112.
27. Angold A, Jane Costello E. Nosology and measurement in child and adolescent psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009; 50(1-2): p. 9-15.
28. March J, Albano A. Assessment of anxiety in children and adolescent. American Psychiatry Press Review of Psychiatry. 1996; 15: p. 405-427.
29. Southman-Gerow M, Chorpita B. Anxiety in Childrens and Adolescents. 4th ed. Mash E, Barkley R, editors. New York: The Guilford Press; 2007.
30. Butcher J, Williams CGJ, Archer R, Tellegen A, BenPorath Y, Kaemmer B. MMPIA manual for administration, scoring, and interpretation Minneapolis: University of Minnesota Press; 1992.
31. Derogatis L. SCL-90-R Symptom Checklist-90-R. Administration scoring, and procedure Minneapolis: National Computer System; 1994.
32. Sparrow S, Balla D, Cicchetti D. Vineland Adaptive Behavior Scales Circle Pines: American Guidance Service; 1984.
33. Rutter M, Graham P. Psychiatric disorder in 10 -and- 11 years-old children. Proceeding of the Royal Society of Medicine. 1966; 59(4): p. 382-387.
34. Achenbach T. Manual for the Child Behavior Checklist 4-18 and 1991 profile Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry; 1991a.
35. Achenbach T. Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry; 1991b.
36. Achenbach T. Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry; 1991c.
37. Achenbach T, Rescorla L. Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families; 2001.
38. Achenbach T, Rescorla L. Multicultural supplement to the Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, and Families; 2007.
39. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1997; 38(5): p. 581-586.
40. Fonseca-Pedrero E, Paño-Piñero M, Lemos-Giráldez S, Villazón-García U, Muñiz J. Validation of the Schizotypal Personality Questionnaire-Brief Forme in adolescents. *Schizophrenia Research*. 2009; 111(1-3): p. 53-60.
41. Sica C, Rocco Chiri L, Favilli R, Marchetti I. Questionario per la Valutazione della Psicopatología in adolescenza Degara G, Monrando A, editors. Trento: Erickson; 2011.
42. Santamaría P. Adaptación española del Q-PAD- Cuestionario para la Evaluación de Problemas en Adolescentes Madrid: TEA Ediciones; 2016.
43. Szigriszt-Pazos F. Sistemas predictivos de legibilidad del mensaje escrito: fórmula de perspicuidad (tesis doctoral) Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 1993.
44. Barrio Cantalejo I, Simón Lorda P. Disponible en: <http://legibilidad.blogspot.com.es/>. [Internet]; 2008.
45. Muñiz J, Elousa P, Hambleton R. Directrices para la traducción y la adaptación de los test: segunda edición. *Psicothema*. 2013; 25(2): p. 151-157.
46. Rivera-Heredia M. Percepción de las relaciones intrafamiliares: construcción y validación de una escala. Tesis de Maestría de Psicología Clínica. México: Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México; 1999.
47. Rivera-Heredia M, Andrade P. Las dimensiones de la familia en México. La psicología social en México. 1998; 7: p. 222-227.
48. Lorenzo-Seva U, Ferrando P. FACTOR 9.2: A comprehensive program for fitting exploratory and semiconfirmatory factor analysis and IRT models. *Applied Psychological Measurement*. 2013; 37(6): p. 497-498.
49. Timmerman M, Lorenzo-Seva U. Dimensionality assessment of ordered polytomus items with parallel analysis. *Psychological Methods*. 2011; 16(11): p. 209-220.
50. Statistical Package for the Social Science. SPSS base 15.0 User's Guide. 2006.
51. Méndez-Martínez C, Alonso Rondón Sepúlveda M. Introducción al análisis factorial exploratorio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2012; 41(1): p. 197-207.
52. Bitancourt T, Tissot M, Fidalgo T, Galduróz J, Silveira Filho D. Factors associated with illicit drugs lifetime and frequent/heavy use among students results from a population survey. *Psychiatry Research*. 2016; 237: p. 290-295.
53. Dunn T, Baguley T, Brunsden V. From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*. 2013; p. doi:10.1111/bjop.12046.
54. Beatrice V, Bracken B. TMA. Test Multidimensionale dell'autostima. Trento: Erickson; 2005.

Validez de la prueba de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) como una herramienta de *screening* para detectar Deterioro Cognitivo Leve en población de Buenos Aires, Argentina

Fátima González Palau

*Servicio de Neurología del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina
E-mail: fatimagonzalezpalau@gmail.com*

Waleska Berrios

Servicio de Neurología del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

María Mercedes García Basalo

Servicio de Neurología del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Marcos Ojea Quintana

Servicio de Neurología del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Marcela Fernández

Servicio de Neurología del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

María José García Basalo

Servicio de Neurología del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

María Cecilia Fernández

Servicio de Neurología del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Nuria Cámpora

Servicio de Neurología del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

León Daniel Matusevich

Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Ángel Golimstok

Servicio de Neurología del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Resumen

Introducción: La prueba de Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA) es un instrumento de valoración neuropsicológica breve. **Objetivo:** validar el MoCA en la población de Buenos Aires, Argentina, para permitir su uso en la detección del Deterioro Cognitivo Leve (DCL). **Metodología:** La muestra estuvo constituida por 269 adultos mayores de 60 años, de escolaridad mayor a 6 años (saludables n=115 y con DCL n=154). Utilizando una curva analítica ROC, se estableció la relación entre los diagnósticos y los puntajes obtenidos en el MoCA. Se seleccionaron los puntos de corte óptimos y se calculó el valor predictivo positivo y negativo para los mismos. **Resultados:** El área bajo la curva (AUC) fue de 0,741 (p<0001, 95% IC: .682 - .800) para el MMSE y de 0,810 (p<0001, 95% IC: .759 - .861) para el test MoCA. El punto de corte sugerido para diferenciar adultos saludables y con DCL mediante el test MoCA es de 26 puntos, el cual arroja una sensibilidad de .727 y una especificidad de .748. **Conclusiones:** El test MoCA presentaría una adecuada utilidad en la consulta clínica diaria. La rapidez y sencillez de su aplicación, lo sitúan como un instrumento de interés para el cribado neuropsicológico en la población argentina.

Palabras clave: Evaluación neuropsicológica - Test de cribado - Enfermedad de Alzheimer - Deterioro Cognitivo - Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA).

VALIDATION OF THE MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA) AS A SCREENING TOOL FOR MILD COGNITIVE IMPAIRMENT IN THE POPULATION OF BUENOS AIRES, ARGENTINA

Abstract

Introduction: The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test is a brief tool for neuropsychological assessment. **Objective:** to validate the MoCA in the population of Buenos Aires, Argentina, to allow for the use of the test for the detection of Mild Cognitive Impairment (MCI). **Methods:** The sample consisted of 269 adults over 60 years old and of schooling of more than 6 years (healthy adults n = 115 and MCI n = 154). Receiver operating characteristic (ROC) analysis was used to establish the relationship between the diagnoses of the patients and the scores obtained at MoCA. The optimal cut-off points were selected, and the positive and negative predictive value were calculated for them. **Results:** The area under the curve (AUC) was 0,741 (p < 0001, 95% CI: .682 - .800) for the MMSE and 0.810 (p < 0001, 95% CI: .759 - .861) for the MoCA test. The cut point suggested using the MoCA test is 26 points, which throws .727 of sensitivity and a specificity of .748. **Conclusion:** The MoCA test is a useful test for clinical consultation. Its brevity and simplicity place it as an interesting instrument for neuropsychological screening in the Argentinian population.

Keywords: Neuropsychological assessment - Screening Test - Alzheimer Disease - Cognitive impairment - Montreal Cognitive Assessment (MoCA).

Introducción

La prueba de Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA) fue creada en el año 2005 por Nasreddine y col. (1), como un instrumento para detectar Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y Enfermedad de Alzheimer (EA). Desde su publicación, se ha convertido en una popular herramienta neuropsicológica de valoración cognitiva breve (2, 3). Esta popularidad se debe a sus características de simplicidad y rapidez de aplicación, pero de mayor alcance en su capacidad de evaluar funciones cognitivas en comparación con otros tests de cribado de uso clásico, como el Mini Mental State Examination (MMSE) (3-5).

Si bien el MMSE sigue siendo el test de mayor utilización internacional para la exploración neuropsicológica global, es conocido que el mismo carece de sensibilidad para detectar cambios cognitivos menores (6-8). Por otro lado, el uso de baterías psicométricas más complejas requiere de mayor tiempo de aplicación, de una formación más específica y tiene costos más elevados (8). Dichas características las convierten en recursos no siempre disponibles para la población en general. Considerando estos factores y que la investigación en neurociencias se centra cada vez más en la identificación y la intervención en etapas tempranas de las enfermedades que implican deterioro cognitivo, las opciones de instrumentos breves pero con mayor sensibilidad diagnóstica,

como el MoCA, son de mucho interés y constituyen una necesidad a nivel mundial (5, 6, 8).

Este interés ha llevado a la traducción del MoCA en diferentes idiomas y a su validación en numerosos países del mundo (9-18). Asimismo, además de su demostrada utilidad en la evaluación de DCL (19) y EA leve (2, 20), para lo cual fue creado, su uso se ha ampliado a múltiples campos de atención clínica y de investigación, como es la detección del deterioro cognitivo en la Enfermedad de Parkinson (21, 22), el deterioro cognitivo vascular (23-25), la Demencia Frontotemporal (26), la Esclerosis Múltiple (27) y los trastornos del sueño (28).

Al igual que en el MMSE, en el test MoCA la puntuación total máxima es de 30 puntos. En el estudio original, Nasreddine y col. (1) proponen un corte de 26 puntos para detectar el 90% de sujetos con DCL y el 100% de personas con EA en una muestra de 277 adultos mayores. Los estudios han encontrado que el MoCA exhibe una mayor sensibilidad diagnóstica y un menor efecto techo, comparado con el MMSE (5, 6, 24, 29, 30).

El objetivo del presente trabajo fue determinar la utilidad clínica del Test MoCA para detectar de manera discriminada envejecimiento saludable y Deterioro Cognitivo Leve en la población de Buenos Aires, Argentina. La finalidad del presente estudio es presentar evidencias para permitir su uso estandarizado como prueba de cribado cognitivo, tanto en la práctica clínica como en la

investigación, para la detección del DCL. Hasta donde los autores han sido capaces de revisar, si bien el MoCA ha sido ampliamente estudiado a nivel mundial, es la primera vez que se ofrece un estudio de validación para la población argentina.

Métodos

Población

Se realizó este estudio con la aprobación del Comité de Revisión Institucional para investigación (CEPI) del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA). Se reclutaron, consecutivamente, individuos normales con edades comprendidas entre los 60 y 91 años pertenecientes al Programa de Atención Médica del Plan de Salud del Hospital Italiano (PSHI). Se consideró individuo normal a aquel sin queja cognitiva propia ni reportada por informante, sin compromiso de actividades instrumentales de vida diaria, ni enfermedad neurológica o psiquiátrica conocida que pudiera interferir en la valoración del estado cognitivo y con resultados normales de MMSE.

EL PSHI es una organización de medicina prepaga que realiza programas de prevención y cuidado de la salud. Proporciona servicios médicos integrales a través de dos hospitales, pertenecientes al mismo centro médico, y 24 edificios de consultorios y oficinas sanitarias ubicadas, principalmente, en las zonas más pobladas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), República Argentina.

Aproximadamente el 5-7% de la población de esta área geográfica está afiliada al PSHI y tiene características representativas de la población metropolitana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, según datos del censo de 2001 (Tabla 1).

Se realizó un cálculo muestral considerando un tamaño del universo de población en condiciones de ser estudiada para esta investigación de 300.000 personas, con una heterogeneidad de 50%, un nivel de confianza de 95%, y margen de error del 5%.

Los registros de sujetos normales potenciales fueron revisados por un médico especialista en neurología para determinar si cumplían con criterios de inclusión y exclusión, así como para excluir aquellos en los que se sospechó la presencia de queja cognitiva o impedimento, demencia de cualquier tipo, o cualquier otra enfermedad neurológica existente antes o durante el tiempo de reclutamiento en este estudio. Los sujetos normales se seleccionaron para su participación utilizando un programa estadístico, y fueron invitados a participar en el estudio que se realizó en el servicio de Neurología del HIBA en el periodo comprendido entre enero de 2008 y diciembre de 2012.

Se reclutó otro grupo comparativo de sujetos consecutivos con el mismo rango etario, que consultaron al servicio de neurología durante el mismo período, por queja cognitiva subjetiva y/o reporte de un miembro confiable de su entorno y que fueron estudiados con una batería neuropsicológica completa. De este grupo se incluyeron solo aquellos que cumplían criterios de DCL. Si

Tabla 1. Nivel Socioeconómico y origen étnico de habitantes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Afiliados del PSHIBA* basado en el censo de nacional argentino de 2001.

	Ciudad de Buenos Aires (%)	PSHIBA (%)
Nivel Socioeconómico		
Alto	10	5
Medio-Alto	16	19.4
Medio	30	37.5
Medio-Bajo	21	25.6
Bajo	17	12.5
Total	100	100
Origen Étnico		
Caucásico	92	95.5
Asiático	4	2
Afroamericano	1	0.5
Mestizos**	3	2
Total	100	100

(*) Plan de Salud Hospital Italiano.

(**) Mestizos: Término español utilizado para designar personas con ascendencia mixta europea y amerindia habitante de Latinoamérica.

bien existen diferentes criterios operativos para el diagnóstico neuropsicológico de DCL, se consideró como tal al déficit de 1,5 desviaciones estándar por debajo de la media para edad y escolaridad, en uno o más dominios cognitivos evaluados (31, 32). Se utilizó el método conservador para diagnóstico, que consiste en incluir como DCL a aquellos pacientes que tuvieron durante la evaluación por lo menos dos subtests deficitarios en cada función cognitiva (33). Los tests aplicados se hallan descritos en el apartado "Material".

Todos los individuos otorgaron su consentimiento en forma oral y los criterios de inclusión fueron: ser originario y/o residente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y conurbano en los últimos 10 años, participar voluntariamente, poseer capacidad suficiente de lecto-escritura, no tener evidencia de compromiso de las actividades instrumentales de vida diaria. Los criterios de exclusión fueron: ser analfabeto, evidencia de demencia, enfermedad psiquiátrica mayor descompensada o estar bajo tratamiento que interfiera en la valoración de estado cognitivo, poseer limitación sensorial (auditiva o visual) que no pueda compensarse con corrección (audífono o anteojos), tener una historia significativa de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas o alcohol, y no otorgar su consentimiento para participar del estudio.

Material

La prueba de Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA) fue diseñada como un instrumento de cribado para alteraciones cognitivas. El tiempo para administrar el MoCA es de aproximadamente 10 minutos. El puntaje máximo es de 30 puntos y se realiza una corrección sumando un punto a los participantes con menos de 12 años de educación. En la versión original, el corte para el DCL se establece en 26 puntos (1).

Aunque existen diferentes versiones de la prueba para facilitar el test-retest (disponible en varios idiomas a través de www.MoCAtest.org) todas valoran los siguientes dominios cognitivos:

- Capacidad visuoespacial/ejecutiva: Se evalúa mediante una tarea adaptada del Trail Making Test B (1 punto), la copia de un cubo geométrico (1 punto) y la copia del test del reloj (3 puntos).
- Denominación: Se valora mediante tres ítems de nominación por confrontación visual de tres animales de bajo grado de familiaridad (3 puntos).
- Atención (tres tareas): Dígitos directos e inversos (2 puntos), atención sostenida (1 punto) y una serie de sustracciones (3 puntos).
- Lenguaje (dos tareas): Repetición de dos frases complejas (2 puntos) y fluidez verbal fonológica (1 punto).
- Abstracción: Se compone de dos ítems de razonamiento verbal abstracto (2 puntos).
- Aprendizaje y recuerdo diferido: Consta de dos ensayos de aprendizaje de cinco palabras por las que se pregunta a los cinco minutos (5 puntos). Asimismo, si bien no se puntúa en el total de la escala, el test ofrece la posibilidad de registrar el recuerdo facilitado

- por clave semántica y elección múltiple de respuesta.
- Orientación: Se evalúa la orientación temporal y espacial (6 puntos).

Tanto el MMSE como el MoCA fueron llevados a cabo en los sujetos normales. Asimismo, se aplicó la batería diagnóstica de tests neuropsicológicos de rutina en pacientes con sospecha de deterioro cognitivo. Esta evaluación se realiza en la sección de Trastornos de Memoria y Conducta del servicio de Neurología del HIBA y comprende una batería de pruebas gold-estándar para evaluar todas las funciones mentales superiores (orientación, atención, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, gnosias, habilidades visuoespaciales, razonamiento), un inventario de trastornos conductuales y otro de síntomas depresivos. Esta batería comprende los siguientes test: Mini Mental State Examination (MMSE), Test de inteligencia de adultos de Weschler (selección: repetición de dígitos, construcción con cubos, analogías, dígito-símbolo), Test de aprendizaje auditivo verbal de Rey (Rey Auditory Verbal Learning Test- RAVLT), Test de vocabulario de Boston, Test de fluencia semántica y fonológica, Test del trazo (Trail Making Test A y B), Test de memoria de Weschler (selección: memoria lógica, pares verbales), Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin (Wisconsin Card Sorting Test - WCST). Los valores se expresan en puntajes brutos y se calcula puntaje Z de acuerdo con baremos por edad y escolaridad.

Método

Tal como fue detallado, se administró una batería neuropsicológica completa a cada paciente con queja cognitiva, además de las pruebas de cribado previamente descritas. Se realizó un análisis preliminar para determinar la proporción de casos perdidos, detectar casos atípicos y examinar los supuestos de normalidad y linealidad de las relaciones. Se procedió con la aplicación de la prueba T de student para determinar si existía un efecto diferencial del diagnóstico clínico sobre las puntuaciones del test MMSE y MoCA y si existían diferencias en las variables sociodemográficas de los grupos analizados. Para valorar el efecto de la educación y edad sobre la puntuación final del MoCA se realizó un análisis de correlación de Pearson y un análisis de regresión lineal múltiple. Posteriormente, utilizando una curva analítica ROC, se estableció la relación entre los diagnósticos de los pacientes y los puntajes obtenidos en el test MoCA. A partir de los resultados discriminantes de la curva ROC se seleccionó el puntaje de corte considerado como óptimo para distinguir con el test MoCA entre los grupos clínicos en estudio. También se calculó para cada puntaje el valor predictivo positivo (VPP) y el valor predictivo negativo (VPN). En miras de complementar este análisis, se comparó la capacidad de cribado para diagnosticar DCL del MoCA, con la del test más utilizado con esta finalidad en la bibliografía internacional, que es el MMSE. Los análisis estadísticos fueron realizados utilizando el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows), versión 21.0.

Resultados

Sobre un total de 450 sujetos que se postularon, fueron reclutados 269 que cumplían los criterios de inclusión y no presentaban criterios de exclusión. De ellos, 115 eran personas saludables y 154 poseían el diagnóstico de DCL. La edad mínima fue de 60 años y la edad máxima de la totalidad de la muestra fue de 91 años.

En la Tabla 2 se puede observar que en población saludable la media de edad fue de $72,99 \pm 7,51$, la media de escolaridad fue de $13,64 \pm 3,69$, la media de rendi-

miento cognitivo fue de $26,79 \pm 2,11$ en la puntuación final del MoCA y de $28,71 \pm 1,25$ en la puntuación final del MMSE. En la población con DCL, la media de edad fue de $72,33 \pm 7,79$, la media de escolaridad fue de $12,77 \pm 4,06$, la media de rendimiento cognitivo fue de $23,70 \pm 2,86$ en la puntuación final del MoCA y de $27,34 \pm 1,77$ en la puntuación final del MMSE. En la población saludable, el 53,9% de la muestra fue de sexo femenino y el 46,1% de la muestra fue de sexo masculino. En la población con DCL el 49,3% de la muestra fue de sexo femenino y el 50,7% fue de sexo masculino.

Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra diferenciadas por grupos control y DCL.

	Control (n=115)				DCL (n=154)				t	p
	Mín	Máx.	Media	DT	Mín.	Máx.	Media	DT		
Edad	60.0	90.0	72.99	7.51	60.0	91.0	72.33	7.79	.685	.494
Escolaridad	6.0	22.0	13.64	3.69	6.0	24.0	12.77	4.06	1.784	.076
MoCA	22.00	30.0	26.79	2.11	17.0	29.0	23.70	2.86	9.651	.000
MMSE	25.0	30.0	28.71	1.25	22.0	30.0	27.34	1.77	6.987	.000
Sexo %										
Femenino	53.9				49.3					
Masculino	46.1				50.7					

Mediante el estadístico de T de student, se determinaron las diferencias de medias en variables sociodemográficas entre la población saludable y la población con DCL (Tabla 2). No se observaron diferencias signifi-

cativas en edad ni en nivel de escolaridad entre ambos grupos analizados. Como era de esperar, sí se observaron diferencias significativas entre los grupos analizados en el rendimiento del MMSE y del MoCA ($p < 0001$) (Fig. 1).

Figura 1. Diferencias en el rendimiento en el test MoCA y en el test MMSE entre población saludable y con DCL.

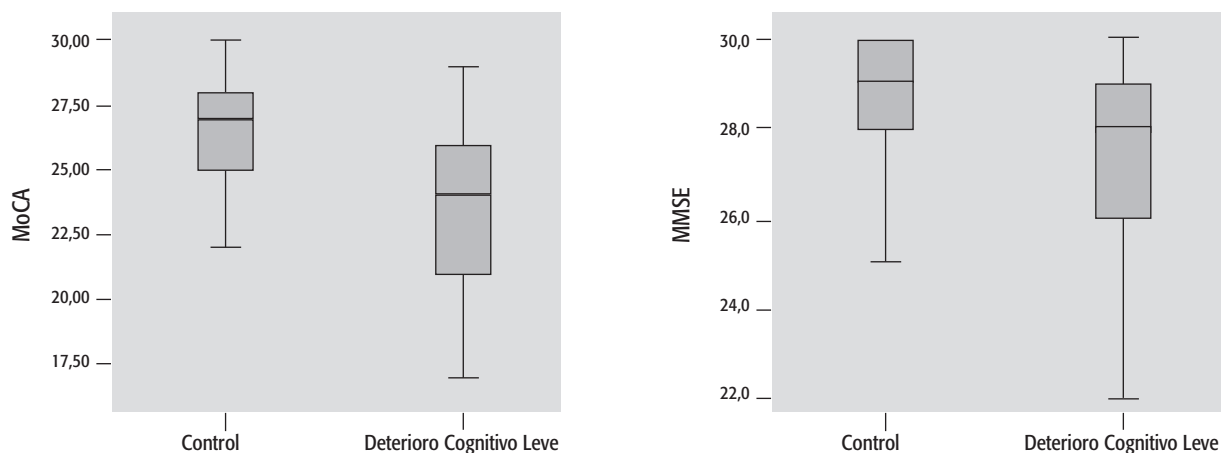
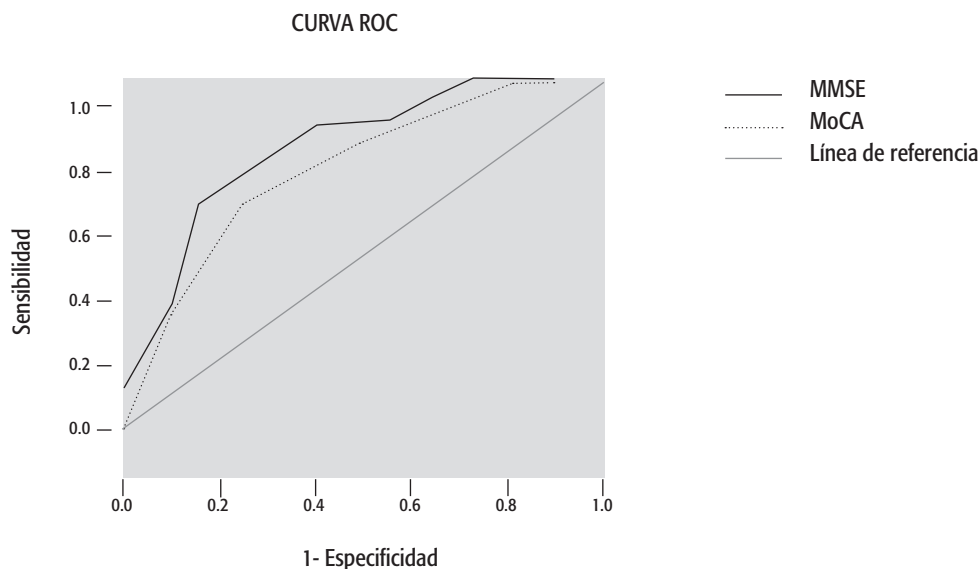


Figura 2. Curva de ROC de las puntuaciones del MoCA y del MMSE para identificar población saludable y personas con DCL.



En la Figura 2 se observa el gráfico correspondiente a las curvas ROC para identificar pacientes con DCL, a través del test MoCA y del test MMSE. El área bajo la curva (AUC) en este caso es de 0,741 ($p < 0.0001$, 95% IC: .682 - .800) para el MMSE y de 0,810 ($p < 0.0001$, 95% IC: .759 - .861) para el test MoCA.

En la Tabla 3 se muestran los diferentes puntos de corte del test MoCA en base al grado de sensibilidad y especificidad diagnóstica que aportan sobre la muestra clínica. Las puntuaciones iguales o inferiores al punto de corte elegido se consideran indicativas de posible deterioro. Se han distinguido con un sombreado el punto de corte más próximo a la esquina superior izquierda de la curva, ya que es el punto en que se encuentra el menor

número de errores globales: falsos positivos y falsos negativos. El punto de corte seleccionado es de 26 puntos, en cuyo caso tendríamos una sensibilidad de .727 y una especificidad de .748. El punto de corte se redondea, ya que las puntuaciones del test MoCA son números enteros. Como se observa en la Tabla 3, los puntos de corte arrojados por el sistema estadístico SPSS son decimales, en cuyo caso 25,5 sería el óptimo, pero se tomó la decisión de redondear ese número decimal hacia arriba.

Cabe resaltar que, dado a que el uso de un punto de corte u otro depende de una decisión clínica en base a la demanda del momento, se puede redondear hacia abajo buscando mayor especificidad, o por el contrario redondear hacia arriba buscando mayor sensibilidad. Se recomienda en caso del DCL redondear hacia arriba como

Tabla 3. Puntos de corte y valores predictivos positivos (VPP) y negativos (VPN) para el test MoCA.

Punto de Corte	Sensibilidad	Especificidad	VPP (%)	VPN (%)
≤24	0.448	0.887	84,1	54,5
≤25	0.597	0.870	86	61,7
≤26	0.727	0.748	79,4	67,2
≤27	0.844	0.643	76	75,5
≤28	0.903	0.374	65,9	74,1

medida preventiva típica de pruebas de cribado. En el caso de la identificación de demencia (que no se consideró en este trabajo) se podría recomendar redondear hacia abajo buscando mayor especificidad que permita confirmar o complementar el diagnóstico clínico.

Por último, el análisis de correlación de Pearson mostró que existen correlaciones estadísticamente significativas entre la edad ($r=-.167$; $p<.0001$), la escolaridad ($r=.320$; $p<.0001$) y la puntuación total del MoCA, siendo la correlación entre la edad negativa y la escolaridad positiva. El análisis de regresión lineal múltiple confirmó la influencia de la edad ($\beta = -.053$; $p = .021$) y de la educación ($\beta = .230$; $p = .000$) en la puntuación total del MoCA teniendo los años de escolaridad una mayor influencia sobre la puntuación total del test, lo cual es coincidente con las sugerencias del estudio original (1) de añadir un punto a la puntuación final de la prueba en población con menos de 12 años de escolaridad.

Discusión y conclusiones

El propósito principal de este estudio fue determinar la utilidad clínica del test MoCA para detectar de manera discriminada envejecimiento saludable y Deterioro Cognitivo Leve en la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. El test MoCA, ha demostrado ser un test sencillo, de rápida aplicación y con utilidad diagnóstica, por lo que se ha validado en diferentes poblaciones a nivel mundial (9, 10, 18, 34). El valor práctico de los tests de cribado en muchas patologías, y especialmente en las enfermedades degenerativas, se basa en la utilidad que estos posean para detectar tempranamente la enfermedad, dando mayor efectividad al tratamiento en las fases tempranas del deterioro (18).

Consecuentemente, resulta fundamental que los instrumentos empleados para su detección posean alta sensibilidad, a fin de que los individuos con deterioro cognitivo puedan ser identificados correctamente, evitando así los diagnósticos tardíos (35). La contribución con puntos de corte del MoCA para Argentina constituye un elemento de valor en la detección de déficits sutiles y en la evaluación neuropsicológica eficaz de diferentes patologías.

Para lograr el propósito del estudio se analizó la sensibilidad (número de enfermos clasificados como positivos) y especificidad (número de sanos clasificados como negativos) diagnóstica del test MoCA mediante el uso de curvas ROC, y se seleccionó un punto de corte considerado óptimo para generar diagnósticos clínicos con un margen de error mínimo. El área bajo la curva (AUC) fue de 0,741 ($p<0001$, 95% IC: .682 - .800) para el MMSE y de 0,810 ($p<0001$, 95% IC: .759 - .861) para el test MoCA. Esto significa que el test MoCA posee una mejor capacidad discriminativa para distinguir entre pacientes sanos y con DCL que el MMSE, siendo este último el test de cribado internacionalmente más usado.

El punto de corte que se indica como óptimo para la población mayor de 60 años y con un nivel educativo superior a 6 años de Buenos Aires es de 26 puntos,

lo cual arroja una sensibilidad de .727 y una especificidad de .748. Estos valores de sensibilidad y especificidad para DCL son similares a los encontrados en estudios con otras poblaciones, como el caso de la validación del MoCA para población de Bogotá (13) donde, si bien el punto de corte es diferente al propuesto en este estudio (23 puntos para población de Bogotá), la sensibilidad encontrada es de 76.9% y la especificidad de 79,8%.

Es importante resaltar que los valores de especificidad y de sensibilidad no son tan elevados como suele encontrarse en el caso de diferenciación entre individuos controles y aquellos con demencia. Esto es lógicamente explicable por ser el límite entre DCL y la normalidad mucho menos definido respecto de aquél entre pacientes dementes y normales (37). De este modo, entre adultos saludables y sujetos con DCL el solapamiento implica mayor dificultad para generar una discriminación clara entre los grupos, por lo cual los valores de sensibilidad y especificidad descienden.

Dada esta dificultad, es preciso comprender que encontrar un único puntaje inferior al punto de corte seleccionado en alguna de las pruebas neuropsicológicas no es suficiente para determinar si la persona padece o no de deterioro cognitivo. En todo caso se deberá tomar aquel indicio para continuar con una serie de estudios exhaustivos que permitan confirmar o descartar el diagnóstico preliminar.

Por otro lado, los resultados encontrados en este estudio son coherentes con la literatura científica precedente. En el presente estudio se propone el mismo punto de corte al presentado en el estudio original del MoCA, donde el corte sugerido es de 26 puntos (1). Esto difiere con otros estudios, como el caso de la población mencionada de Bogotá (13) y la de Delgado y col. (10) que proponen un punto de corte de 21 para población de Chile. Se estima que esto se vincula a diferencias en las características de la muestra y a los análisis realizados. Específicamente, en la población de Bogotá (13), el punto de corte se estableció agrupando población con diagnóstico de DCL ($n=26$) y demencia leve ($n=83$) y comparando este grupo de deterioro cognitivo general, con el grupo de población saludable, lo cual estaría influyendo en sus resultados. Lo mismo se observa en el estudio efectuado en la población de Chile (10), donde el nivel educacional de población con DCL es significativamente más bajo ($M=9,2$; $DS= 3,8$), la cantidad de pacientes con DCL es menor ($n= 48$) y finalmente los autores también proponen un punto de corte de deterioro cognitivo general, agrupando pacientes con DCL ($n=48$) y demencia leve ($n=20$). En el estudio de población de Brasil (38), el punto de corte encontrado es levemente inferior (25 puntos) al hallado en el estudio original (1) y en la presente investigación de Buenos Aires. Esto estaría posiblemente vinculado a las diferencias en el nivel educacional de los adultos con DCL, siendo inferior en el grupo de población de Brasil ($M=9,70$; $DS= 4,96$).

La similitud del punto de corte del presente estudio con el estudio original de Nasreddine y col. (1) puede vincularse a la semejanza de las características de ambas

muestras. En el estudio original la mediana de edad para población con DCL fue de 75.19 ± 6.27 y de educación fue de $12,28 \pm 4,32$; la media de edad para población control fue de 72.84 ± 7.03 y la media de educación fue de $13,33 \pm 3,40$. Esto presenta gran correspondencia con las características de la muestra previamente descriptas para el presente estudio realizado en población de Buenos Aires, lo cual es una fortaleza de este estudio. En contraste con ello, una de las principales desventajas en esta investigación es que no fue posible contar con una muestra de adultos con nivel educativo inferior a 6 años, por lo cual se sugiere para un futuro tomar en consideración esta variable en el momento de analizar población de niveles educativos bajos. Asimismo, sería de interés ampliar la muestra e incluir población con demencia para valorar el punto de corte más adecuado en esa diferenciación.

Por último, cabe resaltar que el punto de corte seleccionado en el presente estudio no es la única opción

posible y depende de diferentes niveles de decisión clínica según la necesidad contextual del momento. Por ejemplo, en una situación en la que se quiera tomar una actitud preventiva se podría priorizar más aún el valor de sensibilidad sobre el de especificidad. Por el contrario, ante una situación en la que se quiera confirmar un diagnóstico determinado (conjeturado a partir de los resultados en otras pruebas o indicios clínicos) se podría priorizar el valor de especificidad sobre el de sensibilidad.

