

Análisis Epidemiológico de la Sala de Internación de Psiquiatría de un Hospital General Metropolitano de Comunidad de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Diferencias de opiniones y posturas sobre temas de práctica psiquiátrica entre alumnos superiores de Medicina y de Psicología

Capacidad funcional y rendimiento cognitivo de adultos argentinos en rehabilitación cardiopulmonar

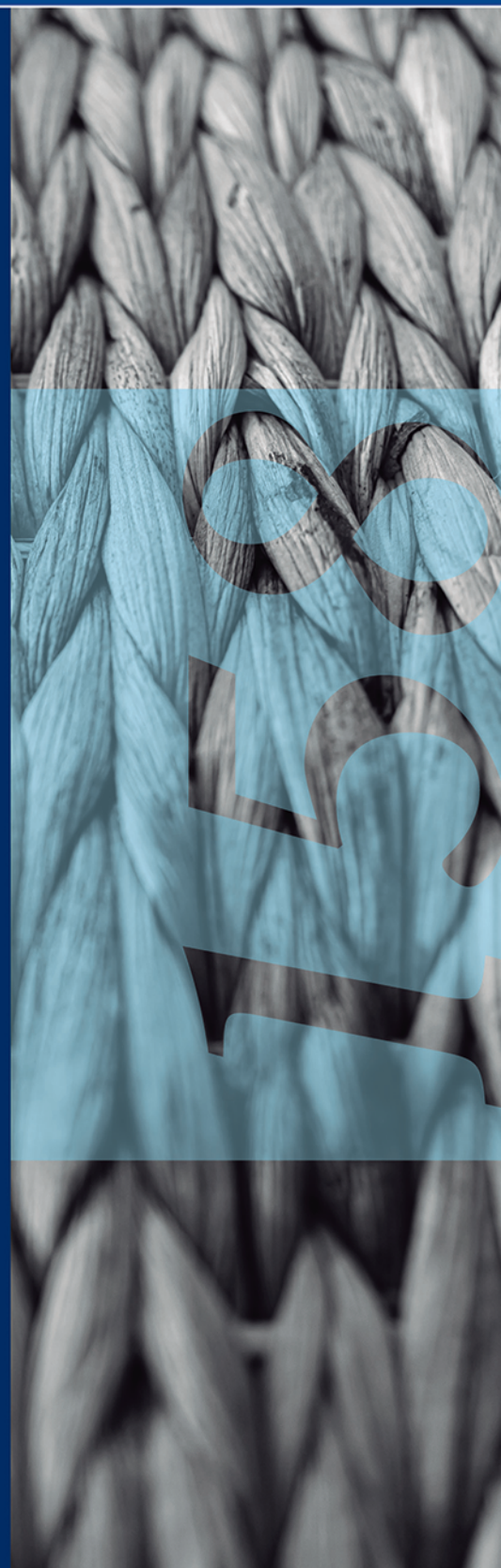
Digestivamente: Aplicación móvil para pacientes con Síndrome de Intestino Irritable

Aplicación de viñetas cinematográficas a la docencia en Salud Mental

Tercer Consenso Argentino sobre el manejo de los Trastornos Bipolares. Primera Parte: introducción, método de trabajo y generalidades

Prescripciones *off-label* en psiquiatría infanto-juvenil. ¿Por qué, cuándo y cómo?

La semiología psiquiátrica en la posmodernidad



REDACCIÓN

Director Juan Carlos Stagnaro (Universidad de Buenos Aires).

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

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

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

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

Vertex Revista Argentina de Psiquiatría. (2022). 33(158): 5-77. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos SA. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores. Esta revista y sus artículos se publican bajo la licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0



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

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

Imágenes de tapa: Textura de paja beige tejida, fondo de trenzas desde el primer plano - Foto creada por pvproductions - www.freepik.es

REDACCIÓN

Comité científico

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

Consejo de redacción

Martín Agrest (Proyecto Suma), **Norberto Aldo Conti** (Hospital “José T. Borda”), **Juan Costa** (Cesac 6 y 24, Hospital “P. Piñero”), **Natalia Fuertes** (Hospital Italiano de Buenos Aires), **Gabriela S. Jufe** (Consultor independiente), **Eduardo Leiderman** (Universidad de Palermo), **Alexis Mussa** (Consultor independiente), **Esteban Toro Martínez** (Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación), **Fabián Triskier** (PAMI e INECO), **Ernesto Walhberg** (Consultor independiente), **Silvia Wikinski** (CONICET, Universidad de Buenos Aires).

Comité de redacción

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

Corresponsales

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





EDITORIAL

En los inicios de la tercera década del siglo veintiuno asistimos a una sorprendente crisis de la vocación médica, muy marcada en algunas especialidades, inesperado giro que se suma a la ya conocida crisis mundial de los sistemas de salud (en la financiación, la inclusión, la planificación, la cobertura, y un larguísimo etcétera). En nuestro país, recientes publicaciones periodísticas informan que vuelve a repetirse un fenómeno históricamente muy reciente: no se llegó a cubrir la totalidad de las vacantes de residencias en algunas especialidades médicas particularmente sensibles tales como medicina familiar, pediatría, neonatología, emergentología, cuidados intensivos... y psiquiatría. Lo mismo sucede con los cargos de planta en hospitales y en sanatorios privados, y con los puestos de guardia de veinticuatro horas de psiquiatría en clínicas y hospitales especializados a lo largo de todo el país.

El fenómeno pareciera repetirse en numerosos países, planteando un preocupante panorama que aparenta ser más generalizado que lo que creíamos en un inicio. ¿Qué significa que el grueso de los médicos recién egresados no desee especializarse en neonatología? Significa que en pocos años enfrentaremos una crisis sanitaria especialmente aguda en esa franja del quehacer asistencial: tal vez el común de las personas lo desconozca, pero que un sistema sanitario se vaya quedando sin especialistas en los primeros meses de vida es una potencial catástrofe de salud que todos y todas pagaremos muy caro.

Lo mismo puede decirse de los psiquiatras, esos médicos que se especializan en lo mental. Resulta particularmente alarmante que disminuya el interés por la psiquiatría en un contexto mundial en el que la Salud Mental adquiere cada día mayor visibilidad y genera mayor preocupación, especialmente luego de la parte más aguda de la pandemia por el nuevo coronavirus. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión será la principal causa de morbilidad planetaria para el año 2050.

¿Qué puede significar que la depresión sobrepase a las enfermedades cardiovasculares y se convierta en la principal causa de enfermedad en todo el orbe? Como mínimo, que hemos fallado como civilización en diseño de un mundo en el que haya un lugar y un sentido para todos. Y junto a ese fracaso palmario, que nos revela como una civilización con marcados rasgos de crueldad y cinismo, estamos fracasando también en la generación de profesionales que contribuyan a mitigar, siquiera en parte, semejante estrago.





EDITORIAL

El origen del problema es sin dudas complejo y diverso. Por un lado, el sistema social y económico en el que vivimos desalienta la solidaridad, insumo principalísimo de la vocación médica. Las especialidades mencionadas son, precisamente, las que tienen mayor compromiso social, mayor sacrificio en su quehacer clínico cotidiano y menores expectativas remunerativas. En un entorno que tiende a la anestesia individualista, dedicarse al servicio al semejante no parece una elección atractiva.

Por el otro lado, el debilitamiento de los Estados nacionales en todos los aspectos posibles produce un debilitamiento proporcional de los derechos ciudadanos, entre los que se cuenta el derecho a la mejor atención posible en salud.

La sostenida caída del interés de los médicos nóveles por las especialidades más solidarias y de mayor compromiso social debería hacer sonar todas las alarmas del sistema sanitario. Si la tendencia no se revierte a tiempo, el daño a la Salud Pública puede ser irreparable.

Santiago Levín



ÍNDICE

3 Editorial

Artículos

6

Análisis Epidemiológico de la Sala de Internación de Psiquiatría de un Hospital General Metropolitano de Comunidad de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. *Sebastián Malleza, Tomás Abudarham, Fernando Carlos Bertolani, Daniel Matusevich, José Luis Faccioli*

20

Diferencias de opiniones y posturas sobre temas de práctica psiquiátrica entre alumnos superiores de Medicina y de Psicología. *Eduardo A. Leiderman, Camila Agnessi, Barbara Balbiani, Cindy Cedeño, Lucía Evangelista, Iacob Ghea, Catalina Repetto, Emma Saravia*

30

Capacidad funcional y rendimiento cognitivo de adultos argentinos en rehabilitación cardiopulmonar. *Pablo Martino, José Bonet, Soraya Kerbage, Mauricio Cervigni, Roberto Lowenstein, Carlos Lirio, Laura Brandani, Barbara Gorodetzky, Melina Bellotti, Lola Martín, Sofía Segal*

39

Digestivamente: Aplicación móvil para pacientes con Síndrome de Intestino Irritable. *Milagros Celleri, Florencia Koutsovitis, Sofía Donatti, Jorge Ierache, Juan Zaragoza, Nicolás Domínguez, Hernán Merlino, Cristian J. Garay*

46

Aplicación de viñetas cinematográficas a la docencia en Salud Mental. *Gabriel Kunst, María Fernanda Iglesias, Marcela Pratto, Delia Saffiores*

56

Tercer Consenso Argentino sobre el manejo de los Trastornos Bipolares. Primera Parte: introducción, método de trabajo y generalidades. *Marcelo Cetkovich-Bakmas, Andrea Abadi, Sebastián Camino, Gerardo García Bonetto, Luis Herbst, Eliana Marengo, Fernando Torrente, Tomás Maresca, Julián Bustin, Carlos Morra, Ricardo Corral, Daniel Sotelo, Sergio Strejilevich, Julián Pessio, Juan José Vilapriño, Manuel Vilapriño, Gustavo Vázquez, Alejo Corrales*

89

Prescripciones off-label en psiquiatría infanto-juvenil. ¿Por qué, cuándo y cómo? *María Florencia Iveli, Mariano Monti, María Eugenia Benito, Pablo Iveli*

98

La semiología psiquiátrica en la posmodernidad. *Ignacio Barbagallo*

104

El rescate y la memoria

Pedro Mayo: Primeras aproximaciones rioplatenses a la Historia de la Locura. *Norberto Aldo Conti*

112

Lecturas

La campana de cristal, Sylvia Plath. *Lucía Valdez D'Stefano, Daniel Matusevich*



Análisis Epidemiológico de la Sala de Internación de Psiquiatría de un Hospital General Metropolitano de Comunidad de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Epidemiologic Analysis of the Inpatient Psychiatric Unit at a General Metropolitan Community Hospital of Buenos Aires city, Argentina

Sebastián Malleza¹, Tomás Abudarham², Fernando Carlos Bertolani³, Daniel Matusевич⁴, José Luis Faccioli⁵

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i158.314>

Resumen

Objetivo: Explorar la frecuencia de diferentes variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas en los pacientes internados en la Sala de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA). **Introducción:** Considerando que la Sala de Psiquiatría del HIBA se encuentra emplazada en un hospital general privado metropolitano de comunidad, referente a nivel nacional e internacional, resulta relevante realizar una descripción actualizada de la población usuaria de dicho dispositivo a la luz de los cambios producto de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo y analítico de corte transversal de pacientes que fueron internados en la Sala de Psiquiatría del HIBA durante el período comprendido entre el 1 de octubre de 2018 hasta el 30 de septiembre de 2019 inclusive. **Resultados:** Durante el período del estudio se valoraron 254 internaciones. Edad promedio de 51,85 años (D.E.=21,23), Mediana de la duración de internación correspondió a 22 días [IQR=14.00, 34.00], siendo el 31.5% de las mismas de carácter involuntario. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: cuadros depresivos (32.7%), descompensación psicótica (22.8%) y demencia/síntomas conductuales (13%). El 10.6% de los pacientes ingresaron tras haber realizado una tentativa suicida. **Discusión:** El presente trabajo permite tener una noción actualizada de las características de los pacientes que atendemos en la Sala de Internación teniendo en cuenta los cambios en la legislación vigente y en la sociedad en su conjunto. **Conclusiones:** Caracterizar los determinantes epidemiológicos del patrón de internaciones psiquiátricas permite realizar diagnóstico de situación local y actualizado que favorecerá el desarrollar y repensar estrategias de planificación y gestión informadas.

Palabras clave: Epidemiología - Internación psiquiátrica - Salud Mental - Hospitalización.

Abstract

Objectives: To explore the frequency of sociodemographic, clinical, and therapeutic variables of the Inpatient Psychiatric Unit at the Italian Hospital of Buenos Aires. **Introduction:** Considering that the Inpatient Psychiatric Unit functions within a General Metropolitan Community Hospital, referent both at the local and the international level, we deem it relevant to perform an updated characterization of the population admitted into our Unit. This is especially important given the changes presented since the approval of the National Mental Health Law N° 26.657. **Materials and Methods:**

RECIBIDO 1/8/2022 - ACEPTADO 19/10/2022

¹Médico especialista en Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA, Argentina. ORCID 0000-0002-1480-8743

²Jefe de Unidad de Internación Salud Mental SISP/ IPSICO - Tandil, Argentina

³Coordinador médico de sala de internación del Servicio de Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA, Argentina.

⁴Sub-jefe del Servicio de Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA, Argentina.

⁵Jefe del Servicio de Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA, Argentina.

Autor correspondiente:

Sebastián Malleza

sebastian.malleza@hospitalitaliano.org.ar

Lugar de la investigación: Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA, Argentina.



We performed an observational descriptive and analytic cross-sectional study, studying the patients admitted into the Inpatient Psychiatric Unit for a period of 12 consecutive months (from October 1st, 2018, to September 30th, 2019). Results: During the study period a total of 254 hospitalizations were registered. Mean Age: 51,85 years (S.D.=21,23), Median hospitalization time 22 days [IQR=14.00, 34.00], 31.5% of the admissions were involuntary. The most frequent cause of hospitalization was due to depressive episodes (32.7%), psychosis (22.8%), and dementia/behavioral symptoms (13%). 10.6% of the patients were admitted into our Unit after a suicide attempt. Discussion: The present study provides an updated analysis of the hospitalized population. It contributes to outlining the changes that have taken place over the last years, because of the new legislation. Conclusions: The description of the epidemiologic characteristics of the inpatient population in our setting is crucial to have a current situation diagnosis that allows us to develop health-policy strategies and an adequate allocation of resources.

Keywords: Epidemiology - Inpatient Psychiatry - Mental Health - Hospitalization.

Introducción

La medicina ha crecido tanto en la teoría como en la práctica asistencial, colocando a la hospitalización de un paciente como un recurso extremo, que se aplica cuando ha fallado la prevención y no resulta posible -o suficiente- un abordaje ambulatorio (Blader, 2011; Sauri, 1969). La Salud Mental no es ajena a dicha evolución que, ayudada por los avances en el campo de la psicofarmacología y de las diversas alternativas psicoterapéuticas, rehabilitadoras y de la psicología social, abandonó al alienismo y su práctica asilar, para intentar reintegrar dentro de la comunidad a los que, por trastornos de índole psíquica, en otros tiempos hubieran sido recluidos irremediabilmente de forma más prolongada (Babalola et al., 2014; Blader, 2011; Novella, 2010).

Acompañando el clima nacional e internacional actual de desmanicomialización en el tratamiento hospitalario (Baruch et al., 2005; Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657), los dispositivos interdisciplinarios de internación en Salud Mental se proponen brindar un tratamiento temprano, breve, integral, intensivo y abocado a situaciones agudas, que apunte a planificar y gestionar de la forma más eficaz el tratamiento ambulatorio y la pronta reinserción en la comunidad. La sala de internación de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), ámbito donde se llevó adelante este trabajo, viene trabajando en este sentido desde el año 2000 (Matusevich, 2006). Dicho dispositivo se encuentra en la sede central del HIBA, y constituye la sala de internación más grande del país situada en el marco de un hospital general metropolitano.

En relación con las características epidemiológicas de la población usuaria de dicho dispositivo, los últimos datos relevados corresponden a trabajos de más de 10 años de antigüedad: en 2006, Matusevich y

cols., publicaron un artículo descriptivo sobre la Sala de Internación en el que recabaron datos de más de 600 pacientes (Matusevich, 2006). Según se postula en ese trabajo, las publicaciones que abordaban la caracterización epidemiológica de la población internada en salas de psiquiatría en nuestro país eran escasas. De otras unidades de internación, aparecen datos incluso más antiguos: en el año 1992, Gaudio y cols., evaluaron a 150 pacientes admitidos entre abril y junio en el Hospital "J. T. Borda (un hospital psiquiátrico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina) (Gaudio et al., 1992-1993). Posteriormente, Strejilevich y cols. (2002), publicaron un artículo en el que analizaron los registros de egresos ocurridos durante el periodo 1994-1998 en la Unidad de Internación Psiquiátrica de hombres del Servicio de Psicopatología del Hospital General de Agudos "Parmenio Piñero", también de la ciudad de Buenos Aires (Triskier & Orgambide, 2002a). En el año 2003, Nemirovsky y cols., caracterizaron la población psiquiátrica internada de una empresa de medicina prepaga en la Ciudad de Buenos Aires, focalizando el análisis sobre los tiempos de estadía, los diagnósticos y las reinternaciones (Nemirovsky et al., 2003).

Con posterioridad a la publicación del último trabajo de nuestra Sala de Internación, Richly y cols. recabaron datos de la población de pacientes internados en la sala de Psiquiatría del Hospital General de Agudos "Teodoro Álvarez" de la Ciudad de Buenos Aires durante el período comprendido entre junio del 2004 y mayo del 2005 (Richly et al., 2006) y, en el año 2017 realizaron un nuevo estudio comparativo, recopilando los datos epidemiológicos correspondientes a la internación de dicho hospital entre junio de 2012 y mayo de 2013 (Richly, 2017). Por otro lado, en el año 2019, Chebar y cols., realizaron un estudio analítico de corte

transversal de 350 pacientes internadas desde junio de 2013 hasta diciembre de 2017, con el objeto de determinar las variables clínicas, sociodemográficas, y terapéuticas asociadas a la duración de la internación en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas “Torcuato de Alvear” (CABA, Argentina) (Chebar et al., 2019).

Durante la última década, el HIBA ha aumentado su base poblacional. Considerando que la Sala de Psiquiatría del HIBA se encuentra emplazada en un hospital general privado metropolitano, referente a nivel nacional e internacional, nos proponemos como objetivo principal del presente trabajo realizar una descripción actualizada de la población usuaria de dicho dispositivo a la luz de los cambios producto de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657), centrando el análisis en determinadas variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas de los pacientes admitidos en dicha unidad.

Materiales y métodos

Diseño

Se realizó un estudio observacional descriptivo y analítico de corte transversal de pacientes que fueron internados en la Sala de Psiquiatría del HIBA durante el período comprendido entre el 1 de octubre de 2018 hasta el 30 de septiembre de 2019 inclusive.

Los datos de los pacientes se volcaron en un formulario confeccionado al egreso, en el que se recabaron las variables consideradas relevantes para el presente trabajo. Se implementó su utilización de manera sistemática a partir de octubre de 2018, aplicándose a todo paciente que egresó de la Sala de Psiquiatría hasta finalizar el mes de septiembre de 2019 (totalizando un periodo de tiempo de 12 meses). Las plantillas de egreso fueron completadas por profesionales médicos o psicólogos residentes que se encontraban al momento en dicho dispositivo, supervisados por coordinadores del equipo.

Ámbito

La Sala de Internación de Psiquiatría se encuentra en la sede central del HIBA, y representa una de las áreas de internación del edificio principal que se ubica en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Los pacientes que se internan en dicho dispositivo son de ambos sexos, pudiendo ingresar al mismo por diferentes vías:

1. desde la guardia externa de adultos o la central de emergencias pediátricas del Hospital -concurriendo el paciente de manera espontánea o acompañado por un tercero para su evaluación-;
2. derivados desde otro sector de internación general del hospital -previa evaluación por la Sección de Interconsultas y Enlace del Servicio de Psiquiatría-;
3. desde las otras secciones del Servicio de Psiquiatría (Demanda espontánea, Consultorios Externos y Hospital de Día),
4. desde la sede del HIBA San Justo, situado en la Provincia de Buenos Aires.

Se internan pacientes del sistema prepago del HIBA (que a marzo de 2019 contaba aproximadamente con 150.000 afiliados), como así también de otros sistemas de salud (prepagos y obras sociales) de características demográficas similares, provenientes del Área Metropolitana de Buenos Aires o del interior del país.

Se trata de un dispositivo para pacientes agudos y subagudos. A la fecha de realización de este trabajo, la sala de internación contaba con 31 camas en total: 3 se encontraban destinadas al tratamiento de pacientes en edad pediátrica (13 a 17 años), llevado a cabo por un equipo especializado en Salud Mental Pediátrica; 4 camas (2 para hombres y 2 para mujeres), reservadas para cuidados intensivos y tratamiento de pacientes con descompensaciones psiquiátricas severas; el resto (24 camas), se agrupaban de a pares en diferentes habitaciones con baño propio, que compartían pacientes del mismo sexo y, preferentemente, de igual grupo etario.

El sector de internación cuenta con la presencia permanente de 3 enfermeros, 1 auxiliar de sala y el equipo interdisciplinario de guardia. El plantel asistencial que desempeña sus tareas habituales en el sector se compone de un Jefe de Sección, 6 coordinadores de tratamiento (3 Médicos Psiquiatras y 3 Licenciados en Psicología); residentes médicos y psicólogos en formación; enfermeros; trabajadores sociales; terapeutas ocupacionales y musicoterapeutas.

Población

Para obtener la muestra, se aplicó un procedimiento de muestreo no probabilístico consecutivo. Se incluyeron a todos los pacientes internados entre el 1 de octubre de 2018 y el 30 de septiembre de 2019 inclusive en la Sala de Internación de Psiquiatría del HIBA. Se excluyeron los pacientes menores de 18 años, como así también los que no presentaban la totalidad de datos requeridos en las plantillas de egreso. En aquellos casos que presentaron más de una internación en el hospital durante el período de estudio, sólo se consignaron los datos de la última con la finalidad de que todas las observaciones pudieran ser consideradas independientes.

Variables

Las variables de análisis consideradas fueron clasificadas en cuatro dominios que elegimos jerarquizar a propósito del trabajo previo, así como de la literatura (Chebar et al., 2019; Grendas et al., 2019; Matusevich, 2006; Okumura et al., 2019; Plancke & Amariei, 2017; Richly, 2017; Triskier & Orgambide, 2002).

Dominio A - Variables Socio-demográficas:

- Sexo (femenino/masculino);
- Fecha de Nacimiento;
- Edad en años;
- Estado civil (soltero/a; casado/a; divorciado/a; viudo/a);
- Grupo de convivencia (vive solo/a; con su pareja; con su pareja e hijos; con sus padres; con un familiar; con una persona no relacionada con la familia ni es su pareja; con sus hijos; en una institución);
- Máximo Nivel educativo (sin educación formal; primario completo; secundario incompleto; terciario; universitario).

Dominio B - Variables de la Internación:

- ID Episodio de Internación;
- Fecha de ingreso;
- Fecha de Egreso;
- Duración de Internación;
- Motivo de ingreso (se consignó un solo motivo por paciente, englobados en 9 categorías: 1. demencia/síntomas conductuales; 2. depresión; 3. descompensación psicótica; 4. desintoxicación/consumo de sustancias; 5. episodio maniaco; 6. evaluación diagnóstica; 7. fracaso de tratamiento ambulatorio; 8. intoxicación medicamentosa; 9. tentativa de suicidio. Cabe mencionar que dichas categorías no corresponden a diagnósticos al egreso (véase "Dominio D-Externación y seguimiento"), sino a la causal de la hospitalización de acuerdo a la valoración realizada por el equipo de guardia que realizó la internación.
- Encuadre de la internación (voluntaria/involuntaria);
- Requerimiento de contención física durante la internación (sí/no).

Dominio C - Epidemiología del Suicidio:

- Conductas autoagresivas al momento del ingreso (sí/no);
- Ideación suicida al momento del ingreso (sí/no);
- Tentativa suicida previa al momento del ingreso (sí/no);
- Plan suicida al momento del ingreso (sí/no);
- Dejó nota o escrito suicida (sí/no);
- Antecedente personal de tentativa suicida (sí/no);
- Antecedente familiar de tentativa suicida (sí/no).

Dominio D - Externación y Seguimiento:

- Diagnóstico principal según CIE-10 al egreso (obtenido a través de entrevistas individuales, grupales, familiares, test psicodiagnósticos, tests neurocognitivos, escalas específicas y estudios complementarios);
- Fármacos recibidos al alta (antidepresivos; antipsicóticos; ansiolíticos; estabilizadores del estado de ánimo; hipnóticos; inhibidores de la acetilcolinesterasa; sin tratamiento farmacológico);
- Tipo de egreso (programado/contra opinión médica);
- Dispositivo de tratamiento al alta (psicoterapia; control psicofarmacológico; hospital de día; residencia para adultos mayores; comunidad terapéutica).

Análisis estadístico

La estadística descriptiva se presenta como media o mediana (SD o IQR, según corresponda) para las variables cuantitativas, y proporciones para las variables categóricas. Para el análisis estadístico se compararon las variables cuantitativas con T-Test o Mann Whitney, y las variables categóricas con Chi Cuadrado y Fisher.

En cuanto al tratamiento de las variables cuantitativas, utilizamos como medida descriptiva de la duración de internación la mediana y el rango intercuartílico, dada la distribución asimétrica de las observaciones. Para la edad de los pacientes, informamos la media y el desvío estándar a los efectos de facilitar su comprensión.

Se consideró un p-valor inferior a 0,05 como estadísticamente significativo. Se utilizó para el análisis estadístico el software R-3.6.1, y los paquetes `tydiverse`, y `ggplot2`.

Consideraciones éticas

La información para completar los formularios fue recabada de la Historia Clínica Electrónica de cada usuario. El protocolo del presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación institucional (CEPI-HIBA) y fue conducido de acuerdo con los principios éticos y normas regulatorias de investigación en salud humana a nivel nacional e internacional, en concordancia con la Resolución del Ministerio de La Nación, la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y todas sus enmiendas, y respetando las Normas de Buenas Prácticas Clínicas ICH E6. Los datos del estudio fueron tratados con la máxima confidencialidad, con acceso restringido sólo para el personal autorizado a los fines del estudio. La identidad de los datos personales se mantuvo bajo absoluta confidencialidad y anonimato, codificando los mismos con claves.