Como conclusión final, el test MoCA es de conocida utilidad para cribado de deterioro cognitivo por su rapidez, sencillez y aplicabilidad en diferentes poblaciones, así como un instrumento apto por sus niveles de sensibilidad y especificidad en la población de la ciudad de Buenos Aires en Argentina.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores no declaran conflictos de interés. ■

Referencias bibliográficas

- Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(4):695-9.
- Martinelli JE, Cecato JF, Bartholomeu D, Montiel JM. Comparison of the diagnostic accuracy of neuropsychological tests in differentiating Alzheimer's disease from mild cognitive impairment: can the montreal cognitive assessment be better than the cambridge cognitive examination? *Dementia and geriatric cognitive disorders extra.* 2014;4(2):113-21.
- Cecato JF, Martinelli JE, Izbicki R, Yassuda MS, Aprahamian I. A subtest analysis of The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): which subtests can best discriminate between healthy controls, mild cognitive impairment and Alzheimer's disease? *Int Psychogeriatr.* 2017;29(4):701.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research.* 1975;12(3):189-98.
- Larner AJ. Screening utility of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA): in place of--or as well as--the MMSE? *Int Psychogeriatr.* 2012;24(3):391-6.
- Ciesielska N, Sokolowski R, Mazur E, Podhorecka M, Polak-Szabela A, Kedziora-Kornatowska K. Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test better suited than the Mini-Mental State Examination (MMSE) in mild cognitive impairment (MCI) detection among people aged over 60? Meta-analysis. *Psychiatria polska.* 2016;50(5):1039-52.
- Trzepacz PT, Hochstetler H, Wang S, Walker B, Saykin AJ, Alzheimer's Disease Neuroimaging I. Relationship between the Montreal Cognitive Assessment and Mini-mental State Examination for assessment of mild cognitive impairment in older adults. *BMC geriatrics.* 2015;15:107.
- Lam B, Middleton LE, Masellis M, Stuss DT, Harry RD, Kiss A, et al. Criterion and convergent validity of the Montreal cognitive assessment with screening and standardized neuropsychological testing. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2013;61(12):2181-5.
- Conti S, Bonazzi S, Laiacona M, Masina M, Coralli MV. Montreal Cognitive Assessment (MoCA)-Italian version: regression based norms and equivalent scores. *Neurological sciences.* 2015;36(2):209-14.
- Delgado C, Aranceda A, Behrens MI. Validation of the Spanish-language version of the Montreal Cognitive Assessment test in adults older than 60 years. *Neurologia.* 2017.
- Dominguez JC, Orquiza MG, Soriano JR, Magpantay CD, Esteban RC, Corrales ML, et al. Adaptation of the Montreal Cognitive Assessment for elderly Filipino patients. *East Asian archives of psychiatry.* 2013;23(3):80-5.
- Fujiwara Y, Suzuki H, Yasunaga M, Sugiyama M, Ijuin M, Sakuma N, et al. Brief screening tool for mild cognitive impairment in older Japanese: validation of the Japanese version of the Montreal Cognitive Assessment. *Geriatrics & gerontology international.* 2010;10(3):225-32.
- Gil L, Ruiz de Sanchez C, Gil F, Romero SJ, Pretelt Burgos F. Validation of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in Spanish as a screening tool for mild cognitive impairment and mild dementia in patients over 65 years old in Bogota, Colombia. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2015;30(6):655-62.
- Janelidze M, Mikeladze N, Bochorishvili N, Dzagnidze A, Kapanidze M, Mikava N, et al. Validity of the Georgian Montreal Cognitive Assessment for the Screening of Mild Cognitive Impairment and Dementia. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias.* 2017;32(1):36-40.
- Konstantopoulos K, Vogazianos P, Doskas T. Normative Data of the Montreal Cognitive Assessment in the Greek Population and Parkinsonian Dementia. *Archives of clinical neuropsychology.* 2016;31(3):246-53.
- Larouche E, Tremblay MP, Potvin O, Laforest S, Bergeron D, Laforce R, et al. Normative Data for the Montreal Cognitive Assessment in Middle-Aged and Elderly Quebec-French People. *Archives of clinical neuropsychology.* 2016. DOI: 10.1093/arclin/acw076
- Lee JY, Dong Woo L, Cho SJ, Na DL, Hong Jin J, Kim SK, et al. Brief screening for mild cognitive impairment in elderly

- outpatient clinic: validation of the Korean version of the Montreal Cognitive Assessment. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 2008;21(2):104-10.
18. Magierska J, Magierski R, Fendler W, Kloszewska I, Sobow TM. Clinical application of the Polish adaptation of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test in screening for cognitive impairment. *Neurologia i neurochirurgia polska*, 2012;46(2):130-9.
 19. Ozer S, Young J, Champ C, Burke M. A systematic review of the diagnostic test accuracy of brief cognitive tests to detect amnesic mild cognitive impairment. *International journal of geriatric psychiatry*, 2016;31(11):1139-50.
 20. Costa AS, Reich A, Fimm B, Ketteler ST, Schulz JB, Reetz K. Evidence of the sensitivity of the MoCA alternate forms in monitoring cognitive change in early Alzheimer's disease. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 2014;37(1-2):95-103.
 21. Vasconcellos LF, Pereira JS, Adachi M, Greca D, Cruz M, Malak AL, et al. Correlation of MRI Visual Scales with Neuropsychological Profile in Mild Cognitive Impairment of Parkinson's Disease. *Parkinson's disease*, 2017;2017:7380102.
 22. Dalrymple-Alford JC, MacAskill MR, Nakas CT, Livingston L, Graham C, Crucian GP, et al. The MoCA: well-suited screen for cognitive impairment in Parkinson disease. *Neurology*, 2010;75(19):1717-25.
 23. Akanuma K, Meguro K, Kato Y, Takahashi Y, Nakamura K, Yamaguchi S. Impaired attention function based on the Montreal Cognitive Assessment in vascular dementia patients with frontal hypoperfusion: The Osaki-Tajiri project. *Journal of clinical neuroscience*, 2016;28:128-32.
 24. Dong Y, Sharma VK, Chan BP, Venketasubramanian N, Teoh HL, Seet RC, et al. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is superior to the Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of vascular cognitive impairment after acute stroke. *Journal of the neurological sciences*, 2010;299(1-2):15-8.
 25. Koski L. Validity and applications of the Montreal cognitive assessment for the assessment of vascular cognitive impairment. *Cerebrovascular diseases*, 2013;36(1):6-18.
 26. Freitas S, Simoes MR, Alves L, Duro D, Santana I. Montreal Cognitive Assessment (MoCA): validation study for frontotemporal dementia. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 2012;25(3):146-54.
 27. Freitas S, Batista S, Afonso AC, Simoes MR, de Sousa L, Cunha L, et al. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) as a screening test for cognitive dysfunction in multiple sclerosis. *Applied neuropsychology Adult*. 2016:1-14.
 28. Chahine LM, Xie SX, Simuni T, Tran B, Postuma R, Amara A, et al. Longitudinal changes in cognition in early Parkinson's disease patients with REM sleep behavior disorder. *Parkinsonism & related disorders*, 2016;27:102-6.
 29. Alagiakrishnan K, Zhao N, Mereu L, Senior P, Senthilselvan A. Montreal Cognitive Assessment is superior to Standardized Mini-Mental Status Exam in detecting mild cognitive impairment in the middle-aged and elderly patients with type 2 diabetes mellitus. *BioMed research international*, 2013;2013:186106.
 30. Biundo R, Weis L, Bostantjopoulou S, Stefanova E, Falup-Pecurariu C, Kramberger MG, et al. MMSE and MoCA in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies: a multi-center 1-year follow-up study. *Journal of neural transmission*, 2016;123(4):431-8.
 31. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Archives of neurology*, 1999;56(3):303-8.
 32. Petersen RC, Caracciolo B, Brayne C, Gauthier S, Jelic V, Fratiglioni L. Mild cognitive impairment: a concept in evolution. *J Intern Med*. 2014; 275(3), 214-228.
 33. Jak AJ, Bondi MW, Delano-Wood L, Wierenga C, Corey-Bloom J, Salmon DP, Delis DC. Quantification of five neuropsychological approaches to defining mild cognitive impairment. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2009; 17(5), 368-375.
 34. Ojeda N, Del Pino R, Ibarretxe-Bilbao N, Schretlen DJ, Pena J. [Montreal Cognitive Assessment Test: normalization and standardization for Spanish population]. *Revista de Neurología*, 2016;63(11):488-96.
 35. Galvin JE, Sadowsky CH, Ninacs A. Practical guidelines for the recognition and diagnosis of dementia. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 2012;25(3):367-82.
 36. Lozano Gallego M, Hernández Ferrándiz M, Turró Garriga O, Pericot Nierra I, López-Pausa S, Vilalta Franch J. Validación del Montreal Cognitive Assessment (MoCA): test de cribado para el deterioro cognitivo leve. Datos preliminares. *Alzheimer Real Invest Demenc*, 2009;43:4-11.
 37. Gonzalez-Palau F, Franco M, Jimenez F, Parra E, Bernate M, Solis A. Clinical utility of the hopkins Verbal Test-Revised for detecting Alzheimer's disease and mild cognitive impairment in Spanish population. *Archives of clinical neuropsychology*, 2013;28(3):245-53.
 38. Memoria CM, Yassuda MS, Nakano EY, Forlenza OV. Brief screening for mild cognitive impairment: validation of the Brazilian version of the Montreal cognitive assessment. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2013;28(1):34-40.

La personalidad de pacientes argentinos en psicoterapia ambulatoria

Alicia Facio

*Licenciada en Psicología
Profesora titular ordinaria retirada (1984-2014) de Psicología Evolutiva y de la
Personalidad de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de Entre Ríos
Entrenadora de psicólogos y psiquiatras en psicoterapia cognitivo-conductual
en la Asociación de Terapia Cognitiva y Conductual del Litoral
E-mail: cognitivallitoral@hotmail.com*

María Cecilia Sireix

Licenciada en Psicología

Adelia Caneo

Licenciada en Psicología

Ana Trossero

Licenciada en Psicología

Resumen

Se examinaron las diferencias de personalidad entre pacientes y no-pacientes, con el objetivo de realizar una contribución al estudio de la diseminación de las psicoterapias con apoyo empírico en un país de tradición cultural diferente. Se aplicó el test NEO-PI-R en las ciudades de Paraná y Santa Fe (Argentina). El mismo evalúa el Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad de Costa y McCrae y se realizó sobre una muestra comunitaria (N = 369), reclutada a través del procedimiento "bola de nieve" y una muestra clínica (N = 282), constituida por 14 pacientes ambulatorios sucesivos de 20 diferentes psicólogos clínicos. Los perfiles de personalidad diferían significativamente. Los pacientes puntuaban más alto en Neuroticismo (tendencia a experimentar emociones negativas) (η^2 parcial = 13%), debido a diferencias en todas las facetas, salvo Impulsividad; más bajo en Extraversión (tendencia a experimentar emociones positivas) (η^2 parcial 6%), debido a menor Actividad, Búsqueda de Excitación y Emociones Positivas; y más bajo en Conciencia (η^2 parcial 6%) debido a menor Competencia, Motivación de Logro, Orden y Autodisciplina. Apertura a la Experiencia y Amabilidad mostraron similares resultados. Las diferencias entre pacientes y no pacientes resultaron menores a las encontradas en metanálisis realizados en los Estados Unidos. Se proponen hipótesis intentando explicar dichas diferencias.

Palabras clave: Personalidad - NEO-PI-R - Pacientes - Psicoterapia - Muestra comunitaria - Argentina.

PERSONALITY OF ARGENTINEAN OUTPATIENTS IN PSYCHOTHERAPY

Abstract

Personality differences between patients and non-patients were examined in order to make a contribution to the study of the dissemination of psychotherapies with empirical support in a country with a different cultural tradition. The NEO-PI-R test, which evaluates Costa & McCrae's Five Factor Model of Personality, was completed by both a community sample (N = 369), recruited through the "snowball" procedure and a clinical sample (N = 282), constituted by 14 successive outpatients of 20 different clinical psychologists, in the cities of Paraná and Santa Fe (Argentina). The personality profiles differed significantly. Patients scored higher in Neuroticism (proneness to experience negative emotions) (partial η^2 = 13%), due to differences in all facets, except Impulsivity; lower in Extraversion (proneness to experience positive emotions) (η^2 partial 6%), due to lower Activity, Excitement Seeking and Positive Emotions; and lower, as well, in Conscientiousness (η^2 partial 6%) due to lower Competence, Achievement Striving, Order and Self-discipline. Openness to Experience and Agreeableness showed similar results. Differences between patients and non-patients were smaller than those found in meta-analyses performed in the United States. Hypotheses are posited trying to explain such differences.

Keywords: Personality- NEO-PI-R - Psychotherapy- Outpatients- Community sample - Argentina.

Introducción

El Modelo de los Cinco Dominios del funcionamiento de la personalidad de Costa y McCrae (1), también llamado de "los cinco grandes", es el que predomina en la psicología de la personalidad contemporánea. Incluye cinco grandes dimensiones llamadas: Neuroticismo versus Estabilidad Emocional; Extraversión versus Introversión; Apertura a la Experiencia versus Cierre a la Experiencia; Amabilidad versus Antagonismo; y Conciencia versus Desinhibición. Cada uno de estos dominios fue diferenciado en seis facetas subyacentes.

McCrae y Costa (2) definen al *Neuroticismo* como la predisposición a experimentar o no malestar emocional; el mismo abarca las facetas de depresión, ansiedad, rabia, vergüenza, impulsividad y vulnerabilidad. *Extraversión* alude a tener una visión positiva del mundo, una disposición activa y sociable, e incluye las facetas de calidez, sociabilidad, dominancia, actividad, búsqueda de estimulación y tendencia a experimentar emociones positivas. *Apertura a la Experiencia* implica la búsqueda activa de experiencias a las cuales se aprecia como un fin en sí mismo en las esferas de la fantasía, la estética, los sentimientos, las acciones, las ideas y los valores. *Amabilidad* se define a través de las facetas de confianza en los otros, sinceridad, altruismo, actitud conciliadora, modestia y empatía. *Conciencia* incluye las facetas de competencia (sentirse bien preparado para enfrentar la vida), motivación de logro (tener objetivos y trabajar arduamente para alcanzarlos), sentido del deber (ser moralmente escrupuloso), orden, autodisciplina (llevar adelante una tarea hasta completarla pese al aburrimiento o la distracción) y reflexividad (prudencia al actuar).

Una notable y vasta literatura empírica avala la utilidad del modelo para predecir un número sustancial de resultados en la vida, tanto positivos como negativos: el bienestar psicológico, la aceptación social, los conflictos en las relaciones interpersonales, el estatus marital, el éxito académico, la criminalidad, el desempleo, la salud física y mental, la satisfacción laboral y hasta la longevidad, entre muchos otros (3,4).

El Inventario Revisado de la Personalidad NEO-PI-R fue desarrollado por Paul T. Costa y Robert R. McCrae (5) para evaluar la personalidad adulta normal a través de los cinco grandes dominios y las 30 facetas ya mencionadas. Se presenta en dos versiones: la forma S para autoinforme y la forma R para ser completada por un observador. El inventario es de gran utilidad en psicología clínica para la conceptualización del caso, el diagnóstico y la planificación del tratamiento. Ayuda a evaluar los trastornos de la personalidad, a identificar problemas de la vida asociados a puntajes marcadamente elevados o bajos y a revelar las fortalezas y virtudes de los pacientes (6). Por ejemplo, la alta emocionalidad, tanto negativa como positiva, de los pacientes con trastorno límite de la personalidad se reflejará en puntajes elevados en las dimensiones Neuroticismo y Extraversión y el deficiente autocontrol que los caracteriza, en puntajes bajos en Conciencia. Otro ejemplo: ¿Cómo distin-

guir con la ayuda del NEO-PI-R una genuina vocación por la excelencia del perfeccionismo clínico (entendido como rasgo disfuncional)? La investigación indica que el perfeccionismo se manifiesta con altos puntajes en Neuroticismo y Conciencia, especialmente en la faceta Orden y la rigidez cognitiva, típica del perfeccionismo, en un menor nivel de Apertura a la Experiencia. La vocación por la excelencia, en cambio, no se acompaña de alto Neuroticismo, sino de alta Conciencia con predominio de las facetas Competencia, Motivación de Logro y Autodisciplina; la típica curiosidad de estas personas se reflejará en puntajes bastante altos en Apertura a la Experiencia.

El NEO-PI-R es también de gran ayuda para evaluar virtudes y fortalezas del paciente. Por citar sólo dos ejemplos: la dimensión moral de la personalidad puede explorarse a través de los dominios Amabilidad y Conciencia, y el estilo interpersonal se puede evaluar a través de las dimensiones Extraversión y Amabilidad.

Dos importantes metanálisis resumen las numerosas investigaciones llevadas a cabo en los países desarrollados para explorar la relación entre el modelo de los Cinco Grandes y los trastornos psicopatológicos. Uno es el realizado por Malouff, Thorsteinsson y Schutte (7) quienes evaluaron la relación entre los cinco grandes -no sus facetas- y síntomas de trastornos clínicos a lo largo de 35 muestras. Su propósito era examinar si los trastornos clínicos compartían un perfil general en los 5 dominios o si había diferencias en el perfil de los diferentes tipos de trastornos. Encontraron que alto Neuroticismo, baja Conciencia, baja Extraversión y baja Amabilidad caracterizaban, en general, a los trastornos clínicos. No se detectaron diferencias en Apertura a la Experiencia. El tamaño del efecto resultó grande para Neuroticismo ($d = 0,92$), lo cual indica que los individuos con síntomas clínicos se ubicaban, en promedio, a casi una desviación estándar por arriba de las muestras comunitarias. El efecto fue mediano para Conciencia ($d = -0,66$) y pequeño para Extraversión ($d = -0,41$) y Amabilidad ($d = -0,38$).

Kotov, Gamez, Schmidt y Watson (8) llevaron a cabo una revisión de 66 metanálisis que incluían 851 tamaños del efecto sobre las asociaciones entre el modelo de los Cinco Grandes y los trastornos más comunes: depresivos, de ansiedad y de uso de sustancias en adultos. Encontraron que los tres grupos diagnósticos puntuaban más alto que los controles comunitarios en Neuroticismo (d promedio = 1,65, efecto de tamaño muy grande) y más bajo en Conciencia (d promedio -1,01) y Extraversión (d promedio -0,90), tamaños del efecto grandes, según los criterios de Cohen (9). Las dimensiones Amabilidad y Apertura a la Experiencia no se relacionaban entre sí, con excepción de la baja Amabilidad en los trastornos por uso de sustancias. Estos autores encontraron que en las muestras de estudios epidemiológicos los efectos eran menores a los de las muestras de pacientes, lo cual sugeriría que las personas con diagnósticos psicopatológicos que llegan a la consulta constituyen un subgrupo de mayor gravedad que quienes no consultan.

En la Argentina, el NEO-PI-R ha sido muy poco investigado en su estructura factorial, validez de constructo y confiabilidad y en sus resultados normativos según edad, género y otras variables relevantes. Los trabajos de Richaud de Minzi, Lemos y Oros (10) y de Leibovich de Figueroa y Schmidt (11) constituyen excepciones al respecto. En la medida de nuestro conocimiento, no se ha publicado en una revista científica ninguna investigación revisada por pares que explore las características de personalidad en muestras de pacientes argentinos.

Es por ello que en la Asociación de Terapia Cognitiva y Conductual del Litoral se decidió investigar cuáles eran las características de personalidad, evaluadas a través de test NEO-PI-R, de una muestra comunitaria versus una muestra de pacientes que consultaban a psicólogos en consultorios privados o centros de salud. Este trabajo se planteó dos objetivos:

- 1) Comparar la personalidad de la muestra comunitaria con la personalidad de los pacientes para ver en qué dominios y facetas eran semejantes o diferentes entre sí.
- 2) Discutir dichos resultados en relación con los que informan investigaciones llevadas a cabo en los Estados Unidos.

Se pretende, así, contribuir al estudio de la diseminación de las psicoterapias con apoyo empírico desde el contexto en el cual fueron creadas a países como la Argentina, que pertenece a otra tradición cultural -la latina y católica- y cuyo nivel de desarrollo humano, aunque alto, no iguala al de las naciones más desarrolladas.

Métodos

Instrumento

El Inventario NEO-PI-R, Forma S, consta de 240 afirmaciones del tipo "En general, me gusta la mayoría de la gente que conozco", cada una con cinco alternativas que van desde "fuerte desacuerdo" a "fuerte acuerdo". En la muestra comunitaria argentina, la prueba mostró consistencias internas, medidas a través de coeficientes *alfa* de Cronbach, bastante semejantes a las de la muestra normativa estadounidense, tanto a nivel de dominios ($N = 0,90$; $E = 0,86$; $AE = 0,85$; $A = 0,87$ y $C = 0,90$) como de facetas. Mientras las alfas de la muestra normativa estadounidense variaban entre 0,58 para la faceta Acciones y 0,81 para Depresión, en esta muestra argentina osci-

laban entre 0,52 en Acciones hasta 0,79 en Depresión y 0,80 en Confianza (12). Por otra parte, en la muestra de pacientes argentinos las consistencias internas resultaron muy similares a las de la muestra comunitaria, tanto a nivel de dominios ($N = 0,90$; $E = 0,86$; $AE = 0,83$; $A = 0,83$ y $C = 0,90$) como de facetas, las cuales variaban desde 0,51 y 0,52, respectivamente, para las facetas Valores y Acciones de Apertura a la Experiencia hasta 0,80 para la faceta Confianza del factor Amabilidad.

El test NEO-PI-R fue sometido al habitual procedimiento de doble traducción del inglés al castellano y del castellano al inglés pese a existir versiones previas en nuestro idioma.

Participantes

En el presente estudio se examinaron dos muestras, una de pacientes y una comunitaria, de las ciudades de Paraná y Santa Fe, Argentina. La muestra clínica, de 282 sujetos, estaba constituida por 14 o 15 pacientes ambulatorios sucesivos de 20 diferentes psicólogos clínicos de orientación cognitivo-conductual. Dichos pacientes fueron atendidos en consultorios privados y la mayoría de ellos pagaban sus tratamientos a través de obras sociales o sistemas prepagos. Los terapeutas informaban, además, el motivo que había llevado al paciente a la consulta. La muestra comunitaria estaba integrada por 369 participantes reclutados a través del procedimiento "bola de nieve". En la Tabla 1 se presenta información sobre género y edad de ambas.

Un requisito para integrar ambas muestras fue contar con al menos 12 años de escolaridad. Aquéllos que sólo habían cursado hasta el último año del nivel secundario constituían alrededor de un cuarto de ambas muestras. Los restantes tenían educación del tercer nivel, completa o incompleta.

El procedimiento a emplear en esta investigación fue previamente aprobado por la comisión directiva de la Asociación de Terapia Cognitiva y Conductual del Litoral. Se consideró que aceptar completar el inventario equivalía al consentimiento por parte de los participantes. A los miembros de la comunidad se les pidió colaborar en una investigación científica que tenía por objeto conocer cómo es la personalidad de los argentinos y se les aseguró confidencialidad. A los pacientes se les administró el NEO-PI-R como parte de la evaluación inicial de rutina que propone nuestra institución: entrevistas

Tabla 1. Información demográfica de muestras argentinas de pacientes en psicoterapia ambulatoria versus población general.

Muestra	Edad Media y(s)	Edad (Rango)	Porcentaje Varones
Población general	32,78 (10,56)	20-69	48%
Pacientes	34,76 (11,17)	18-70	36%

clínicas, tests MMPI-2 y NEO-PI-R, historia de vida y Achenbach Behavior Checklist para Adultos completada por el conviviente. En la etapa de pre-tratamiento a los pacientes se les advierte que sus datos, con los recaudos debidos de confidencialidad, pueden ser utilizados para investigación científica.

Análisis estadístico

Se calcularon seis análisis múltiples de la covarianza (MANCOVAs) comparando ambas muestras primero a través de los cinco dominios y luego, a través de las seis facetas de cada uno de los dominios. En los seis análisis se introdujo el género como covariato con el objeto de neutralizar el menor porcentaje de varones -36%- en la muestra de pacientes. La estadística utilizada para cuantificar el tamaño del efecto fue Eta parcial al cuadrado (η^2 parcial).

Resultados

Se calculó MANCOVA con los Cinco Grandes como variables dependientes, pertenecer a la muestra de pacientes o a la comunitaria como factor entre sujetos. La diferencia entre ambos grupos resultó significativa y de tamaño mediano (F 15.91, $p \leq 0,001$, η^2 parcial 10%), ya que los pacientes puntuaban más alto en Neuroticismo y más bajo en Extraversión y en Conciencia que las personas que no habían buscado tratamiento psicoterapéutico.

Al calcular MANCOVA con las seis facetas de la dimensión Neuroticismo como variables dependientes y pertenecer a la muestra de pacientes o a la comunitaria como factor entre sujetos, se encontró una diferencia multivariada significativa de tamaño mediano. Todas las facetas, con excepción de Impulsividad, arrojaron diferencias significativas en el análisis univariado. O sea, los pacientes informaban más vulnerabilidad, depresión, ansiedad, rabia hostil y vergüenza que la muestra comunitaria, con tamaños del efecto medianos en el caso de las tres primeras y pequeños en el caso de las dos últimas.

Al calcular MANCOVA con las seis facetas de la dimensión Extraversión como variables dependientes y pertenecer a una u otra muestra como factor entre sujetos, se encontró una diferencia multivariada significativa de tamaño mediano. De las seis facetas, sólo Actividad, Búsqueda de Excitación y Emociones Positivas arrojaron diferencias significativas en el análisis univariado, todas de tamaño pequeño. Los pacientes puntuaban más bajo en las tres.

Al calcular MANCOVA con las seis facetas de la dimensión Conciencia como variables dependientes y pertenecer a una u otra de las muestras como factor entre sujetos, se halló una diferencia multivariada significativa de tamaño mediano. Cuatro de las seis facetas, mostraron diferencias de tamaño pequeño en el análisis univariado: Competencia, Orden, Motivación de Logro y Autodisciplina. Los pacientes puntuaban más bajo en todas ellas.

En la Tabla 2 pueden verse los valores de F, p y Eta parcial al cuadrado para las dimensiones Neuroticismo, Extraversión y Conciencia y sus respectivas facetas. Al aplicar el mismo procedimiento a las dimensiones Apertura a la Experiencia y Amabilidad, no se encontraron diferencias significativas entre ambas muestras.

Discusión

Este trabajo se propuso, como primer objetivo, comparar una muestra comunitaria versus una muestra de pacientes ambulatorios argentinos para ver en qué dominios y facetas de la personalidad eran semejantes o diferentes entre sí. Se encontraron diferencias de tamaño mediano a nivel de los Cinco Factores y cuando se analizó cada dimensión a nivel de facetas, se comprobó que los pacientes mostraban mayor tendencia a experimentar emociones negativas (Neuroticismo), menor tendencia a experimentar emociones positivas (Extraversión) y menor autocontrol en el sentido de planificar, organizar y llevar adelante las tareas (Conciencia). Sin embargo, no diferían en cuanto a Amabilidad o Apertura a la Experiencia. Estos resultados sugieren que la dimensión psicopatológica predominante en los pacientes ambulatorios que consultan a los psicoterapeutas es de tipo internalizante o emocional más que de tipo externalizante (problemas por el uso de sustancias, problemas del control de impulsos, personalidad antisocial, narcisista, paranoide, etc.). Otra evidencia en este sentido es que la faceta en la cual se encontró la mayor diferencia entre pacientes y no pacientes fuera Vulnerabilidad -que indica sentirse desmoralizado, incapaz de afrontar situaciones estresantes- seguida por las facetas depresión y ansiedad las cuales constituyen el núcleo de los trastornos emocionales.

Las características interpersonales se evalúan en el modelo a través de las dimensiones Amabilidad y Extraversión. En cuanto a la primera de ellas, los pacientes no eran más antagónicos que la población general y las pequeñas diferencias en Extraversión se manifestaban en las facetas relativas a ser menos activos, menos buscadores de excitación y menos predispuestos a la alegría, pero no en cuanto a ser menos cálidos, sociables o dominantes.

En la dimensión Conciencia, las pequeñas diferencias se evidenciaban en sentirse menos preparados para enfrentar la vida; trabajar menos arduamente para alcanzar sus objetivos; ser menos ordenados y disciplinados, pero mostraban el mismo nivel que los no pacientes en cuanto a su escrupulosidad moral y su prudencia al actuar. Como la dimensión moral de la personalidad se evalúa a través de Amabilidad y Conciencia, estos resultados refuerzan la impresión del predominio de la dimensión psicopatológica internalizante por sobre la externalizante en los pacientes ambulatorios en psicoterapia.

El segundo objetivo de este trabajo consistió en discutir las diferencias entre pacientes y no pacientes argentinos con las halladas en los Estados Unidos. A diferencia de los metanálisis ya mencionados, el tamaño

Tabla 2. Diferencias en las facetas de las dimensiones de la personalidad Neuroticismo, Extraversión y Conciencia entre pacientes argentinos en psicoterapia ambulatoria versus población general.

Dimensiones y Facetas	F	p	Tamaño del efecto η^2 parcial
Neuroticismo	12,63	$p \leq 0,001$	13%
Ansiedad	41,40	$p \leq 0,001$	6%
Rabia Hostil	17,45	$p \leq 0,001$	3%
Depresión	54,74	$p \leq 0,001$	8%
Vergüenza	16,60	$p \leq 0,001$	2%
Impulsividad	---	<i>ns</i>	---
Vulnerabilidad	79,30	$p \leq 0,001$	11%
Extraversión	6,56	$p \leq 0,001$	6%
Calidez	---	<i>ns</i>	---
Sociabilidad	---	<i>ns</i>	---
Dominancia	---	<i>ns</i>	---
Actividad	12,48	$p \leq 0,001$	2%
Búsqueda de Excitación	7,39	$p \leq 0,007$	1%
Emociones Positivas	27,88	$p \leq 0,001$	4%
Conciencia	7,16	$p \leq 0,001$	6%
Competencia	19,94	$p \leq 0,001$	3%
Orden	3,87	$p \leq 0,05$	1%
Sentido del Deber	---	<i>ns</i>	---
Motivación de Logro	13,42	$p \leq 0,001$	2%
Autodisciplina	26,45	$p \leq 0,001$	4%
Reflexividad	---	<i>ns</i>	---

del efecto para Neuroticismo era mediano, no grande o muy grande; en Conciencia y Extraversión también medianos, no grandes como los encontrados por Kotov y otros (8). Al igual que en el trabajo de dichos autores, pacientes y no pacientes argentinos no se diferenciaban en Apertura a la Experiencia y Amabilidad. En síntesis, estos pacientes argentinos eran menos diferentes de la muestra comunitaria que los pacientes estadounidenses.

Para entender mejor estos hallazgos, es necesario recordar los motivos que llevaron a estas personas a buscar psicoterapia. Como informaron Facio y Caneo (14), los síntomas y trastornos depresivos conformaban el 19% de las consultas; los síntomas y trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, de ansiedad generalizada, ansiedad social, ansiedad ante la enfermedad y fobias específicas) sumaban 21%; y los problemas de la vida (de trabajo/estudio, con la familia de origen, los hijos y, sobre todo, con la pareja), 30%. O sea, depresión, ansiedad y problemas de la vida constituían el 70% de los motivos de consulta. Patologías más graves como la esquizofrenia, el trastorno bipolar o las adicciones ascendían a sólo 4%. Si bien no pueden extrapolarse con

confianza estos resultados a la Argentina en su conjunto, parecería que el paciente promedio que concurre al psicólogo en nuestro país sufriría problemas de tipo internalizante y de menor gravedad que quienes consultan, por ejemplo, en los Estados Unidos.

Distintos factores podrían explicar estas pautas de consulta. Uno de ellos es el bajo estigma asociado a la consulta psicoterapéutica (15). Parecería que una parte de nuestra población considera que no es necesario tener un problema de salud mental para solicitar psicoterapia. Existen diferencias psicológicas y culturales entre nuestro país y aquéllos altamente desarrollados en los cuales se lleva a cabo la mayor parte de la investigación psicológica, países cuya tradición cultural predominante Max Weber (16) denominó “la ética protestante y el espíritu del capitalismo”. En ellos se enfatizan los valores individualistas de independencia, responsabilidad personal, libertad personal en la toma de decisiones, racionalidad, etcétera; autonomía es sinónimo de independencia y consultar a otro porque uno no puede resolver sus problemas podría significar un atentado al sentido de independencia y competencia. Otro factor que

podría explicar estas pautas de consulta es que nuestra población general parece estar más predispuesta a experimentar emociones negativas, a sentirse más vulnerable y ansiosa que la de los países altamente desarrollados (12,13).

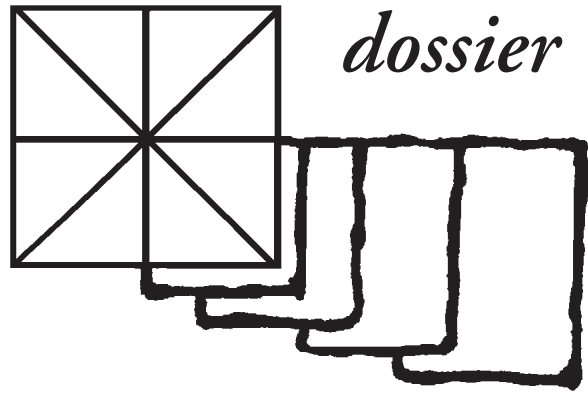
Este trabajo presenta, sin duda, una serie de limitaciones. Una de las mayores es que los participantes pertenecen a un área restringida de la geografía nacional (las ciudades de Paraná y Santa Fe). Otra limitación importante es que el nivel de escolaridad de estas muestras, 12 o más años, es superior a los 10 años de escolaridad promedio de la población argentina. Parecería que quienes acuden a la consulta privada en lugar de a la pública provinieran de un segmento más favorecido de la población. Una tercera limitación en lo que respecta a la representatividad de la muestra clínica es que todos los terapeutas adherían a la orientación cognitivo-con-

ductual, que no es la de la mayoría de los psicoterapeutas argentinos. Todavía no se ha estudiado si existen en nuestro país diferencias entre quienes concurren a uno u otro tipo de tratamiento psicoterapéutico.