Resultados

Variables socio-demográficas

Se evaluaron 259 casos de pacientes que habían cursado internación en la sala de psiquiatría entre el 1 de octubre de 2018 y el 30 de septiembre de 2019 inclusive. Cuatro pacientes fueron excluidos por ser menores de 18 años, así como una paciente por no contar con toda la información necesaria para completar la planilla de egreso, totalizando 254 pacientes incluidos en la muestra. En la *Tabla 1* se muestran los resultados obtenidos del total de pacientes incluidos en el estudio, así como estratificados por grupo etario (entre 13 y 35 años; entre 35 y 65 años; y mayores a 65 años).

Del total de los pacientes, 99 eran hombres (39%) y 155 mujeres (61%); con una edad promedio de 51.85 años (D.E.=21.23). En la *Figura 1A* se muestra el histograma correspondiente a la edad al ingreso, estratificada por sexo, en el que observa mayor cantidad de pacientes femeninas mayores a 70 años.

Al momento del ingreso, el 29.1% de los pacientes vivían solos, el 27.6% con sus padres, el 16.1% con su pareja, el 10.2% con su pareja e hijos, y el 7.9% con sus hijos. Un porcentaje menor de la muestra vivía con otros familiares, con otra persona no perteneciente a su familia, o se encontraba institucionalizado. En relación con el estado civil de la muestra evaluada, el 45.7% de los pacientes internados eran solteros/as, el

Tabla 1. Internaciones durante el período Octubre 2018 a Septiembre 2019

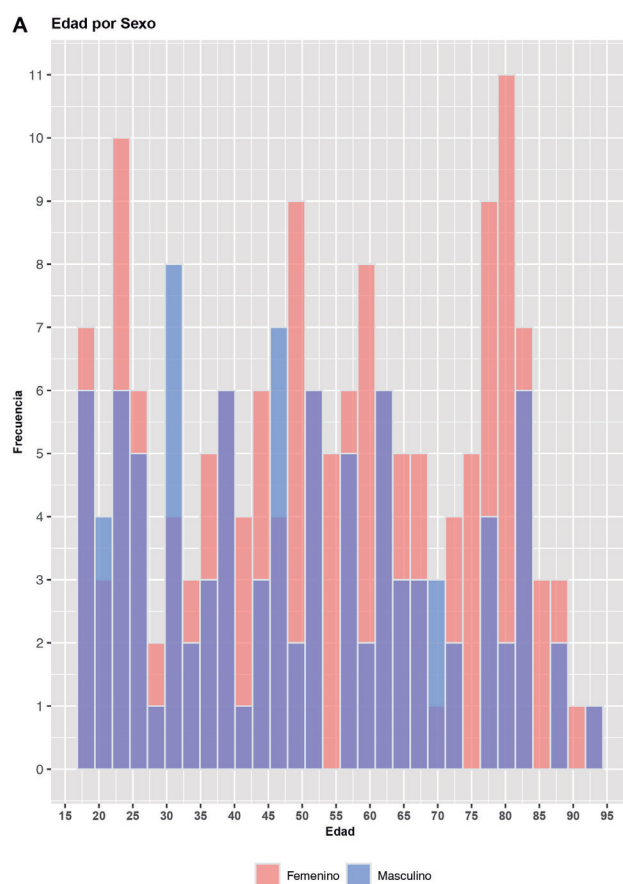
	Total n= 254	De 18 a 35 años n=67	De 35 a 65 años n=111	Mayores de 65 años n=76
VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS				
Sexo				
Masculino (%)	99 (39.0%)	32 (47.8%)	44 (39.6%)	23 (30.3%)
Femenino (%)	155 (61%)	35 (52.2%)	67 (60.4%)	53 (69.7%)
Edad (media (DE))	51.85 (21.23)	24.79 (4.93)	50.42 (8.70)	77.80 (7.01)
Estado Civil (%)				
Soltero/a	116 (45.7%)	65 (97.0%)	50 (45.0%)	1 (1.3%)
Casado/a	62 (24.4%)	1 (1.5%)	34 (30.6%)	27 (35.5%)
Divorciado/a	47 (18.5%)	1 (1.5%)	26 (23.4%)	20 (26.3%)
Viudo/a	29 (11.4%)	0 (0.0%)	1 (0.9%)	28 (36.8%)
Grupo de Convivencia (%)				
Vive Solo/a	74 (29.1%)	12 (17.9%)	30 (27.0%)	32 (42.1%)
Vive con sus padres	70 (27.6%)	41 (61.2%)	29 (26.1%)	0 (0.0%)
Vive con su pareja	41 (16.1%)	3 (4.5%)	17 (15.3%)	21 (27.6%)
Vive con su pareja e hijos	26 (10.2%)	2 (3.0%)	20 (18.0%)	4 (5.3%)
Vive con sus hijos	20 (7.9%)	0 (0.0%)	8 (7.2%)	12 (15.8%)
Vive con otro familiar	12 (4.7%)	5 (7.5%)	5 (4.5%)	2 (2.6%)
Institucionalizado/a	7 (2.8%)	3 (4.5%)	1 (0.9%)	3 (3.9%)
Otro	4 (1.6%)	1 (1.5%)	1 (0.9%)	2 (2.6%)
Nivel educativo Alcanzado (%)				
Primario Completo	63 (24.8%)	16 (23.9%)	28 (25.2%)	19 (25.0%)
Secundario Completo	125 (49.2%)	46 (68.7%)	53 (47.7%)	26 (34.2%)
Sin educación formal	10 (3.9%)	3 (4.5%)	1 (0.9%)	6 (7.9%)
Terciario	26 (10.2%)	2 (3.0%)	14 (12.6%)	10 (13.2%)
Universitario	30 (11.8%)	0 (0.0%)	15 (13.5%)	15 (19.7%)
VARIABLES DE LA INTERNACIÓN				
Duración de la Internación (mediana [IQR])	22.00 [14.00, 34.00]	22.00 [14.00, 35.00]	20.00 [13.00, 30.50]	23.00 [15.75, 36.00]

Tabla 1. Internaciones durante el período Octubre 2018 a Septiembre 2019 (continúa de la página anterior)

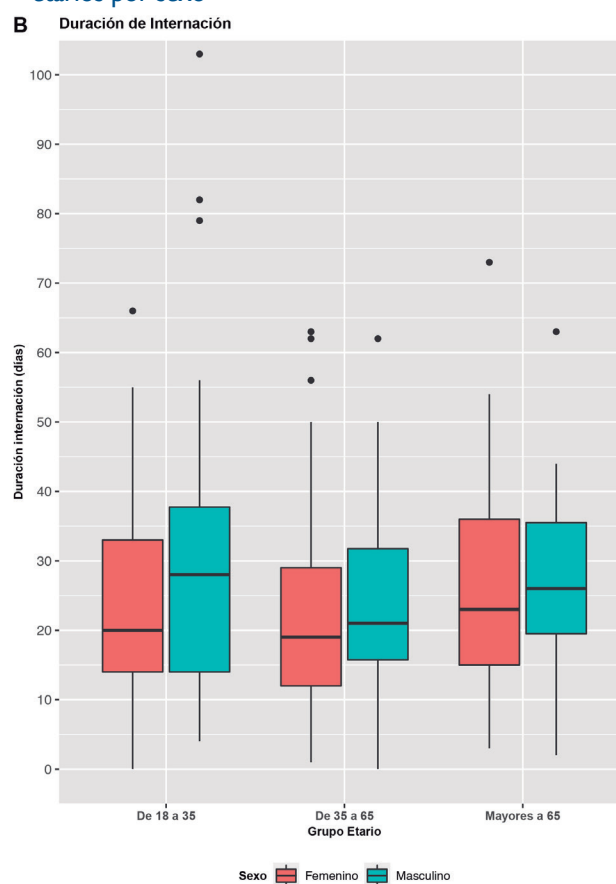
	Total n= 254	De 18 a 35 años n=67	De 35 a 65 años n=111	Mayores de 65 años n=76
Motivo de Ingreso (%)				
Depresión	83 (32.7%)	20 (29.9%)	39 (35.1%)	24 (31.6%)
Descompensación psicótica	58 (22.8%)	23 (34.3%)	31 (27.9%)	4 (5.3%)
Demencia/Síntomas Conductuales	33 (13.0%)	1 (1.5%)	2 (1.8%)	30 (39.5%)
Tentativa de Suicidio	27 (10.6%)	8 (11.9%)	9 (8.1%)	10 (13.2%)
Desintoxicación/ Consumo de Sustancias	18 (7.1%)	3 (4.5%)	12 (10.8%)	3 (3.9%)
Episodio Maníaco	6 (2.4%)	0 (0.0%)	3 (2.7%)	3 (3.9%)
Fracaso del Tratamiento Ambulatorio	14 (5.5%)	6 (9.0%)	6 (5.4%)	2 (2.6%)
Intoxicación Medicamentosa	9 (3.5%)	3 (4.5%)	6 (5.4%)	0 (0.0%)
Otro	6 (2.4%)	3 (4.5%)	3 (2.7%)	0 (0.0%)
Encuadre de la Internación				
Voluntaria	174 (68.5%)	49 (73.1%)	87 (78.4%)	38 (50.0%)
Involuntaria	80 (31.5%)	18 (26.9%)	24 (21.6%)	38 (50.0%)
Requerimiento de Contención Mecánica	35 (13.8%)	10 (14.9%)	10 (9.0%)	15 (19.7%)
Antecedentes de Internaciones en Sala de Psiquiatría = Sí (%)	145 (57.1%)	42 (62.7%)	73 (65.8%)	30 (39.5%)
Variables de Egreso				
Diagnóstico al Egreso según CIE-10 (%)				
F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.	35 (13.8%)	0 (0.0%)	3 (2.7%)	32 (42.1%)
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.	20 (7.9%)	3 (4.5%)	13 (11.7%)	4 (5.3%)
20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	48 (18.9%)	18 (26.9%)	27 (24.3%)	3 (3.9%)
F30-39 Trastornos del humor (afectivos)	110 (43.3%)	22 (32.8%)	54 (48.6%)	34 (44.7%)
F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.	4 (1.6%)	0 (0.0%)	(2.7%)	1 (1.3%)
F50-59 Trastornos del comporta- miento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.	5 (2.0%)	3 (4.5%)	2 (1.8%)	0 (0.0%)
F60-69 Trastornos de la persona- lidad y del comportamiento del adulto.	22 (8.7%)	14 (20.9%)	6 (5.4%)	2 (2.6%)
F70-79 Retraso mental.	5 (2.0%)	3 (4.5%)	2 (1.8%)	0 (0.0%)
F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico.	2 (0.8%)	2 (3.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
F99 Trastorno mental sin especificación.	2 (0.8%)	2 (3.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

Tabla 1. Internaciones durante el período Octubre 2018 a Septiembre 2019 (continúa de la página anterior)

	Total n= 254	De 18 a 35 años n=67	De 35 a 65 años n=111	Mayores de 65 años n=76
Tipo de Egreso	1 (0.4%)	0 (0.0%)	1 (0.9%)	0 (0.0%)
Programado (%)	227 (89.4%)	60 (89.6%)	96 (86.5%)	71 (93.4%)
Contra Opinión Médica	27 (11.6%)	7 (10.4%)	15 (13.5%)	5 (6.6%)
Dispositivo de Derivación al Egreso (%)				
Consultorios Externos	143 (56.3%)	33 (49.3%)	70 (63.1%)	40 (52.6%)
Hospital de Día	73 (28.7%)	28 (41.8%)	33 (29.7%)	12 (15.8%)
Residencia Geriátrica	19 (7.5%)	0 (0.0%)	2 (1.8%)	17 (22.4%)
Comunidad Terapéutica	5 (2.0%)	2 (3.0%)	2 (1.8%)	1 (1.3%)
Otro	14 (5.5%)	4 (6.0%)	4 (3.6%)	6 (7.9%)

Figura 1A. Histograma de edad por sexo

24.4% se encontraba casado/a, el 18.5% estaban divorciados/as, mientras que el 11.4% había enviudado. Respecto al máximo nivel educativo alcanzado, el 49.2% de la muestra contaba con estudios secundarios completos, y el 24.8% había completado únicamente estudios primarios. El 11.8% había finalizado estudios universitarios, y el 10.2% estudios terciarios. Un 3.9% no había recibido educación formal.

Figura 1B. Box plot de duración de internación en grupos etarios por sexo

Variables de la internación

La mediana de la duración de internación correspondió a 22 días [IQR=14.00, 34.00]. Elegimos reportar la mediana por la distribución asimétrica de la variable, siendo el promedio de 28.8 días (D.E.=32.3) traccionado por valores atípicos (ver Figura 1B). El 31.5% de las hospitalizaciones fue de carácter involuntario. En

la *Figura 1B* se muestra en un box plot la duración de internación por sexo estratificada por grupo etario. El 57.1% de los pacientes evaluados presentaba antecedentes de internación psiquiátrica.