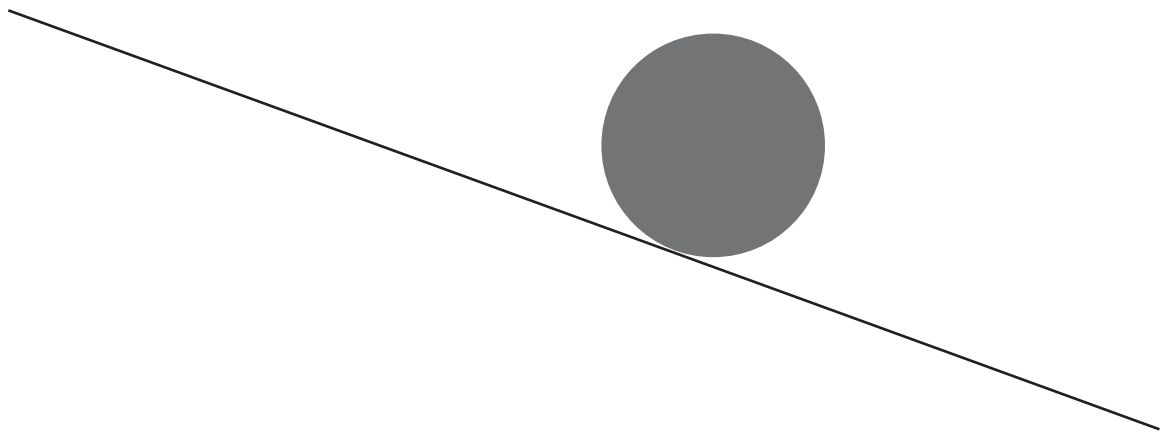
Una línea de investigación clínica imprescindible, pero casi inexistente en la Argentina, es someter a prueba las intervenciones psicoterapéuticas con apoyo empírico desarrolladas y probadas en el primer mundo y determinar qué aspectos de dichos protocolos y de la relación terapéutica deberían modificarse y en qué sentido para responder mejor a las características psicológicas y culturales de nuestro pueblo. Conocer en qué difiere la personalidad de quienes nos consultan de la de quienes consultan en un país como Estados Unidos, de donde proviene la mayor parte de las intervenciones basadas en la evidencia, es un pequeño paso en tal dirección. ■

Referencias bibliográficas

- Costa PT, McCrae RR. Domains and Facets: Hierarchical Personality Assessment Using the Revised NEO Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*. 1995; 64(1): p. 21-50.
- McCrae RR, Costa PT. Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist* 1997; 52(5):p. 509-516.
- Ozer DJ, Benet-Martinez V. Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annual Review of Psychology*. 2006; 57: p. 401-421.
- Weiss A, Costa Jr PT. Domain and facet personality predictors of all-cause mortality among Medicare patients aged 65 to 100. *Psychosomatic Medicine*. 2005; 67(5): p. 724-733.
- Costa PT, McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory (NEOPI-R) and NEO-Five-Factor Inventory (NEO-FFI), professional manual. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources; 1992.
- Widiger TA, Presnall JR. Clinical Application of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*. 2013; 81(6): p. 515-527.
- Malouff JM, Thorsteinsson E, Schutte N. The Relationship Between the Five-Factor Model of Personality and Symptoms of Clinical Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2005; 27: p. 101-114.
- Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson, D. Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological bulletin*. 2010; 136(5): p. 768-821.
- Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, Nueva Jersey: Erlbaum; 1988.
- Richaud MC, Lemos V, Oros L. Adaptación Argentina del NEO-PI-R. V Jornadas de Integración Psicológica; 10-12 de octubre de 2001; Universidad Adventista del Plata, Libertador San Martín, Entre Ríos. Argentina.
- Leibovich de Figueroa N, Schmidt V. Características de personalidad desde la perspectiva de un otro observador. *Interam. J. Psychol.* 2009; 43(2): p. 405-413.
- Facio A, Prestofelippo ME, Sireix MC. La estructura de la personalidad evaluada a través del NEO-PI-R. Diferencias de edad entre adultos emergentes, adultos jóvenes y adultos mayores en una muestra argentina. XXII Jornadas de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR; 26-28 de noviembre de 2015; Buenos Aires, Argentina.
- Casullo MM. Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínico, forense y laboral. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1992.
- Facio A, Caneo A. Algunas reflexiones sobre una terapia cognitivo-conductual latinoamericana y argentina. 7th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies; Julio 23-25 de 2013; Lima, Perú.
- Dagfal A. Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2009.
- Weber M. La ética protestante y el espíritu del capitalismo. Madrid: Editorial Reus; 2001.



dossier



RIESGOS

La palabra “riesgo” tiene un origen impreciso, aunque la mayoría de los autores lo hacen partir del término árabe rizq que significa “lo que depara la providencia”, lo cual haría referencia a que algo o alguien están próximos a sufrir un daño. Posteriormente, este término fue adoptado por el italiano como rishio, aunque muchos afirman que su etimología es la misma que la de risco que es un peñasco alto, y de allí el peligro. Como sea, indica la probabilidad de que suceda un evento, impacto o consecuencia adversos; un peligro, un inconveniente más o menos previsible. Se entiende también como la medida de la posibilidad y magnitud de los impactos adversos, siendo la consecuencia del peligro, y está en relación con la frecuencia con que se presente el evento.

En el lenguaje jurídico designa la eventualidad de un acontecimiento futuro que causará un daño y que deberá ocurrir en un plazo determinado o sin fecha precisa. Arriesgarse es exponerse a una suerte dudosa, a un peligro a un inconveniente posible, a la eventualidad de una pérdida.

Cuando se dice que un sujeto está en riesgo es porque se considera que la condición en la que se encuentra está en desventaja frente a algo, bien sea por su ubicación o posición, además de ser susceptible a recibir una amenaza sin importar cuál sea su índole. Riesgo y peligro no son lo mismo, el riesgo se basa en una posibilidad de resultar afectado o sufrir un daño y el peligro se refiere a probabilidad del daño, es decir, que es posible que un sujeto sea expuesto a un peligro por consecuencia de un riesgo.

Puede decirse que el tránsito de las sociedades primitivas a las modernas en Occidente, se produjo por el avance de los métodos, sistemas, descubrimientos y procedimientos que la inteligencia humana ha desarrollado para luchar contra los peligros y riesgos que, permanentemente, desafían la vida del hombre sobre la tierra.

Sin embargo, en el mundo en que vivimos existen una gran cantidad y variedad de riesgos. Diariamente nos vemos expuestos a diversas circunstancias que pueden generar o provocar algún tipo de daño o perjuicio mental o físico; y todo ello a tal punto de lo que podríamos llamar una quimérica ilusión, que cabe preguntarse, entonces, si es posible un vivir sin riesgos.

La pregunta es pertinente porque vivimos en una sociedad inmersa en la ilusión de que podemos existir sin asumir riesgos, que el ser humano es capaz de controlarlo y preverlo todo. La gente busca una total seguridad bajo la creencia en la posibilidad de habitar un mundo nuevo y perfecto.

Pero la condición humana no es ilimitada en sus capacidades, estamos sometidos a las leyes de la naturaleza y pensar que podemos escapar de ellas resulta ingenuo. De ahí se deriva en muchos casos el tabú sobre la muerte, o las enfermedades que la sociedad actual trata de esconder e incluso eliminar completamente.

No somos perfectos ni lo seremos, se pueden minimizar los riesgos y tomar precauciones pero siempre se producirán accidentes. Vivir sin riesgos no sería vivir, tendríamos que permanecer aislados en una burbuja y aún así algo o alguien podría pincharla. Y aún en el

caso de que consiguiéramos permanecer en un aislamiento perfecto, ¿qué tipo de vida sería esa?

La vida humana es una aventura esencialmente arriesgada y peligrosa. El riesgo es compañero inseparable de la vida y la mera existencia exige convivir con él. Éste nos acompaña a lo largo del ciclo vital y en cada recodo de los avatares biográficos. La vida se presenta como una carrera de obstáculos que hay que prevenir, salvar y, en lo posible, evitar.

Una de las dimensiones en las que se expresa más notablemente esta pretensión de un vivir sin riesgos es en el campo de la salud. En ella la noción de riesgo aparece, habitualmente, ligada a ciertas circunstancias, como son el riesgo de contraer una enfermedad o un daño, ya sea por una vulnerabilidad particular (genética, etaria, tóxica, por injurias del ambiente, laboral o natural; de otras condiciones como el grado de nutrición, o sufrir una complicación de la misma enfermedad o la coexistencia de dos de ellas, o resultar perjudicado por un tratamiento, como se prevé en toda ecuación terapéutica en la que se estima el riesgo/beneficio de la misma.

El hilo conductor de los trabajos reunidos en este dossier es analizar y estudiar diversas situaciones de riesgo susceptibles de presentarse en la tarea clínica.

Kazuhiro Tajima-Pozo y sus colegas del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Fundación Alcorcón de Madrid investigan sobre la correlación inversa entre trastornos psicóticos y el desarrollo de tumores. Los pacientes con trastornos psicóticos tienen una morbimortalidad más elevada que el resto de la población y, asociado a ello, presentan una serie de factores de riesgo (tabaco, obesidad) para el desarrollo de neoplasias. Sin embargo, a pesar de la importante morbimortalidad de estos pacientes y la presencia de varios factores de riesgo para el desarrollo de neoplasias, los autores concluyen que los pacientes con algún diagnóstico del espectro psicótico tienen menos tendencia a padecer estas neoplasias que el resto de la población.

Daniel Matusevich, Ana Laura Vega y Paula Daniela Donadio, miembros del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires, analizan a la luz del proceso de envejecimiento y los cambios que a veces pueden sorprender desfavorablemente a aquellos individuos más frágiles, los vínculos causales entre los avatares de la identidad, los rasgos narcisistas y el riesgo de tentativa de suicidio en la vejez, ilustrando sus reflexiones con dos casos clínicos construidos como ficciones verdaderas con retazos de historias de pacientes atendidos por ellos.

La sobrecarga del cuidador es una variable que mide el impacto, el riesgo, de una enfermedad crónica sobre las personas cercanas al paciente. Diferentes investigaciones han comprobado que la sobrecarga que padecen familiares de pacientes con trastorno bipolar es similar a la de familiares de esquizofrénicos y superior a la producida por enfermedades crónicas como la diabetes. Carlos A. Vinacour, Graciela Rodríguez Méndez, Rocío García y Brenda Young miembros de la Fundación Bipolares de la República Argentina (FUBIPA) presentan un trabajo sobre la evolución de los niveles de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes bipolares que participaron de un taller de psicoeducación.

Por su lado Maximiliano Cesoni y Darío Lagos junto con un grupo de colegas del Capítulo de Psiquiatras en Formación y de la Comisión de Enlace Gremial de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) presentan los resultados de una encuesta que analizó diversos aspectos (datos demográficos, análisis general de ingresos y horas de trabajo, preguntas sobre el sector público, preguntas sobre el sector privado, pertenencia y roles de asociaciones profesionales, colegios médicos y sindicatos y nivel de satisfacción) relativos a las condiciones laborales de los psiquiatras ya diplomados y a los psiquiatras en formación en la Argentina. En ese importante estudio descriptivo transversal los autores afirman que las condiciones laborales en las cuales se desempeñan los profesionales de la salud, repercuten tanto en la atención brindada a los pacientes como en la propia salud. Es evidente que establecer un diagnóstico de la situación actual permite elaborar estrategias tendientes a mejorar los riesgos generados por las actuales condiciones laborales de los psiquiatras argentinos y por ende su salud y la de sus pacientes.

Magdalena Pfister Oliver, médica psiquiatra, y Alejandro Fernández, licenciado en psicología, ambos del Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis nos recuerdan una vez más los beneficios que otorga el afrontar las transformaciones institucionales, -para el caso la realizada en su hospital- las crisis individuales o sociales y las catástrofes mediante un abordaje grupal, técnicamente aplicado, creando espacios abiertos y compartidos de construcción colectiva, como el que propuso el maestro Enrique Pichon Rivièrè en su teorización de la psicología social. Una propuesta que podría parecer evidente, pero que a la luz del contexto cultural contemporáneo caracterizado por un individualismo reforzado tiende a ser no utilizado con la frecuencia que sin duda merece. ■

Correlación inversa entre trastornos psicóticos y el desarrollo de tumores

Kazuhiro Tajima-Pozo

*Médico psiquiatra. Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid
E-mail: kazutajima@hotmail.com*

Carlota Canal Rodríguez

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid

Estefanía Cantador Pavón

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid

Elia Pérez

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid

Francisco Montañes-Rada

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid

Resumen

Los pacientes con trastornos psicóticos tienen una morbimortalidad más elevada que el resto de la población. Asimismo, y asociado a ello, presentan una serie de factores de riesgo (tabaco, obesidad) para el desarrollo de neoplasias. El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de procesos oncológicos (en concreto, cáncer de pulmón, colon y próstata) en pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico. Metodología: Se presenta un estudio observacional, descriptivo y transversal, en el que se incluye una muestra de 365 pacientes del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) con diagnósticos del espectro psicótico entre los años 2013 y 2016. *Resultados:* Al contrastar la prevalencia del cáncer colorrectal, cáncer de próstata y cáncer de pulmón en la población general con la prevalencia de cada uno obtenida en nuestra muestra obtenemos un resultado estadísticamente significativo para los tres casos ($p < 0,05$). *Conclusiones:* A pesar de la importante morbimortalidad de estos pacientes y la presencia de varios factores de riesgo para el desarrollo de neoplasias, podemos confirmar en nuestro estudio que los pacientes con algún diagnóstico del espectro psicótico tienen menos prevalencia de padecer estas neoplasias que el resto de la población.

Palabras clave: Esquizofrenia - Cáncer - Trastornos psicóticos.

INVERSE CORRELATION BETWEEN PSYCHOTIC DISORDERS AND TUMOR DEVELOPMENT

Abstract

Patients suffering from psychotic disorders have an increased morbidity compared with control population. Moreover, these patients are prone to habits such as smoking or obesity, which in fact are risk factors for developing neoplasias. Objective: The current study is aimed to determine the prevalence of oncologic processes (lung, colon and prostate cancer) among patients diagnosed with psychotic disorders. Methods: A total of 365 patients from the Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) were included in the study. All of them were diagnosed with a psychotic disorder from 2013 to 2016. *Results:* Studying the prevalence of oncologic processes (lung, colon and prostate cancer) between both groups revealed a significant reduction in patients diagnosed with a psychotic disorder compared with the control populations (p -value $< 0,05$). *Conclusions:* Even though patients diagnosed with a psychotic disorder have a considerable morbidity and several risk factors related with the development of neoplasias, we can conclude that these patients are less likely to suffer from the aforementioned types of cancer.

Keywords: Schizophrenia - Cancer - Prevalence - Psychotic Disorders.

Introducción

Los trastornos psicóticos abarcan un grupo de enfermedades que se caracterizan por una alteración en el juicio de la realidad, acompañados de una merma en su funcionalidad, y con un carácter crónico en la mayoría de los casos (1). Uno de los trastornos psicóticos más representativos es la esquizofrenia, una enfermedad crónica y deteriorante que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo y que se trata de una de las diez primeras causas de discapacidad por enfermedad (2, 3).

Las causas de la esquizofrenia siguen sin ser claras aun, aunque parece que puede existir una base genética que haga susceptible el padecer la enfermedad, y una serie de factores ambientales y culturales que la desencadenen (4-6). En cuanto al pronóstico se ha descrito que un tercio de estos pacientes son capaces de llevar una vida normal, otro tercio presenta síntomas importantes pero capaces de vivir en la sociedad, y el último tercio tiene alteraciones mucho más importantes y requiere de internaciones frecuentes (7).

Las personas con esquizofrenia tienen una probabilidad entre 2 y 2,5 veces mayor de morir a una edad temprana que el conjunto de la población (8), siendo además su esperanza de vida inferior a la de la población general (15 años menos de media) (12, 13). La tasa de mortalidad por accidentes y causas naturales es más elevada que la del resto de la sociedad; en concreto, la principal causa de muerte de los pacientes esquizofrénicos es el suicidio (hasta un 10%). Además, es bien conocida la multimorbilidad médica que caracteriza a estos pacientes, lo que favorecen estas estadísticas: problemas cardiovasculares, infecciones y problemas metabólicos (8) existiendo pocos datos epidemiológicos sobre el desarrollo de procesos oncológicos en estos pacientes (9-11). Estos porcentajes también son favorecidos por la mayor tasa de tabaquismo de estos pacientes -entre el 80-90% de los mismos fuman- (14, 15). Además, debido a sus hábitos de vida poco saludables -hasta un 40% abusan de drogas y alcohol- (15, 16) y el empleo de antipsicóticos como tratamiento, un 32,5% de los pacientes con esquizofrenia desarrollan síndrome metabólico (17).

Con respecto al cáncer, según estimaciones de la Sociedad española de Oncología, las prevalencias en la población adulta española (ajustadas por edad) para el 2017 son del 15,4% para el carcinoma colorrectal, del 17,6% para el cáncer de próstata y del 4,8% para la neoplasia pulmonar (21). Uno de los principales carcinógenos conocidos es el tabaco, cuyo consumo provoca el 22% de las muertes por cáncer en toda la población (18), siendo la prevalencia de fumadores en la población general española del 24% (19). Otros factores relacionados con el estilo de vida están asociados con el desarrollo de cáncer colorrectal, como son la obesidad o el sobrepeso, el tabaquismo y la Diabetes Mellitus tipo 2 (20).

Con estos datos, es lógico pensar en una asociación entre los pacientes con esquizofrenia y mayor proporción de eventos oncológicos que el resto de la población, dada su mayor tasa de consumo de tabaco y otros tóxicos, hábitos de vida poco saludables y problemas mé-

cos inherentes a la enfermedad o secundarios al tratamiento. Sobre esta idea se basa el reciente metaanálisis del *British Journal of Psychiatry*, que llega a la conclusión de que la tasa de mortalidad asociada a cáncer es mayor en los pacientes con esquizofrenia que en individuos sin esta patología (26).

Sin embargo, existen trabajos que especulan con lo contrario, con una correlación inversa, hipotetizando con una incidencia de neoplasias menor en la esquizofrenia a pesar de una mayor tasa de factores de riesgo que la población general. El trabajo de Ibáñez propone que las enfermedades neurodegenerativas y las neoplásicas comparten mecanismos genéticos y de codificación proteica, pero que funcionan en direcciones opuestas dependiendo de cuál de las dos patologías presente el paciente. De esta forma, si desarrolla una enfermedad del SNC (como la esquizofrenia), se activarían vías metabólicas que se alejarían de la oncogénesis, es decir: la esquizofrenia podría suponer una ventaja protectora frente al cáncer (9). El estudio de Kluse centra en esta idea e intenta explicar las conclusiones de Ibáñez comparando la disregulación genética del cáncer, donde se expresan menos productos que en condiciones fisiológicas, y enfermedades neurodegenerativas donde ocurre lo contrario (10).

Hipótesis

Basándonos en los recientes hallazgos de los artículos de Ibáñez y cols., y Klus y col. hipotetizamos que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos del espectro psicótico tendrían un menor riesgo de desarrollar tumores, en concreto menores probabilidades de desarrollar cáncer de próstata, colon y pulmón (9, 10).

Para demostrar esto, el objetivo de nuestro estudio será, por un lado, determinar la prevalencia de procesos oncológicos (cáncer de pulmón, colon y próstata) en pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico, y en concreto de esquizofrenia. Además, se pretende conocer si la existencia de más de un diagnóstico del espectro psicótico a lo largo del tiempo en el mismo paciente podría ser un factor de riesgo o un factor protector a la hora de desarrollar tumores.

Metodología

Se presenta un estudio observacional, descriptivo y transversal, en el cual se incluye una muestra de 378 pacientes (N total=378), pertenecientes a una base de datos facilitada por el servicio de psiquiatría del HUFU, que recoge a todos los pacientes que contactaron con los servicios intra (ingresos en planta) o extrahospitalarios (centro de salud mental) de Psiquiatría dentro del área asistencial del HUFU entre los años 2013 y 2016.

Criterios de inclusión: Se revisó la historia clínica electrónica de los sujetos recogidos en la base de datos y se seleccionó para nuestra muestra a aquellos pacientes con diagnósticos del espectro psicótico, codificados según el CIE10: F20 (Esquizofrenia), F21 (trastorno esquizotípico), F22 (trastorno de ideas delirantes persistentes), F23 (trastornos psicóticos agudos y transitorios), F24 (tras-

torno de ideas delirantes inducidas), F25 (trastornos esquizoafectivos) y F29 (psicosis no orgánica sin especificación). Estos pacientes han tenido además algún otro diagnóstico del espectro psicótico a lo largo del tiempo, es decir, su diagnóstico se ha ido modificando.

En total son incluidos 365 pacientes (N válido=365) que cumplen estos criterios.

Criterios de exclusión: todos aquellos pacientes de los que no se disponía de historial clínico en el área del HUCA y aquellos en los que constaba un único registro clínico abierto en ¿(la historia clínica electrónica)? esta misma área (13 pacientes), minimizando así los sesgos que implican el acceso a sólo parte de la información clínica, pudiéndose perder datos importantes para el estudio.

Las variables estudiadas son: el sexo de los pacientes, la edad, el diagnóstico psiquiátrico, la existencia o no de neoplasias, la presencia de uno o más de un diagnóstico

del espectro psicótico en el mismo paciente a lo largo del tiempo, el hábito tabáquico y la presencia o no de factores de riesgo cardiovasculares (diabetes, hipertensión, obesidad o hipercolesterolemia). Para conocer si los pacientes de la muestra presentaban una enfermedad tumoral, se revisó su historial clínico electrónico del HUCA y se comprobó si existía historia en Oncología y qué diagnóstico neoplásico se había establecido, interesándonos en este estudio el cáncer de próstata, colon y pulmón.

El análisis estadístico de los datos obtenidos se ha realizado con el programa SPSS. Se ha empleado el test paramétrico de Chi-cuadrado para analizar la relación entre las distintas variables cualitativas, el test no paramétrico de U de Mann Whitney (para la variable edad) y la prueba Binomial no paramétrica para contrastar una proporción muestral frente a una teórica (la prevalencia de cáncer en nuestra muestra y en la población general).

Tabla 1. Características descriptivas de la muestra analizada.

	Total (n=365)	Porcentaje (%)
Sexo		
Varones	220	60.3
Mujeres	145	39.7
Nº de diagnóstico de trastorno psicótico		
Único	327	89.6
Múltiple	38	10.4
Clasificación del diagnóstico*		
F20	211	57.8
F22	83	22.7
F23	42	11.5
F25	51	14
F29	10	2.7

*Codificados según el CIE10: F20 (Esquizofrenia), F21 (trastorno esquizotípico), F22 (trastorno de ideas delirantes persistentes), F23 (trastornos psicóticos agudos y transitorios), F24 (trastorno de ideas delirantes inducidas), F25 (trastornos esquizoafectivos) y F29 (psicosis no orgánica sin especificación).

Resultados

Las edades de los pacientes incluidos están comprendidas entre los 17 años y los 100 años, situándose la media de edad en los $49,94 \pm 14,048$ años.

Un 4,7% del total de los pacientes incluidos (17 pacientes) han sido diagnosticados en algún momento de su vida de un proceso oncológico. El 95,3% (348 pacientes) no han padecido ninguna neoplasia.

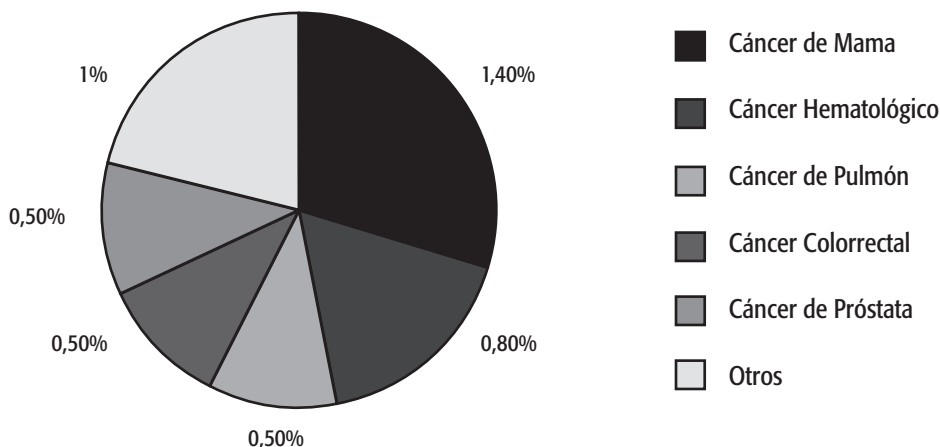
La prevalencia en nuestra muestra de cáncer colorrectal es del 0,5%; de cáncer de próstata, del 0,5%; y por último de cáncer de pulmón, del 0,5%. Al contrastar estos porcentajes con las prevalencias de cáncer observadas en la población general (21), obtenemos un resultado estadísticamente significativo para los tres casos, con una $p < 0,05$.

Los tipos de tumores que han presentado estos pacientes son los siguientes: un 1,4% del total padecieron cáncer

de mama (5 pacientes mujeres), un 0,8% del total padecieron un cáncer hematológico (3 pacientes), un 0,5% del total padecieron cáncer de próstata (2 pacientes), un 0,5% del total padecieron cáncer de pulmón (2 pacientes) y otro 0,5% del total padecieron cáncer de colorrectal (2 pacientes). De los tres pacientes restantes, uno de ellos padeció un cáncer de vejiga, otro un cáncer renal y el último un cáncer de endometrio (ver Gráfico 1).

Buscando establecer una asociación entre cáncer y cada uno de los diagnósticos de espectro psicótico, no se han encontrado resultados significativos ($p > 0,05$). No obstante, en los pacientes con diagnóstico F20 el 5,7% (12 pacientes) ha padecido en algún momento un proceso oncológico; en los pacientes con diagnóstico F22, el 3,6% (3 pacientes), entre los pacientes con diagnóstico F23, ninguno; en los pacientes con diagnóstico de F25, el 7,8% (4 pacientes); entre los paciente con diagnóstico F29, ninguno; y entre los pacientes con más de un diag-

Gráfico 1. Distribución de casos de cáncer por tipo de diagnóstico.



nóstico del espectro psicótico, un 5,3% (2 pacientes). En estos últimos, en concreto la distribución fue: un 2,6% (1 paciente) de cáncer de mama y un 2,6% (1 paciente) padeció un cáncer hematológico, mientras que ningún paciente padeció cáncer colorrectal, de pulmón ni de próstata (ver Gráfico 2).

En cuanto a comorbilidades, el porcentaje de pacientes fumadores recogidos en la muestra es del 64,7% (227 pacientes), mientras que un 34,5% (125 pacientes) tienen presentes algún factor de riesgo cardiovascular (diabetes, hipertensión, obesidad o hipercolesterolemia).

Discusión

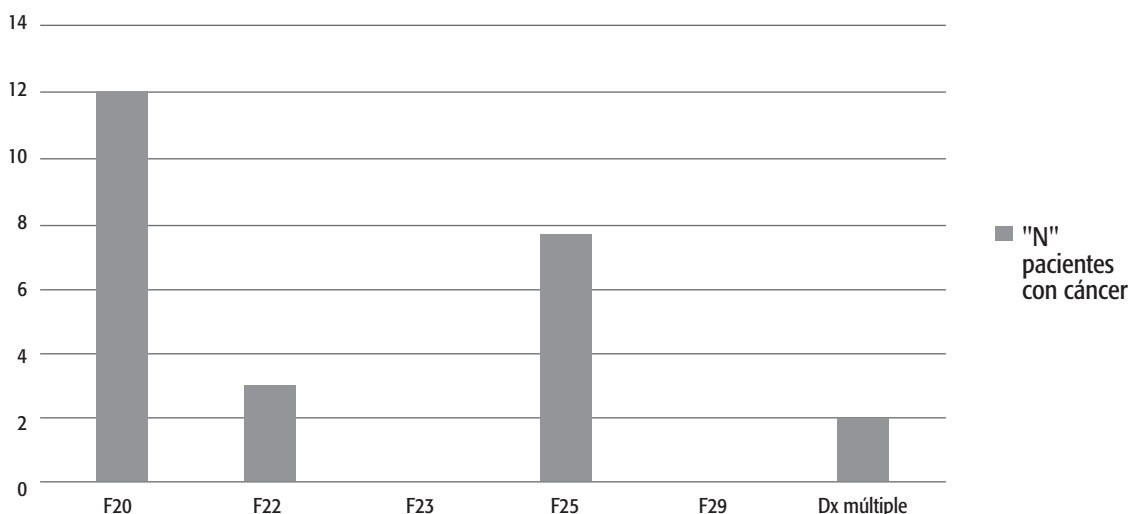
A pesar de la importante morbimortalidad de estos pacientes, no existen datos concluyentes sobre la incidencia de procesos oncológicos en pacientes con trastornos psicóticos. Tal y como se ha mencionado anteriormente, hay trabajos que defienden la correlación posi-

va entre ambos, siendo lo esperable desde un punto de vista teórico por el simple hecho de que la mayoría siguen hábitos de vida poco saludables (como el tabaquismo). Sin embargo, otros estudios más recientes hablan de la correlación inversa entre enfermedades graves del sistema nervioso central como esquizofrenia, Parkinson y Alzheimer con el hecho de desarrollar ciertos cánceres, como son el de colon, próstata o pulmón.

En nuestro estudio encontramos que el riesgo de neoplasias (en concreto las que queríamos contrastar: cáncer de colon, cáncer de próstata y cáncer de pulmón) en estos pacientes es menor que el de la población general.

La diferencia de prevalencia de neoplasias y de tipos concretos de cáncer en nuestra muestra con respecto a las de la población general (ver Gráfico 3), podría explicarse parcialmente por una edad media de la muestra de 49,94 años, donde la tasa de incidencia de eventos oncológicos es inferior a décadas posteriores de la vida, sobre todo a partir de los 60-70 años. Sin embargo, aunque

Gráfico 2. Distribución de casos de cáncer por tipo de diagnóstico.



la edad avanzada suponga un factor de riesgo no modificable para la oncogénesis, la diferencia es demasiado importante si se tiene en cuenta que los pacientes con esquizofrenia presentan importantes factores carcinogénicos. Tampoco se ha visto un aumento de la incidencia de cáncer colorrectal a pesar de sus hábitos de vida poco saludables y el consumo de antipsicóticos que favorecen el síndrome metabólico; ni de cáncer de pulmón incluso con una muestra en su mayoría fumadora.

El porcentaje de fumadores en nuestra muestra (64,5%) fue superior al porcentaje de la población general española (24%) (19); pero inferior a la media de tabaquismo en pacientes esquizofrénicos a nivel global (80-90%) (2, 16, 23). Esto puede ser debido a que la variable del hábito tabáquico no está recogida en todas las historias clínicas de los pacientes revisados; por lo que es previsible que, como se refleja en la literatura, realmente sea superior a la encontrada.

Al revisar todas las historias clínicas electrónicas de los integrantes de la muestra se observa una falta de continuidad en el seguimiento de estos pacientes, muchos de ellos son seguidos únicamente por internaciones involuntarias en el área de psiquiatría; es probable que, por lo tanto, aunque el porcentaje de pacientes con algún factor de riesgo cardiovascular es de 34,5% la prevalencia sea mayor, ya que muchos de estos pacientes no han sido diagnosticados por ningún especialista.

Existe un artículo (25) en el que se recogen estos datos: los pacientes con esquizofrenia tienen un pobre seguimiento por el médico de atención primaria debido a las propias barreras que impone la enfermedad y a la falta de adherencia; llegando incluso a no ser diagnosticados a pesar de padecer algún factor de riesgo cardiovascular.

Con todo lo anterior, podríamos decir que en nuestro estudio es estadísticamente significativo que los pacientes con algún diagnóstico del espectro psicótico tienen un menor riesgo de desarrollar neoplasias, coincidiendo con las conclusiones de los estudios de Ibáñez y cols., y

Klus y cols., pero no podemos concluir que esto se cumpla únicamente en los pacientes con esquizofrenia.

El hecho de haber sido diagnosticado de más de un trastorno del espectro psicótico a lo largo del tiempo no parece ser un factor protector ni de riesgo frente a padecer un proceso oncológico a lo largo de sus vidas.

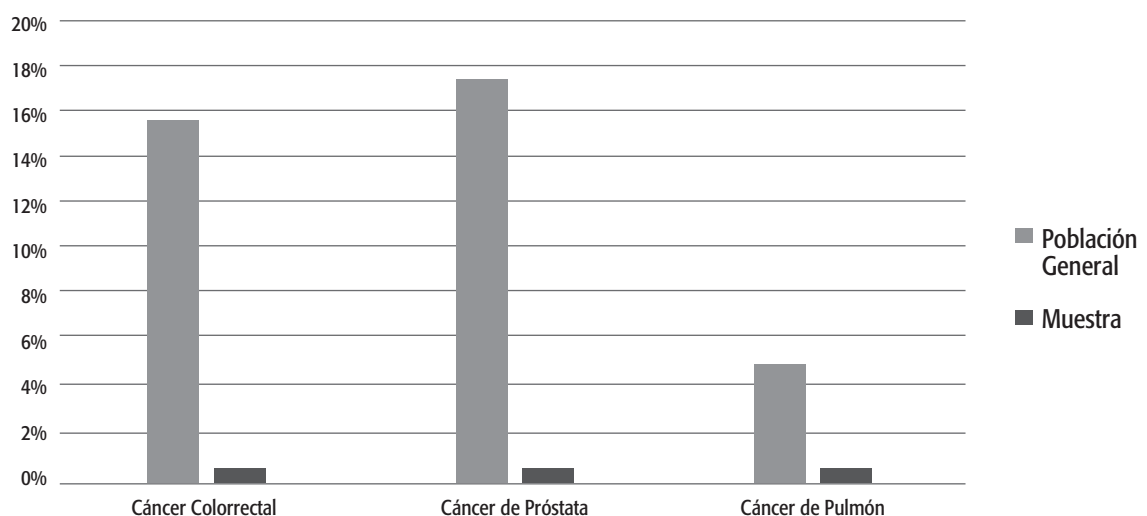
Es conocido que los pacientes con esquizofrenia presentan con más frecuencia que en la población general trastornos endocrinológicos, sobre todo obesidad, debido a sus hábitos de vida poco saludables. Además este tipo de paciente psiquiátrico recibe debe recibir habitualmente un tratamiento que consiste en el empleo de antipsicóticos, una medicación con efectos secundarios entre los que se encuentran la aparición de síndrome metabólico (HTA, hipertrigliceridemia, obesidad, elevación de la glucosa) que supone un aumento del riesgo de padecer enfermedad cardiovascular y diabetes, y que por lo tanto disminuye su esperanza de vida (22).