En relación con el requerimiento de contención mecánica en el transcurso de la internación, el 13.8% de los pacientes (35 pacientes) fueron contenidos físicamente en la muestra analizada.

Los motivos de ingreso son detallados en la *Figura 2*, siendo más frecuentes los ingresos por cuadros depresivos (32.7%), descompensación psicótica (22.8%) y demencia/síntomas conductuales (13%). El 10.6% de los pacientes ingresaron por haber realizado una tentativa suicida.

Epidemiología del suicidio

Los datos relacionados con la epidemiología del suicidio se muestran en la *Tabla 2*. Al momento del ingreso, el 18.9% de los pacientes había presentado conductas autoagresivas, mientras que el 39.4% manifestaba ideación suicida y el 13.4% identificaba tener un plan suicida. El 10.6% de los pacientes ingresados durante el período analizado había realizado una tentativa suicida

(n=34). De los pacientes que habían realizado una tentativa suicida, 4 habían dejado un escrito de despedida.

A propósito de los antecedentes personales de tentativa suicida, el 36.6% habían presentado al menos una tentativa previa. En los pacientes menores a 35 años, dicho porcentaje asciende a 55.2%. El 15% de los pacientes tenían familiares con antecedentes de tentativa suicida.

Variables de egreso

Los diagnósticos al egreso pueden observarse en la *Tabla 1*. Consignamos únicamente el diagnóstico principal según CIE-10. El 43.3% de los pacientes presentaron diagnóstico de Trastornos Afectivos; el 18.9% de Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes. Por su parte, un 13.8% de los pacientes presentaban Trastornos mentales orgánicos (dentro de los cuales se encuentran los Trastornos Neurocognitivos, de alta prevalencia en nuestra muestra), y aproximadamente un 8% presentaba Trastornos debido al consumo de sustancias.

La externación fue programada en el 89.4% de los casos, retirándose el 11.6% de los pacientes en contra

Figura 2. Motivos de ingreso (n=254 oct 2018 -sept 2019)

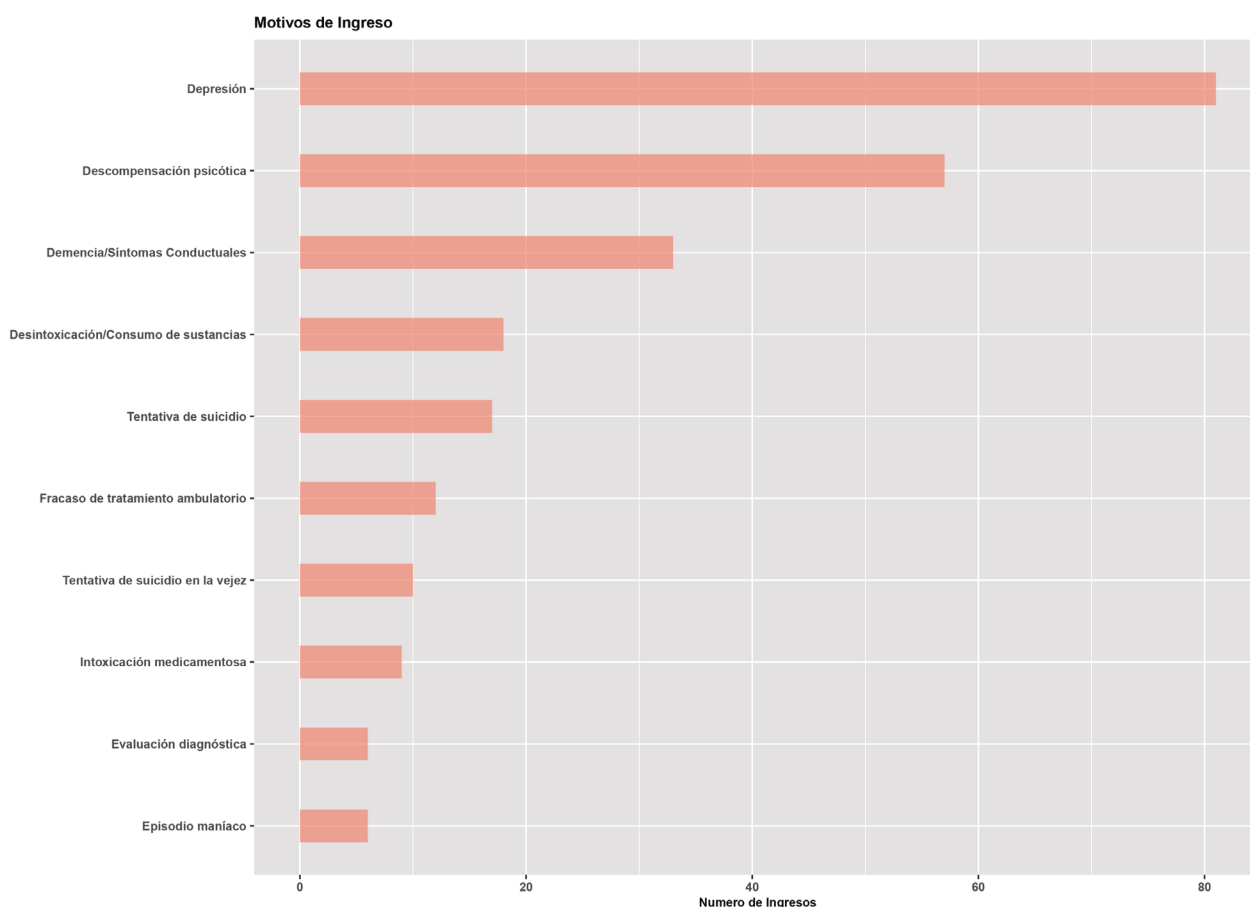


Tabla 2. Epidemiología autoagresiva estratificada por grupos etarios

Epidemiología autoagresiva				
	Total n= 254	De 18 a 35 años n=67	De 35 a 65 años n=111	Mayores de 65 años n=76
Conductas Autoagresivas = Sí (%)	48 (18.9%)	18 (26.9%)	20 (18.0%)	10 (13.2%)
Ideación Autoagresiva = Sí (%)	100 (39.4%)	28 (41.8%)	45 (40.5%)	27 (35.5%)
Plan Suicida = Sí (%)	27 (10.6%)	8 (11.9%)	9 (8.1%)	10 (13.2%)
Tentativa Suicida = Sí (%)	34 (13.4%)	10 (14.9%)	14 (12.6%)	10 (13.2%)
Escrito o Nota Suicida = Sí (%)	4 (1.6%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	3 (3.9%)
Antecedente Personal de Tentativa Suicida = Sí (%)	93 (36.6%)	37 (55.2%)	44 (39.6%)	12 (15.8%)
Antecedente Familiar de Tentativa Suicida = Sí (%)	38 (15.0%)	8 (11.9%)	21 (18.9%)	9 (11.8%)

Tabla 3. Grupos farmacológicos prescritos estratificados por grupos etarios

Fármacos al alta				
	Total n= 254	De 18 a 35 años n=67	De 35 a 65 años n=111	Mayores de 65 años n=76
Antidepresivos = Sí (%)	160 (63.0%)	31 (46.3%)	73 (65.8%)	56 (73.7%)
Antipsicóticos = Sí (%)	219 (86.2%)	59 (88.1%)	97 (87.4%)	63 (82.9%)
Estabilizadores del Estado de Ánimo = Sí (%)	83 (32.7%)	24 (35.8%)	48 (43.2%)	11 (14.5%)
Ansiolíticos = Sí (%)	202 (79.5%)	46 (68.7%)	100 (90.1%)	56 (73.7%)
Hipnoticos = Sí (%)	64 (25.2%)	11 (16.4%)	29 (26.1%)	24 (31.6%)
nh.Acetilcolinestera = Sí (%)	13 (5.1%)	0 (0.0%)	1 (0.9%)	12 (15.8%)

de opinión médica (alta voluntaria). Ningún paciente se fugó ni se suicidó en la sala de internación durante el período evaluado. Respecto al dispositivo de seguimiento al alta, el 56.3% de los pacientes continuaron tratamiento de manera ambulatoria y el 28.7% fueron derivados al dispositivo de Hospital de Día. El 7.5% de los pacientes fueron trasladados a una Institución para Adultos Mayores y el 2% a una Comunidad Terapéutica. Un 5.5% restante continuó con otros dispositivos al alta (internaciones prolongadas, u otras instituciones de salud mental).

Psicofármacos al alta

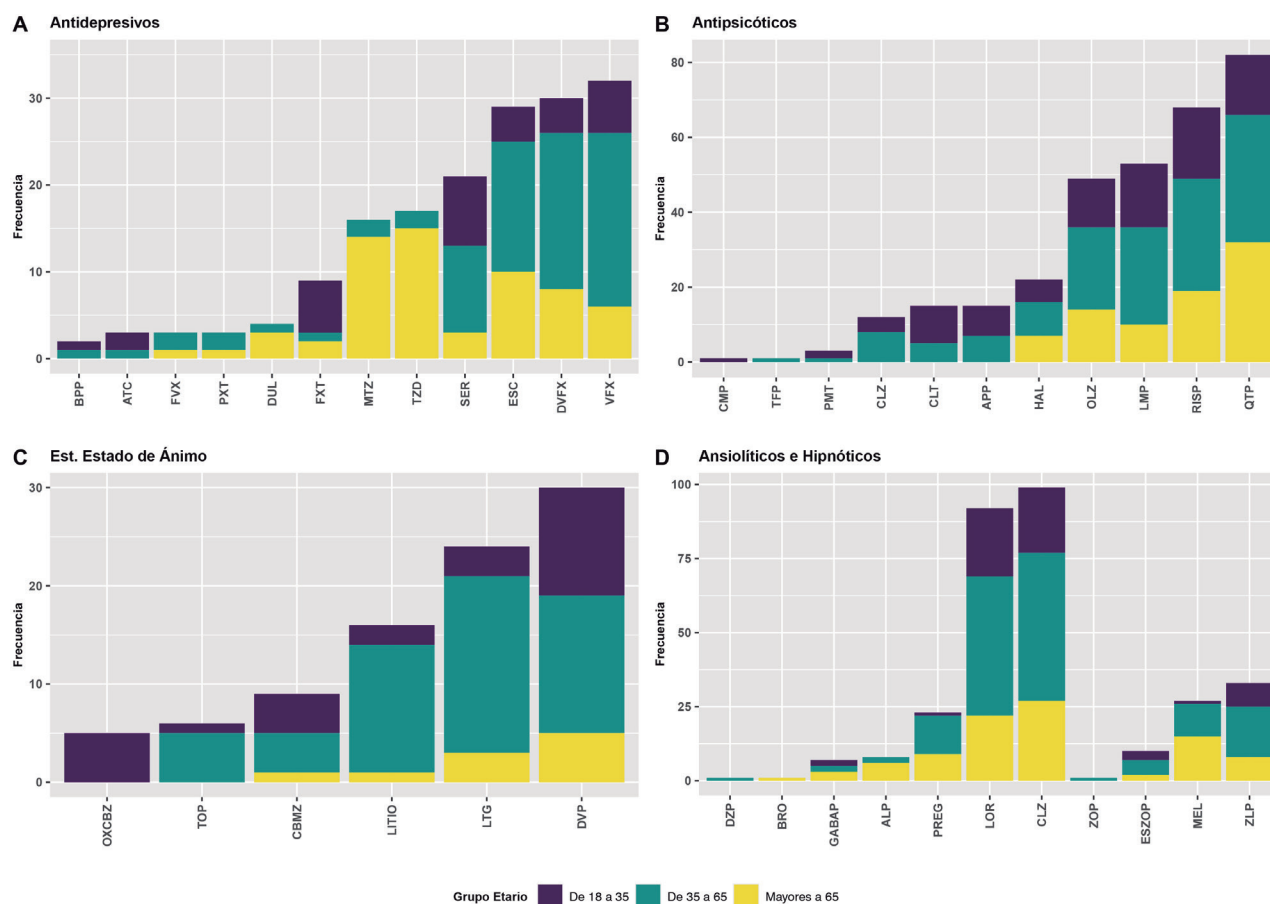
En la *Tabla 3* presentamos los datos respecto a los grupos farmacológicos con los que los pacientes se retiraron al alta. El 86.2% de los pacientes recibieron antipsicóticos al alta, siendo los más utilizados la Quetiapina y la Risperidona. El 63% de los pacientes se retiró con fármacos antidepresivos, con mayor frecuencia Venlafaxina, Desvenlafaxina, Escitalopram. El 32.7% de los pacientes se retiraron con fármacos estabilizadores del estado de ánimo, siendo el Divalproato de Sodio y la Lamotrigina más prescritos que el Litio. Por último, aproximadamente el 80% de los pacientes se retiraron con fármacos ansiolíticos (benzodiazepínicos,

gabapentina y pregabalina) y el 25.2% lo hicieron con hipnóticos no benzodiazepínicos o melatonina. En la *Figura 3* se muestran los fármacos prescritos de cada grupo farmacológico, estratificados por grupo etario.