Estos efectos secundarios añaden a este prototipo de pacientes factores de riesgo (obesidad, hipertrigliceridemia) para padecer algunos tipos de cáncer, como es el caso del cáncer colorrectal; por lo que sería esperable encontrar también por este motivo un aumento de su prevalencia, cosa que no encontramos en nuestro estudio.

Como ya hemos mencionado, la tasa del hábito tabáquico en pacientes esquizofrénicos llega a alcanzar hasta el 80-90% (2, 16, 23); siendo más elevada que la prevalencia de fumadores en la población general española, que es del 24% (19). Sin embargo, el porcentaje de fumadores obtenido en nuestra muestra es del 64,5%.

Limitaciones: Es sabido que los pacientes que padecen esquizofrenia tienen una esperanza de vida menor que el resto de la población, por lo que sería lógico pensar que muchos de los tumores que padecen la población general no dan tiempo a desarrollarse en estos pacientes. A pesar de que el rango de edad incluido en el estudio va desde los 17 hasta los 100 años, la gran mayoría se encuentra en torno a los 50 años, por lo que se cumpliría esta limitación.

Gráfico 3. Prevalencia de cáncer en la población general frente a la muestra.



La heterogeneidad de diagnósticos del espectro psicótico de los pacientes de nuestra muestra y el hecho de que en algunos pacientes se haya cambiado de diagnóstico a lo largo del tiempo suponen otra limitación para nuestro estudio.

Conclusión

Los pacientes con algún diagnóstico del espectro

psicótico (F20, F21, etc.) tienen menor prevalencia de padecer cáncer de pulmón, en comparación con la población general, a pesar de las altas tasas de tabaquismo.

Los pacientes con esquizofrenia (F20) tienen menos prevalencia de procesos oncológicos.

No hay diferencias entre Esquizofrenia y otros trastornos del espectro psicótico a la hora de desarrollar procesos oncológicos, y tampoco entre un único diagnóstico de la esfera psicótica o varios concomitantes. ■

Referencias bibliográficas

1. OMS. *Trastornos mentales*. 2017 [Internet, citado el 24 Abril de 2017]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>.
2. McGrath, J., et al., Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev*, 2008. 30: p. 67-76.
3. Gustavsson, A., et al., Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2011. 21(10): p. 718-79.
4. Agerbo, E., et al., Polygenic Risk Score, Parental Socioeconomic Status, Family History of Psychiatric Disorders, and the Risk for Schizophrenia: A Danish Population-Based Study and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 2015. 72(7): p. 635-41.
5. Bernardo, M., et al., Assessing clinical and functional outcomes in a gene-environment interaction study in first episode of psychosis (PEPs). *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 2013. 6(1): p. 4-16.
6. Alemany, S., et al., Psychosis-inducing effects of cannabis are related to both childhood abuse and COMT genotypes. *Acta Psychiatr Scand*, 2014. 129(1): p. 54-62.
7. Torrey, E.F., Prevalence studies in schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 1987. 150: p. 598-608.
8. OMS. *Esquizofrenia*. [Internet, citado el 24 Abril de 2017]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>.
9. Ibanez, K., et al., Molecular evidence for the inverse comorbidity between central nervous system disorders and cancers detected by transcriptomic meta-analyses. *PLoS Genetics*, 2014. 10(2): p. e1004173.
10. Klus, P., et al., Neurodegeneration and Cancer: Where the Disorder Prevails. *Scientific Reports*, 2015. 5: p. 15390.
11. Lin, G.M., et al., Cancer incidence in patients with schizophrenia or bipolar disorder: a nationwide population-based study in Taiwan, 1997-2009. *Schizophrenia Bulletin*, 2013. 39(2): p. 407-16.
12. Olfson, M., et al., Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry*, 2015. 72(12): p. 1172-81.
13. Charlson, F.J., et al., *Excess Mortality from Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in the Global Burden of Disease Study 2010*, in *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 4)*, V. Patel, et al., Editors. 2016, 2016 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.: Washington DC.
14. Hartz, S.M., et al., Genetic correlation between smoking behaviors and schizophrenia. *Schizophr Res*, 2017.
15. Bennett, M.E., K.R. Bradshaw, and L.T. Catalano, Treatment of substance use disorders in schizophrenia. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 2016: p. 1-14.
16. Koola, M.M., et al., Psychoactive Substance Use by Adults With Schizophrenia Before and During Cannabis Withdrawal. *Prim Care Companion CNS Disord*, 2016. 18(5).
17. Mitchell, A.J., et al., Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders--a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 2013. 39(2): p. 306-18.
18. GBD, Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 2016. 388(10053): p. 1659-1724.
19. *Informe a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010 Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad*. [Internet, citado el 24 Abril de 2017]; Disponible en: http://www.mssi.gob.es/ciudadanos/proteccion-Salud/tabaco/docs/Informe_Impacto_Salud_Ley_Tabaco.pdf.
20. *Factores de riesgo del cáncer colorrectal*. American Cancer Society. [Internet, citado el 24 Abril de 2017]; Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>.
21. *Las Cifras del Cáncer en España 2016 Sociedad Española de Oncología Médica* [Internet, citado el 24 Abril de 2017]; Disponible en: http://www.nuevatribuna.es/media/nuevatribuna/files/2016/02/04/las_cifras_del_cancer_en_esp_2016.pdf.
22. Aguilar, E., R. Coronas, and A. Caixàs, Síndrome metabólico en pacientes esquizofrénicos con tratamiento antipsicótico. *Medicina Clínica*, 2012. 139(12): p. 542-546.
23. Dickerson, F., et al., Cigarette smoking among persons with schizophrenia or bipolar disorder in routine clinical settings, 1999-2011. *Psychiatr Serv*, 2013. 64(1): p. 44-50.
24. *The World Cancer Report--the major findings*. OMS, 2003. 11(3): p. 177-9.
25. Sorgaard, K.W., et al., Schizophrenia and contact with health and social services: a Nordic multi-centre study. *Nordic Journal Psychiatry*, 2003. 57(4): p. 253-61.
26. Chuanjun Zhuo, Ran Tao, Ronghuan Jiang, et cols. Cancer mortality in patients with schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 1-7. doi: 10.1192/bjp.bp.116.195776.

Identidad, narcisismo y tentativa de suicidio en la vejez

León Daniel Matusevich

*Médico Psiquiatra. Sub-jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires
E-mail: daniel.matusevich@hospitalitaliano.org.ar*

Ana Laura Vega

*Médica Psiquiatra. Ex- jefe de residentes del
Servicio de psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires*

Paula Daniela Donadio

*Psicóloga coordinadora en Sala de internación del
Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires*

Resumen

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios que a veces pueden sorprender desfavorablemente a aquellos individuos más frágiles. La pérdida de la continuidad identitaria constituye uno de los retos más significativos de los muchos que se presentan en la vejez y puede ocasionar imprevisibles consecuencias, entre las cuales la tentativa de suicidio puede aparecer como una manera última y desesperada de recuperar el control perdido. La vejez trae aparejados diversos cambios, que no son vividos de igual manera por todos; la característica de cada pérdida o de cada alteración determinará la repercusión en cada uno; por eso, poder comprenderlos en esta vivencia nos permite abrirnos hacia un nuevo entendimiento de esta etapa de la vida. A través de ella analizaremos dos historias de personas que perdieron en el camino aquello que las definía como seres humanos.

Palabras clave: Vejez – Identidad - Tentativa de suicidio – Suicidio - Pérdida de control - Ciclo vital.

IDENTITY, NARCISSISM AND SUICIDE ATTEMPT IN THE ELDERLY

Abstract

During the aging process several changes occur that may surprise unfavorably those who are more fragile. One of the most significant challenges that occur in the elderly is related with the lost of the previous identity which can lead to unforeseeable consequences, where the suicide attempt may seem to be the last and the most desperate way to regain control. Old age involves various changes and losses which will be experienced differently by every person according to their one personality and life story. To be able to fully comprehend this process will allow us to understand this stage of life in each singularity. In this article we will analyze two life stories illustrating people who lost the meaning of what defined them as human beings.

Key words: Old age – Elderly – Identity - Suicide attempt – Suicide - Loss of control - Life cycle.

Identidad y narcisismo

El concepto de identidad ha sido abordado por múltiples disciplinas, pero quizás, desde la psicología, fue Erik Erikson desarrollando la teoría psicosocial de la personalidad quien le concedió el estatus epistemológico que actualmente posee. En 1993, en su libro *Psicogeriatría, teoría y clínica*, Leopoldo Salvatore comentando a Erikson, postuló su propio concepto de identidad a través de tres vertientes: la inclinación del yo al orden, la aceptación de un ciclo vital único y la aceptación de un proceso del cual el individuo forma parte.

El concepto de identidad cobra validez a partir de su formulación en función del desarrollo humano, poniendo especial énfasis en las ideas de proceso y en que la identidad individual se construye a lo largo del curso vital.

Los cimientos para la construcción de la identidad comienzan en los primeros años de la vida y se van solidificando durante la adolescencia, evolucionando a lo largo de todo el desarrollo vital. Es una elaboración personal que crece en la interacción con los otros, provocando un sentimiento de sí mismo que nos define y nos representa a la vez que nos diferencia.

Los cambios corporales, psicológicos, sociales o existenciales, pueden desencadenar modificaciones en la lectura que el sujeto realiza sobre sí mismo, que ponen en tensión su identidad. Nuestra sociedad, que entroniza a la juventud casi como si esta fuera un valor único, propone una visión desvalorizada del envejecimiento.

Presentación de casos

Por las dudas que me pierda

José, 87 años de edad, impecable como siempre, es traído a la guardia por sus hijas quienes dicen: "...por momentos se desconecta, habla sin sentido y no nos reconoce...".

José fue contador público y había trabajado intensamente hasta el momento en que se jubiló. Se casó muy joven con Emilia, construyeron juntos una familia y una vida; un día envejecieron, se cuidaban uno al otro hasta que comenzaron los problemas. "...mis papás son las típicas personas que todo lo resuelven sin aceptar ayuda de nadie [...] hace unos meses empezamos a notar que papá se olvidaba de pagar algunas cuentas y hasta llegó a salir de su casa sin las llaves [...] ellos seguían viviendo solos, no querían a nadie más en la casa [...] hasta que mi mamá se enfermó, la tuvimos que internar varias veces el último año, la situación cada vez iba peor y terminé con la cadera fracturada [...] decidimos llevarla a una residencia [...] ahí empieza otra historia...".

Las hijas eran las responsables de haberlo separado de Emilia y se los hacía saber cada vez que las veía: "...yo siempre hice lo mejor por mi familia, de repente se llevan a mi esposa a un geriátrico, ni siquiera me lo consultan, ¿qué puedo esperar ahora?...".

Ellas nos relataron que él dormía acompañado de un portafolio al cual no abandonaba en ningún momento

del día; allí guardaba todos sus documentos y la libreta matrimonial. "... es por si un día me llego a perder del todo doctora...".

Conocimos a José habiendo realizado una tentativa de suicidio, tomó toda la medicación de Emilia que quedó en la casa. Dejó una nota de despedida.

Vieja por accidente

María estaba atravesando una etapa de su vida en la que nada tenía sentido: a los 80 años había tomado conciencia del paso del tiempo y sus implicancias.

Con la frescura de sus 20 años decidió entregarse al mundo de la lírica, desarrollando una carrera como soprano en un emblemático teatro de Buenos Aires.

Su voz podía hacer estremecer al espectador más exigente y a modo de encantamiento, la función siempre finalizaba con el público de pie aclamando a la seductora joven que hacía reverencias desde el escenario.

Los años pasaron y su vida transcurrió de función en función, hasta que llegó la vejez: "...trato de evitar los espejos, pero el otro día me tomó por sorpresa y me vi... ¿quién es esa señora arrugada? Esa no soy yo, tan linda que fui siempre, ahora soy una vieja de 80 años...".

Su círculo social se fue reduciendo cada vez más; su compañera más cercana era una vecina del edificio con quien compartía las tardes en la plaza. Después de un tiempo, el salir de la casa se transformó en un desafío difícil de afrontar; los encuentros comenzaron a espaciarse. La vecina anunciaba su llegada con unos golpecitos en la puerta; sin previo aviso, estos golpes cesaron y finalmente María tomó noticia de que su amiga estaba enferma, los hijos se la llevaron a vivir con ellos.

Pero aquello no era lo único que le estaba sucediendo: comenzó a registrar sus propias limitaciones físicas. Frente a este panorama un ex alumno la invitó a quedarse con él por un tiempo; fue peor el remedio que la enfermedad ya que una noche camino al baño se tropezó con un mueble rompiéndose la cadera: "...me caí porque no estoy acostumbrada a ese living, no me acostumbro a donde están los muebles, además el piso estaba resbaladizo...", reconociéndose así, vieja por accidente.

Conocimos a María en la sala de internación de psiquiatría, después de haber intentado dispararse un tiro con un arma de fuego.

Discusión y reflexiones finales

En nuestra comprensión de la clínica respecto a los casos reportados creemos evidenciar cómo los protagonistas, al vivenciar diversas pérdidas de muchísima significación, se ven obligados a tener que cuestionarse la propia identidad y por consiguiente la existencia toda; dicho de otra forma, ¿cómo seguir viviendo una vida con sentido y no una sobrevivida sin expectativas?; los rasgos de personalidad previos pueden marcar la pauta y determinar cómo serán sobrellevados los duelos.

Entendemos que los protagonistas de estas historias poseen rasgos narcisistas de personalidad que pueden

haber sido funcionales al individuo en otras etapas de su vida, sin embargo, en algunos modelos de envejecimiento dificultan severamente la adaptación al cambio. Esto combinado con sentimientos de extrañeza y la sensación de pérdida de control configuran un escenario de suma complejidad y en algunos casos sin retorno.

La pérdida de las funciones intelectuales, del estatus social, y de las capacidades físicas redefinen un mundo hostil y desconocido del que nuestros pacientes se defienden intentando de manera desesperada conservar algo de lo que se está perdiendo.

Aquellas personas con envejecimiento normal van modificando las formas de obtención de “placer narcisista”; evitan quedar detenidas en la repetición estereotipada de un mecanismo que conduce de manera inexorable a la desesperación, para pasar a significar otros modos posibles.

A modo de conclusión podemos inferir que la ruptura de la continuidad identitaria podría constituir uno de los retos más significativos de los muchos que se presentan en la vejez. Los efectos psicopatológicos del

fenómeno antes mencionado podrían desencadenar, en algunas ocasiones, pérdida de control, tristeza, depresión y desesperanza, delineando un mapa existencial de imprevisibles consecuencias. En aquellas personas con determinados rasgos de personalidad la tentativa de suicidio aparece como una manera última y desesperada de recuperar el control perdido.

En los casos compartidos la desesperación se expresó de manera diferente en cada historia: memoria, autonomía y ciertas pérdidas condujeron al quiebre narcisista ya que no pudieron ser reemplazadas por nada ni por nadie. Estar atentos y vislumbrar estos movimientos nos habilitará a proponerles esquemas psicoterapéuticos que estén a la altura de los desafíos que ellos nos proponen, con el objeto de disminuir la cantidad de veces que la tentativa de suicidio sea considerada seriamente como una opción válida.

No podremos cambiar el contexto existencial de los mismos, pero quizás podamos conseguir que se sientan menos solos en el recorrido y, como sabemos, no es lo mismo viajar sólo que acompañado. ■

Referencias bibliográficas

1. Bleichmar H. *El narcisismo, estudio sobre la enunciación y la gramática inconsciente*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión, 1981.
2. Erikson E. *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós, 1968.
3. Iacub R. *Identidad y envejecimiento*. Buenos Aires: Paidós; 2014.
4. Matusevich D, Barrero S. *Suicidio en la vejez*. Buenos Aires: Polemos; 2009.
5. Matusevich D. La razón narrativa: apuntes de psiquiatría y narrativa. *Vertex, Rev Arg de Psiquiatría*, 2016, XXVII, 291-298.
6. Matusevich D. Suicidio en la vejez: análisis de “La Humillación” de Philip Roth. *Vertex, Rev Arg de Psiquiatría*, XXI, 306-313.
7. Salvarezza L. *La vejez, una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Paidós, 1999.
8. Salvarezza L. *Psicogeriatría, teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós; 1993.
9. Salvarezza L. Vejez, medicina y prejuicios. 1991, *Vertex, Rev Arg de Psiquiatría*, II, 129-136.

Evolución de los niveles de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes bipolares que participaron de un taller de psicoeducación

Carlos A. Vinacour

*Médico Psiquiatra
Presidente de la Fundación Bipolares de la República Argentina (FUBIPA)
Vicepresidente del Capítulo de Trastornos del Ánimo de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA)
E-mail: carlosvinacour@fubipa.com*

Graciela Rodríguez Méndez

*Licenciada en Psicología
Coordinadora de Talleres de Psicoeducación para familiares y personas
con trastorno bipolar de la Fundación Bipolares de la República Argentina (FUBIPA)*

Rocío García

*Licenciada en Psicología
Coordinadora de Talleres de Psicoeducación para
Familiares de la Fundación de Bipolares de la República Argentina (FUBIPA)*

Brenda Young

*Estudiante de la Carrera de Psicología en la Universidad de Belgrano.
Pasante de la Fundación de Bipolares de la República Argentina en los Talleres de Psicoeducación
para familiares y personas con trastorno bipolar de la Fundación Bipolares de la República Argentina (FUBIPA)*

Resumen

Objetivos: La sobrecarga del cuidador es una variable que mide el impacto de una enfermedad crónica sobre las personas cercanas al paciente. Diferentes investigaciones han comprobado que la sobrecarga que padecen familiares de pacientes con trastorno bipolar es similar a la de familiares de esquizofrénicos y superior a la producida por enfermedades crónicas como la diabetes. Está demostrado que bajar los niveles de sobrecarga mejora el bienestar de los familiares y disminuye los índices de recaídas de los pacientes. Esta investigación da cuenta de la disminución de la sobrecarga en familiares que participaron de un taller psicoeducativo, caracterizado por incluir a un “paciente experto” en el equipo de coordinadores. **Métodos:** Se utilizó la Escala del Cuidador de Zarit, administrada en tres momentos: al inicio del taller (n= 95), al finalizar el mismo, (n= 64) y en un seguimiento a los tres meses, (n=34). **Resultados:** El porcentaje de participantes con sobrecarga disminuyó desde un 75%, en la primera toma, a un 63% en la última, con una baja significativa de la sobrecarga intensa. **Conclusiones:** Si bien el estudio ha logrado demostrar una disminución de la sobrecarga, no ha podido comprobar si los resultados fueron consecuencia del modelo de intervención o se debió a la evolución natural de la sobrecarga con el paso del tiempo. Estamos avanzando en investigaciones que puedan esclarecer estas variables.

Palabras clave: Trastorno bipolar - Sobrecarga del cuidador - Psicoeducación - Familiares.

EVOLUTION OF THE LEVELS OF THE CAREGIVER BURDEN IN BIPOLAR PATIENTS' FAMILY MEMBERS WHO PARTICIPATED IN A PSYCHOEDUCATIONAL WORKSHOP

Abstract

Purpose: Caregiver burden is a variable which measures the impact of a chronic disease on the people who are closer to the patient. Different investigations have shown that the burden suffered by family members of patients with bipolar disorder is similar to that suffered by the relatives of schizophrenic patients and superior to the excessive strain caused by chronic diseases, such as diabetes. Lowering burden levels has been proved to improve family members' welfare and also to reduce patients' relapse indexes. This research accounts for the diminution in the burden endured by family members who participated in a psychoeducational workshop which included an "expert patient" in the coordinators team. **Methods:** Zarit scale for assessment of caregiver burden was used at three stages: at the beginning of the workshop (n=95), at the end of the workshop (n=64) and three months later by a follow-up (n=34). **Results:** The percentage of participants with overburden was reduced from a 75 % in the first sample taken to a 63% in the last one with a significant fall in the intense burden. **Conclusions:** The study has succeeded in showing that there was a reduction in the burden. However, it could not prove whether the results came as a consequence of the intervention model or as the natural evolution of the burden over the course of time. We have been advancing in further investigations which will shed light on these variables.

Keywords: Bipolar disorder - Caregiver burden - Psychoeducation - Family members.

Introducción

El trastorno bipolar es una condición psiquiátrica severa, crónica y recurrente, cuya prevalencia a lo largo de la vida varía entre el 0,6 % y el 1.5 % de la población (1).

Las alteraciones del comportamiento y los intensos cambios emocionales no solo afectan a la persona que lo padece sino también a sus allegados, quienes no solo sufren las consecuencias de un vínculo que suele ser complejo, como resultado de los ciclos propios de la enfermedad, sino que muchas veces, frente a los diversos grados de discapacidad que la enfermedad genera conviven o no, deben adoptar el rol de cuidadores.

Gutiérrez-Rojas (2) basándose en los criterios de Pollak y Perlick (3), sobre el cuidado de los ancianos, definen al cuidador como el familiar, amigo u algún otro significativo que cumple al menos tres de los siguientes criterios:

1. Es su cónyuge, padre o pareja.
2. Es el que tiene un mayor contacto con el paciente.
3. Se encarga de la situación económica del paciente.
4. Es el responsable de darle la medicación.
5. Es el principal contacto con el profesional a cargo o con los servicios sanitarios de emergencia.

Autores como Hoening (4) y Platt (5) coinciden en afirmar las importantes alteraciones que se producen en la vida cotidiana de quienes conviven con una persona que padece alguna patología psiquiátrica, alteraciones que se han dado en llamar sobrecarga del cuidador.

El constructo "sobrecarga del cuidador" si bien no está considerado como una patología *médica*, es un cuadro extendido y profusamente estudiado. Se refiere a las consecuencias psicológicas (emocionales y de estrés), físicas, sociales y económicas que se generan en un familiar o amigo volcado a la atención y el cuidado de un paciente con una enfermedad crónica, en este caso trastorno bipolar (5).

Diferentes investigaciones han comprobado que la sobrecarga que padecen familiares de pacientes con trastorno bipolar es similar a la de familiares de esquizofrénicos (6, 7) y superior a la producida por enfermedades

crónicas como la diabetes (8). Está demostrado que bajar los niveles de sobrecarga mejora el bienestar de los familiares y disminuye los índices de recaídas de los pacientes (9). A su vez, cuando menor es el nivel de sobrecarga del familiar en un episodio agudo (10), más rápida es la recuperación del paciente.

Hay varias maneras de evaluar la sobrecarga, una de ellas es cuantificarla utilizando la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (EZ), que clasifica la sobrecarga en intensa, leve o ausente.

Otros estudios, además de plantear una cuantificación, clasifican la sobrecarga experimentada por los cuidadores en dos tipos: objetiva y subjetiva. La llamada *sobrecarga objetiva* (11) es aquella que cubre todas las funciones que el cuidador y su familia realizan (ayudar, supervisar, controlar, pagar, etc.) las alteraciones que *experimentan* (en la rutina, en las relaciones interpersonales, en la familia) y *las restricciones a las que están sometidos* (ir de vacaciones, practicar deportes, ir al trabajo, etcétera) como consecuencia de las tareas de cuidado. Por su parte la denominada *sobrecarga subjetiva* incluye los sentimientos personales derivados de la carga que supone sostener a una persona con un trastorno crónico e incluye variables como el estrés, la infelicidad, la irritabilidad y la depresión (4, 5, 11, 12).

Los tratamientos consensuados para el Trastorno Bipolar abarcan una serie variada de intervenciones que abarcan el abordaje psicofarmacológico, combinado con tratamientos psicosociales dirigidos al paciente y a sus familiares.

En el presente estudio daremos cuenta de una intervención basada en un modelo psicosocial llamado "Psicoeducativo": el mismo, aplicado a los familiares, procura reducir el impacto de la enfermedad mediante una aproximación no solo teórica, sino también vivencial que permita un mejor entendimiento del padecimiento, una mejoría del vínculo, así como facilitar ciertos cambios en sus actitudes y conductas, optimizando las estrategias de afrontamiento ante el trastorno y una optimización de la propia protección (13).

Autores como Perlick y Miklowitz (14) concluyeron en sus investigaciones que la psicoeducación de los cuidadores de pacientes bipolares puede también impactar en los síntomas de los pacientes aun sin la participación directa de estos. Estas conclusiones coinciden con las de Reinares (15) quienes informaron que los grupos de psicoeducación para cuidadores de pacientes bipolares estaban asociados con una significativa reducción del porcentaje de recurrencias de manía-hipomanía tanto como con un incremento del tiempo entre los episodios.

La importancia del estrés ambiental en la evolución del Trastorno Bipolar (TB), la sobrecarga experimentada por los familiares que conviven con el paciente y la demanda de las familias de recibir más información sobre el cuadro clínico, son algunas de las razones que fundamentan la introducción de intervenciones psicoeducativas centradas en la familia del paciente bipolar (14, 15).

El adecuado cuidado de personas con Trastorno Bipolar (TB) va a depender en gran medida de la capacidad y bienestar de su cuidador. Si el cuidador está estresado, sobrecargado, deprimido o con altos índices de ansiedad, lo más probable es que su conducta sea más desordenada e incoherente, de modo que reaccione según sus propios estados emocionales y no en función de las demandas reales del paciente (9), por lo cual este tipo de intervenciones debe instaurarse ya desde las etapas iniciales del tratamiento (15). La psicoeducación del familiar es una de las intervenciones psicosociales con un alto nivel de recomendación (16). Existen diversos modelos psicoeducativos que se diferencian según la cantidad de encuentros, la duración de los encuentros, y la cantidad y cualidad de profesionales que los dictan. Todos están orientados a lograr que el familiar y el paciente adquieran un mayor conocimiento de la enfermedad con el fin de mejorar su calidad de vida, reducir la insatisfacción que la enfermedad acarrea, y favorecer la autonomía de los miembros del grupo familiar (17).

Psicoeducar no es solamente informar al familiar y al paciente acerca de la enfermedad y su tratamiento. Implica también entrenar, por ejemplo, en la detección precoz de recaídas y de síntomas prodrómicos, estimular cambios de actitudes y conductas que alejen al paciente de conductas de riesgo y lo estimulen a adoptar conductas de protección.

La Psicoeducación apunta, por ende, a instruir y entrenar a pacientes y familiares en medidas de autocuidado para disminuir los índices de recaídas y de reinternaciones, mejorar la dinámica familiar y los niveles de funcionalidad social y laboral.

Método

Esta investigación se llevó a cabo a través de un método cuantitativo, evaluando la evolución de la Sobrecarga a través de la Escala de Zarit, sobre una población inicial de 95 familiares que participaron de los Talleres de Psicoeducación para Familiares que realiza la Fundación Bipolares de la República Argentina (FUBIPA).

B.1 Muestra

El estudio se realizó sobre una población (n= 95) que asistió a nuestros "Talleres de Psicoeducación para Familias de personas con Trastorno Bipolar" entre los años 2008 y 2014.

Los requisitos para la participación en el Taller, cuyo número máximo de participantes no debe superar las veinte personas, son:

- Ser mayores de edad.
- No padecer Trastorno Bipolar.
- Ser familiar o persona significativa (cuidador).
- Sus familiares/pacientes deben presentar el diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I o II.
- Los familiares/pacientes se deben encontrar en tratamiento psiquiátrico.

Las características de la población que asistió a los talleres fueron las siguientes:

1. La edad promedio de los asistentes fue de 52 años.
2. El 73% de los asistentes fueron mujeres y el 27% hombres.
3. La relación de parentesco era: 57% de progenitores. De este total, las madres representaban un 71% y los padres un 29%. El 43% restante estaba conformado por cónyuges (17%), hermanos (12%), hijos (10%) y otros (4%).
4. De la muestra se observó que un 65% de los asistentes eran convivientes y el 35% eran no convivientes.

Los participantes tomaron contacto con los talleres de la siguiente manera:

- a. Derivados por distintos profesionales.
- b. Mediante el conocimiento boca a boca.
- c. A través de información hallada en nuestra página web.
- d. A través de información suministrada en los grupos de ayuda mutua (GAM) para familiares de FUBIPA.

La concurrencia, al no ser enmarcada dentro de una intervención obligatoria, convoca a una población sesgada que tiene la suficiente motivación como para aceptar la indicación del médico tratante o buscar por su cuenta un dispositivo que complementa el tratamiento de su familiar/paciente.

Terminada la intervención Psicoeducativa, los familiares siguen en contacto con los profesionales de sus familiares/pacientes pero discontinúan el vínculo con los coordinadores del Taller, por lo que el seguimiento solo pudo ser hecho en forma telefónica con las personas que aceptaron dejar sus datos.

B.2 Materiales

B.2.1 Intervención Psicoeducativa: "Taller de Psicoeducación para Familiares"

El modelo Psicoeducativo puesto en práctica es un taller grupal, semanal, de doce reuniones de una hora y media cada una, informativas y con prácticas experienciales, realizado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Está co-coordinado por un psiquiatra, un psicólogo con experiencia en dinámicas grupales y un “paciente experto” seleccionado entre los facilitadores de grupos de ayuda mutua (GAM) que funcionan en algunas de las sedes de CABA o el Gran Buenos Aires.

Lo novedoso de este modelo psicoeducativo es la presencia en el equipo de coordinadores de un “paciente experto”, persona sin el saber médico como eje central. El aporte activo de sus vivencias enriquece el intercambio de información, que permite crear un nuevo lugar de conocimiento de la enfermedad y, por ende, un posicionamiento diferente ante ella. Además les permite a las familias dialogar con una persona con años de estabilidad y buena reinserción social y laboral, lo que suponemos imparte una dosis alta de esperanza y optimismo frente a la condición de su familiar/paciente.

Los requerimientos para actuar como “paciente experto” son: 1) debe estar en un período de eutimia de por lo menos un año y 2) haber coordinado grupos de ayuda mutua (GAM) en los últimos tres años.

En la primera reunión del taller se hace entrega a los participantes de un cuadernillo que proporciona toda la información sobre el contenido de cada clase y las tareas para el hogar de cada una (Ver Tabla 1: Temario del Taller).

En cada encuentro los participantes deben haber leído previamente el contenido correspondiente a esa reunión y haber realizado las tareas que se les asignan, que generalmente, son responder preguntas y escribir reflexiones sobre el material leído.

Las reuniones no están organizadas como clases, centralmente se discuten las tareas realizadas en el hogar y se entrena a los familiares con técnicas de dinámica grupal, algunas tomadas del psicodrama y de la psicoterapia gestáltica: inversión de roles, técnica de la silla vacía (18, 19).

Tabla 1. Temario del taller.

Nº de reunión	CONTENIDOS
1	Presentación del programa del taller. Cuestionario de evaluación
2	Qué es el trastorno bipolar (definición, etiología, características etc.)
3	Tratamientos del trastorno bipolar. (Abordajes psiquiátricos)
4	Tratamientos del trastorno bipolar. (Abordajes psicosociales)
5	Anticipación de crisis e identificación de pródromos. Medidas de prevención
6	Puesta de límites y Emoción Expresada
7	Habilidades para la resolución de problemas
8	Desarrollar expectativas realistas
9	Como manejarse ante situaciones de crisis
10	Habilidades para desarrollar y mantener una red de apoyo social
11	Síntesis grupal
12	Comentarios y reflexiones

B.3 Instrumento utilizado

Para llevar a cabo el objetivo de esta investigación “medir la evolución de los niveles de sobrecarga cuantitativa de los participantes a los Talleres de Psicoeducación” se ha utilizado la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, en su versión española realizada por Carrasco (20).

La escala de Zarit consiste en un cuestionario auto-aplicado de tipo Likert de 22 preguntas con cinco opciones de respuesta cada una: “nunca”, “casi nunca”, “a veces”, “frecuentemente” y “casi siempre”. Para puntuarla se le da a cada respuesta un valor que va desde: 1 “nunca”

hasta 5 “casi siempre”. Siendo los valores intermedios 2 para “casi nunca” 3 para “a veces” y 4 para “frecuentemente”. La puntuación total es la suma de todos los ítems y el rango, por lo tanto, oscila entre 22 para la puntuación menor y 110 puntos para la mayor.

La escala considera tres puntajes de corte:

- Ausencia de sobrecarga (SS) a valores totales menores o iguales a 46.
- Sobrecarga ligera/leve (SL) a valores que van entre 47 y 55.
- Sobrecarga intensa (SI) a valores mayores de 56 a 110.

Al tomar la escala todos los participantes fueron debidamente informados de las características y objetivos del estudio y otorgaron su consentimiento para la inclusión en el mismo.

Los participantes completaron la Escala de Zarit al inicio del taller (Toma A), al finalizar el mismo (Toma B) y con un seguimiento telefónico a los 3 meses (Toma C).

Los datos de la escala fueron utilizados solo con fines estadísticos, por lo que las personas podían mantener el anonimato completando su escala con un número o un alias. Solo las personas que decidían realizar un seguimiento telefónico a los tres meses debían poner su nombre de pila y su número telefónico ($n = 34$).

La Escala de Zarit es la más utilizada internacionalmente para medir los niveles de sobrecarga, presenta un alpha de Cronbach de 0.94 lo que representa una adecuada consistencia interna.