Discusión

En el presente trabajo relevamos variables de interés sociodemográfico, clínico-terapéuticas y de seguimiento al alta, e hicimos énfasis en caracterizar la epidemiología autoagresiva de la población usuaria del dispositivo. Profundizaremos en torno a algunos resultados que consideramos de importancia y compararemos algunos hallazgos con el estudio previo de nuestra unidad.

En relación con el número de internaciones de nuestro estudio (n=259), el mismo fue menor que el reportado en el 2006, considerando que la ventana temporal de las muestras difiere (259 en 12 meses vs 612 en 15 meses) (Matusevich, 2006). Creemos que dicho fenómeno obedece al cambio en la legislación en Salud Mental, así como al reacondicionamiento de la unidad de internación siguiendo lineamientos y estándares internacionales de cuidado (*Joint Commission International*), lo que implicó una reducción del número de camas por habitación.

Figura 3. Detallado de fármacos prescritos al alta por grupo etario

A) Antidepresivos. B) Antipsicóticos. C) Est. Estado de Ánimo. D) Ansiolíticos e Hipnóticos. Abreviaciones: BPP: Bupropión. ATC: Antidepresivos Tricíclicos. FVX: Fluvoxamina. PXT: Paroxetina. DUL: Duloxetina. FXT: Fluoxetina. MTZ: Mirtazapina. TZD: Trazodona. SER: Sertralina. ESC: Escitalopram. DVFX: Desvenlafaxina. VFX: Venlafaxina. CMP: Clorpromazina. TFP: Trifluoperazina. PMT: Prometazina. CLZ: Clozapina. CLT: Clotiapina. APP: Aripiprazol. HAL: Haloperidol. OLZ: Olanzapina. LMP: Levomepromazina. RISP: Risperidona. QTP: Quetiapina. OXCBZ: Oxcarbazepina. TOP: Topiramato. CBMZ: Carbamazepina. LTG: Lamotrigina. DVP: Divalproato. DZP: Diazepam. BRO: Bromazepam. GABAP: Gabapentina. ALP: Alprazolam. PREG: Pregabalina. LOR: Lorazepam. CLZ: Clonazepam. ZOP: ZOPICLONA. ESZOP: Eszopiclona. MEL: Melatonina. ZLP: Zolpidem. Si bien consideramos más adecuado considerar al Litio, el Divalproato, la Carbamazepina y la Lamotrigina como fármacos "modificadores de segundos mensajeros" -de acuerdo con lo propuesto por Ghaemi (2015)-, a fines prácticos nos referiremos a dichas moléculas con el nombre de *estabilizadores del estado de ánimo*.

En forma consistente, trabajos recientes realizados en efectores del sistema de salud público también reportaron un menor número de internaciones, con igual tendencia al descenso (48 ingresos en 2013 vs 82 en 2005, en el Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez) (Richly, 2017). En el trabajo de Chebar y cols. de la sala de internación de mujeres del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear, se incluyeron 350 pacientes en un periodo de tres años y medio (promediando las 116 internaciones anuales) (Chebar et al., 2019). En el Hospital Piñero, se verificó la tendencia opuesta: mientras en el año 2008 se realizaron 41 ingresos, en 2011, se realizaron 109 ingresos (Internaciones Por Salud Mental En Hospitales Generales de Agudos de La Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2014). De todas maneras, es necesario tener en

consideración que el número de internaciones debe valorarse en conjunto con el tiempo de internación, que influye en el giro de camas (internaciones prolongadas conllevan a un menor número de internaciones para un período determinado).

En línea con estos hallazgos, reportamos una duración promedio de internación de 28.8 días (D.E.=32.3) (mediana 22 IQR=[14.00-34.00]). Evidenciamos una prolongación estadísticamente significativa al compararlo con el hallado en el relevamiento del año 2006 (promedio de 16.34 D.E.= 14.56 días) ($p < 0.01$). No hemos observado diferencias en el tiempo de permanencia hospitalaria comparando los tres grupos etarios -de 18 a 35 años, de 35 a 65 años y mayores a 65 años- (Kruskal Wallis $X^2=3.68$; $df=2$; $p=0.159$). Hipotetizamos en este sentido que la prolongación en los

tiempos de internación da cuenta de la creciente complejidad y estrés en la red de cuidados de los pacientes con cuadros complejos (el 29.1% de los pacientes vivían solos al ingreso), así como la escasez de dispositivos ambulatorios intermedios que faciliten una externación más rápida (casas de medio camino, viviendas asistidas). Cobra relevancia asimismo el hecho de que, al estar la sala emplazada en un hospital general de referencia nacional, muchos de los pacientes que ingresan presentan comorbilidades clínicas o cuadros psicopatológicos severos que han hecho meritoria su derivación desde otros centros del interior del país, lo que prolonga los tiempos de permanencia hospitalaria.

El promedio de duración de internación de nuestra muestra es considerablemente menor que el reportado por Richly y cols. en el Hospital Álvarez (promedio 46.2 días) (Richly, 2017), como así también en el trabajo de Chebar y cols. en el Hospital Alvear (promedio de 97.37 días [D.E.= 67.89] (Chebar et al., 2019). El promedio de días de internación informado por los Hospitales Monovalentes Borda y Moyano para el año 2011, por su parte, fue de 264.2 y 286.26 días respectivamente (Internaciones Por Salud Mental En Hospitales Generales de Agudos de La Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2014).

En relación con la relación de hombres y mujeres internados, los porcentajes relativos se han mantenido estables (61% [IC95% 0.54- 0.67] de mujeres en la cohorte actual vs. 65% [IC95% 0.60- 0.68] en la cohorte del 2006). Proporciones similares se observan también en los efectores públicos. Respecto de la población atendida desde el año 1980 hasta el año 2000 en el Hospital Álvarez informaron una relación mujer-hombre 3:1 (Fantín et al., 2004); el Hospital Piñero de Buenos Aires registró un 69% de mujeres (Triskier & Orgambide, 2002).

En cuanto a la edad, encontramos un aumento estadísticamente significativo de la edad promedio de la población usuaria del dispositivo de internación (51.85 [D.E.=21.23]) años en la cohorte actual vs 45.20 [D.E.=18.97] años en la muestra del 2006 ($p<0.01$). Esto podría corresponderse tanto con el envejecimiento poblacional, como al hecho de que el Plan de Salud del Hospital Italiano cuenta con una proporción importante de adultos mayores afiliados. Cabe destacar, asimismo, que nuestra unidad de internación se ha consolidado como un dispositivo de atención psicogeriatrica, y que los residentes se forman desde el primer año en la atención de pacientes de este grupo etario. Entendemos lo mismo como una virtud, teniendo en cuenta las tendencias a nivel glo-

bal y la relativa vacancia en formación de grado y posgrado en lo que respecta a la atención gerontológica.

Comparativamente, el promedio de edad hallado se encuentra muy por encima de los registrados en los estudios correspondientes a salas de internación del sistema de salud pública (34.5 años [D.E.= 12.8] en el Hospital "T. Álvarez" ($p<0.01$) (Richly, 2017); 36.59 [D.E.= 11.67] años en el Hospital "T. de Alvear" ($p<0.01$) (Chebar et al., 2019).

Respecto a los motivos de ingreso, la depresión continúa siendo la causal más frecuente de internación (32.7% en la cohorte actual; 19.4% en el 2006). El porcentaje hallado de descompensaciones psicóticas es mayor al del estudio de 2006, habiendo aumentado del 13.8% al 22.9%. Cabe señalar sin embargo que en el presente estudio hemos consignado un sólo motivo de ingreso por paciente, mientras que en el trabajo del 2006 podía haber más de uno, lo que complejiza la comparación y la interpretación directa de estos hallazgos. Estas observaciones resultan consistentes con lo descrito por la literatura en América Latina (Kohn et al., 2005; Rodríguez et al., 2009). En relación con lo reportado por otras instituciones, el Hospital "T. Álvarez" reportó como motivo más frecuente de ingreso a los cuadros de descompensación psicótica, seguido por cuadros depresivos (Richly, 2017; Richly et al., 2006). Las instituciones monovalentes, por su parte, presentan un mayor número de ingresos por descompensaciones psicóticas, y en segundo lugar por consumo problemático de sustancias (Buedo & Fiadaron, 2016).

Concordantemente con nuestros hallazgos a propósito del incremento de la edad promedio, así como del aumento de pacientes internados mayores a 65 años, observamos un crecimiento relativo de internaciones por síntomas conductuales (de 6% a 13.3% en la muestra actual). Como fue mencionado anteriormente, creemos que lo mismo podría asociarse al envejecimiento poblacional general y a la estructura demográfica hospitalaria, y jerarquiza la importancia que tiene la formación psicogerontológica en los residentes, a los efectos de anticiparse a los desafíos que esta situación traerá a la práctica de la Salud Mental.

A propósito del encuadre de la internación, el presente trabajo es el primero que se realiza en nuestra unidad luego de la sanción y reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental N 26.657. En nuestra serie, el 31.5% de los pacientes se internaron de manera involuntaria. Dicho porcentaje resulta significativamente menor al hallado en la muestra del Hospital "T. de Alvear", que reportó un 67.9% de internaciones involuntarias ($p<0.01$) (Chebar et al., 2019). Lo mismo

podría estar vinculado con el mayor número de hospitalizaciones por cuadros psicóticos, así como con la escasa disponibilidad de camas en el sector público, lo que implica la internación de pacientes con cuadros marcadamente graves. Hallamos asimismo diferencias estadísticamente significativas en el encuadre entre ambos sexos, con mayor frecuencia de internaciones involuntarias en hombres (RR=1.56, IC 95%=1.09-2.24, $p=0.001$), lo que resulta consistente con lo reportado en la literatura (Silva et al., 2021).

En referencia al requerimiento de contención física, el porcentaje se mantuvo estable, encontrando que el 13.8% de la muestra actual requirió dicha medida, en comparación al 14.8% relevado en el trabajo de 2006. Si bien los datos respecto al requerimiento de contención mecánica son escasos a nivel mundial, en el marco local, los mismos son aún más limitados. No encontramos bibliografía nacional que dé cuenta de dicha medida de manera sistematizada.

En relación al análisis epidemiológico de la conducta suicida, en nuestra población hallamos que las mujeres presentaron un porcentaje significativamente mayor de ideación autoagresiva (46.2% vs 28.3% en hombres, RR=1.64, IC95%= 1.15-2.34, $p=0.004$), planificación suicida (14.2% vs 5.1% en hombres, RR=2.81, IC95%=1.10-7.17, $p=0.02$) y tentativa suicida (17.4% vs 7.1% en hombres, RR=2.46, IC95%= 1.11-5.43, $p=0.02$). Lo mismo resulta congruente con la literatura en cuanto a que las mujeres presentan más tentativas suicidas, mientras que los hombres porcentajes más elevados de suicidios consumados (Iribarren et al, 2000), pero es necesario considerar que en esta muestra el mayor número de mujeres internadas puede influir en estos hallazgos. En el marco local, Grendas y Cols., quienes realizaron un estudio de cohorte prospectiva de pacientes con ingresos por tentativas o ideación suicida en el Hospital "J. T. Borda", "B. Moyano" y el Hospital de Clínicas, "J. de San Martín", hallaron también una preponderancia mayor de pacientes de sexo femenino (78.7% vs 21.3%) (Grendas et al., 2019).

Con respecto las tentativas de suicidio, el 10.6% de los pacientes internados en el período de estudio ingresaron posteriormente a presentar un intento, y encontramos en nuestra muestra una asociación estadísticamente significativa con los antecedentes de tentativa suicida previa (RR=2.33, IC 95%= 1.38-3.96, $p<0.001$) que también es consistente con lo descrito en la literatura en relación a la importancia de dicho elemento como factor predictivo (Iribarren et al, 2000). En el estudio previo llevado a cabo en nuestra sala, se reportó un 17.7% de ingresos con ideación suicida y un 17.6% con episodios autoagresivos, que

fueron considerados como motivos de ingreso. En virtud de que en la cohorte actual operacionalizamos las variables epidemiológicas del suicidio por separado, y consignamos como motivo de ingreso la tentativa de suicidio, los datos no son directamente comparables. Resulta llamativo, no obstante, el alto porcentaje de pacientes que presentaban ideación autoagresiva al ingreso en la muestra actual (39.4%), lo que subraya la importancia de la formación de los residentes en relación a la valoración del riesgo autoagresivo tanto en el dispositivo de emergencias como en la sala de internación.

Utilizando el CIE-10 como sistema de clasificación diagnóstica, el diagnóstico de egreso más frecuente en nuestro trabajo corresponde a los Trastornos Afectivos (43.3%), seguidos por la Esquizofrenia, Trastorno esquizotípico y Trastorno de ideas delirantes (18.9%) y los Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos (13.8%). Como limitación en la comparación del presente estudio, no valoramos el Eje II de forma separada, y consignamos un único diagnóstico principal al alta. En el trabajo del 2006 se utilizó el DSM IV-TR, siendo los diagnósticos más frecuentes los Trastornos Depresivos (32.1%), Dependencia a Sustancias (13.2%), Enfermedad Bipolar (10.2%), Demencia (7.6%), y Esquizofrenia (7.5%) y se valoró el Eje II por separado. En el estudio de Chebar y cols. llevado a cabo en el Hospital Alvear, los diagnósticos principales de las pacientes internadas fueron Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos (27.7%), Depresión Unipolar (12.6%), Trastorno Bipolar –incluyendo tanto depresión como manía– (27.1%), y Trastornos de la Personalidad (mayoritariamente de tipo límite) (22.9%) (Chebar et al., 2019). Si consideramos los ingresos por trastornos afectivos, se obtiene un valor de 39.6%, semejante a la proporción del 43.3% encontrada en nuestra población.