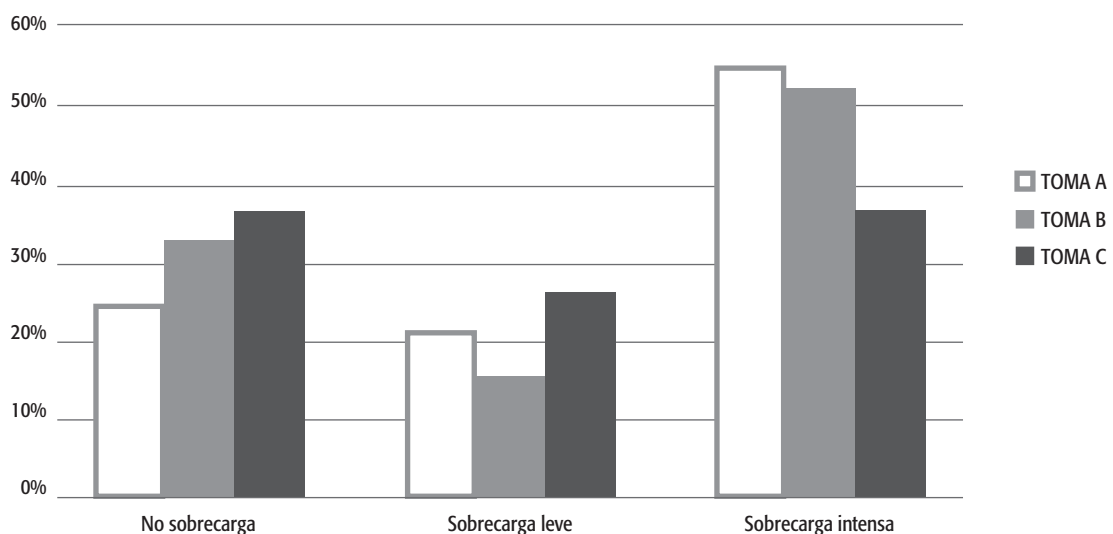
La escala utilizada, validada al español, presenta puntajes alpha de Cronbach de 0,87.

El análisis se llevó a cabo con el paquete SPSS versión 18. Se incluye la descripción de la muestra en términos de frecuencia y porcentajes para las variables categóricas y de medidas, desviación estándar y rango para las continuas. La consistencia interna de la escala se obtuvo mediante el coeficiente alpha de Cronbach para el total y para cada sub-escala.

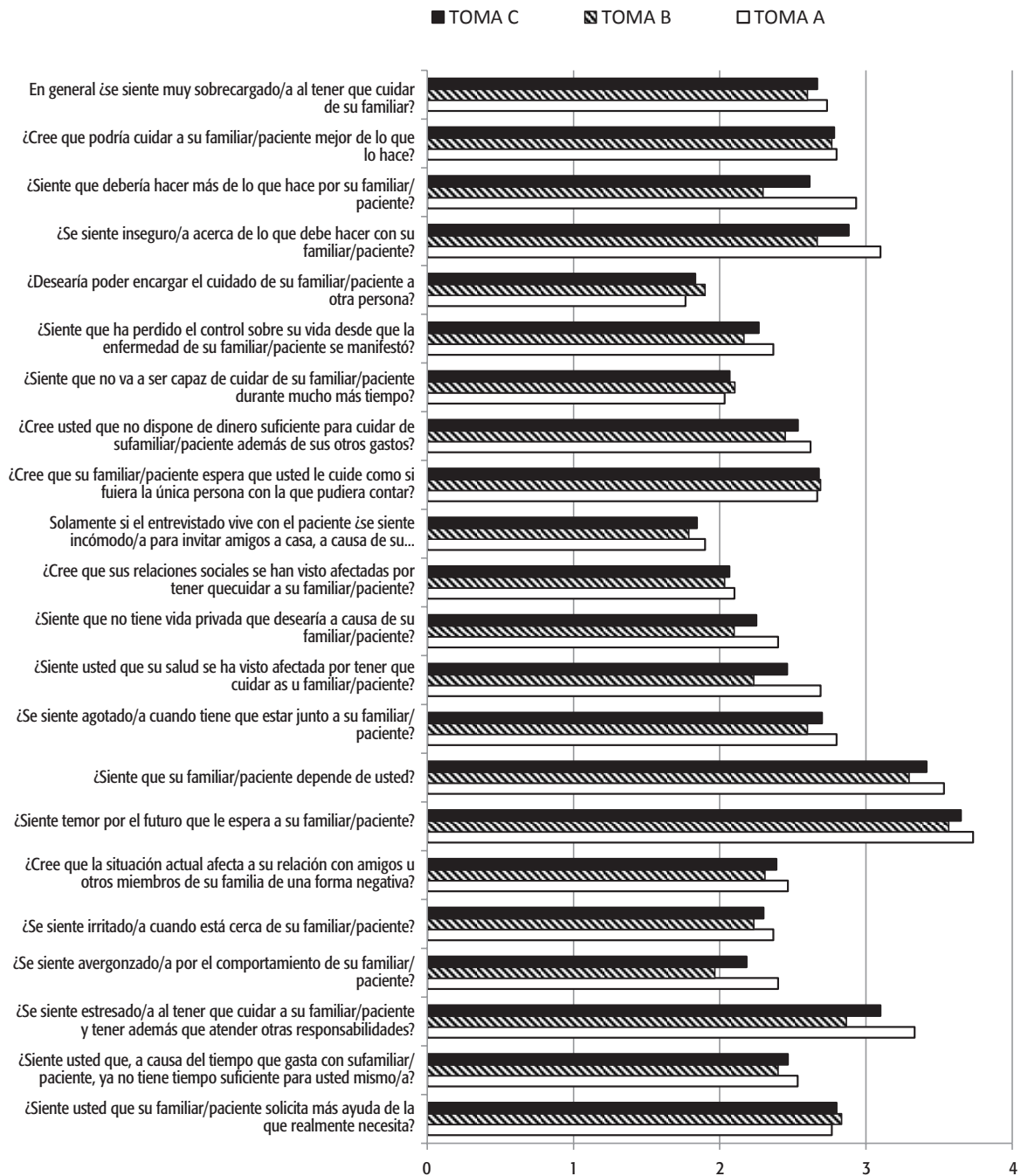
Resultados

Los resultados de la Escala de Zarit obtenidos en las tres diferentes tomas nos han permitido medir los porcentajes de personas que disminuyeron la sobrecarga (ver Figura 1), la evolución de las respuestas en promedios por persona (ver Figura 2) y los cambios cuantitativos de la sobrecarga objetiva y subjetiva (ver Figura 3).

Figura 1. Variación porcentual de los niveles de sobrecarga.



Variación porcentual de los niveles de Sobrecarga. Evolución de los niveles de sobrecarga de los cuidadores utilizando la escala de Zarit. Cada barra representa el porcentaje de cuidadores sin sobrecarga, sobrecarga leve o sobrecarga intensa al inicio del taller (Toma A, $n=95$), al final del taller (Toma B, $n=64$) y a los tres meses de finalizado el taller (Toma C, $n=35$). Alpha de Cronbach al inicio del taller 0.921, finalizando el mismo α de Cron 0.934 y en el seguimiento telefónico a los 3 meses α de Cron 0.898; p de 0,00000001648.

Figura 2. Evolución de las respuestas promedio por persona.

Evolución de las respuestas promedio de los cuidadores según la escala de Zarit. Cada barra representa el promedio de las respuestas de los cuidadores en los diferentes momentos del taller, inicio del taller (Toma A, n=95), al final del taller (Toma B, n=64) y a los tres meses de finalizado el taller (Toma C, n=35).

De la evaluación del α de Cronbach de las tres mediciones, al inicio del taller (n=95) α de Cronbach 0.921, finalizar el mismo (n=64) α de Cronbach 0.934 y en el seguimiento telefónico a los 3 meses (n=34) α de Cronbach 0.898, se desprende que en las tres tomas el índice es alto por lo que se concluye que hay consistencia en la medición. Por otro lado, el p medido con el test de diferencia de medias da un valor de 0,00000001648 dando cuenta de una alta significación estadística de la diferencia encontrada.

La investigación da cuenta de que al inicio del taller (Toma A) el 75% de los familiares llega con diferentes niveles de sobrecarga (54% sobrecarga intensa, 21% sobrecarga leve) y sólo un 25% no registra sobrecarga.

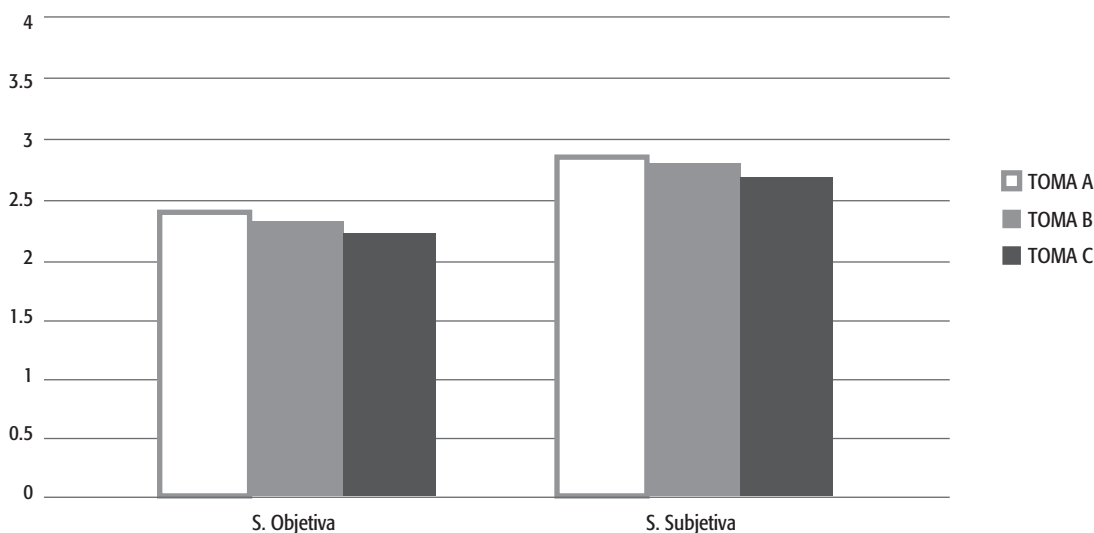
Al finalizar el Taller (Toma B), doce semanas después, el porcentaje de familiares con sobrecarga disminuyó al 68% (52% con sobrecarga intensa y 16% con sobrecarga leve) y el de personas sin sobrecarga pasó del 25% de la primera toma al 33% en esta.

En el seguimiento telefónico a los tres meses (Toma C) la sobrecarga alcanza al 63% de los encuestados (37% con sobrecarga intensa y 26% con sobrecarga leve) con una baja significativa del porcentaje de personas con sobrecarga intensa, del 54% en la primera toma al 37% en esta última (Figura 1). Así mismo, el porcentaje de participantes sin sobrecarga migró del 25% inicial al 37% final. Estos datos dan cuenta de que a los tres meses de finalizado el taller el 88,2% de los encuestados disminuyeron sus niveles de sobrecarga.

En la Figura 2 se muestra la evolución de las 22 preguntas en toda la población encuestada en las tres diferentes tomas (A inicio, B final y C seguimiento).

Si observamos la evolución de la sobrecarga subjetiva y objetiva, notaremos una disminución en ambas a través de las tres tomas, en un valor promedio de -0,198 para la objetiva y -0,261 para la subjetiva (ver Figura 3).

Figura 3. Sobrecarga subjetiva y objetiva.



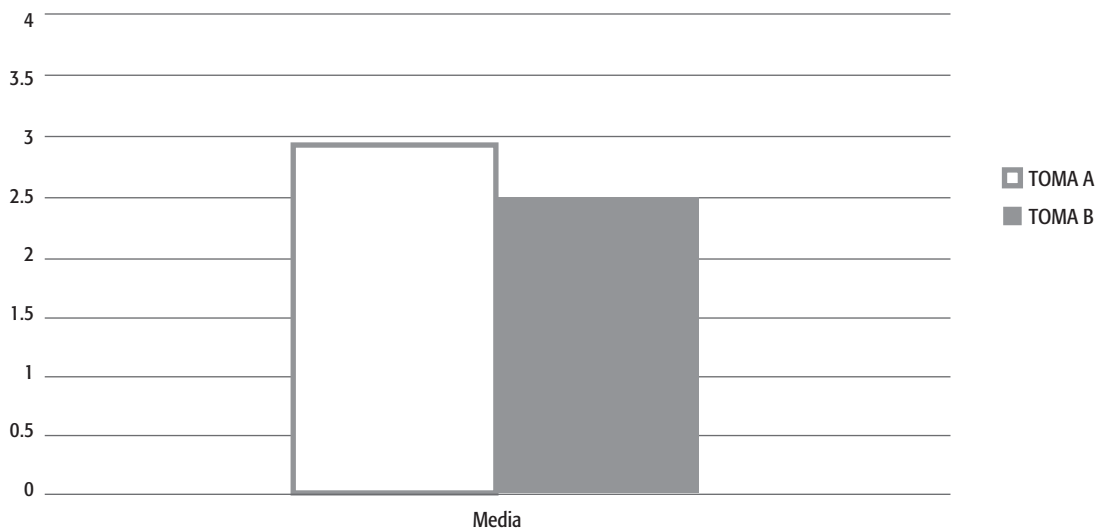
Evolución de la carga promedio de sobrecarga objetiva y subjetiva. Cada barra representa el promedio de las respuestas de los cuidadores según la escala de Zarit para la sobrecarga objetiva y la sobrecarga subjetiva en los diferentes momentos del taller, inicio del taller (Toma A, n=95), al final del taller (Toma B, n=64) y a los tres meses de finalizado el taller (Toma C, n=35).

De la Figura 4 se desprende que no hay preguntas que no hayan disminuido en su valoración a lo largo de las tomas, a excepción de la pregunta N° 18 (“¿De-searía poder encargar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?”) que se mantiene en un valor constante. Si analizamos la evolución de las 22 preguntas en toda la población mediante el Test de las Diferencias Apareadas y comparamos el valor promedio en A y el mismo valor en C veremos que varía de un promedio de 2,945 (desvío standard 0,502) a 2,477 (desvío standard 0,497), diferen-

cia estadísticamente significativa.

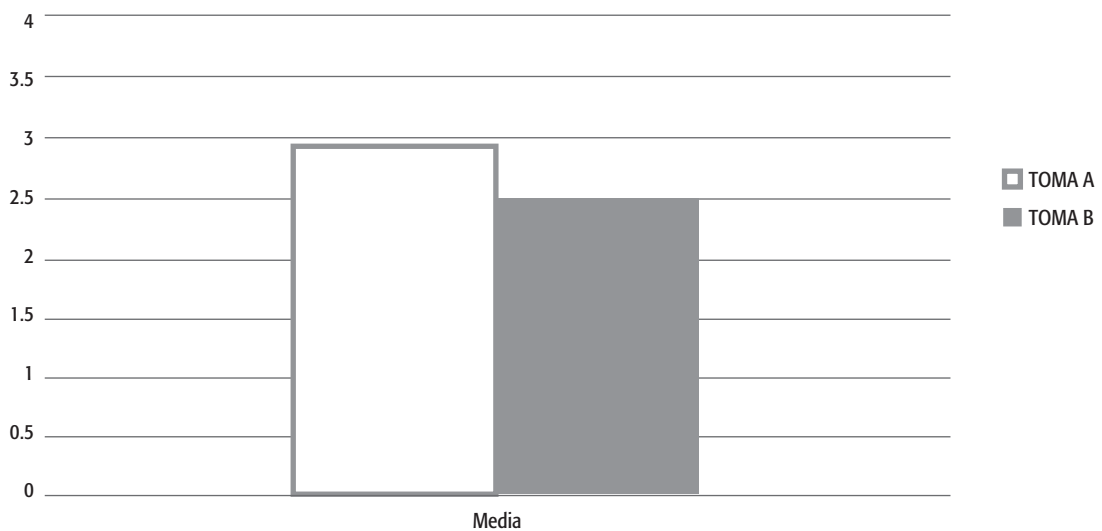
Si además analizamos el valor promedio de las 22 respuestas sólo en la población de n= 34 (participantes que completaron las tres encuestas) mediante el Test de las Diferencias Apareadas nos encontramos con que ese valor varía desde 2,960 (desvío standard 0,770) en la primera toma a 2,493 (desvío standard 0,710) en la última. Esta diferencia resulta estadísticamente significativa, según muestra la Figura 5.

Figura 4. Variación promedio de todas las preguntas de la Toma A y de la Toma C.



Variación promedio de las 22 preguntas en la Toma A (inicio del taller) y en la Toma C (seguimiento a los tres meses de finalizado el taller). Cada barra representa el valor promedio de las preguntas en cada momento de la toma. Toma A con un promedio de 2,945 (varianza 0,253) y la Toma C con un promedio de 2,477 (varianza 0,248), diferencia estadísticamente significativa. Coeficiente de correlación de Pearson 0,865. Grado de libertad 21. Estadístico t 8,464. P (T<=t) una cola 1,6482E-08.

Figura 5. Valor promedio de las respuestas en la Toma A y en la Toma C. N=34.



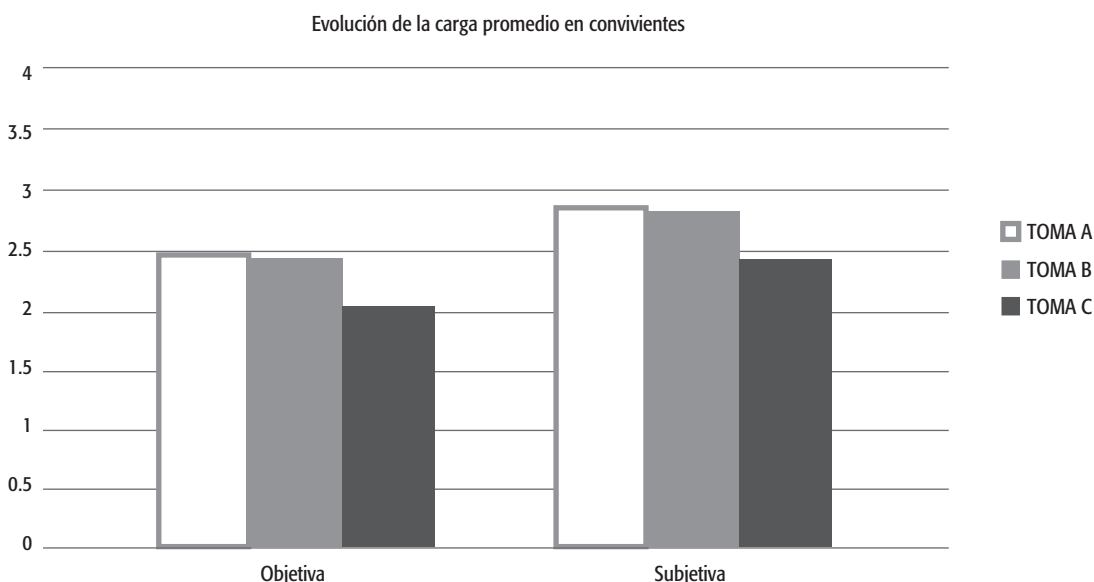
Variación promedio de todas las respuestas en la Toma A (inicio del taller) y en la Toma C (seguimiento a los tres meses de finalizado el taller) con una n=34. Cada barra representa el valor promedio de las respuestas en cada momento de la toma. Toma A con un promedio de 2,960 (varianza 0,594) y la Toma C con un promedio de 2,493 (varianza 0,505), diferencia estadísticamente significativa. Coeficiente de correlación de Pearson 0,748. Grado de libertad 33. Estadístico t 5,153. P (T<=t) una cola 5,8782E-06.

A pesar de que por cuestiones metodológicas incluimos en estos valores a la pregunta 18 que indudablemente hace subir el promedio en C, las diferencias dan cuenta de cambios estadísticamente significativos.

Si diferenciamos los niveles de sobrecarga subjetiva y objetiva entre los familiares convivientes (ver Figura 6) y los no convivientes (ver Figura 7) nos encontramos con

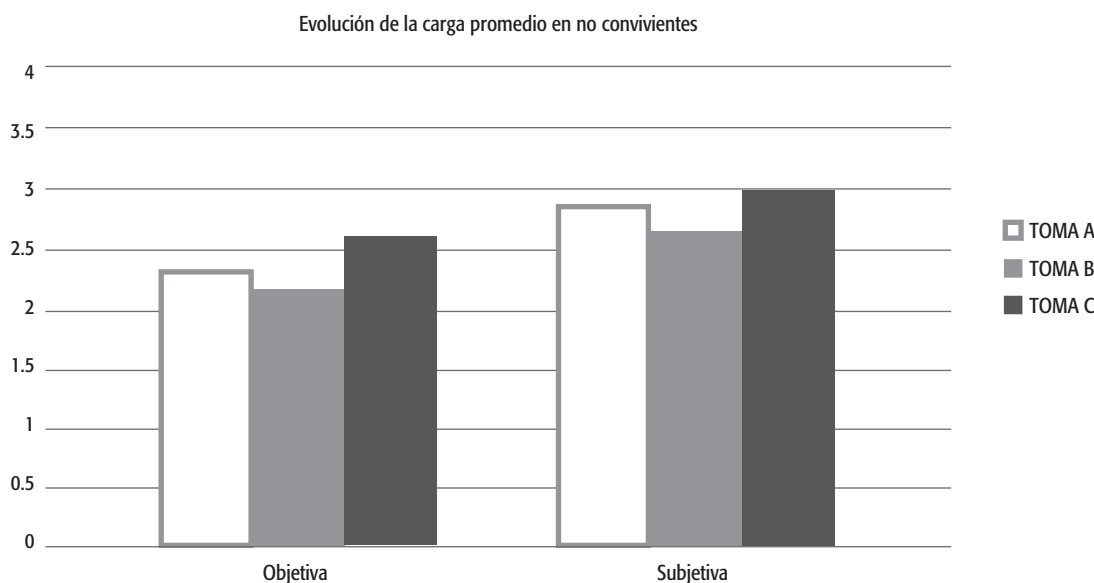
una sorpresa. Ambos niveles de sobrecarga en los convivientes van disminuyendo a lo largo de las tres tomas; pero en los no convivientes se produce un fenómeno interesante. Ambos tipos de sobrecarga disminuyen al finalizar el Taller (Toma B) pero aumentan en el seguimiento telefónico a los tres meses llegando incluso a ser mayor que los valores de inicio.

Figura 6. Evaluación de la carga promedio de sobrecarga objetiva y subjetiva en convivientes.



Evolución de la carga promedio de sobrecarga objetiva y subjetiva en personas allegadas que conviven con la persona que padece el Trastorno Bipolar. Cada barra representa el promedio de las respuestas de los cuidadores según la escala de Zarit para la sobrecarga objetiva (preguntas n° 2, 6, 10, 11, 12, 13, 15 y 17) y la sobrecarga subjetiva (preguntas n° 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 14, 16, 18, 19, 20, 21 y 22), en los diferentes momentos del taller, inicio del taller (Toma A, n=95), al final del taller (Toma B, n=64) y a los tres meses de finalizado el taller (Toma C, n=35).

Figura 7. Evaluación de la carga promedio de sobrecarga objetiva y subjetiva en no convivientes.



Evolución de la carga promedio de sobrecarga objetiva y subjetiva en personas allegadas que No conviven con la persona que padece el Trastorno Bipolar. Cada barra representa el promedio de las respuestas de los cuidadores según la escala de Zarit para la sobrecarga objetiva (preguntas n° 2, 6, 10, 11, 12, 13, 15 y 17) y la sobrecarga subjetiva (preguntas n° 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 14, 16, 18, 19, 20, 21 y 22), en los diferentes momentos del taller, inicio del taller (Toma A, n=95), al final del taller (Toma B, n=64) y a los tres meses de finalizado el taller (Toma C, n=35).

Discusión

El primer dato que debemos señalar es que el 73% de las personas que participaron de nuestros Talleres de Psicoeducación han sido mujeres. Sobre un total de 95 personas que comenzaron el Taller, 69 pertenecían al sexo femenino. Si bien es cierto, que para los que nos dedicamos a la clínica no es sorprendente que el dato de que los índices de consultantes mujeres sea más alto que el de los hombres, como lo corrobora la investigación de Markez (21), creemos que en este caso en particular es una variable que debería ser estudiada con más atención (si aún no lo ha sido): ¿por qué esta disparidad de números tan grande entre las concurrentes mujeres y los varones? Además, el 57% de la muestra ha estado compuesta por progenitores, de los que el 71% eran madres y el 29% eran padres (n=95). Estos datos nos llevan a concluir que de las 69 mujeres que han iniciado el taller, más de la mitad (38 mujeres) han sido madres. Si bien es cierto que en el 78% de los casos la edad de inicio del trastorno bipolar ha sido calculada entre los 18 ± 2 años y los $26,1 \pm 5,5$ años (22) por lo que puede hablarse de una enfermedad que afecta preponderantemente a la gente joven, no es menos cierto que las madres parecen ser los familiares con mayor nivel de motivación para participar de este tipo de dispositivos.

El otro hallazgo importante que surgió del estudio es que el 75% de los encuestados al comenzar el taller presentaban un "cuadro de sobrecarga del cuidador" y solo el 25% de las personas llegaron sin sobrecarga. Una observación más detallada muestra que las personas sin sobrecarga eran o no convivientes o no progenitores.

Sin embargo, a pesar de los altos porcentajes de familiares afectados por sobrecarga, todos coincidieron en responder desde el principio, que "no desearía encargar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona" (pregunta 18). Nuestra hipótesis es que probablemente la pregunta 18 estaría demostrando las hipótesis de Heru y Ryan (23) y de Maskill (24) que plantean que además de la sobrecarga los familiares reciben algún tipo de recompensa relacionada con la gratificación, el amor, el orgullo y la compasión. Por lo que, si bien la tarea del cuidador suele ser ardua, la tendencia es a no delegar el cuidado de su familiar/paciente en una tercera persona, afirmación que todos los encuestados sostuvieron durante el estudio.

Otro dato que debemos remarcar es que si evaluamos la evolución de la sobrecarga a lo largo de las tres tomas notamos que del 75% de los participantes con sobrecarga al inicio del taller (54% intensa, 21% leve), bajamos a un 68% al final de mismo, principalmente por una migración de la sobrecarga leve a sin sobrecarga. Y en el seguimiento a los tres meses observamos que la sobrecarga total siguió disminuyendo, llegando a valores de 63% de las personas, detectándose una baja significativa en la sobrecarga intensa de 54% al inicio al 37% en la última toma.

Si bien hemos podido probar que la evolución de los niveles de sobrecarga, y de la sobrecarga objetiva y subjetiva a lo largo de los seis meses de seguimiento fue disminuyendo paulatinamente, las limitaciones del es-

tudio, al no disponer de un grupo placebo, no nos permiten determinar si esta disminución ha tenido que ver con nuestra intervención o solo se ha debido al paso del tiempo. Es llamativo observar que esta afirmación solo es válida para los familiares convivientes, ya que, como mostramos anteriormente, al desglosar ambas poblaciones observamos que la sobrecarga objetiva y subjetiva en la población de no convivientes disminuye al final del taller para volver a subir en la última toma a niveles incluso más altos que los observados en la primera toma. Este dato contradice la hipótesis del paso del tiempo como factor de remediación y nos lleva a plantear la necesidad de futuros estudios que investiguen este fenómeno.

En relación al tema del "paciente experto", nuestras búsquedas no nos han permitido encontrar estudios que hablen de técnicas psicoeducativas grupales co-coordinada por un paciente entrenado para la tarea por lo que, al carecer de un grupo control utilizando los mismos instrumentos pero excluyendo la presencia del "paciente experto", no podemos inferir cual es el impacto que este puede tener en el dispositivo. Sin embargo, siguiendo nuestra misma línea de pensamiento, contamos con un ensayo de grupos multi-familiares de psicoeducación (25) que encontraron diferencias significativas entre aquellos familiares que recibieron atención de un equipo médico multidisciplinario sin psicoeducación, y las compararon con familias psicoeducadas.

Se observó que las últimas contaron con un mayor conocimiento sobre la enfermedad, menores índices de sobrecarga, menores índices de malestar psicológico, mejoría en la calidad de vida y mejor funcionalidad global (esto se traduce en problemas laborales, de pareja, de índole social).

En nuestro caso solo podemos afirmar, siguiendo las dimensiones de Gorta en su análisis sobre la Escala de Zarit (26) que las dos variables en las que se produjo mejor evolución, han sido comprensión de la enfermedad (-0,82) que corresponden a las preguntas 1-4 y 19 y la disminución del miedo y la inseguridad frente a las formas de cuidar (-0,76) que corresponden a la pregunta 7.

Al momento de presentar este estudio estamos realizando otra investigación complementaria para evaluar si la disminución de la sobrecarga en familiares convivientes puede ser atribuida a nuestro modelo de intervención y la presencia del paciente experto puede ser una variable de cambio significativa.

Con todo, nos permitimos pensar que si a lo largo de las tres tomas los niveles de sobrecarga, por los motivos que fueran, disminuyeron, esto seguramente ha podido influir en los pacientes generando un mayor nivel de estabilidad tal y como lo plantea Marriot (27).

Agradecimientos

Inés Bernhard, Lic. en Psicología. Coordinadora de Talleres de Psicoeducación para Familiares de la Fundación de Bipolares de la República Argentina (FUBIPA). Constanza Cilley, Abogada, Postgrado en Sociología en la

UCA. Directora de VOICES! Research and Consultancy.

Luis Herbst, Médico Psiquiatra. Departamento de Desordenes del Ánimo del Hospital José T. Borda.

Aldo Sacerdoti, Ing. Profesor Titular de Probabilidad y Estadística de la UNLaM. Sandra Salvador, Lic. en Psicología. Miembro del equipo de Psicoeducación de la Fundación Bipolares de Argentina.

María Cecilia Rodríguez, Médica Psiquiatra. Coor-

dinadora de Talleres de Psicoeducación para Familiares de la Fundación de Bipolares de la República Argentina (FUBIPA).

Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses. ■

Referencias bibliográficas

- Bland RC. Psychiatric epidemiology. *Can J Psychiatry*, 1988; 33 (7): 618-625.
- Gutierrez Rojas L, Martínez-Ortega JM, Rodríguez-Martín FD. La sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar. *Anales de Psicología* 2013, vol. 29, nº 2 (mayo), 624-632
- Pollack CP, Perlick D. Sleep Problems and Institutionalization of the Elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 1991, 4,204-210.
- Hoening J, Hamilton MW. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *The International Journal of Social Psychiatry* 1966; 12, 165-176.
- Platt S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine*, 1985; 15, 383-393.
- Jacob M, Frank E, Kupfer DJ, Carpenter LL. Recurrent depression: An assessment of family burden and family attitudes. *Journal of Clinical Psychiatry* 1987; 48, 395-400.
- Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Sirey J, Raue P. Symptoms predicting inpatient service use among patients with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services* 1999; 50, 806-812.
- Zergaw A, Hailemariam D, Alem A, Kebede D. A longitudinal comparative analysis of economic and family caregiver burden due to bipolar disorder. *African Journal of Psychiatry* 2008; 11, 191-198.
- Marriot A, Donaldson C, Tarrrier N, Burns A. Effectiveness of cognitive-behavioral family intervention in reducing the burden of care in carers patients with Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry* 2000; 176, 557-562.
- Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Raue P, Sirey PH. Impact on family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2001; 189, 31-37.
- Fadden G, Bebbington P, Kupiers L. The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150, 285-292.
- Grad J, Sainbury M. Mental illness and the family. *Lancet*, 1963. Mar 9.1 (7280): 544-7.
- Reinares M, Colom F, Martínez-Aran A, Benabarre A, Vieta E. Therapeutic Interventions Focused on the Family of Bipolar Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2002; 71: 2-10.
- Perlick DA, Miklowitz DJ, Lopez N, Chou J, Calvin C, Adzhishvili V, Aronson A. Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 2010; 12, 627-637.
- Reinares M, Colom F, Sanchez-Moreno J, Torrent C, Martínez-Aran A, Comes M, Goikolea JM, Benabarre A, Salamero M y Vieta E. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. *Bipolar Disorder* 2010; 10 (4): 511-519. 401.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Clinical Guidance. The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care February 2016. National Institute for Health and Clinical Excellence, London, UK.
- Lagomarsino A, Vinacour C et al. Manual de Psicoeducación para Familiares de personas con Trastorno Bipolar (2017). Fundación Bipolares de la República Argentina. Publicación para uso interno.
- Rojas Bermudez J. Técnicas Psicodramáticas. 1997. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Stevens J. El Darse Cuenta. 2008. Editorial Cuatro Vientos. Santiago de Chile. Chile.
- Carrasco M. et al. Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. *Revista de gerontología* 196.6 (4), 338-345. [Internet] Disponible en: http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/visidom/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/069_ESCALA_SOBRECARGA_CUIDADOR_Test_Zarit.pdf
- Markez I, Póo M, Romo N, Meneses C, Gil E, Vega A. Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* no.91 Madrid jul/sep. 2004.
- Pinto A, Barbeito S, Díaz FJ, Vega P et al. Implicaciones clínicas de la edad de inicio del trastorno bipolar I: dos subgrupos con diferente pronóstico, *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2009;2:29-34.
- Heru AM, Ryan CE et al. Family functioning in the caregivers of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2004 Vol: 19 Nro: 6 Págs: 533-537.
- Maskill V et al. Two sides of the same coin: caring for a person with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2010. 17, 535-542.
- Madigan K, Egana P, Egana D, Brennan D, Hill S, Maguire B, Horgan F, Flood C et al. Un ensayo controlado y aleatorizado de la Psicoeducación en grupos multifamiliares enfocada en los cuidadores para el tratamiento del trastorno bipolar. *Elsevier Masson*. 2011; (4):17-20.
- Gorta A, Marchb J, Gómezc X, de Miguela M et al. Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)* 2005;124 (17):651-3.
- Marriot A, Donaldson C, Tarrrier N, Burns A. Effectiveness of cognitive-behavioral family intervention in reducing the burden of care in carers patients with Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry* 2000. 176.