Con respecto al seguimiento al alta, los porcentajes relativos de derivación a los diferentes dispositivos de egreso se mantuvieron estables. Más de la mitad de los pacientes ingresados continuaron en seguimiento por consultorios externos (56.3% vs 55.8% en 2006), mientras que aproximadamente un cuarto fueron derivados al dispositivo de Hospital de Día (28.7% vs 23.3% en 2006). Las derivaciones a residencias geriátricas también fueron similares (7.5% vs 8.3% en 2006). Las altas voluntarias contra opinión médica presentaron valores semejantes al trabajo previo (11.6% vs 13% en el 2006).

Por último, en el presente trabajo nos propusimos registrar como variable los psicofármacos prescriptos al alta. Resulta interesante que no encontramos en la literatura local publicaciones que den cuenta de una manera sistemática de los fármacos recetados en la

población internada. Creemos que nuestro trabajo permite un acercamiento preliminar en este sentido, a los efectos de continuar informando nuestra práctica.

Observamos que los antipsicóticos constituyen el grupo farmacológico más recetado, con preponderancia de los de segunda generación, principalmente Quetiapina y Risperidona. Lo mismo resulta compatible con lo hallado en nuestro Servicio en un estudio de cohorte retrospectiva basado en los registros electrónicos de pacientes ambulatorios mayores de 18 años que habían iniciado tratamiento con fármaco antipsicótico por primera vez entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2018 (Vivacqua et al., 2021) La Olanzapina queda relegada a un tercer lugar, presumiblemente en virtud de sus efectos adversos metabólicos, sobre todo en jóvenes y adultos. Es elevada la frecuencia de uso de Levomepromazina como sedativo.

En relación a la prescripción de antidepresivos, pareciera que la prescripción de dicho grupo aumenta en los grupos etarios de mayor edad (46% en pacientes de 18 a 35 años, 65% en pacientes de 35 a 65 años, y 73.7% en mayores de 65 años). Mientras que la Venlafaxina y Desvenlafaxina son los más prescritos, seguidos por Escitalopram cuando se considera el total de los pacientes, observamos que en la población mayor de 65 años se indica con mayor frecuencia Mirtazapina, Escitalopram y luego los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (Desvenlafaxina, Venlafaxina y Duloxetina). El antidepresivo indicado con mayor frecuencia para los pacientes adultos jóvenes fue la Sertralina. La alta proporción observada en la prescripción de Trazodona obedece a su uso a dosis hipnóticas.

Respecto los fármacos estabilizadores del estado de ánimo, hallamos que fueron instaurados más frecuentemente en jóvenes y adultos, con menor proporción en los mayores de 65 años. Considerando la totalidad de los pacientes, se indicó Divalproato de sodio y Lamotrigina en mayor medida, seguidos por el Litio. Para los pacientes de entre 35 y 65 años, se observó una mayor frecuencia en la prescripción de Lamotrigina, y en segundo lugar Litio y Divalproato.

De las benzodiazepinas, se utilizan predominantemente Clonazepam y Lorazepam, observándose un uso menor de las moléculas de dicho grupo que presentan vida media corta. Respecto a los hipnóticos no benzodiazepínicos, se prescribió con mayor frecuencia Zolpidem. Cabe mencionar también la alta proporción observada de Melatonina para manejo de disregulaciones en el ciclo de sueño, sobre todo en la población añosa, a los efectos de evitar el uso de benzodiazepinas.

Este trabajo presenta las limitaciones propias de un estudio de corte transversal confeccionado a partir de datos ya relevados en bases secundarias (Historia Clínica Electrónica). Sin embargo, este registro constituye un sistema de datos confiable, con alta calidad e información precisa del seguimiento de los pacientes en el tiempo, lo que entendemos representa una fortaleza en relación con otros trabajos publicados en el marco local. El hecho de que nuestro Servicio cuente con dispositivos de guardia, internación, hospitales de día y consultorios externos nos permite un seguimiento longitudinal de los pacientes atendidos y articular nuestros hallazgos con los ciclos de mejora.

Conclusiones

En el presente trabajo nos propusimos describir distintas variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas de los pacientes usuarios del dispositivo de la Sala de Internación de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires a lo largo de 12 meses consecutivos. El mismo permite tener una noción actualizada de las características de los pacientes que atendemos en dicho dispositivo, y conocer de qué manera las mismas se han modificado en los últimos años, teniendo en cuenta los cambios en la legislación vigente y en la sociedad en su conjunto. Entendemos que contar con información epidemiológica -escasa en el contexto local y fundamentalmente en nuestro campo-, aporta no sólo en la planificación y gestión de los recursos en Salud Mental, sino que también nos permite visibilizar los desafíos que se plantearán en la práctica clínica, repensando la formación de los profesionales de acuerdo con los mismos.

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

Agradecimientos: los autores desean agradecer al Dr. Bestoso y al Lic. Barbagallo por su colaboración en la confección de la base de datos.

Referencias bibliográficas

- Babalola, O., Gormez, V., Alwan, N. A., Johnstone, P., & Sampson, S. (2014). Length of hospitalisation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD000384. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000384.pub3>
- Baruch, Y., Kotler, M., Lerner, Y., Benatov, J., & Strous, R. D. (2005). Psychiatric admissions and hospitalization in Israel: an epidemiologic study of where we stand today and where we are going. *The Israel Medical Association Journal: IMAJ*, 7(12), 803-807.
- Blader, J. C. (2011). Acute inpatient care for psychiatric disorders in the United States, 1996 through 2007. *Archives of General Psychiatry*, 68(12), 1276-1283. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.84>

- Chebar, D., Alba, P., Alarcón, H., Fassi, G., Losanovsky Perel, V., Mazaira, S., & Martino, D. J. (2019). Duración de las internaciones psiquiátricas: una caracterización clínica y socio demográfica. *Vertex Rev Arg Psiquiatr.*, 30(148), 420–425.
- Fantín, J., Fridman, P., Raggi, S., & Trímboli, A. (2004). Estudio epidemiológico sobre la variación de la demanda en salud mental en las últimas décadas. *Vertex Rev Arg Psiquiatr.*, 15(58), 245–250.
- Gaudio, J. J., Penido, J. H., Gutierrez, M. S., & Curcio, A. (1992-1993). Hospitalización de pacientes en el Hospital "J.T. Borda" de la Ciudad de Buenos Aires (Análisis cualitativo y cuantitativo de las variables intervinientes). *Vertex, Rev Arg Psiquiatr.*, 3(10), 262–265.
- Ghaemi, S. N. (2015). A new nomenclature for psychotropic drugs. *Journal of clinical psychopharmacology*, 35(4), 428–433. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000341>
- Grendas, L. N., Rojas, S. M., Puppo, S., Vidjen, P., Portela, A., Chiapella, L., Rodante, D. E., & Daray, F. M. (2019). Interaction between prospective risk factors in the prediction of suicide risk. *Journal of Affective Disorders*, 258, 144–150. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.071>
- Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2014). Ministerio Público Tutelar. https://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/dtn21_internaciones_0.pdf
- Iribarren, C., Sidney, S., Jacobs Jr, D. R., & Weisner, C. (2000). Hospitalization for suicide attempt and completed suicide: epidemiological features in a managed care population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 35(7), 288–296. <https://doi.org/10.1007/s001270050241>
- Kohn, R., Levav, I., Almeida, J. M. C. de, Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Saxena, S., & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública = Pan American Journal of Public Health*, 18, 229–240.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. (n.d.).
- Matusevich, D. (2006). Modelo de comunidad terapéutica en internaciones psiquiátricas breves. *Vertex Rev Arg Psiquiatr.*, 27(65), 55–64.
- Nemirovsky, M., Guardo, G., Rosenstein, M., Agrest, M., Tkach, J., & Montanelli, R. (2003). Características epidemiológicas y de la atención de los pacientes internados psiquiátricamente en una Empresa de Medicina Prepaga en la Ciudad de Buenos Aires. *Vertex Rev Arg de Psiquiat* 14(54), 292–298.
- Novella, E. J. (2010). Mental health care in the aftermath of deinstitutionalization: a retrospective and prospective view. *Health Care Analysis: HCA: Journal of Health Philosophy and Policy*, 18(3), 222–238. <https://doi.org/10.1007/s10728-009-0138-8>
- Okumura, Y., Sugiyama, N., Noda, T., & Tachimori, H. (2019). Psychiatric Admissions and Length of Stay During Fiscal Years 2014 and 2015 in Japan: A Retrospective Cohort Study Using a Nationwide Claims Database. *Journal of Epidemiology / Japan Epidemiological Association*, 29(8), 288–294. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20180096>
- Plancke, L., & Amariei, A. (2017). Les hospitalisations longues en psychiatrie. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 65(1), 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2016.10.058>
- Richly, P. (2017). Análisis comparativo sobre las características de las internaciones en una sala de Salud Mental en un hospital general de agudos. *Vertex Rev Arg de Psiquiatr.*, 28(133): 183-187.
- Richly, P., Xamena, P., Surur, C., Espert, J., & Pavlovsky, F. (2006). Datos operacionales de la Sala de Internación de Psicopatología de un hospital general a lo largo de un año. *Vertex, Rev Arg Psiquiatr.*, 27(67), 182-187.
- Rodríguez, J. J., Kohn, R., & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Pan American Health Org. Sauri, J. J. (1969). Historia de las ideas psiquiátricas. En Historia de las ideas psiquiátricas (pp. 443–443). pesquisa.bvsalud.org.
- Silva, M., Antunes, A., Azeredo-Lopes, S., Loureiro, A., Saraceno, B., Caldas-de-Almeida, J. M., & Cardoso, G. (2021). Factors associated with involuntary psychiatric hospitalization in Portugal. *International journal of mental health systems*, 15(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00460-4>
- Triskier, S. S.-M. C.-F., & Orgambide, S. (2002). Datos operacionales de una Unidad psiquiátrica de internación en un Hospital general y público de la Ciudad de Buenos Aires. *Vertex, Rev Arg Psiquiatr.*, 13(48), 85.
- Vivacqua, M. N., Abudarham, T., Pagotto, V., & Faccioli, J. L. (2021). Prevalencia en la prescripción de antipsicóticos y monitoreo metabólico en pacientes bajo tratamiento crónico. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 78(3), 276. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n3.32653>

Diferencias de opiniones y posturas sobre temas de práctica psiquiátrica entre alumnos superiores de Medicina y de Psicología

Differences in opinions and positions about psychiatric practice topics between undergraduate medical and psychology students

Eduardo A. Leiderman¹, Camila Agnessi², Barbara Balbiani², Cindy Cedeño², Lucía Evangelista², Iacob Ghea², Catalina Repetto², Emma Saravia²

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i158.315>

Resumen

Introducción: Dada la prevalencia del modelo de atención interdisciplinaria en salud mental es necesario establecer miradas comunes en relación a prácticas terapéuticas de las distintas disciplinas que intervienen en la atención mental. Nuestro objetivo fue determinar si hay diferencias de opiniones y posturas en cuanto a temas de práctica psiquiátrica entre alumnos de Medicina y Psicología de años superiores. **Métodos:** Se realizó una encuesta *ad hoc* con distintas afirmaciones sobre la internación psiquiátrica, la terapia electroconvulsiva y los psicofármacos. Ciento dieciocho estudiantes de Medicina y 122 estudiantes de Psicología contestaron esta encuesta en forma online en febrero del año 2022. **Resultados:** Un tercio de las opiniones fueron significativamente distintas entre los alumnos. Los alumnos de Medicina tuvieron posturas un poco más positivas en relación a la terapia electroconvulsiva y a la internación psiquiátrica que los alumnos de Psicología. El prejuicio en relación a prácticas psiquiátricas es importante en ambos grupos. **Discusión y Conclusiones:** No existen diferencias importantes entre las opiniones de los alumnos de Medicina y Psicología. El estigma y prejuicio sobre la salud mental debe ser abordado desde los primeros años de ambas carreras.

Palabras clave: Prejuicio - Estigma - Alumnos de pregrado - Interdisciplina - Psiquiatría.

Abstract

Introduction: Due to the prevalence of the model of interdisciplinary attention in mental health it is necessary to establish common views about therapeutic practices of the different disciplines that intervene in mental attention. Our objective was to determine if there are differences in opinions and positions with respect to psychiatric practice topics between undergraduate students of the last years of medicine and psychology. **Methods:** An *ad hoc* survey with different statements about psychiatric hospitalization, electroconvulsive therapy and psychotropics was done. One hundred eighteen medical students and 122 psychology students answered the online survey on February 2022. **Results:** One third of the opinions were statistically different between the students. Medical students had positions a little more positive towards electroconvulsive therapy and psychiatric hospitalization than psychology students. The prejudice towards psychiatric practices is important in both groups. **Discussion and Conclusions:** There are no important differences on the opinions of medical and psychology students. The prejudice and stigma towards mental health should be addressed since the first years of both careers.