Condiciones laborales de los psiquiatras en Argentina

Maximiliano Cesoni
Viviana A. Peskin
Diana M. Berrío Cuartas
Juan C. Tenconi*
Mariano Furman
Walter Pereyra
Martín Furman
Bernabé Ibañez
Mercedes Baratti
Darío Lagos*
Nicasio García
Malén Mendieta
Facundo Sánchez

Capítulo de Psiquiatras en Formación y Comisión de Enlace Gremial,
Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).
E-mail: maxcesoni@gmail.com*

Resumen

Las condiciones laborales en las cuales se desempeñan los profesionales de la salud, repercuten tanto en la atención brindada a los pacientes como en la propia salud. El presente estudio tiene como objetivo conocer las condiciones laborales de los psiquiatras en formación y graduados en las distintas regiones de Argentina. *Materiales y Métodos:* Estudio descriptivo transversal. Encuesta construida por el equipo de investigación aplicada en formato papel y digital entre los meses de agosto y noviembre de 2017 enviada a psiquiatras y psiquiatras en formación de la Argentina. Consta de 6 secciones: datos demográficos, análisis general de ingresos y horas de trabajo, preguntas sobre el sector público, preguntas sobre el sector privado, pertenencia y roles de asociaciones profesionales, colegios médicos y sindicatos y nivel de satisfacción. *Resultados:* El tamaño de la muestra fue de 838. El 78,5% de los encuestados refirió tener más de un empleo (2,54 en promedio). El 8,6% de los contratados en el sector privado y el 82,6% de los contratados en el sector público se encontraban en relación de dependencia. El 64,7% de los entrevistados refirió no formar parte de ninguna asociación de psiquiatras a nivel nacional. Cerca de la mitad de los entrevistados se encontraba insatisfecho con los honorarios recibidos. *Conclusiones:* en función de los escasos antecedentes sobre el tema en nuestro país, establecer un diagnóstico de situación actual permite pensar y elaborar estrategias tendientes a mejorar las actuales condiciones laborales de los psiquiatras argentinos y por ende su salud y la de los pacientes.

Palabras clave: Condiciones laborales de los psiquiatras - Demografía psiquiátrica - Psiquiatras argentinos - Psiquiatras en formación.

WORKING CONDITIONS AMONG ARGENTINIAN PSYCHIATRISTS

Abstract

Introduction: The working conditions, in which health professionals perform their work, have an impact in both the care they provide to their patients and their own health. The goal of the present study is to explore the working conditions among psychiatrists and psychiatrists in training in the different regions of Argentina. **Materials and Methods:** Cross sectional descriptive study. Questionnaire developed by the research team in both digital and paper format applied between August and November 2017. The questionnaire was sent to psychiatrists and psychiatrists in training in Argentina and has 6 sections: Demographic information, general income analysis and working hours, questions on work on public sector, private sector, relevance and role of professional associations and unions and level of satisfaction. **Results:** Sample size 838. 78.5% of the participants referred having more than one job (average 2.54). 8.6% of those working in the private sector, and 82.6% of those working in the public sector are employees and not independent contractors. 64.7% of the participants referred that they did not take part in psychiatric associations at a nationwide level. Close to half of those interviewed were unsatisfied with the salary received. **Conclusions:** Considering there were almost no previous studies on this subject in our country, establishing a diagnosis of the current situation allows us to think and plan strategies towards improving current working conditions among Argentinian psychiatrists and hence their health and the health of the patients.

Keywords: Working Conditions, Research, Argentinian Psychiatrists, Psychiatrists in Training.

Introducción

Las condiciones laborales en las cuales se realiza una tarea repercuten tanto en los resultados obtenidos como en aquellas personas que la desempeñan. En el caso de los profesionales de la salud, todo aquello que interfiera en su práctica tiene un efecto en la atención que brindan a sus pacientes y las decisiones diagnósticas y terapéuticas, entre otros fenómenos. Existen diversos estudios internacionales que asocian aspectos de las condiciones laborales con efectos en la salud de los profesionales (1, 2, 3, 4).

Una de las principales consecuencias objetivables en este grupo es la aparición de Síndrome de *Burnout*, que se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y menor realización personal (5, 6, 7) causados por la exposición prolongada a uno o más factores, generando un cuadro de estrés crónico (8). Como ejemplo de lo mencionado, en los EE.UU. en 2015 se han encontrado en una población de psiquiatras, cifras del 38% de Síndrome de *Burnout*, identificando a las tareas burocráticas y la remuneración inadecuada como algunos de los principales factores asociados a este cuadro (9).

En nuestro país, a partir de un estudio de 2007 en profesionales de la salud, la prevalencia del Síndrome de *Burnout* fue de 14,4% (10). A su vez, en una investigación llevada adelante por el Capítulo de Psiquiatras en Formación de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) se evidenció una asociación entre el Síndrome de *Burnout* y las exigencias en el ámbito laboral como también, entre otras variables, como los recursos insuficientes. La prevalencia encontrada de dicha entidad fue de 30,3% en psiquiatras en formación argentinos (11). Otro antecedente al presente trabajo son las encuestas sobre "satisfacción laboral" aplicadas a médicos de distintas especialidades (12, 13,14). La misma se define como el bienestar que puede percibirse a partir del equilibrio entre las demandas que tenga un trabajo profesional y los recursos disponibles para afrontarlas. En los médicos argentinos se detectó un 31% de insatisfacción profesional y un 53% de expectativas negativas sobre el futuro (13).

En relación a los ingresos recibidos por los psiquia-

tras en otros países latinoamericanos, en el 2009 un estudio reflejó que cerca del 39% recibía honorarios mensuales entre 2000 y 3000 dólares, y cerca del 30% mayor a 3000 dólares. Este mismo estudio ha registrado una asociación entre el país de residencia y los honorarios recibidos, encontrándose la Argentina entre los de menores ingresos. A su vez, el 64,7% de los latinoamericanos entrevistados refirió que sus ingresos como psiquiatra cubrían sus necesidades (18). Pero las conclusiones a sacar de este dato aislado tienen sus limitaciones pues el costo de vida varía en cada uno de los países de la región; sin embargo, es un parámetro que permite cierta comparación entre Argentina y los otros países.

En el año 2016, durante el Congreso de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), se realizaron reuniones en torno a la problemática de las condiciones laborales y la ausencia de información objetivable que permita hacer un diagnóstico adecuado de la situación actual, como punto de partida para pensar mejoras. Es por ello que el objetivo del presente estudio es conocer las condiciones laborales de los psiquiatras en formación y ya graduados en las distintas regiones de Argentina.

Materiales y Métodos

El presente es un estudio descriptivo, transversal, con una muestra de conveniencia.

Herramientas: Encuesta diseñada por los investigadores incluyendo variables demográficas y preguntas sobre condiciones laborales de los psiquiatras en Argentina. La misma consta de 6 secciones: datos demográficos, análisis general de ingresos y horas de trabajo, preguntas sobre el sector público, preguntas sobre el sector privado, pertenencia y roles de asociaciones profesionales, colegios médicos y sindicatos y nivel de satisfacción (ver Anexo 1, versión adaptada de la encuesta original aplicada).

Participantes: Encuesta anónima y voluntaria a psiquiatras graduados y en formación de la Argentina, formato digital. El tamaño de la muestra fue de 838. Teniendo en cuenta que no se encontraron datos oficia-

les del total de psiquiatras y psiquiatras en formación, estimamos, a partir de los datos indirectos de cantidad de socios de APSA, plazas en residencias de psiquiatría, cursos universitarios y registros de colegios médicos, que dicha cifra sería de 5000 en todo el país. Dado el modo en que fue distribuida la encuesta no se pudo saber con exactitud a cuantos profesionales les llegó. Estimamos que se aproximaría a 3500, por lo cual la tasa de respuesta se acerca a 24%. La encuesta fue difundida en formato digital, distribuida en las redes sociales de APSA y del capítulo Psiquiatras en Formación que llega a los psiquiatras y psiquiatras en formación de todo el país, tanto socios como no socios de APSA pero interesados en las actividades que se desarrollan en su seno. También fue distribuida en congresos, jornadas y actividades que se desarrollaron en el período de tiempo en el cual se recolectó la información durante los meses de agosto a noviembre de 2017.

Análisis estadístico: El software utilizado para realizar el análisis estadístico fue SPSS Statistics 24. Se empleó el test de Kolmogorov-Smirnov (KS-test) no paramétrico permitiendo tomar los datos distribuidos en forma normal.

Aquellas variables dicotómicas se analizaron con chi cuadrado, mientras que las variables continuas con test t y ANOVA. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$. Los porcentajes expresados tuvieron en cuenta el 100% de las respuestas recibidas a esa pregunta, no tomando el n total de la muestra como el 100%. Esto ha sido así porque no todos los encuestados respondieron todas las preguntas de la encuesta.

Resultados

A continuación se incluyen los resultados más relevantes del estudio. En la Tabla 1 se encuentra la información demográfica de la población entrevistada.

En la Sección 2 sobre *análisis general de ingresos y horas de trabajo*, el 64,3% (534) de los encuestados informó que se desempeña como psiquiatra en instituciones públicas y el 43,2% (359) trabaja en instituciones privadas. Cabe aclarar que era posible al contestar la encuesta marcar más de un sector. A su vez, el 66,2% (550) atiende en su consultorio particular para consultas de empresas de salud prepagas, de obras sociales o de forma particular. El 58,2% (484) de los psiquiatras encuestados trabaja en más de uno de los sectores mencionados: público, privado o particular.

En la Tabla 2 se muestra el ingreso mensual promedio de la práctica como psiquiatra. Es de recalcar que la mitad de los encuestados tiene un ingreso menor a \$35000 mensuales¹. Al analizar honorarios en las distintas regiones vemos la existencia de una relación estadísticamente significativa entre las mismas ($p < 0,001$). La Patagonia es la región donde se registran los salarios más elevados pero donde el costo de vida es el más alto en todo el país.

Tabla 1. Variables demográficas.

Edad (en años) (DS=Desvío Standard)	39,7 (DS=10,3)
Edad (Rango)	24 - 85
Años desde que obtuvo título de psiquiatra (DS)	6,96 (9,37)
Sexo	
Masculino	N=325 (39,1%)
Femenino	N=506 (60,4%)
Nacionalidad	
Argentino	N=766 (95,3%)
Extranjero	N=38 (4,7%)
Regiones	
N = 830	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	262 (31,6%)
Provincia de Buenos Aires	173 (20,8%)
Litoral (Entre Ríos y Santa Fe)	124 (14,9%)
Centro (Córdoba y La Pampa)	61 (7,3%)
Cuyo (Mendoza, San Juan, San Luis y La Rioja)	91 (11,0%)
Noroeste (Tucumán, Salta, Jujuy, Santiago del Estero y Catamarca)	54 (6,5%)
Noreste (Misiones, Corrientes, Chaco y Formosa)	16 (1,9%)
Patagonia (Río Negro, Neuquén, Santa Cruz, Chubut, Tierra del Fuego)	49 (5,9%)
Hijos	
Sí	N= 357 (44,4%)
No	N= 447(55,6%)
Vivienda	
Propia	N=403 (49,0%)
No propia	N=420 (51,0%)

Tabla 2.

¿Cuál es su ingreso mensual promedio en su práctica como psiquiatra?	
	Porcentaje (n)
menos de \$15000	6,9% (57)
Entre \$15000 y \$25000	24,2% (200)
Entre \$25001 y \$35000	19,5% (161)
Entre \$35001 y \$45000	18,9% (156)
Entre \$45001 y \$55000	10,0% (83)
Entre \$55001 y \$65000	6,5% (54)
Entre \$65001 y \$75000	5,6% (46)
Entre \$75001 y \$85000	2,2% (18)
Entre \$85001 y \$95000	2,2% (18)
Entre \$95001 y \$105000	1,2% (10)
Más de \$105001	2,8% (23)

¹ En el momento de la realización de la encuesta 1 U\$S dólar equivalía a \$18,68 (pesos argentinos); o sea que el salario de \$35000/mes equivalía a U\$S 1873. La Canasta Básica Total (CBT) que no incluye costo de vivienda en alquiler para una familia tipo se estimaba en ese periodo en \$22.000 (U\$S 1178).

El promedio de horas de trabajo es de 39,5 horas semanales, sin encontrar diferencia estadísticamente significativa comparando las distintas regiones.

El 78,5 % (652) de los encuestados refieren tener más de un empleo, en promedio 2,54 empleos (DS 1,2). Los psiquiatras de 31 a 40 años son los que mayor número de empleos tienen 2,78 siendo este dato estadísticamente significativo (DS 1,3 F: 12,022 p <0,001). La cantidad de empleos que tiene un profesional y la región en la cual ejerce presentan una relación estadísticamente significativa (F: 3,159 p: 0,003). La Patagonia es donde menos cantidad de empleos tienen los psiquiatras 1,90 (DS 1,141).

Dentro de los resultados de la sección tres y cuatro sobre las tareas desarrolladas en el sector público y privado, se observa que sólo el 8,6% (41) de los contratados en el sector privado está en relación de dependencia, sin embargo el 82,6% (445) de los contratados en el sector público presenta este modo de contratación.

En cuanto al ámbito privado, el 75,4% (358) es monotributista y un porcentaje similar (73,05 %) menciona que su empleador no cumple ningún derecho laboral.

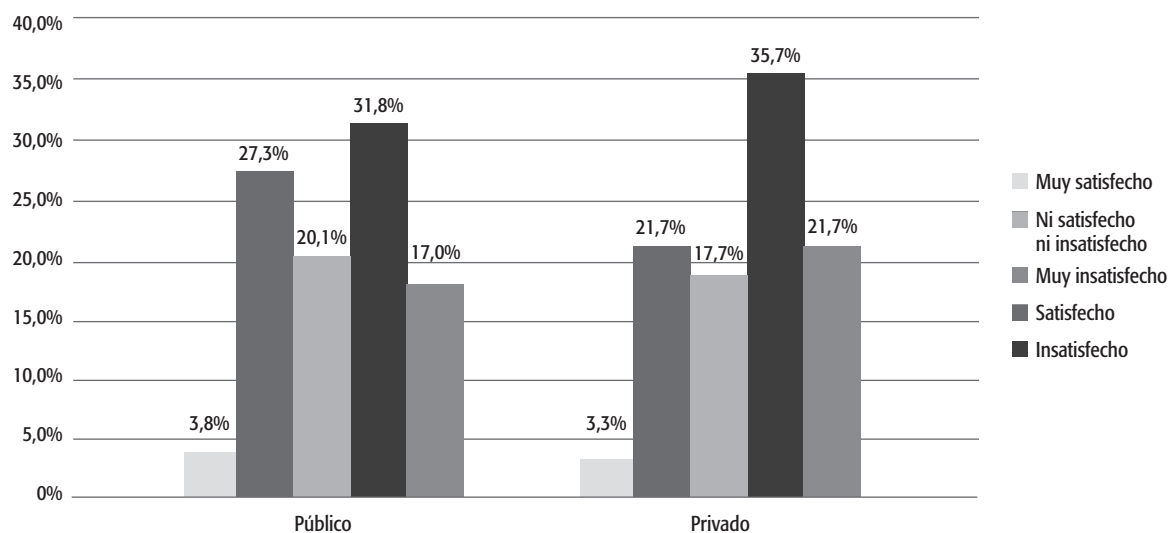
Es importante señalar que aproximadamente una cuarta parte de los profesionales que se desempeñan en el sector público se encuentran en formación y cerca de un 10% del total de los encuestados indica no recibir honorarios por su labor en este ámbito. Considerando los valores vigentes entre agosto y noviembre del 2017, intervalo de tiempo en el que se realizó la encuesta, un 51,3% cobra menos de \$600 la consulta privada, un 53,4% cobra

menos de \$300 la consulta que presta a obras sociales o prepagas. Los profesionales que hacen guardia reciben por hora \$140 en el sector público y \$156 en el privado.

En la Sección 5 de la encuesta donde las preguntas están orientadas a conocer pertenencia y roles de asociaciones profesionales, colegios médicos y sindicatos el 64,7% refiere no formar parte de ninguna asociación de psiquiatras a nivel nacional y el 71,3% no pertenecer a ninguna asociación de psiquiatras a nivel local. Solamente el 30,4% se encuentra afiliado a un sindicato o asociación gremial y, de los afiliados, el 82,8% refiere no participar activamente del mismo.

Para finalizar, en la Sección 6 de la encuesta, cuando se pregunta sobre satisfacción laboral, el 49% de los encuestados dice estar insatisfecho con los honorarios recibidos en su trabajo en el sector público, mientras que el porcentaje de insatisfacción es del 57% en el sector privado (ver Gráfico 1). Al realizar el análisis del nivel de satisfacción por los honorarios recibidos en el sector público y las distintas regiones obtenemos una diferencia estadísticamente significativa por zona (chi² 28,105 p<0,001). Los profesionales de la región Centro (Córdoba y La Pampa) son los que presentan el mayor grado de insatisfacción con los honorarios recibidos (68,5%) y en segundo lugar los de la Provincia de Buenos Aires (62,2%). Con respecto al sector privado, también notamos una diferencia estadísticamente significativa por región (chi² 22,939 p: 0,002) siendo los profesionales del Centro los que presentan el mayor nivel de insatisfacción (75,6%).

Gráfico 1. Grado de satisfacción sobre los honorarios que percibe en los distintos sectores.



Discusión

Los resultados obtenidos en la presente encuesta permiten objetivar la realidad de las condiciones laborales de los psiquiatras en Argentina, en especial gracias a la gran participación (n=838) de psiquiatras y psiquiatras en formación de todo el país.

Para comenzar quisiéramos detenernos en el pluriempleo. Fue evaluado en nuestro trabajo y se observa que en promedio los psiquiatras argentinos presentan 2,54 empleos. Este dato no es menor, ya que indirectamente refleja un aspecto de las condiciones laborales. El pluriempleo está determinado por un conjunto de factores, siendo los modos de contratación a tiempo

parcial y los bajos sueldos elementos que impulsan al profesional a sumar más de un puesto de trabajo. Las diferentes condiciones en lo público y privado, estimulan a los profesionales a encontrar en su combinación o sumatoria, mejores condiciones laborales que la permanencia en un solo sector (sueldos más elevados en lo privado, pero mayores garantías en lo público) (15, 16). El 78,5% de nuestra muestra presenta más de un empleo. De igual modo, un estudio del año 2012 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tomando como muestra cuatro países latinoamericanos en profesionales de la salud en general (no específicamente psiquiatras), observó que el 47% tenía más de un trabajo. En este mismo estudio, en Argentina, en profesionales médicos, se observó la tasa más elevada de pluriempleo entre los 30 y 50 años de edad, a diferencia de otros países en los cuales en este rango etario los valores oscilaron entre 12% y 74% (15).

Las condiciones laborales también repercuten en la salud. El desencadenamiento de episodios de estrés o de Síndrome de Burnout depende directamente de las características de las condiciones de trabajo: número de horas de trabajo a la semana, calidad de la supervisión del trabajo, y de la tarea que se realice (10, 17). En el estudio previamente mencionado del año 2012, el 54% de los médicos argentinos refirieron ver afectada su salud por sus condiciones laborales. El 59% de los médicos argentinos presentaron Síndrome de Burnout (15).

Parece importante tomar en consideración la percepción subjetiva de los psiquiatras y su nivel de satisfacción en relación a sus trabajos (18). En parte ese fue uno de los factores que motivaron la realización del presente estudio, como intento de objetivar aspectos que eran percibidos por distintos psiquiatras en distintos puntos del país. Se preguntó cuál es el nivel de satisfacción que presenta en relación a los honorarios percibidos en los distintos sectores donde se desempeñan. En nuestra muestra observamos que el 49% de los encuestados del sector público refirió insatisfacción con los honorarios recibidos en su trabajo, mientras que el porcentaje de insatisfacción es mayor (57%) en el sector privado. En la muestra del estudio de la OPS previamente mencionado se observó un mayor nivel de insatisfacción, con la salvedad de que nuclea a médicos de distintas especialidades, y la pregunta tomaba en consideración una percepción global, cuando en nuestra muestra se exploró específicamente el factor salarial. En la muestra de cuatro países de este estudio, Argentina muestra la percepción más negativa (15). "Vale la pena destacar que un salario alto, no necesariamente se relaciona con satisfacción laboral" sino que se observó que presenta mayor peso si " los ingresos obtenidos a partir de la práctica psiquiátrica satisfacen las necesidades del psiquiatra" (18).

Aún con la insatisfacción que hemos encontrado en la muestra de nuestro estudio, con respecto a los hono-

rarios recibidos, es escasa la participación gremial o en asociaciones profesionales que suelen ser las instituciones que defienden los derechos de los trabajadores y podrían gestionar mejores condiciones laborales y honorarios acordes.

Los psiquiatras entrevistados en el presente estudio trabajan en promedio 39,5 hs. por semana. En Uruguay el promedio de horas trabajadas semanalmente por los psiquiatras fue de 44 horas, siendo los jóvenes (30 a 45 años) quienes más trabajan en cantidad de horas (19). Los psiquiatras colombianos trabajan, en promedio, entre 9 y 11 horas diarias (19).

La Ley de Contrato de Trabajo 20.744, regula los derechos y obligaciones de todo trabajador que se encuentra en relación de dependencia en la Argentina (20). Al encontrarse la mayoría de los psiquiatras del sector privado en formas de contratación no registradas (se hace referencia a trabajo en obras sociales y empresas de medicina prepaga), no gozan de los derechos laborales contemplados por esta ley. Estos derechos son vacaciones y licencias pagas, feriados y días no laborables pagos, Aseguradoras de Riesgo del Trabajo (ART), aportes jubilatorios, cobertura de obra social, asignaciones familiares y aguinaldo. La pérdida de estos derechos repercute sobre la calidad de vida de los profesionales ahora y cuando dejen de ejercer en un futuro, ya que los ingresos por jubilación serán menores. Respecto a las condiciones de contratación de los psiquiatras, sólo el 8,6% de los encuestados en este estudio en el sector privado está en relación de dependencia.

El presente estudio tiene limitaciones a la hora de extrapolar sus resultados al conjunto de los psiquiatras y psiquiatras en formación de la Argentina. Su muestra de conveniencia y no randomizada es un elemento a tener en consideración, ya que aquellos que tuvieron motivación para contestar la encuesta podrían no necesariamente reflejar la realidad de toda esta población. Sin embargo, el tamaño de la muestra y su distribución en todo el país son elementos favorables a la hora de interpretar los resultados.

Conclusiones

Conocer las condiciones laborales de los psiquiatras y psiquiatras en formación favorece el reconocimiento de los factores que generan alteraciones en la salud del profesional y en la calidad de la atención que brinda.

Parece necesario continuar con futuros estudios en donde se exploren otros aspectos de las condiciones laborales y simultáneamente pensar en posibles estrategias desde las organizaciones profesionales para proponer mejoras en el ámbito laboral. Es importante que el médico psiquiatra se familiarice no solo con sus deberes como profesional sino también con sus derechos a partir de las leyes que lo amparan como trabajador. ■

Anexo. Condiciones laborales de los Psiquiatras en Argentina.

Encuesta realizada por el Capítulo Psiquiatras en Formación (PEF) y la Comisión de enlace gremial de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) sobre las condiciones laborales de los psiquiatras en Argentina en su práctica asistencial.

Con su participación voluntaria y anónima usted consiente el uso de estos datos. Usted es libre de no hacerlo o de suspender su llenado en cualquier momento.

Le va a tomar sólo 6 minutos. ¡Muchas gracias!

Consultas a: encuestacondicioneslaborales@gmail.com

1. Edad (en años)
 2. Sexo
 3. Nacionalidad
 4. Estado Civil
 5. Hijos: SI NO
 6. Vivienda
 7. ¿En qué provincia de Argentina ejerce principalmente?
 8. ¿En qué ciudad ejerce principalmente?
 9. ¿En qué etapa de su formación se encuentra?
 10. ¿Hace cuántos años que obtuvo su título de psiquiatra? (en años)
 11. ¿En qué sector(es) ejerce como psiquiatra? Público-Instituciones privadas-Consultorio particular y/o como prestador para obras sociales y/o prepagas
-

Todos los trabajos que realiza

12. ¿Cuántas horas en total trabaja por semana en su práctica como psiquiatra?
 13. ¿Cuántos empleos tiene en total en su práctica como psiquiatra?
 14. ¿Cuál es su ingreso mensual promedio en su práctica como psiquiatra? menos de \$15000-Entre \$15000 y \$25000-Entre \$25001 y \$35000-Entre \$35001 y \$45000-Entre \$45001 y \$55000-Entre \$55001 y \$65000-Entre \$65001 y \$75000-Entre \$75001 y \$85000-Entre \$85001 y \$95000-Entre \$95001 y \$105000-Más de \$105001
-

Trabajo en el sector público

15. En caso de desempeñarse en el sector público, ¿Cuál es su rol? Médico de planta- Jefe de servicio o sección-Médico titular de guardia-Suplente de guardia-Docencia rentada-Docencia adhonorem-Residente-Concurrente
 16. ¿Cuántas horas semanales trabaja en el sector público en su práctica asistencial?
 17. ¿Cuál es la forma en la que se encuentra contratado en el sector público? En relación de dependencia-Contratado como monotributista-Acuerdo de palabra, sin factura ni recibo de sueldo
 18. ¿Qué derechos laborales cumple su empleador? Licencia paga por enfermedad, embarazo, etc.-Vacaciones pagas Feriados y días no laborables pagos-ART-Aportes jubilatorios-Cobertura de obra social-Asignaciones familiares-Aguinaldo
TODOS los anteriores / NO cumple con ninguno
 19. ¿Cuál es el sueldo que recibe por el trabajo en el sector público? Ad Honorem, no recibo honorarios-Menos de \$10000-Entre \$10000 y \$15000-Entre \$15001 y \$20000-Entre \$20001 y \$30000-Entre \$30001 y \$40000-Entre \$40001 y \$50000-Entre \$50001 y \$60000-Entre \$60001 y \$70000-Entre \$70001 y \$80000-Entre \$80001 y \$90000-Entre \$90001 y \$100000-Más de \$100000
 20. En caso de realizar guardias de psiquiatría en el sector público, ¿cuál es el honorario que recibe por una guardia de 24 hs?
-

Trabajo en Instituciones Privadas

21. En caso de desempeñarse en instituciones privadas, ¿Cuál/es de estas actividades realiza? Puede seleccionar más de una opción: Internación-Guardia psiquiátrica interna/externa-Domicilios de urgencia-Atención domiciliaria programada-Hospital de día-Consultorios externos de centro o clínica privada-Interconsulta-Prácticas no rentadas-Residencia en clínica privada
Docencia rentada-Docencia ad honorem
22. ¿Cuál es la forma en la que se encuentra contratado en este sector? Puede seleccionar más de una opción: En relación de dependencia-Contratado como monotributista-Acuerdo de palabra, sin factura ni recibo de sueldo
23. ¿Qué derechos laborales cumple su empleador? Licencia paga por enfermedad, embarazo, etc.-Vacaciones pagas-Feriados y días no laborables pagos-ART-Aportes jubilatorios-Cobertura de obra social-Asignaciones familiares-Aguinaldo
TODOS los anteriores-NO cumple con ninguno

- 24. ¿Cuántas horas semanales trabaja en instituciones privadas en su práctica asistencial?
- 25a. ¿Cuánto es el pago promedio por hora que recibe por su trabajo en consultorios externos en instituciones privadas?
- 25b. ¿Cuánto es el pago promedio por hora que recibe por su trabajo como médico de internación en instituciones privadas?
- 25c. ¿Cuánto es el pago promedio por hora que recibe por su trabajo en hospital de día en instituciones privadas?
- 25d. ¿Cuánto es el pago promedio por hora que recibe por su trabajo en domicilios en instituciones privadas?
- 26. En promedio, ¿cuántos pacientes entrevista por hora en consultorios externos en instituciones privadas?
- 27. En caso de realizar guardias de psiquiatría en el sector privado, ¿cuál es el honorario que recibe por una guardia de 24 hs?

Sector consultorio particular

- 28. ¿Cuánto cobra en promedio por una consulta que presta para una obra social o prepaga desde su consultorio? Menos de \$100-Entre \$100 y \$150-Entre \$151 y \$200-Entre \$201 y \$250-Entre \$251 y \$300-Entre \$301 y \$350-Entre \$351 y \$400-Entre \$401 y \$450-Entre \$451 y 500-Entre \$501 y \$600-Más de \$600
- 29. ¿Cuánto cobra en promedio en su consultorio particular la sesión? Menos de \$300-Entre \$ 301 y \$ 450-Entre \$ 451 y \$600 Entre \$ 601 y \$ 800-Entre \$ 801 y \$1000-Entre \$ 1001 y \$1250-Entre \$1251 y \$1500-Entre \$1501 y \$2000-Entre \$2001 y \$2500-Más de \$2500

Sindicatos, asociaciones médicas y colegios médicos

- 30. ¿Forma parte de alguna asociación de psiquiatras a nivel nacional? Si-No
- 31. ¿Qué asociación nacional?
- 32. ¿Qué rol cumple la misma en su ciudad? Académico-Político-Representa los derechos de los psiquiatras-Ninguno-Otra
- 33. ¿Forma parte de alguna asociación de psiquiatras local / regional? Si-No
- 34. ¿Qué asociación?
- 35. ¿Qué rol cumple la misma en su ciudad? Académico-Político-Representa los derechos de los psiquiatras-Ninguno-Otra
- 36. ¿Existe colegio médico en su ciudad? Si-No
- 37. ¿Qué rol cumple el colegio médico en su ciudad? Académico-Político-Representa los derechos de los psiquiatras-Gestión administrativa-Ninguno-Otra
- 38. En su ciudad, ¿existe alguna regulación de los honorarios mínimos? Si-No-No se
- 39. ¿Considera estos honorarios mínimos adecuados? Contestar en caso de afirmativa la pregunta anterior-Si-No
- 40. ¿Se cumplen estos honorarios mínimos? Si-No
- 41. ¿Se encuentra usted afiliado a un sindicato y/o asociación gremial?Si-No
- 42. ¿A qué sindicato y/o asociación gremial se encuentra afiliado?
- 43. En caso de estar afiliado, ¿participa usted activamente del mismo? Si-No
- 44. ¿Se siente representado por el sindicato en el que está afiliado? Si-No
- 45. Indique su grado de satisfacción sobre los honorarios que percibe en los sectores:
 Deje en blanco si no corresponde en algún sector. La escala va desde la opción de muy satisfecho a muy insatisfecho, en caso de no visualizarse correctamente desplaze el cursor que se encuentra debajo de la pregunta.

	Muy satisfecho	Satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Sector público					
Trabajo en establecimientos privados					
Prestaciones para obras sociales y prepagas desde su consultorio					
Consultas privadas					

- 46. En caso de sentirse insatisfecho o muy insatisfecho con sus honorarios, ¿cuál/es de las actividades que realiza debería ser mejor remunerada? Puede marcar más de una opción: Internación-Guardia psiquiátrica interna / externa-Domicilio de urgencia Atención domiciliaria programada-Hospital de día-Consultorios externos de centro de día o clínica privada-Consultas privadas
- 47. ¿Cuáles de las siguientes emociones sintió usted al completar el cuestionario? Vergüenza-Tristeza-Angustia-Depresión-Tensión-Ansiedad-Impaciencia-Enojo-Indignación-Furia-Alegría-Optimismo-Euforia:
- 48. Comentarios, opiniones, aportes:

Referencias bibliográficas

- World Psychiatric Association (WPA). Entornos positivos para la práctica de los profesionales de atención de salud. Página informativa WPA. Mayo 2008. disponible en: http://www.whpa.org/PPE_General_information_Sp.pdf
- Sobrequés J, Cebrià J, Segurac J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2003;31(4):227-33.
- West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*. Volume 283, Issue 6. June 2018: 516-529.
- Kapinos KA, Fitzgerald P, Greer N, et al. The Effect of Working Conditions on Patient Care: A Systematic Review [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); 2012 Jan. INTRODUCTION. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK114447/>
- Bianchini Matamoros M. El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud. *Med. leg. Costa Rica*. 1997, vol.13-14, n.2-1-2: 189-192.
- Wolfberg E. Crisis social y desgaste ocupacional de los profesionales de la salud: alertas y recursos. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat.* 2003, Vol. XIV.
- Kumar S. Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry* 2007; 6:186-189.
- Manyisa ZM, Van Aswegen EJ. (2017). Factors affecting working conditions in public hospitals: A literature review. *International journal of Africa nursing sciences*, 6, 28-38.
- Peckham C. Medscape Psychiatrist lifestyle report 2015. Publicado el 26 de enero de 2015. Disponible en: http://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2015/psychiatry?src=wnl_edit_specol&uac=198826ET#1
- Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83: 215-230.
- Falicoff J, Mazzoglio y Nabar M, Muñiz M, Berrío Cuartas DM, Peskin V, Furman M, Diez C, Reynoso F. Burnout en psiquiatras en formación a nivel nacional: Estudio transversal de los aspectos poblacionales, sociales y formativos. *IntraMed Journal Vol 6, N°3*.
- Chavarría-Islas RA, Sandoval Islas E, Peláez-Méndez K, Raddilla-Vázquez CC. Satisfacción laboral del personal médico en el Servicio de Urgencias Adultos en un Hospital General Regional. *Revista CONAMED*, Vol. 14, abril - junio 2009, p: 27- 35.
- Rossi GG, Cagnoni A, Giser EL, Luciano J, Cortés LA, Lerosse C, La Greca R, Sánchez J, Dalberg P. Encuesta sobre satisfacción laboral de los médicos de un Hospital Público. www.intramed.net vol2/ numero1.
- Bonadeo MA, Marengi M, Bassi F, Fernández ME, Lago MI, Piacentini A, Rodríguez Bertoni C. Evaluación del grado de satisfacción del personal médico en un hospital de pediatría. *Arch. argent. pediatr* 2005; 103(6):491-496.
- Organización Panamericana de la Salud. Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú Washington, 2012. disponible en: http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/FT_Categoria_Condiciones_de_Trabajo/OPS_Estudiocomparativo-condiciones-trabajosalud-trabajadores-salud-Arg-BraCosRicaPeru.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012. 2013. Disponible en: <https://www.paho.org/arg/images/gallery/pub69.pdf?ua=1>
- Mur de Víu C, Maqueda Blasco J. *Salud laboral y salud mental: estado de la cuestión*. Editorial. Med. segur. trab. vol.57. supl.1 Madrid 2011.
- Córdoba RN, Cano JF, Alzate M, Olarte AF, Salazar I, Cendales R. El médico psiquiatra latinoamericano: su perfil y su grado de satisfacción con la especialidad. *Actas Esp Psiquiatr* 2009; 37(1):9-16.
- Gómez Restrepo C, Bohórquez AP, Felizzola Donado C, Gil Laverde F, Díaz Granados Ferrás N, Heins Möller E. El perfil del médico psiquiatra colombiano. *Rev Colomb Psiquiatr*. vol.32 no.4 Bogotá Oct./Dec. 2003.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de Argentina. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/trabajo/buscastrabajo/marcolegal>

El trabajo grupal en el contexto de nuestra época

Magdalena Pfister Oliver

*Médica psiquiatra. Psicoterapeuta. Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis
E-mail: mpfisteroliver@hotmail.com*

Alejandro Fernández

Licenciado en Psicología. Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis

Resumen

Este trabajo se enmarca dentro del trabajo cotidiano que realiza el Hospital Escuela de Salud Mental de la Provincia de San Luis y es nuestro interés contar brevemente cómo se ha transformado en lo que hoy es, para luego comprender una manera posible de abordaje en situaciones de catástrofe y de crisis. Desde este marco de trabajo institucional queremos mostrar que la grupalidad surge como una necesidad de acompañarnos los equipos interdisciplinarios en la toma de decisiones creando un espacio abierto de construcción colectiva: la institución como responsable de dar respuesta a los problemas que presenta la comunidad; la institución que antes negaba la existencia de ciertos problemas ahora encuentra nuevas alternativas, profundiza en el conocimiento de los mismos y pasa de diagnósticos descriptivos a diagnósticos situacionales. Utilizamos un dispositivo grupal basado en teorías de la grupalidad y pensamos que el equipo terapéutico como las instituciones son considerados grupo. En relación a la demanda, consideramos que hay varios aspectos a tener en cuenta: quiénes demandan (personas, instituciones, etc.); qué tipo de demanda realizan y cómo es expresada la demanda. Destacaremos, cómo este dispositivo nos ha permitido intervenir en distintas situaciones de crisis, urgencias y en diferentes emergentes sociales.

Palabras clave: Instituciones - Grupos - Crisis - Hospital psiquiátrico.

GROUP WORK IN THE CONTEXT OF OUR TIME

Abstract

This work is part of the daily work carried out by the Hospital School of Mental Health of the Province of San Luis, Argentina, and it is our interest to briefly describe how it has been transformed into what it is today, to then understand a possible way of approaching situations of catastrophe and crisis. From this framework of institutional work we want to show that groupness arises as a need to accompany the interdisciplinary teams in decision-making, creating an open space for collective construction: the institution responsible for responding to the problems that the community presents; the institution that previously denied the existence of certain problems now finds new alternatives, deepens in the knowledge of them and passes from descriptive diagnoses to situational diagnoses. We use a group device based on groupal theories and we think that the therapeutic team and the institutions are considered a group. In relation to demand, we consider that there are several aspects to take into account: who demand (people, institutions, etc.); what type of demand they make and how demand is expressed. We will emphasize, how this device has allowed us to intervene in different situations of crisis, emergencies and in different social emergencies.

Keywords: Institutions - Groups - Crisis - Psychiatric Hospital.

“Desde el instante en que se exterioriza en el mundo científico la existencia de una ciencia sanitaria, es decir, desde que la medicina deja de tener como único objeto el individuo para trasladar su centro de gravedad al ambiente físico-bio-social que rodea al médico, este y, de particular modo, el médico funcionario de sanidad, se enfrenta con la necesidad de llevar a cabo su acción a terrenos con los que tropieza en escollos con los cuales antaño no soñaba si quiera. Es que comienza a notar que ya no le será posible arribar al cumplimiento total de su deber por el único camino de su acción individual, sino que requiere, además, la colaboración de todos los individuos de la colectividad.”

Ramón Carrillo

Introducción

Si se piensa en un Hospital Público dedicado a la Salud Mental de la población, a abordar sus grandes problemas, a hacer eficiente, saludable y humana a la institución, hay que dar lugar al intercambio de ideas y al debate. Para ello ha sido y es ineludible hoy desterrar las concepciones y realidades que permiten la depositación indefinida por años de seres humanos que así quedan marginados y aislados, empeorando su situación de salud.

Un nuevo modelo de hospital

En el año 1993, a partir de un proyecto conjunto entre los profesionales y técnicos del hospital psiquiátrico de la ciudad de San Luis, se propuso transformar el mismo en una institución para pacientes agudos. Las concepciones que orientaron ese trabajo conjunto tienen que ver con la idea de que la salud y la enfermedad son construcciones sociales. Esa idea nos colocó frente a la necesidad de analizar la vida cotidiana y las condiciones objetivas de existencia de los seres humanos. En este sentido, lo mismo ocurría en relación a la salud y a la enfermedad mental. Somos parte de una red de vínculos humanos y es en esa trama que enfermamos o nos recuperamos. Esto nos llevó a trabajar la relación entre el individuo y sus vínculos, estuvieran éstos presentes o no. Nos llevó a trabajar con familias y grupos de pertenencia del sujeto consultante, y con otras instituciones. Es un hospital que proyecta su actividad hacia el medio del que proviene el individuo. Se trabaja en el marco de la Declaración Universal de los derechos humanos en su artículo 3 define *“todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”* agregando en su punto 5 *“...nadie será sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes”*.

Se abrieron espacios de participación colectiva, donde pudo expresarse y decidir conscientemente el rumbo de un nuevo modelo hospitalario. Surgió, así, una democratización del hospital. Se instituyó la asamblea general de la que participaban todos los trabajadores de la institución, la revista de sala diaria era dirigida por profesionales del Servicio de enfermería.

Los trabajadores comenzaron a manifestar sus problemas y a resolverlos entendiendo esa actitud como un derecho. Salir del hospital, a la familia, a la comunidad, al poder judicial, etc...

Lo terapéutico en las instituciones psiquiátricas pasa principalmente por transformar a dichas instituciones en un espacio en el que los dilemas se puedan transformar en problemas, en el que los vínculos con la tarea y entre los agentes de salud puedan ser reflexionados, donde se salga del modelo de funcionamiento de una familia para pasar a personas y grupos humanos que no les teman a los conflictos y los puedan enfrentar y resolver. En el hospital la tarea pasa por asistir, prevenir y rehabilitar. Pasa por promover salud lo cual exige que los miembros de la institución se organicen para ello. Es preciso atender y tomar en cuenta los conflictos propios de un grupo humano. Para ello deben habilitarse espacios y momentos en los que esos conflictos puedan expresarse y resolverse en función de mejorar la tarea hospitalaria. Abordar las distintas situaciones de conflicto interpersonal no es hacer psicoterapia de los agentes de salud sino remover los obstáculos grupales que dificultan o impiden la tarea. Lo terapéutico en el hospital es generar un espacio institucional en el que los enfermos puedan recuperarse; en el que se eviten los silenciamientos; se analicen las diversas formas de maltrato; se pueda pasar del sentimiento a la reflexión; se advierta que toda práctica lleva implícita o explícita una idea que la determina; se gire alrededor de acciones de salud y no del rotulamiento de seres humanos según la patología que presenten. Que no existe aprendizaje permanente fuera de una práctica clínica; que las distintas crisis y situaciones cotidianas lo son de todo el hospital y no producto de la patología de un paciente exclusivamente.

Lo institucional hace referencia a todos aquellos aspectos que atraviesan la práctica clínica, como institución pública de la salud, con su estructura perteneciente al Estado, sus sistemas jerárquicos (servicios, jefaturas, ministerios, gobernaciones), su integración al sistema público y las determinaciones históricas, políticas, económicas, gremiales, sociales que ello implica. También la vida cotidiana, la ubicación en una situación histórica, las relaciones de poder/saber, la teoría y la práctica, las teorías de la subjetividad y las epistemologías en juego.

Los grupos

La grupalidad surge en el hospital como una necesidad de acompañarnos en la tarea de desinstitutionalización de los pacientes. Así, creando una grupalidad ordenada en torno al proyecto transformador se generan las bases para la formación de equipos terapéuticos y la multiplicidad de grupos terapéuticos. Así, la libre circulación de ideas y de seres humanos genera una grupalidad institucional donde lo que surge es la iniciativa que incluye al propio hospital para hacerlo más terapéutico.

Como bien lo explica Diana Kordon en su texto *Trabajando en y con grupos. Vínculos y herramientas: “Ante las situaciones de crisis, estos agrupamientos producen*

re-apuntalamientos que tienden a contrarrestar los sentimientos de indefensión y angustia de no asignación, entendida como el sentimiento de pérdida, de falta de reconocimiento en el deseo del otro, en este caso del conjunto social, como pérdida de un lugar en el mundo. El sujeto se siente arrasado, por completo desposeído y desvalorizado. Esto es producto de una masiva pérdida de apuntalamiento. Cuando hablamos de apuntalamiento nos referimos a la red de solidaridades que sostienen el funcionamiento del psiquismo. Se trata de apoyos múltiples (el propio cuerpo, la madre, la familia, los grupos, las instituciones y el contexto social en conjunto) que cumplen una triple función de apoyo o de sostén, de movilización y de espacio transicional, espacio en último del grupo y la creatividad”.

Gilles Lipovetsky nos recuerda las coordenadas sociales en las que desarrollan su vida los sujetos contemporáneos: “En la actualidad todo se piensa en términos de competencia de mercado, de rentabilidad y éxito, de máximos resultados al menor coste, de eficacia y beneficios [...] Comenzará una nueva era nihilista, caracterizada por la disolución del componente cultural del mundo, por una dinámica guiada estrictamente por el éxito y vacía de ideales, de proyectos y valores humanistas [...] Estamos en un momento en el que todos los ingredientes de la vida están en crisis, desestabilizados, faltos de coordenadas estructuradoras. Iglesia, familia, ideologías, política, relaciones entre los sexos, consumo, arte educación [...] De ahí sigue un estado de incertidumbre, de desorientación, sin precedentes, generalizado, casi total”.

Byung-Chul Han expresa nociones similares cuando afirma: “El aislamiento narcisista del hombre, la instrumentalización del otro y la competencia total destruyen el clima de gratificación. Desaparece la mirada que confirma y reconoce. Para una autoestima estable me resulta imprescindible la noción de que soy importante para otros, que hay otros que me aman. Esa noción podrá ser difusa, pero indispensable para la sensación de ser importante.

Precisamente esta falta de sensación de ser es la causante de las autolesiones. La conducta autolesiva no es solo un ritual de autocastigo por esas insuficiencias propias que son tan típicas de la actual sociedad del rendimiento y la optimización, también viene a ser un grito demandando amor” [...] “En el régimen neoliberal la explotación ya no se produce como alienación y desrealización de sí mismo, sino como libertad, como autorrealización y autooptimización. Aquí ya no existe el otro como explotador que me fuerza a trabajar y me aliena de mi mismo. Mas bien, yo me exploto a mi mismo voluntariamente creyendo que me estoy realizando. Esta es la pérdida del neoliberalismo. Así es también la primera fase de euforia del proceso de burnout o síndrome del trabajador quemado [...] Me mato a realizarme. Me mato a optimizarme. Tras el espejismo de la libertad se esconde el dominio neoliberal [...] El Eros es el único que está en condiciones de liberar al yo de la depresión, de quedarse enredado en sí mismo de manera narcisista. Viéndolo así, el otro es una fórmula redentora. El Eros que me arranca de mi mismo y me embelesa con el otro llevándome a él es lo único que puede vencer la depresión”.

Como lo expresan Christian Laval y Pierre Dardot, el modelo neoliberal imperante en nuestra época determina conductas y formas de vivir: “El neoliberalismo no gobierna principalmente a través de la ideología, sino a través de la presión ejercida sobre los individuos por las situaciones de competencia que crea [...] para nosotros, el neoliberalismo es mucho más que un tipo de capitalismo. Es una forma de sociedad e, incluso, una forma de existencia. Lo que pone en juego es nuestra manera de vivir, la relaciones con los otros y la manera que nos representamos a nosotros mismos [...] No solo tenemos que vérnosla con una doctrina ideológica y una política económica, sino también con un verdadero proyecto de sociedad (en construcción y una cierta fabricación del ser humano).”

Para Viktor Frankl la neurosis “colectiva” de nuestro tiempo muestra cuatro síntomas principales:

- 1) El hombre vive hoy de un modo provisional.
- 2) Adopta una actitud fatalista ante la vida.
- 3) Presenta un pensamiento conformista o colectivista.
- 4) Es presa del fanatismo.

Frankl nos dice que estos cuatro síntomas provienen del miedo y la huida de la libertad y la responsabilidad; pero libertad y responsabilidad juntas hacen del hombre un ser espiritual: “Lo que amenaza al hombre contemporáneo es la supuesta falta de sentido en su vida o, tal como la llamo, el vacío existencial interior” [...] “Cuanto más vivo es el sentimiento de responsabilidad de un hombre, tanto más fuertemente esta inmunizado contra la neurosis colectiva, la neurosis masiva, el vacío existencial [...] Pues una conciencia abierta lo hace capaz de resistir de manera que no se entregue fácilmente al conformismo y se doblegue tampoco al totalitarismo [...] El hombre es responsable de la realización del sentido específico de su vida personal. Pero es también responsable ante algo, o para algo, sea la sociedad, el género, la humanidad o su propia conciencia.”

El trabajo en el hospital

“De qué forma el servicio puede devenir instrumento terapéutico depende cómo es pensado y accionado por sus miembros. Todo debería comenzar a partir de aceptar que un Servicio Público no es igual a la suma de consultorios privados, ya que éstos tienen otras características institucionales, ni tampoco la agregación de diferentes prácticas disciplinarias.”

A. Bauleo

Las instituciones, la demanda a estas, y las respuestas que se pueden dar, están atravesadas por el contexto social y político. Un contexto social con gran magnitud y velocidad de cambios que tornan compleja la adecuación a estos. La expansión de los medios de comunicación y el avance tecnológico, posibilitaron el acceso a diferentes recursos, pero este fenómeno trajo aparejado el consumismo, la inmediatez, el individualismo, la competitividad, la desocupación y la inestabilidad laboral.

Es así que la grupalidad es una propuesta que nos permite creativamente la búsqueda de otras posibilidades. "Podemos imaginar la institución como un movimiento

interrelacionar de grupos alrededor de un objetivo común" proponía Armado Bauleo.

Figura 1.

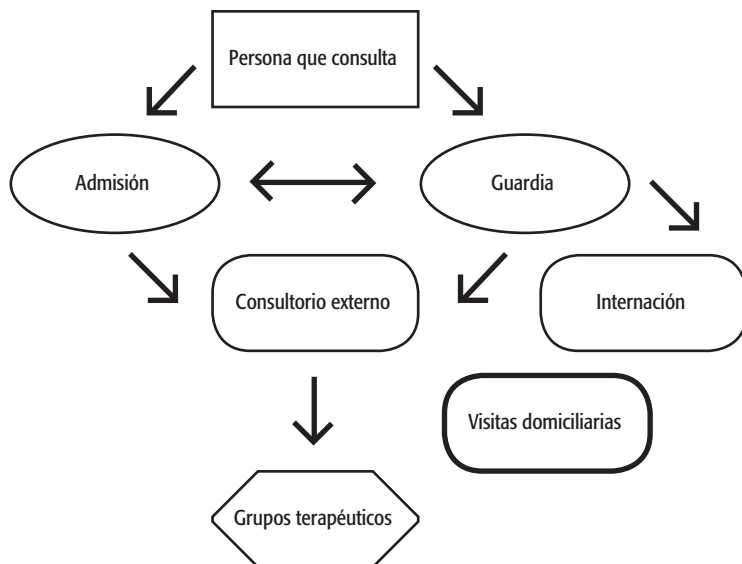
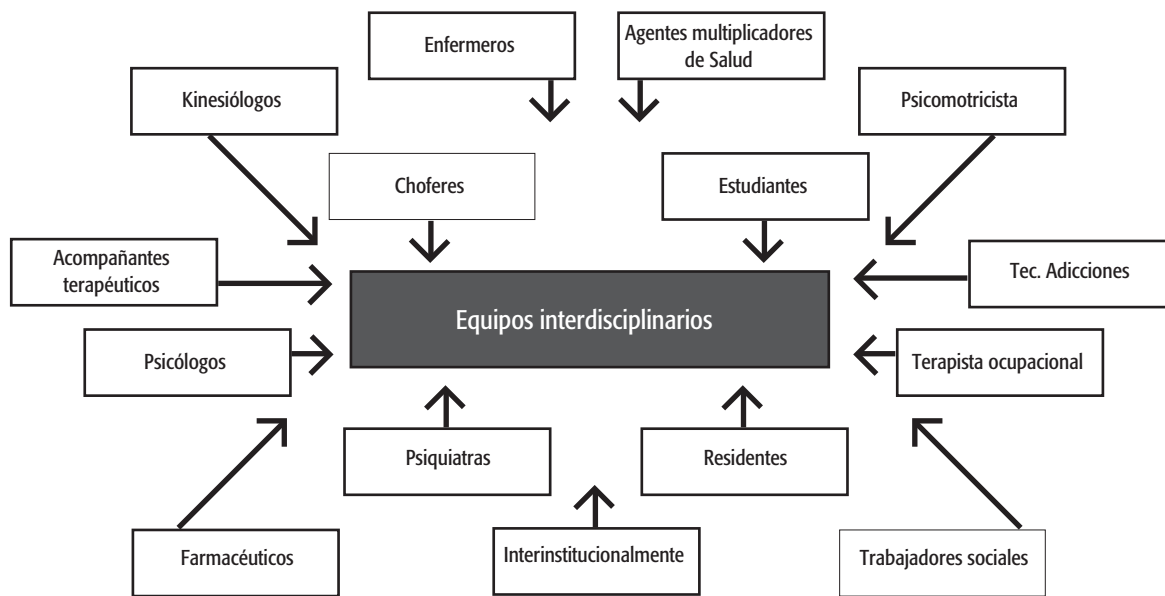


Figura 2.



Las Figuras 1 y 2 ilustran cómo en el Hospital de San Luis cada espacio de intervención institucional es pensado como grupo y estos grupos tienen espacios de intercambios en las asambleas y revistas de sala donde se discuten tácticas y estrategias a seguir según la problemática que pueda presentar cada espacio.

Cuando aparece una demanda, un pedido, lo que hacemos en primer lugar es explicitar que es lo que se nos pide, organizar la demanda. Para esto reunimos todo el material que puede indicar y aclarar la demanda formulada. Nos informamos del funcionamiento de la institución, los servicios asistenciales existentes, relaciones

interservicios, relaciones interpersonales de sus miembros, liderazgos manifiestos y latentes, áreas conflictivas y puntos vulnerables, tipo de asistencia que brindan, posibilidades y límites de respuesta de la institución. Todo esto lo hacemos para poder organizar la demanda y observar la relación que hay entre la finalidad asistencial explícita y de qué manera se logra esto o no; y poder a partir de ahí realizar el plan asistencial, que no estará centrado exclusivamente en la asistencia a casos de patología individual, sino a las situaciones o conjunto de personas que tienen una incidencia actual en el conflicto.

Lo grupal se presenta así, como la situación ideal para trabajar no solo los conflictos de los damnificados por catástrofes, sino también los afectos y ansiedades que se manifiestan en los profesionales de la asistencia. Implementamos el grupo como técnica operativa, en los diferentes sectores del personal técnico y de los asistidos. Esto nos conduce a plantear la necesidad de una concepción estructural de grupo, ya que no se trata de ver a cada uno de los sujetos individualmente, sino de cómo cada grupo, en el desarrollo de su proceso opera y sirve de estímulo para las modificaciones en los sujetos a partir de las distintas maneras en que estos abordan y elaboran sus tareas.

La utilización de grupos operativos permite (por el descentramiento de la coordinación, por la lectura del emergente y por la explicitación de la tarea grupal) la interpretación tanto de los obstáculos, como de las resistencias que aparecen cuando es necesario enfrentar una circunstancia determinada de una manera novedosa.

La situación grupal es pensada a partir de una triangularidad, en la cual cada vértice señala distintas funciones:

- *Organización grupal*: aspectos manifiestos y aspectos latentes de todo grupo, el código, las complejidades identificadas, el proceso y sus efectos.
- *La tarea o finalidad*: son los aspectos motivacionales que engendran la posibilidad de estructurar un grupo.
- *El Coordinador*.

Los grupos están insertos en lugares institucionalizados (y/o atravesados por ellos) lo que hace que en cada grupo lo social sea manifestado.

La demanda aparece estructurada en diversos estratos y planos que atraviesan niveles individuales, grupales e institucionales. Es así que la demanda se coloca en el centro de la relación usuario-institución. La institución efectúa una oferta a la comunidad, es decir, envía un mensaje manifiesto o latente a los usuarios. La demanda implica una futura estrategia terapéutica.

Cuando el diagnóstico se realiza en el ámbito institucional, además de ser presuntivo, debe ser un diagnóstico global o social, ya que estará subordinado no sólo a las características del/la paciente y a las posibilidades del/la terapeuta, sino también a los recursos con los cuales cuenta la institución, siendo uno de los principales recursos el equipo.

La función de este equipo es fundamental ya que se encuentra como parte constituyente de un sistema de leyes y elementos normativos e institucionales, así como las funciones y los roles específicos de sus integrantes. La operatividad de un equipo reside justamente en el aprovechamiento que se realiza a partir de las diversas aportaciones que las diferentes disciplinas o formaciones pueden efectuar sobre una demanda determinada. Cada dispositivo se construye como una trama, en una labor en conjunto y en colaboración. Cada situación de demanda será única, diferente, y requerirá de un equipo flexible y abierto a creativas respuestas.

Una intervención en ocasión de catástrofe

Una situación de catástrofe, en este caso natural con consecuencia social, a la que debimos acudir fueron las inundaciones en la localidad de Luján, distante a unos 160 km de la capital de San Luis. El fenómeno meteorológico impactó directamente en la vida cotidiana del pueblo. Además de las casas que se llevó el río y de otras pérdidas materiales, estaba la amenaza de que se derrumbara el paredón del dique que se encuentra ubicado muy cerca del pueblo y que implicaría una mayor inundación con consecuencias imprevisibles.

En esta oportunidad, al llegar a la localidad vimos que ya se habían conformado grupos espontáneos de contención social de diversas características: de los pobladores, religiosos, de caridad, del ejército, de la escuela, de la municipalidad de la localidad, de San Luis Agua y de San Luis Solidario; como así también la participación de bomberos y de la Policía. Entre estos grupos faltaba la participación del Hospital de Luján de una manera más organizada y con más impronta ante los hechos acontecidos. Todos estos grupos espontáneos trabajaban cada uno por su cuenta, desarticuladamente sin una tarea que orientara su accionar.

Decidimos intervenir en el Hospital de Luján para investigar qué sucedía allí, cómo había impactado la emergencia social y cómo habían decidido abordarla. Contactamos a la Directora del mismo y se organizó una reunión con todo el personal.

En la reunión se pudo manifestar la angustia vivida en la catástrofe y cómo les afectó siendo ellos mismos representantes de una institución de salud, en los roles que debían cumplir, pero también como damnificados por el temporal. Además, permitió que los distintos integrantes se escucharan y pasaran de un monólogo sobre lo sucedido a un diálogo que favoreciera acciones a realizar. Esta actividad "grupal" permitió hablar de los miedos, de las fantasías, de las culpas y en un segundo momento pensar cuál iba a ser el rol en un futuro del Hospital en relación con la comunidad.

A partir de esta primera reunión, ya como grupo y como necesidad del mismo, se decidió acercarse a la Escuela adonde permanecían las personas evacuadas. En el patio de la institución escolar se observaba a los agentes sanitarios realizando tareas asistenciales. Nos in-

formaron que no había una persona que coordinara las acciones y nos sugirieron hablar con los directivos de la escuela. Con los directivos y otros maestros decidimos realizar una reunión junto a la directora del Hospital de Luján, a una fonoaudióloga y una trabajadora social de la misma institución. A esta reunión se sumaron: el sacerdote y un referente del Ejército que estaba encargado de la comida para los evacuados y para la gente que trabajó luego de la catástrofe. En esta nueva reunión, se discutió sobre las situaciones emergentes, sobre lo que los angustiaba, sobre los miedos con los que contaban. Se decidió, grupalmente, la manera de afrontar los tres temas más preocupantes: primero; se reconoció que se está trabajando desde distintas instituciones y que no había referentes que coordinaran esas acciones, lo que generaba confusión y angustia en la gente en general, debido a que no había una estrategia y una conducción centralizadas. La ausencia de la misma se traduce en angustia, rumores de perjuicio, desorden, agresividad y violencia (a partir de lo no dicho). Conductas que se estaban observando en las personas evacuadas en la escuela como así también, en las personas que estaban abocadas a la tarea de regresar a sus casas. Segundo; se trabajó como tema importante el miedo a una nueva inundación y la rotura del dique. Frente a ello los evacuados plantearon que era necesaria la palabra de un experto que explicara las condiciones estructurales del dique a toda la comunidad y las medidas que se iban a adoptar desde el gobierno provincial frente a esa eventual amenaza. Tercero; se debatió sobre el rol de la escuela en el momento de la catástrofe y en los días siguientes, sobre cuánto tiempo

iban a estar las personas evacuadas allí y sobre la forma en que esas personas iban a salir del lugar. Se informó que la organización Caritas había practicado un primer relevamiento de las personas afectadas lo que permitiría orientar mejor la ayuda material. La falta de un relevamiento adecuado en los primeros momentos había generado malestar general porque la ayuda no se distribuyó de manera justa; ciertas personas habían aprovechado la situación para beneficiarse injustamente.

Otro tema, que podemos poner en cuarto lugar, y que surgió como necesidad, fue el pedido de presencia de un funcionario con autoridad gubernamental que garantizara las acciones que se implementarían y cuáles iban a ser las mismas. Se solicitaba que esas acciones fueran expresadas de forma clara, justa y posible, y que no generaran falsas expectativas y más confusión.

La necesidad de otra nueva reunión incluyendo a los líderes y referentes comunitarios que estaban participando en la tarea con los damnificados.

A partir de ese momento comenzó la comunidad a trabajar como grupo, se pudo elaborar la situación y se actuó en consecuencia a esa elaboración. Se realizaron nuevas reuniones y el hospital fue el centro de las convocatorias de las mismas. Nuevos participantes fueron aportando nuevas alternativas que permitieron dar solución a las complejas problemáticas que iban sucediendo. Ese trabajo de intervención duró desde fines de febrero de 2015 a mayo de ese mismo año. Actualmente, el gobierno de la provincia ordenó construir viviendas para quienes las habían perdido en un sector del pueblo que no está expuesto a las inundaciones. ■

Referencias bibliográficas

- Laval Ch, Dardot P (2013) *La nueva razón del mundo. Ensayo sobre la sociedad neoliberal*. Barcelona: Gedisa.
- de Brasi M, Bauleo A (1990) *Clínica Grupal, Clínica institucional*. Buenos Aires: Atuel.
- Carrillo R (1974) *Clasificación Sanitaria de los enfermos mentales*. Buenos Aires: EUdeBA.
- Edelman L & otros (2011) *Trabajando en y con grupos. Vínculos y herramientas*. Buenos Aires: Psicolibro.
- El Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis. *Revista del Hospital* Nº 4 (2004), Gobierno de la Provincia de San Luis, Ministerio de Salud de San Luis.
- García D (2003) *El grupo. Métodos y técnicas participativas*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Han Byung-Chul (2018) *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder.
- Hospital Psiquiátrico San Luis. Su transformación en Hospital de Agudos. *Revista del Hospital* Nº 1 (1994) Gobierno de la Provincia de San Luis. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Medicina Preventiva. San Luis.
- Hospital Psiquiátrico San Luis. *Revista del Hospital* Nº 2 (1997) Gobierno de la Provincia de San Luis. Dirección Provincial de Salud Mental de San Luis.
- Hospital Psiquiátrico San Luis. *Revista del Hospital* Nº 3 (1999) Gobierno de la Provincia de San Luis. Ministerio de Salud de San Luis.
- Kordon D, Edelman L. Crisis social, grupalidad espontánea y dispositivos grupales. 2002 *Vertex, Rev Arg de Psiquiatría*. Vol XIII (50): 54-59.
- Lipovetsky G, Juvin H (2011) *El occidente globalizado*. Barcelona: Ed. Anagrama.
- Frankl V (2003) *Psicoterapia y existencialismo*. Barcelona: Herder.
- Pellegrini J (2001) *Cuando el manicomio ya no está...* San Luis: Ed. Payné.
- Pellegrini J (2002) *Crónicas Agudas*. San Luis: Ed. Payné.
- Pellegrini J. (2008). *Salud Pública y Economía Política. El caso del alcoholismo*. Buenos Aires: Polemos.
- Pellegrini J. (2011) *Escritos sobre Alcoholismo*. San Luis: Ed. Payné.
- Pellegrini J. (2011). *Salud es sin encierros*. San Luis: Ed. Payné.
- Pichon-Rivière E. (1985) *El Proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Transformación Institucional. *Revista del Hospital* Nº 5 (2006). Gobierno de la Provincia de San Luis. Ministerio de Salud, San Luis.



el rescate y la memoria

Locura y crimen **Pedro Alcácer** **1883** ***Fragmentos***

Capítulo I

División y clasificación de las locuras en general

Si hemos de examinar todas las formas de locura criminal, desde la simple incapacidad mental del imbécil y del idiota, desprovistos ambos de todo carácter inteligente y condenados a rodar sin conciencia en el círculo estrecho de una vida meramente vegetativa; hasta la locura perfectamente confirmada del maníaco furioso y colérico, del lipemaniaco sombrío, amenazado y amenazador, o ambas cosas a la vez, el espíritu se aturde y difícilmente se atina con una solución que llene las exigencias más justificadas que, reclaman a una, la experiencia en una larga labor adquirida y la ciencia moderna, día a día ambiciosa de nuevas y espléndidas adquisiciones.

Muy lejos de mí la idea de agrupar en una división arbitraria, hechos que corresponden a divisiones, reales sin duda, pero cuyos deslindes nuestra mente es incapaz de abarcar en toda su magnificencia y latitud.

Imposibilitados para establecer una división fundamental e incontrovertible, cual es la ambición de nuestra actitud científica, grandemente reservados y humildes, acaso por sospecharlos deficientes, deben ser nuestros ensayos de una división, y mayormente de una clasificación, tanto más si consideramos que, como dice Luys, la ciencia mental no está aún, a pesar de las conquistas con que día a día acrecienta sus caudales, sino en la faz primera y embrionaria de su desarrollo.

Si he de atenerme a mis propias impresiones y a la opi-

nión respetadísima de un notable autor inglés, Maudsley, y de numerosos alienistas, al examinar las variantes numerosas de la locura, dos grandes rasgos sobresalen sin esfuerzo de aquel sin número de variedades, rasgos que fundan dos grandes divisiones.

La primera que abarca afecciones distintas, pero cuyos caracteres análogos permiten agruparlos bajo el epígrafe general de "Insanías del Pensamiento" o locuras delirantes simplemente; la segunda que comprende psicopatías de carácter tranquilo o inofensivo, aunque no menos acentuado, llamadas "Insanías de los Sentimientos y de los Actos", caracterizadas por la casi total carencia del delirio y de la incoherencia en el funcionamiento del sistema de la vida de relación.

La primera división estaría mejor clasificada denominándola, con Maudsley, "Locura de las Ideas"; la segunda, "Locuras Afectivas".

Acaso esta división, tan sencilla en sí, no satisfaga aspiraciones por demás legítimas; pero no trepido en aceptarla como síntesis de un trabajo de observación que me es propio y que satisface y llena mis limitadas exigencias del momento [...] En un primer grupo colocaremos todo ese conjunto de desórdenes psicopáticos comprendidos bajo el epígrafe general de "Manías" (para el vulgo el único género de locura existente) en que el trastorno del pensamiento es franco y en que el delirio es más o menos vivaz, incoherente y difuso, o reducido a un círculo de ideas o palabras trucas y sin sentido racional determinado: considerando esta fijeza y difusión de un delirio más o menos frenético e irritado, una subdivisión

se ofrece de por sí, y tenemos así concebidas y delineadas las manías, general la una (aguda o crónica), parcial y limitada la otra.

Al ensayar la subdivisión que dejo apuntada, una nueva observación se ofrece a nuestro ánimo, y es ella la que indefectiblemente nos conduce a considerar el carácter individual que acompaña al delirio de la locura parcial en el círculo de sus trastornos mórbidos; en efecto, en ella el delirio es unas veces irritado, amenazador, colérico, signo indudable, en fin, de un trastorno agudo, hiperémico si se quiere; otros silencioso, inofensivo, sombrío, síntoma indicador también de un proceso mórbido de otro carácter sin duda que el primero y de naturaleza isquémica, como ha dado en llamarse en la actualidad.

Es aquella observación quien define por sí y delinea los límites acaso caprichosos y rutinarios entre la monomanía y la lipemanía de Esquirol, procesos mórbidos ambos, que corresponden sin duda, a una misma entidad patológica con sus dobles y distintas fases dependientes del avance más o menos amplio de las evoluciones textuales de los órganos afectos.

Una observación análoga nos lleva a considerar el debilitamiento progresivo, lento y ascendente que las facultades mentales del loco experimentan hasta la completa caducidad de su espíritu y su organismo.