Keywords: Prejudice - Stigma - Undergraduate students - Interdiscipline - Psychiatry.

RECIBIDO 15/7/2022 - ACEPTADO 1/8/2022

¹Médico especialista en psiquiatría, Doctor en psicología. Profesor titular de Clínica y Psicofarmacología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo (UP), Argentina.

²Alumnos de la carrera de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo (UP), Argentina.

Autor correspondiente:

Eduardo Adrián Leiderman
eduardo.leiderman@gmail.com

Lugar de realización del estudio: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo (UP), Argentina.



Introducción

La ley argentina 26657 de salud mental, sancionada en el año 2010 y reglamentada en el año 2013, en su artículo 8 establece que se debe promover la atención en salud mental a través de un equipo interdisciplinario (Ley 26657). Esto supone que profesionales de distintas disciplinas deben establecer un lenguaje y miradas comunes que les permitan trabajar con los pacientes (lo cual, indudablemente, ya se venía realizando en la práctica en una gran cantidad de instituciones de atención mental). Para ello, hay ciertos prejuicios u opiniones diferentes que puedan atentar contra la construcción de un código común y derivar a malos entendidos que lleven eventualmente al boicot de ciertas prácticas necesarias. Dado que parte de las opiniones o prejuicios que se tienen disciplinalmente se producen durante la etapa formativa (Brower, 2022), nuestro trabajo procuró ver si esas diferencias ya se transmiten en los primeros años de los estudios de pregrado. Un estudio realizado por D'Agostino (2015) observó que sólo el 2,8% de la currícula de los últimos 3 años de Psicología de la UNLP estaba dedicada a la interdisciplina. McFarquhar y Thompson (2008) exploraron las actitudes y los conocimientos sobre la Terapia Electroconvulsiva (TEC) en estudiantes de Medicina y el público en general y observaron que la población general tenía menos conocimientos y actitudes menos positivas que los estudiantes de Medicina. Entre los estudiantes de Medicina se halló que el área en la que había menos conocimiento era en la de riesgos potenciales y efectos secundarios. Un estudio en Turquía, país en el cual la TEC es una práctica bastante utilizada, observó diferencias en conocimientos y opiniones entre los estudiantes de Medicina, Psicología y público general. Los estudiantes de Medicina tenían un mayor conocimiento sobre el TEC y una actitud más positiva que los alumnos de Psicología (Aki et al., 2013)

De las Cuevas, Peñate, Perestelo, Rivero, Pérez, González & Perez-Wehbe (2011) investigaron las diferencias actitudinales en la prescripción de psicofármacos en muestras de estudiantes universitarios. Hallaron que los alumnos de Psicología percibían a los medicamentos psiquiátricos más dañinos que sus pares de Medicina y, al mismo tiempo, encontraron una fuerte creencia de los mismos acerca de un sobre-prescripción general de medicamentos por parte de los psiquiatras.

Teniendo en cuenta estos escasos antecedentes bibliográficos, decidimos hacer este estudio para determinar si hay diferencias en nuestro país en las opinio-

nes y posturas sobre la internación psiquiátrica, la TEC y los psicofármacos entre los alumnos de Medicina y Psicología de instituciones universitarias argentinas.

Metodología

Se tomó una muestra probabilística de 118 estudiantes de los últimos dos años de la carrera de Medicina (AM), 122 de los últimos 2 años de la carrera de Psicología (AP) de facultades de la República Argentina y 180 personas legas en salud mental de la población general. El estudio fue autorizado por el comité de ética de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo (UP), Argentina. Las personas encuestadas se reclutaron a través de la metodología de bola de nieve. Luego de dar su consentimiento tuvieron que contestar una encuesta online a través del formato Google forms (Anexo I). La encuesta estuvo compuesta por 4 secciones: en la 1era. sección se preguntó sobre datos psicosociales, pertenencia a facultades o si eran profesionales de salud mental. También se preguntó si se atendían o habían sido atendidos psicoterapéuticos o psicofarmacológicamente. Las siguientes secciones tenían afirmaciones las cuales debían ser respondidas a través de una escala de tipo Likert ("Totalmente en desacuerdo", "Parcialmente en desacuerdo", "Ni en acuerdo ni en desacuerdo", "Parcialmente de acuerdo" y "Totalmente de acuerdo"). Para una mayor comprensión se analizaron las respuestas "Parcialmente en desacuerdo" o "De acuerdo", en conjunto con las respuestas "Totalmente en desacuerdo" y "Totalmente de acuerdo", respectivamente.

La segunda sección tenía 10 afirmaciones sobre la internación psiquiátrica, la tercera sección 13 afirmaciones sobre la TEC y la cuarta sección 12 afirmaciones sobre los psicofármacos.

Una vez realizada la encuesta, esta pasaba en forma automática a una base Excel. Los datos fueron analizados con el programa SPSS. A los fines de este estudio se compararon las muestras de alumnos de Medicina y alumnos de Psicología.

Resultados

1. Participantes

Hubo diferencias estadísticamente significativas en edad, sexo y asistencia en tratamiento psicoterapéutico, no siendo diferentes en tratamiento psicofarmacológico (ver Tabla 1).

2. Internación psiquiátrica

En relación a la internación psiquiátrica, las respuestas y tests se encuentran en la Tabla 2.

Tabla 1. Características de la muestra estudiada

	Alumnos de Medicina	Alumnos de Psicología	Tests
n:	118	122	
Edad (en años)	25,7 ± 4,2	31,7 ± 10,3	t(162)= 5,8 p < 0,001
Sexo Femenino	32,2%	80,3%	$\chi^2(1)= 4,9$ p < 0,02
Tratamiento psicoterapéutico	53,3%	83,6%	$\chi^2(1)= 25,4$ p < 0,001
Tratamiento psicofarmacológico	22%	29,5%	$\chi^2(1)= 1,7$ NS

Tabla 2. Respuestas de afirmaciones sobre la internación psiquiátrica

Afirmaciones	Alumnos de Medicina		Alumnos de Psicología		Tests estadísticos
	De acuerdo (%)	En desacuerdo (%)	De acuerdo (%)	En desacuerdo (%)	
Último recurso terapéutico	48,3	40,6	72,9	17,2	$\chi^2(2)= 17,5$ p < 0,001
Se usa ante el fracaso	61,8	23,7	75,4	20,5	$\chi^2(2)= 8,8$ p = 0,01
Por largos plazos	15,2	56,7	26,2	41,8	$\chi^2(2)= 6,5$ p = 0,03
Mejora la calidad de vida	57,6	18,6	35,2	28,7	$\chi^2(2)= 12$ p = 0,002
Beneficia la interacción familiar	43,2	11,8	42,6	27,8	$\chi^2(2)= 1,5$ p=0,003
Forma de castigo	10,1	77,9	10,6	84,4	$\chi^2(2)=3,7$ p=0,15
Forma de encierro	15,2	68,6	7,3	78,6	$\chi^2(2)=4,3$ p= 0,16
Solo en forma voluntaria	23,7	60,1	33,6	54,9	$\chi^2(2)=3,2$ p=0,19
Debe proscribirse	9,3	66,1	9	77,8	$\chi^2(2)=5,3$ p=0,06
Ocultar del círculo social	30,5	49,1	37,7	51,6	$\chi^2(2)=4,6$ p=0,09

Nota: Para una mejor comprensión de la Tabla no se han escrito los porcentajes correspondientes a las respuestas Ni de acuerdo ni en desacuerdo. Las afirmaciones están referidas con las palabras que mejor las describen.

Las siguientes fueron afirmaciones cuyas respuestas según la facultad donde se estudiaba resultaron distintas estadísticamente:

Con respecto a la afirmación: “Es un último recurso terapéutico a utilizar sólo ante riesgo cierto e inminente de daño para sí o para terceros” los AP estuvieron más de acuerdo que los AM aunque a su vez menos individuos de aquel grupo estuvieron en desacuerdo.

Sobre la oración “La internación psiquiátrica es un recurso terapéutico que se usa ante el fracaso del recurso ambulatorio o para ciertas situaciones necesarias” los AP estuvieron más de acuerdo.

En relación a la afirmación “Una vez hecha, suelen dejar internados a los pacientes largos plazos”, los AM estuvieron más en desacuerdo que los AP.

Otra afirmación que tuvo respuestas disímiles fue: “Considera que la internación psiquiátrica mejora la calidad de vida del internado” en la cual los alumnos de Medicina estuvieron más de acuerdo y menos en desacuerdo que los alumnos de Psicología. Por último, el enunciado “Es un procedimiento que la mayoría de las veces beneficia a la interacción familiar del pacien-

te” tuvo más alumnos de Psicología en desacuerdo que alumnos de Medicina.

No se hallaron diferencias significativas en las afirmaciones: “es una forma de castigo para los pacientes”, “es sólo una forma de encierro para los pacientes”, “Debe ser realizada sólo en forma voluntaria”, “es una práctica que debe proscribirse siempre” y “En caso de pasarla es algo que ocultaría de mi círculo social”.

Es decir que de 10 afirmaciones, 5 respuestas fueron significativamente distintas entre los alumnos de Medicina y de Psicología y 5 fueron semejantes.

3. Terapia electroconvulsiva

En relación a la terapia electroconvulsiva, las respuestas y tests correspondientes se encuentran en la *Tabla 3*.

Hubo cinco afirmaciones con diferencias estadísticamente significativas. Y 8 en las que no se encontraron diferencias.

Los estudiantes de Medicina estuvieron más de acuerdo que la TEC es un tratamiento que se utiliza en la actualidad y que es usado principalmente para la depresión. Si bien estuvieron de acuerdo en forma

Tabla 3. Respuestas de afirmaciones sobre la terapia electroconvulsiva

Afirmaciones	Alumnos de Medicina		Alumnos de Psicología		Tests estadísticos
	De acuerdo (%)	En desacuerdo (%)	De acuerdo (%)	En desacuerdo (%)	
Es un tratamiento de actualidad	45,7	32,2	31,9	34,4	$\chi^2(2)= 5,9$ $p = 0,05$
Se usa principalmente para depresión	36,4	22	22,9	34,4	$\chi^2(2)= 6,3$ $p = 0,04$
Es anticuado y obsoleto	60,1	24,5	47,5	19,6	$\chi^2(2)= 10$ $p = 0,007$
Recuerda con horror siempre	23,7	28,8	34,4	16,3	$\chi^2(2)= 6,5$ $p = 0,03$
Daño cerebral irreparable	23,7	45,7	32,7	19,6	$\chi^2(2)= 18,7$ $p < 0,001$
Múltiples evidencias de eficacia	36,4	27,1	26,2	29,5	$\chi^2(2)=3$ $p=0,2$
Para control o castigo	29,6	39,8	28,6	36,8	$\chi^2(2)=0,4$ $p=0,8$
Siempre siente dolor	34,7	33,8	35,2	27	$\chi^2(2)=1,6$ $p=0,44$
Siempre con anestesia	33,8	13,9	21,3	18,8	$\chi^2(2)=5,3$ $p=0,06$
Método terapéutico cruel	39,8	27,1	46,7	17,2	$\chi^2(2)=3,4$ $p=0,17$
Efectos dañinos a largo plazo	30,5	21,1	33,6	12,2	$\chi^2(2)=3,4$ $p=0,18$
Cualquier tipo de paciente	10,1	55,9	18,8	45	$\chi^2(2)=4,5$ $p=0,1$
Puede tener resultados positivos	24,5	33	22,1	30,3	$\chi^2(2)=0,6$ $p=0,7$

Nota: Para una mejor comprensión de la Tabla no se han escrito los porcentajes correspondientes a las respuestas Ni acuerdo ni en desacuerdo. Las afirmaciones están referidas con las palabras que mejor las describen

significativa de que se trata de un procedimiento anticuado y obsoleto, hubo menos porcentaje en desacuerdo que los estudiantes de psicología.

Menos estudiantes de medicina estuvieron de acuerdo que el paciente recuerda el procedimiento con horror siempre o que deja un daño cerebral irreparable.

No hubo diferencias significativas en las afirmaciones: “Tiene múltiples evidencias de eficacia”, “Es usado para control y castigo”, “Siempre se siente dolor durante el procedimiento”, “Se utiliza siempre anestesia”, “Es un método terapéutico cruel”, “Tiene efectos dañinos a largo plazo”, “Puede ser utilizado en cualquier tipo de paciente” y “Considera que esta terapia puede tener resultados positivos”.

4. Los psicofármacos

Las respuestas y tests correspondientes a los psicofármacos se encuentran en la *Tabla 4*.

Sólo una afirmación de las 12 vinculadas a los psicofármacos tuvo diferencias significativas: Hubo más alumnos de psicología que estuvieron en desacuerdo que la persona muestra que es débil de carácter al tomar psicofármacos.

Las afirmaciones que no tuvieron diferencias significativas fueron: “Sirven para el tratamiento de algunos trastornos mentales”, “Todos producen adicción y dejan a la persona dependiente”, “Tienen evidencia científica de su eficacia”, “Son usados para control y castigo”, “No permiten curar porque da mejoría ficticia”, “Responden a los intereses de los laboratorios”, “Los efectos adversos superan siempre los pocos beneficios”, “Pueden mejorar las posibilidades de realizar una psicoterapia”, “Sólo los pacientes más graves los necesitan”, “Alteran la calidad y hábitos del sueño” y “Generan Trastornos de la conducta alimentaria”.