Debilitamiento es este perfectamente concebido y mejor explicado en la actualidad: y es el examen detenido y directo unas veces, de los órganos, cuerpo del delito y el razonamiento inductivo, otras, basado en una observación legítima quien nos da la clave segura para penetrar el misterio sombrío de aquel proceso cuyo prólogo es una debilidad funcional completa, semejante a la del idiota o del imbécil, si este alguna vez hubiera poseído lo que el demente ha perdido y cuyo término es la muerte.

Tenemos pues así explicada la demencia, término fatal de una locura que ha recorrido las fases todas de la enagenación y de una decadencia mental que con razón la define Maudsley "la destrucción del espíritu por la enfermedad".

Por fin, debo considerar dos clases de locura para las cuales todos los autores tienen privilegiado un lugar especial en el cuadro de sus clasificaciones.

La locura epiléptica y la parálisis general de los alienados, en la cual a los trastornos cerebrales pero enlazados va unida una lenta y progresiva parálisis muscular cuyo término es la muerte.

Insisto con marcada tenacidad en la deficiencia de una tal división basada únicamente sobre síntomas mentales, pero que presentan la facilidad de agrupar bajo un epígrafe incompleto si se quiere, afecciones cuyas causas no investiga pero que no desconoce y que son la clave para fundar un diagnóstico clínico y una acertada terapéutica.

Pero, por deficiente que la suponga, no me negaré a suscribirla, si he de ver en ella una simple división basada en síntomas palmarios y de observación diaria, y no una clasificación pretensiosamente pomposa que muy lejos está aún de parecerse a las agrupaciones naturales o familiares (sic), que es el justo *desideratum* de la ciencia moderna, munida de una sabia observación, de las

causas, de los síntomas físicos y mentales, de la marcha de la enfermedad y secundada en fin, por una razonada generalización inductiva a que justamente autoriza una larga experiencia científica.

Bosquejo una clasificación solamente, no clasifico.

Divido porque necesito orientarme de alguna manera; no acepto una clasificación, ni aún la de Luys, la más ajustada a la actualidad científica, pero falta de la base patofisiológica en que imagina apoyarse, porque no entreveo ninguna incontrovertible, capaz de soportar los tiros de una crítica juiciosa y estoy convencido de mi insuficiencia para ensayar alguna.

Capítulo III

Locuras observadas

El epígrafe de este capítulo tiene su explicación.

Hacer una explicación sucinta de todas y cada una de las locuras que pueden impeler al crimen, sería una empresa laudable sin duda, pero ella traspondría los límites de mis pretensiones y de mi propia observación.

No obra, pues, en mí ánimo otro motivo, al limitar así mi trabajo que ajustarme a lo que es del dominio de mi observación, ilustrada por un estudio que me felicitaré siempre haber emprendido.

Manías impulsivas

Los alienados que sirven de casos prácticos a mis observaciones, me han sugerido estas consideraciones que estimo ajustadas a un razonamiento fisiológico y clínico.

Debo, ante todo, manifestar mi conformidad, con todos los autores modernos, que no considero a la manía impulsiva como una afección mental distinta y tan perfectamente delineada en su evolución, como para erigirla en una entidad mórbida especial.

Verdadero delirio de los actos, como la llama Luys, ella es consciente o inconsciente y en ambas circunstancias involuntaria, como que depende de un trastorno funcional irreprehensible; en el primer caso, el criminal se da cuenta del acto criminal y a pesar de todo su organismo en rebeldía prevalece sobre su voluntad; en el segundo, no mide el alcance de su crimen, como tampoco mide el de su puñal homicida o suicida.

En ambos casos sucede a aquella sobreexcitación incoercible de la impulsión criminal, un período de calma que tiene su explicación en un cansancio nervioso, calma es esta que coloca a las manías impulsivas en la categoría de accesos paroxísticos que acompañan de igual manera el delirio de un maniaco furioso que el de un lipemaniaco sombrío y perseguido o el de un ambicioso delirante de grandezas y fortuna.

Aquel carácter paroxístico les da un aspecto fisonómico [...] El primero se cree perseguido por sus compañeros de infortunio, tiene alucinaciones visuales y auditivas, todos le acechan y pretenden hacerle mal; su alegría genial, que antes manifestaba en fáciles décimas cantadas en voz baja al son de una guitarra por él fabricada, bur-

lando la vigilancia de sus celadores y guardianes en el abandono de su celda, ha sido sustituida por un carácter sombrío y apático; los alimentos llevan para él venenos con que sus enemigos se entretienen en condimentarlo; su inteligencia no columbra otro medio de salvación a tanto peligro que uno extremo y digno a su insana desesperación. Busca un fragmento de acero y lo hunde en el pliegue de su codo izquierdo para morir exangüe [...] En otros, el objetivo de la manía, lo he dicho ya, es el incendio y, perseguido o perseguidor, el loco pusilánime y frenético pone fuego a su propia guarida en donde se oculta de la justicia que lo persigue por criminal, imaginando éste, un medio de salvación seguro, oquema la casa de su semejante más inofensivo, tan solamente por dar pábulo a sus pervertidos instintos, irrepreensibles en su impulsión criminosa.

Tenemos así un *modus essendi* de la manía impulsiva, la piromanía.

En otros el uso consuetudinario del alcohol crea lentamente o despierta de súbito un acceso impulsivo y, alucinado o no, hiere al que encuentra a su paso, creyendo vengar de esta manera una supuesta ofensa a él inferida, o defenderse de quienes no le persiguen ni le maltratan en realidad. Pasado el acceso conserva, o no, memoria del hecho, si lo primero, por regla general, se les halla arrepentidos de lo que entonces aprecian como un crimen.

La ley no castiga inexorablemente a este criminal, pero debe hacerlo y lo hace de una manera inflexible, a aquel vicio [...] Todo lo que rodea al psicópata le es indiferente mientras es algo que no afecte a su preocupación; su voluntad es impotente para querer o no querer; el insomnio es tenaz y casi constante; la mirada es siempre vaga y tímida hasta la cobardía y, por regla general, que tiene con frecuencia su comprobación; esta manía reconoce alguna herencia mórbida en los antepasados, que estalla con más o menos vehemencia en el psicópata criminal [...].

Manía aguda y crónica

Sentado el hecho de que, una manía como la hemos llamado, impulsiva, no es sino una manera de ser que acompaña a muchas formas de locura, interrumpiendo su evolución mórbida con sus accesos paroxísticos violentos, tócame considerar otra forma de que abarca en su estudio una cantidad máxima de hechos fisiológicos y clínicos de importancia, la manía aguda.

Colocada por Luys en el número de sus hiperemias generalizadas, no tiene por causas generatrices otras que las que provocan las diversas formas de enajenación mental.

Ellas se refunden diciendo que son adquiridas y hereditarias; en efecto, una impresión moral exagerada, una meningitis simple o específica, una fiebre violenta, una afección cardíaca una insolación que produce una congestión cerebral brusca y trastornos cerebrales consecutivos, el alcoholismo, etc. son causales que se hallan en el número de los adquiridos.

Neurosis hereditarias como la epilepsia, el corea, la histeria, una esclerosis posterior, etc., se encuentran en

el número de las segundas, y son más que determinantes, causas predisponentes y ocasionales que elaboran lentamente el terreno en que una tal psicopatía se ha de desarrollar.

Ligeros pródromos ni sospechados acaso por el médico ni por el enfermo que se enajena, abren su escenario mórbido y avanzan roedores en su marcha.

Un cambio de carácter, un disgusto inusitado a consecuencia del más ligero contratiempo, la repulsión a antiguos hábitos, una ilimitada ambición de lo que no es dado alcanzar o una sobreexcitación provocada por la soledad y el silencio propio de una vida celular casi continua, una preocupación sistematizada e incesante sobre lo pasado y sufrido, sobre sus contrariedades o actos criminales, un ilusorio llamado a concurrir a todo lo que pasa, un insomnio enfermizo y casi constante, producto de la excitación en que se vive, un estado febril más o menos acentuado, un desgano sistematizado por los alimentos, violentos arranques impulsivos, trepidación en la palabra que brota airada y colérica cuando no trunca e incoherente, una creciente pérdida de la conciencia de los actos, una pérdida igualmente de los sentimientos; he ahí la sintomatología más común con que comienza una manía aguda.

A estos signos que podemos apellidar premonitorios de la manía que vendrá luego suceden otros más acentuados y característicos.

El monomaniaco criminal comienza su delirio que es arrebatado, incoherente y frenético; sus alucinaciones, sobre todo las visuales y auditivas comienzan, sus párpados entreabiertos dejan ver unos ojos sangrientos y provocativos, los movimientos son agitados y convulsivos, la palabra es sonora y animada, la sangre acude tumultuosa al rostro que se manifiesta iracundo y contraído como toda facies de un enajenado, la postura del cuerpo es gallarda e insolente, la impulsión criminal más dolosa estalla en el con frenesí; el psicópata empieza a ser peligroso y amenazador, destruye cuanto se opone a su paso, sus sienas ardorosas laten con violencia y al unísono con su pulso febril, el desorden en su pensamiento es franco, en fin, toda una sobreexcitación incoercible se desata y rompe todo el equilibrio mejor cimentado.

La manía aguda está entonces ya bien caracterizada.

La ley no alcanza a ese maníaco peligroso; ella se hizo para el criminal consciente, íntegro en sus funciones, librado y mal intencionado a sus actos; el maníaco nada de eso tiene, por eso es que para él se abre, no un presidio, sino un hospicio de alienados [...] El círculo de la actividad decrece rápidamente a consecuencia de un desgaste orgánico fatal; la marcha invasora del mal se acelera y no es raro ver a los maníacos crónicos, todavía ligeramente excitados, morir súbitamente arrebatados, por una detención brusca de la circulación, una lesión cardíaca, una apoplejía pulmonar o un síncope instantáneo [...] Los intervalos lúcidos de ambas manías son tan cortos, tan mal definidos y tan fugitivos, que a mi modo de ver, con justa razón nuestra legislación no las considera para hacer al alienado responsable de sus actos mientras ellos duran, sino que, a pesar de ellos, los considera siempre insanos.

El art. 2 del título X de nuestro Código Civil se expresa de esta manera: “Se declaran dementes los individuos de uno y otro sexo que se hallen en estado habitual de manía, demencia é imbecilidad, aunque tengan intervalos lúcidos, o la manía sea parcial”.

Nuestro Código, a mi modo de ver, se ajusta a toda una exigencia científica bien justificada y es aún más sabio y justiciero, cuando añade en el art. 2 de su título XIII: “Son incapaces de administrar sus bienes, el demente, aunque tenga intervalos lúcidos, etc.” y cuando los declara incapaces de ser testigos aún en medio de sus lúcideces intermitentes.

Así descriptas las manías, fácil es comprender como ellas conducen al psicópata a ejecutar actos que serían criminales si ellos fueran, conscientes voluntarios y mal intencionados en la acepción moral de la palabra [...].

Lipemanías

Esta forma de enajenación mental colocada por Luys en el cuadro de sus isquemias localizadas” y cuya sintomatología a veces interrumpida por violentas excitaciones, recuerda por lo demás aquella torpeza nerviosa o apatía, signo invocado por todos desde Esquirol hasta Maudsley y base de una división fundada en síntomas los más predominantes; no reconoce otras causas distintas a las que originan a las demás psicopatías.

Ella es como la definía Esquirol “una afeción cerebral caracterizada por un delirio parcial, crónico, sostenido por una pasión triste, debilitante u opresiva” [...] Entre las causas que la originan encontramos ya señaladas en Esquirol, las estaciones, los climas, los vientos reinantes, en efecto, es proverbial el otoño como generador de las lipemanías, el abandono de un clima como origen de la nostalgia y entre nosotros los vientos del norte que nos ocasionan tenaces dolores de cabeza y una postración de ánimo, un abatimiento físico y moral sino del todo lipemaníaco, muy próximo a lo menos a la melancolía.

Un temperamento y una constitución debilitados, una viciosa educación, una pasión triste y abrumadora, toda expresión moral desagradable, la miseria, la privación, una infidelidad conyugal, la traición dolorosa de un amigo, una contrariada vocación, un revés de fortuna, el fracaso en una tentativa, toda causa de depresión orgánica y moral, en fin, que interrumpe las funciones de nutrición trófica de nuestros centros nerviosos y de nuestro organismo en general, son otras tantas causas determinantes de la lipemanía, en numerosos casos hereditaria o producto de neurosis deprimentes que afectan a los progenitores.

Considerada no como un signo primordial de toda locura, sino como una entidad mórbida definida, ella tiene signos prodrómicos que la anuncian de antemano.

Un cambio en el carácter, una tristeza insólita y constante, el deseo de la soledad y el silencio, la fijeza a un mismo pensamiento siempre sombrío, una preocupación, celosa si no fuera insana, por una salud que se siente quebrantada y enfermiza, un delirio parcial con alucinaciones sensoriales casi constantes, una angustia

que raya en desesperación; tales son los signos premonitorios de una lipemanía próxima a desarrollarse en todo el cortejo de sus síntomas [...] Sin conciencia de lo que intenta, sin libre espontaneidad, lesionada su integridad funcional, pervertidos sus sentimientos, degenerados sus apetitos, el lipemaníaco, no es sino una máquina que se mueve a impulso de animales instintos y alucinadas sensaciones, falta de una realidad objetiva [...] Afeción de una marcha lenta y remitente, como decía Esquirol, cura difícilmente o bajo un simple tratamiento moral o sintomático o se transforma en un delirio ambicioso de grandezas y el lipemaníaco se manifiesta emprendedor, exigente inquieto y sobresaltado en medio de sus riquezas ilusorias, de sus alucinadas grandezas y poderío, edifica imperios por el gusto de destruirlos, mantiene relaciones con reyes, emperadores y presidentes, decora su pecho con pomposas insignias y medallas conmemorativas de combates que tan solo tuviera por campo su cerebro, gallarda y vana es su postura, pretenciosa su palabra, en fin, asistimos a una franca megalomanía con todos sus ilusorios esplendores.

Otras veces la lipemanía degenera simulando una mejoría que no es del todo verdadera; hay tan solo menos intensidad en las manifestaciones exteriores y es entonces francamente crónica.

Otras al contrario coexiste con un abatimiento orgánico, manifiesta una exaltación nerviosa incoercible y una angustia desesperada o una apatía próxima al colapso o al estupor y tenemos el delirio de los perseguidos o de los lipemaníacos ansiosos, las alucinaciones más desesperadas y deprimentes, la estupidez, la imbecilidad, en fin, signos finales de una alimentación trópica insuficiente y de una decadencia orgánica y psíquica manifiesta.

¿Cómo una lipemanía conduce al crimen, al homicidio, al suicidio, al incendio?

Cuesta bien poco concebirlo y los hechos que una triste realidad confirma y una estadística criminal corrobora no debilitarán, antes bien confirmaran a todos sus detalles la observación tristemente verídica escrita en cualquier tratado de enajenación mental o de psicopatía forense.

Locura epiléptica

Difícil es pronosticar una epilepsia que se desarrolla bajo una forma latente o larvada y sin intención de antemano concebida se levanta en el ánimo una duda abrumadora al abordar una cuestión como la que ahora va a ocuparme.

¿Dónde empieza la insania de ese epiléptico y donde concluye su cordura?

En el no observamos antes de su primer acceso, si hemos de ajustarnos al examen de sus síntomas, sino un carácter más irascible en su principio, una pasión más violenta, y nada en verdad nos autoriza para ver en él un maníaco o un lipemaníaco.

A un simple cambio de carácter, se reduce a último análisis sus trastornos primordiales.

Acaso encontramos en su historia clínica alguna

neurosis que aquejara a los antepasados o una epilepsia larvada o francamente manifiesta en los mismos [...] La epilepsia, neurosis “cerebro-espinal” como la definen la mayoría de los patologistas (sic), tiene al decir de Jaccoud por doble causa generatriz “una hiperemia de los lóbulos cerebrales y una excitación anormal del mesoencéfalo”.

Condiciones son estas que explican la suspensión de las operaciones cerebrales y las convulsiones generales y simétricas que agitan al epiléptico: y la independencia de sus puntos de partida, explica suficientemente también la independencia de sus manifestaciones mórbidas, y con razón, nada cuesta concebir una inercia cerebral simultánea de una súperactividad del bulbo [...] Todos los autores de psicopatía forense están de acuerdo en conceder a la epilepsia, a la vez que intervención directa en la criminalidad, síntomas prodrómicos que la anuncian, quizás con demasiada vaguedad, pero que corresponden a lesiones orgánicas ostensibles, causas determinantes de trastornos mentales numerosos y próximos a la locura.

En efecto, día a día observamos que, sea por una contrariedad moral cualquiera, un desencanto, un fracaso comercial, una traición, una noticia intempestiva e ingrata, el ánimo decae, el organismo languidece, todo un proceso incipiente de lipemanía melancólica se desarrolla; tristes y abatidos, el trabajo les es oneroso; todo les sobresalta y contraría; los antiguos hábitos son odiosos, los nuevos son insanos; en aquel incipiente trastorno, la concepción es lenta y difícil, el insomnio es frecuente, el sueño es intranquilo, acompañado de una emisión incontinente de orina, la memoria está trunca, desacordes e incoherentes las ideas; las facultades intelectuales todas están heridas o próximas a estarlo.

En otra circunstancia es una manía ostensible lo que inaugura aquel escenario; aparece todo el comienzo del delirio de un megalómano o de un perseguido con todo su cortejo sintomatológico, con sus alucinadas percepciones y ambiciones desmedidas, con sus ridículos temores a fantasmas, espectros, sombras o enemigos que los persiguen [...] El médico legista observador no puede permanecer de manera alguna indiferente a lo que ante él pasa; necesario es indagar el origen de aquel trastorno en su dualidad física y moral, para abarcar en toda su latitud el sigiloso comienzo de aquella epilepsia que se insinúa.

Aquello no es sino un pródromo, un ensayo del aura epiléptica que inaugurará el ataque; pero el enfermo, en un raptó de ira, producto de sus insanas percepciones solamente, arma su mano de un puñal, y con la palidez de la rabia en el rostro, entreabiertos sus párpados, brillantes sus ojos, comprimido y cárdeno su labio, sin exhalar un grito, acaso sigiloso y precavido, sin vacilar en su paso firme y no convulso, sin medir el alcance de lo que intenta, falto de conciencia, alucinado en su percepción, no mide tampoco el alcance de su brazo, y hiere y destroza a quien se le pone por delante, a aquél porque le hace mal, a éste porque le acecha para arrebatarle su imaginaria fortuna, a todos con la única razón de que siente mal y percibe peor.

Esto no es en realidad un ataque de epilepsia, no es quizás ni un aura epiléptico siquiera; sin embargo los fas-

tos del crimen le registran en los causales de una culpa que en la actualidad el médico y el moralista palian, en aras de una verdad cuyo alcance ellos solamente están llamados a medir.

Satisfecho el acto criminal que se ha intentado con violencia, el ánimo reposa en calma de su exaltación; la impulsión criminal ha sido para el epiléptico una pesadilla violenta cuyos detalles recuerda incompletamente su memoria y cuya gravedad no mide omide mal su conciencia [...]. Suspendido el influjo cerebral, afectada la esfera de la motilidad, interrumpidas nuestras impresiones sensoriales, indispensables para percibir bien; el epiléptico delirante y convulso es un organismo y un espíritu que se agitan desesperados e inconscientes y para quienes el supremo recurso de sus angustias es el suicidio, el homicidio o el incendio [...]. Incapaz entonces, el epiléptico de apreciar la moralidad de sus actos queda para el médico legista y los tribunales de justicia en la desgraciada condición del imbécil, del estúpido o del idiota.

Cuando el frío cálculo interviene en una acción criminal y el débil el avance del mal, raras sus repeticiones, la ley debe ser inexorable sin duda, pero aún entonces quizá fuera más justiciera, siendo atenuante como debe serlo también en caso de epilepsia larvada presumida.

La responsabilidad de un epiléptico durante su ataque debe traducirse por inculpabilidad.

Locura alcohólica

Nada costará disimular, antes bien se ha de encontrar muy legítimo, que yo enumere el alcoholismo y le señale un lugar en el cuadro etiológico de numerosas enajenaciones mentales, que, con sus tendencias impulsivas arrastran al crimen.

La ebriedad en todas sus formas, aún en aquellas de una duración transitoria, las encontramos al frente de la mayoría de los desórdenes mentales [...] Los movimientos no tienen su coordinación y energía habituales, sin vigor, mal acentuados, peor dirigidos, ellos caracterizan una verdadera ataxia locomotriz de origen alcohólico.

Esta hiperkinesia es a veces tan acentuada que, es común observar, en los ebrios de profesión, verdaderos accesos de epilepsia explicables, como estos, por una hiperemia lobular del cerebro y por una hiperkinesia bulbar.

Sin embargo, un acceso de epilepsia alcohólica, de mayor duración que un acceso común de epilepsia, se distingue por su mayor intensidad y su máxima frecuencia en manifestarse.

Los trastornos morales que ocasionan son más duros y profundos [...] Algo más distingue un acceso convulsivo alcohólico de un verdadero paroxismo epiléptico.

En efecto, suceden a aquel, un delirio por lo general incoherente y amenazados; todo un proceso alucinatorio con sus más extrañas aberraciones le sostiene exaltado; la perversión moral es la más acentuada posible; y bajo el influjo despótico de este doble trastorno físico y moral, sin conciencia de sus actos o con ella incompleta, el alcohólico consuetudinario comete los actos criminales más alevosos y descansa luego ante el cadáver de su víctima

con quien se ceba o comete los actos más brutales de violar una mujer que agoniza.

Extraño es que se conserve un recuerdo completo del acto criminal que se ha ejecutado; vagas e incompletas reminiscencias acuden a la mente y despiertan en el ánimo remordimientos tan vagos e incompletos como aquellos.

Son tan característicos los procesos alucinatorios del borracho que es imposible desconocerlos.

El temor a enemigos imaginarios domina por lo general, todo ese cuadro de aberraciones; y no tardan en crear una preocupación definitiva y tenaz como la del lipemaniaco perseguido.

Toda la decadencia orgánica y moral de una profunda melancolía, interrumpe entonces las impulsiones de un paroxismo, se sustituye a ellos, y lo que es más, crea un estado de abatimiento semejante en un todo a la inercia del idiota, a la fragmentada actividad de un completo imbécil.

Las más negras ideas de homicidio o de suicidio invaden el ánimo del alcoholófono (sic) y sus preocupaciones intermitentes en un principio, se explican por la intermitencia también de sus abusos alcohólicos.

En efecto, no es común observar sus actos criminales en sus momentos de lucidez y si lo es con lamentable frecuencia en los momentos de sus más pervertidos excesos [...] Un organismo de tal manera conturbado no tarda en decaer y con él las facultades intelectuales, hasta el extremo de encerrar al paciente y hundirlo en la degenerada condición del demente inactivo y sin conciencia de sí mismo.

En fin, llegado a un extremo tan deplorable, el alcoholófono es víctima, por lo general, de la total decadencia orgánica que le invade y le postra, o este mismo estado de degradación funcional despierta en él todas las formas de la enajenación mental.

Las manías en todas sus formas, las lipemánias en sus múltiples modalidades, la parálisis general, la estupidez, la imbecilidad, la demencia, en fin, cierran con sus sombrías manifestaciones todo aquel cuadro de degradación y de muerte [...].

Parálisis general de los alienados

Afección de principio lento y de una marcha más lenta aún y efectuada en el sigilo de un organismo que por lo general decae hasta la demencia, la parálisis de los alienados se manifiesta por lo común por un cambio en los hábitos y en el carácter del individuo y una perversión en las costumbres; entregados al libertinaje más licencioso y a los más degradantes excesos, los alienados son con frecuencia pendenciosos, víctimas de sus propias genialidades.

Por lo demás el alienado, en quien una parálisis se incubaba, se siente bien, solamente se queja de vagos dolores de cabeza y de un ligero malestar; pródromos sin duda del período de excitación enfermiza que ha de abrir aquel escenario mórbido con todas sus maneras de ser [...] Un período bien delineado de excitación es quien comienza todas aquellas alteraciones orgánicas y morales.

La palabra es desordenada y trunca; el individuo enfermo comienza por no poder pronunciar ciertas palabras o porque las olvida, o porque no puede articularlas, cambia luego el timbre de la voz a la que se da las más extrañas inflexiones y tonos; la emisión de los sonidos articulados se hace con violencia y como por sacudidas [...] El paralítico que comienza tiene una completa inconciencia de su actividad muscular. Las pupilas se las halla por lo común contraídas. Este primer período puede dilatar su duración y acentuarse más o menos definitivamente.

A él, sucede luego un segundo período que podría llamarse depresivo caracterizado por un delirio tranquilo y deprimente.

Esta depresión es por lo general profunda y acentuada; como complemento funesto de ella se inicia un proceso hipocondríaco que acelera la ruina de aquel organismo que gradualmente se debilita sin reponer sus pérdidas [...] La tercera faz de la locura paralítica está caracterizada por una verdadera demencia con todo su cortejo sintomatológico que describo enseguida [...].

Demencia

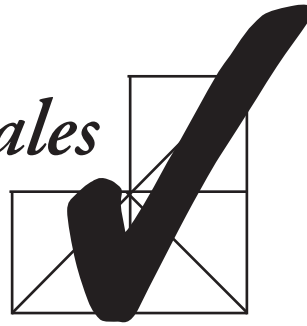
El estudio circunstanciado de la demencia, última faz de un organismo que caduca a consecuencia de una insuficiente alimentación trófica de los elementos nerviosos, no puede pasarse desapercibido en las actuales circunstancias.

Los fastos del crimen cuentan numerosos hechos criminales perpetrados bajo la influencia de una demencia incipiente o confirmada [...] Pálido el rostro, baja y estúpida o indiferente la mirada, el labio inferior a veces caído como en el imbécil, con alguna distrofia o sin ella también; entregado a los más pueriles o asquerosos quehaceres, ociosos y holgazanes por lo común; los dementes se caracterizan por el estado de depresión orgánica y moral que acompaña a todos sus actos.

La inteligencia se debilita gradualmente y toda una perversión moral se deja ver en el demente; incapaz de un conocimiento de relaciones entre el bien y el mal, perpetra los más inmundos y repulsivos actos; es por lo general afecto a los placeres venéreos solitarios, sea cediendo a antiguos hábitos o por su perversión moral actual, o es pederasta activo o pasivo y tienen cabida en él los más sucios sentimientos de sodomía o bestialidad [...] La demencia reconoce por causa, enfermedades virulentas como la sífilis adquirida, raras veces hereditaria; todas las locuras de quienes la demencia es la última faz, la última manera de ser en su declive hacia un fin funesto y fatal [...]. El demente se distingue de sus semejantes por su incapacidad física pero más aún por su incapacidad moral. ¿Nunca es responsable el demente?

No sostendré esta afirmación en absoluto; pero su culpabilidad debe atenuarse en vista de la decadencia que lo inhabilita para obrar conforme a una razón que languidece, a una percepción que se perturba día a día más y de una voluntad impotente para refrenar los más infames impulsos criminales. ■

Lecturas y señales

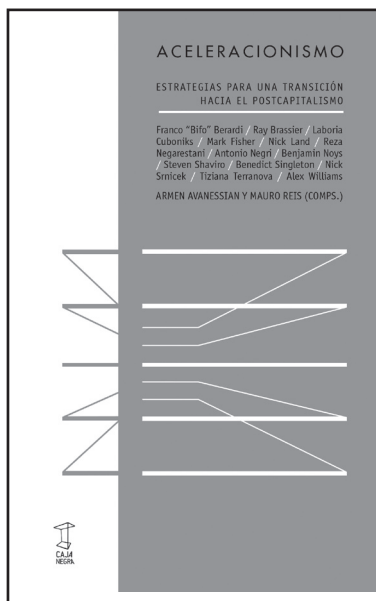


Aceleracionismo

Manuel Aspiroz
Daniel Matusevich

“Nuestro lema es: más humanos que los humanos.”

Eldon Tyrell



Armen Avanesian
[et al.]; compilado por
Armen Avanesian y
Mauro Reis
Editorial Caja negra, 2017

Las palabras de la empresa Tyrell suenan cada vez menos a ciencia ficción y más a un posible futuro no muy lejano¹, el plan es “acelerar sus tendencias [las del capitalismo] al desarraigo, alienantes, descodificantes, abtactivas”. La pregunta que surge es si es posible un futuro distinto al de la profética película de Ridley Scott. Caja negra nos acerca una variada y poderosa herramienta. La compilación de trabajos que reúnen Armen Vanessian² y Mauro Reis³ habla del pasado, del presente y del posible futuro del Movimiento Aceleracionista, “herejía política”, que propone una salida a la protesta y la queja contra el capitalismo.

El vórtice sobre el que gira la compilación propuesta es “El manifiesto por una Política Aceleracionista” (MPA), verdadero atractor bizarro que busca ordenar el campo caótico del movimiento, publicado el 14 de mayo de 2013 en el sitio *Critical Legal thinking* (*criticalllegalthinking.com*). El MPA reúne bajo su ala un diagnóstico de situación: la patología, según el nomenclador, se

¹ La película ubica su “lejana” distopía en el 2019.

² Filósofo nacido en Austria en 1973, ha tenido un vasto recorrido en la academia como autor de referencia de la corriente filosófica del realismo especulativo, y por fuera de la academia con sus trabajos en relación al aceleracionismo, y en el mundo del arte con su postulación del arte postcontemporáneo.

³ Nacido en Ciudad de México en 1981. Músico y traductor, trabaja en la relación entre la narrativa y el capitalismo financiero. Es el autor de la traducción de la presente complicación.

llama alienación, ¿la etiología?, el capitalismo. La inflación trae aparejada consecuencias: a nivel ecológico, el colapso del sistema climático, los recursos empiezan a reconocerse como finitos y las futuras guerras serán por ellos (junto con los alimentos); las continuas crisis financieras⁴, que llevan a los gobiernos a políticas de austeridad y orden financiero, aumentan el desempleo y se estancan los salarios. El síntoma más alarmante es la anulación del imaginario político, la destrucción del futuro mismo, donde el capitalismo actual parece ser la única opción, no hay otra posible.

Un manifiesto que destaque lo inhumano y cruento del capitalismo no es algo muy útil, ni nuevo; la queja de la izquierda que se aliena en un lenguaje de protesta ubicándose en una postura de la acción (“protestar, agitar, criticar...”), es algo que ya no viene dando los frutos de cambio esperados, debe pasar a una verdadera y profunda reflexión sobre los excesos del capitalismo. Las derechas gubernamentales se presentan como la única y verdadera opción, sin importar lo caricaturescas o alarmantes que sus posturas sean.

No es todo crítica y derrotismo, en el MPA hay una propuesta: superar en el actual cuadro de situación desde dentro del sistema, tomar los elementos que resulten beneficiosos para superar el actual sistema, principalmente la tecnología. La misma se vería limitada por la lógica de mercado y no permitiría que brinde al hombre aquello que más le puede dar. Las propuestas concretas para poder comenzar a lograr dicho objetivo están reunidas en los puntos 16, 17 y 18 del manifiesto. En primer lugar, construir una infraestructura intelectual, “infraestructura en el sentido de construir no sólo ideas, sino instituciones y herramientas físicas que permitan materializar, inculcar y divulgar dichas ideas”. Como segundo punto, se debe sumar al poder democratizador de internet el trabajo en los medios de comunicación tradicionales estimulando el periodismo de investigación para facilitar un discurso alternativo al imperante. Por último, se

debe derrocar la idea de que existe un proletariado unido y unificado, se debe buscar unir las múltiples formas e identidades disgregadas que bajo el paraguas del proletariado se encuentran.

El MPA se propone como núcleo convergente del movimiento, pero la compilación de Avanesian marca que la mecha del Aceleracionismo fue reavivada por el incontenible “Colapso”, artículo clave escrito por Nick Land, que con su escritura recuerda más a un *spin off* de *Bladerunner*⁵: ahí se describe un posible mundo distópico, futuro *noir* en el cual nada humano consigue escapar. Panorama que, según Land, se ve aún más brumoso por la melancolización de un pensamiento alternativo al Capitalismo 2.0.

El lector de la revista argentina de psiquiatría podrá ver plasmado en esta obra de tinte político/filosófico cómo la negra melancolía toma el control de la sociedad toda; el actual sistema se presenta como el único y como definitiva forma de la vida social, política y económica. La transformación posible será tomando elementos del capitalismo empleados en beneficio de las personas y no en pos del capital y su consecuente alienación.

La compilación prosigue con artículos que van desde una visión más general sobre la teoría política que el aceleracionismo implica y propone hasta aplicaciones más pragmáticas; por ejemplo, en una política por la alienación se aplica el MPA, en consonancia con un tema de patente actualidad como lo es el pensar el feminismo “adaptado a estas realidades del realismo capitalista”⁶. Como siempre destacamos la pluma de Mark Fisher⁷, quien, fiel a su estilo, comenzará trabajando aspectos de la “baja cultura” para pensar cómo el momento actual propuesto por el neoliberalismo es una propuesta de “desaceleración cultural”.

Vale la pena considerar al MPA como un antídoto posible para el aplanamiento del deseo que produce el capitalismo, más bien un intento desesperado de reapropiarse del porvenir y construir un futuro postcapitalista. ■

⁴ La crisis inmobiliaria/financiera de 2008 recorre el libro. Crisis provocada desde el núcleo simbólico mismo del capitalismo, que ha marcado la última en una serie de crisis provocadas desde el capitalismo y que no parecen tener mella en la solidez del actual sistema.

⁵ Film inspiracional para el movimiento aceleracionista junto con la saga “Depredador”.

⁶ Mark Fisher, *Realismo Capitalista*, Caja Negra.

⁷ En esta misma sección ya ha sido presentado en la reseña sobre el libro “realismo capitalista”. La obra mencionada entra en línea de continuidad de la compilación aquí reseñada, ambas dentro de la colección “Futuros Próximos”, que nos acerca Caja Negra.