Discusión

Nuestro estudio no demostró diferencias importantes en las opiniones y posturas entre los alumnos de años superiores de medicina y de psicología. En relación a la internación psiquiátrica hubo sólo 5 respuestas estadísticamente diferentes entre los dos grupos. En relación al TEC sólo 5 de 13 respuestas y con respecto a los psicofármacos sólo 1 de 12 respuestas. Es decir que menos de un tercio de todas las afirmaciones fueron respondidas de manera diferente según la disciplina que se estudia.

Tabla 4. Respuestas de afirmaciones sobre los psicofármacos

Afirmaciones	Alumnos de Medicina		Alumnos de Psicología		Tests estadísticos
	De acuerdo (%)	En desacuerdo (%)	De acuerdo (%)	En desacuerdo (%)	
Débil de carácter	19,4	59,3	6,5	87,8	$\chi^2(2)= 25p < 0,001$
Sirven para el tratamiento de algunos trastornos mentales	83	11,8	92,6	4,9	$\chi^2(2)= 5,2 p = 0,07$
Adicción y dependencia	28,8	55,9	16,3	63,9	$\chi^2(2)= 5,4 p = 0,06$
Evidencia científica	77,9	12,7	85,2	7,3	$\chi^2(2)= 2,3 p = 0,3$
Para control y castigo	9,3	73,7	9,8	76,2	$\chi^2(2)= 0,4 p = 0,8$
Da una mejoría ficticia	17,7	61,8	13,9	68,8	$\chi^2(2)= 1,3 p=0,5$
Por intereses económicos	18,6	44,9	13,9	54	$\chi^2(2)= 2,1 p = 0,3$
Efectos adversos superan los beneficios	18,6	49,1	12,2	50,8	$\chi^2(2)= 2,2 p=0,3$
Posibilidad para psicoterapia	70,3	15,2	79,5	11,4	$\chi^2(2)=2,8 p=0,24$
Sólo para pacientes más graves	22,8	53,3	30,3	51,6	$\chi^2(2)=2,2 p=0,3$
Calidad y hábitos de sueño	31,3	37,2	27,8	45,9	$\chi^2(2)=1,8 p=0,3$
Trastornos en la conducta alimentaria	21,1	40,6	14,7	41,8	$\chi^2(2)= 1,8 p=0,4$

Nota: Para una mejor comprensión de la Tabla no se han escrito los porcentajes correspondientes a las respuestas ni "De acuerdo ni "En desacuerdo". Las afirmaciones están referidas con las palabras que mejor las describen.

Con respecto a la internación psiquiátrica observamos que hubo diferencias en relación a los objetivos de la misma: los estudiantes de Psicología estuvieron más de acuerdo con entenderla como un último recurso y ante el fracaso de otros. Esto está en consonancia con la posible ponderación de recursos ambulatorios y psicoterapéuticos que se hacen en las facultades de esa disciplina. También hubo diferencias en cuanto a características de la misma ya que los alumnos de Psicología estuvieron menos en desacuerdo con la opinión de que las internaciones son por largo plazo. Si bien el estándar actual en la psiquiatría es propender a internaciones breves, lo cierto es que en nuestro país, en el censo de 12035 pacientes internados en servicios públicos o privados de psiquiatría realizado entre los años 2018 y 2019 se halló que el promedio de estadía era de 8,2 años (OPS, 2019). Este dato daría sustento a lo opinado por los alumnos de Psicología que pueden estar más embebidos gracias a sus docentes en la realidad de las internaciones psiquiátricas que los alumnos de Medicina. Los alumnos de Psicología fueron también menos optimistas en relación a que la internación psiquiátrica pudiera beneficiar la interacción familiar.

Esta visión más positiva de los alumnos de Medicina con respecto a los de Psicología podría deberse a una ponderación mayor de los recursos médicos en general y específicamente de la internación o, alternativamente, a un menor conocimiento de la realidad en dichos establecimientos. Las opiniones más prejuiciosas en relación a la internación (ser una forma de castigo o de encierro, o ser una práctica a proscribirse) no tuvieron diferencias significativas. Sin embargo, que estas afirmaciones sean suscritas por uno de cada 7 a 10 alumnos nos obliga a reflexionar sobre la necesidad de una mayor formación e información en los estudios de pregrado. También la afirmación suscripta por un cuarto a un tercio de los alumnos en relación a que la internación sólo debe ser voluntaria implica desconocer cuadros en donde justamente el riesgo de daño personal o de otros hace necesario proceder a la internación en forma involuntaria (Sheehan, 2009). Por último, el grado de estigmatización que tiene la internación psiquiátrica es notable, ya que un tercio de los encuestados cree que deberían ocultarla del círculo social en caso de pasar por ella. Una encuesta realizada en Buenos Aires en el año 2007 halló que el 78% de la población general considera que se pensaría

con menor valor a alguien que se haya internado en psiquiatría (Leiderman et al., 2011).

Los alumnos de Medicina tuvieron una visión más positiva en relación a la TEC. Un mayor porcentaje de este grupo lo consideró un procedimiento actual y menos estuvieron en desacuerdo que era anticuado y obsoleto. Por otra parte, un menor porcentaje acordó con las afirmaciones muy prejuiciosas en relación a la forma de recordarlo o las consecuencias nocivas del mismo. Estos datos están en consonancia con el estudio de Turquía donde también se demostró que los alumnos de Medicina tenían una visión más positiva y un conocimiento superior con respecto a la TEC (Aki et al., 2013). Es posible que en la Facultad de Medicina se dé información más fidedigna sobre el procedimiento y las indicaciones del mismo que permitan tener una opinión distinta a la popular mediatizada por películas tanto nacionales (como "Hombre mirando al sudeste") como internacionales (como "Atrapado sin salida"). Sin embargo, en nuestro estudio menos de un cuarto de los alumnos de Medicina (y un porcentaje casi similar de alumnos de Psicología) afirmó que la TEC produce resultados positivos como lo sostiene la bibliografía (Bahji et al., 2019; Wang et al., 2018; Zhang et al., 2021). Sin embargo, este claro beneficio observado en los anteriores trabajos contrasta con un artículo reciente de Cochrane que, a pesar de confirmar la eficacia en la esquizofrenia refractaria, indica que los estudios en otras patologías son de moderada calidad y se necesitan más estudios para tener conclusiones (Sinclair et al., 2019). El hecho de que más de una tercera parte de los entrevistados, ya sean alumnos de Medicina o de Psicología piensen que es un método cruel, doloroso y que se hace sin anestesia muestra que el grado de desinformación es muy alto aún en personas que debieran tener una mayor información. Está claro que la población, en general, tiene un gran grado de prejuicio en relación a la TEC (Lauer et al., 2005) y que tener mayor información y conocimiento sobre la TEC aumenta la posibilidad de ser utilizada en el momento necesario (Wilhelmy et al., 2017).

Con respecto a las opiniones sobre los psicofármacos encontramos que hubo una sola opinión en la cual los alumnos de Medicina respondieron diferente que los alumnos de Psicología: hubo más opiniones de acuerdo y menos en desacuerdo por parte de aquellos de que al tomar psicofármacos, la persona muestra que es débil de carácter. Esta diferencia puede corresponder a que los alumnos de Psicología toman más psicofármacos que los de Medicina (aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa). Pero

también puede corresponder a prejuicios en relación a los psicofármacos y a las enfermedades mentales en general por los alumnos de Medicina. Un estudio demostró que los alumnos de Medicina reciben menos tratamiento por sus trastornos mentales debido a sus prejuicios (Suwalska et al., 2017). Una editorial reciente (Mehta & Edwards, 2018) sitúa que la aversión médica a buscar tratamiento en salud mental provendría ya desde el entrenamiento en la facultad y que habría miedo de discriminación profesional u otras consecuencias laborales por revelar su diagnóstico. Un estudio reciente realizado en alumnos de Farmacia reveló un estigma importante hacia la salud mental en general y hacia los psicotrópicos en particular (Davis et al., 2022).

Es impresionante que un 1 de cada 10 alumnos crea que los psicofármacos son usados para control y castigo como así también que aproximadamente 1 de cada 6 considere que los psicofármacos no permiten curar al dar mejorías ficticias, que la utilización de los mismos solo benefician a los laboratorios y que los efectos adversos superan siempre los pocos beneficios. Teniendo en cuenta, que estos alumnos son los futuros profesionales que en algún momento deberán indicar o proceder a la derivación correspondiente estos datos se tornan alarmantes. A pesar de que en nuestro país el consumo de psicofármacos es mayor que en otros (Leiderman, 2018) se deben hacer campañas para disminuir el estigma en relación al correcto uso de los psicofármacos y a la atención psiquiátrica.

Nuestro estudio tiene ciertas limitaciones: la muestra es intencional y no representativa. También, existen diferencias en edad y en sexo entre las dos muestras que quizás hayan incidido en las diferencias halladas. Esas diferencias seguramente representan en parte las diferencias reales que hay entre los alumnos de ambas carreras y eventualmente en los profesionales de ambas disciplinas. Sin embargo, sólo en tres afirmaciones hubo diferencias por sexo (más mujeres que hombres estuvieron de acuerdo que la internación psiquiátrica es un recurso terapéutico que se usa ante el fracaso del recurso ambulatorio y más mujeres que hombres estuvieron en desacuerdo que el TEC es un tratamiento anticuado y obsoleto y que al tomar los psicofármacos muestran que las personas son débiles de carácter) y sólo en dos afirmaciones hubo diferencias por edad (las personas mayores estuvieron más en desacuerdo que una vez hecha la internación dejan internados a los pacientes por largo plazo, y los jóvenes estuvieron más en desacuerdo que la TEC deja a los pacientes con un daño cerebral irreparable). Dado que sólo se

anotaban las respuestas cuando el alumno aceptaba hacer la encuesta, no se pudo determinar cuántos se negaron a hacerla y eso pudo determinar un sesgo del grupo que aceptaba completarla.

Conclusiones

Nuestro estudio demuestra que no hay tantas diferencias en opiniones y posturas entre los alumnos de Medicina y Psicología en relación a la internación psiquiátrica, la TEC y los psicofármacos: pero que aún persisten prejuicios en un número no menor de estudiantes de últimos años que pueden influir, sesgar y condicionar sus actuaciones profesionales y consecuentemente agravar el estigma social. Es imperativo trabajar sobre el prejuicio y estigma hacia la salud mental desde los primeros años de ambas carreras.

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

Referencias bibliográficas

- Aki, O. E., Ak, S., Sonmez, Y. E., & Demir, B. (2013). Knowledge of and attitudes toward electroconvulsive therapy among medical students, psychology students, and the general public. *The journal of ECT*, 29(1), 45–50. <https://doi.org/10.1097/YCT.0b013e31826c9f05>
- Bahji, A., Hawken, E. R., Sepehry, A. A., Cabrera, C. A., & Vazquez, G. (2019). ECT beyond unipolar major depression: systematic review and meta-analysis of electroconvulsive therapy in bipolar depression. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 139(3), 214–226. <https://doi.org/10.1111/acps.12994>
- Brower K. J. (2021). Professional Stigma of Mental Health Issues: Physicians Are Both the Cause and Solution. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 96(5), 635–640. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003998>
- Cuevas, C., Peñate, W., Perestelo, L., Rivero, A., Pérez, J., González, M. and Pérez-Wehbe, A. (2011). Attitudes towards prescribing psychiatric medicines: Do the views of psychology and medical students differ? *Open Journal of Psychiatry*, 1(3), 115–121. <https://doi.org/10.4236/ojpsych.2011.13017>
- D'Agostino, A. M. E. (2015). Salud Mental ¿Un contenido presente en la formación de grado? Un estudio en la Facultad de Psicología, UNLP. *Perspectivas en Psicología*, 12(3), 15–25. Recuperado a partir de <http://perspectivas.mdp.edu.ar/revista/index.php/pep/article/view/194>
- Davis, B., McDaniel, C. C., Wang, C. H., & Garza, K. B. (2022). Mental Health and Psychotropic Stigma Among Student Pharmacists. *Frontiers in public health*, 10, 818034. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.818034>
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rössler, W. (2005). Can a seizure help? The public's attitude toward electroconvulsive therapy. *Psychiatry research*, 134(2), 205–209. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.07.010>
- Leiderman, E. A. (2018). Consumo de psicofármacos en la población general de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Comparación 2005–2017 [Psychotropic medication consumption in the general population of Buenos Aires City, Argentina. Comparison 2005–2017]. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 29(142), 313–318.
- Leiderman, E. A., Vazquez, G., Berizzo, C., Bonifacio, A., Bruscoli, N., Capria, J. I., Ehrenhaus, B., Guerrero, M., Guerrero, M., Lolich, M., & Milev, R. (2011). Public knowledge, beliefs and attitudes towards patients with schizophrenia: Buenos Aires. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(4), 281–290. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0196-0>
- Ley Nacional de Salud Mental (26657/2010) Boletín Oficial N° 32041.
- McFarquhar, T. F., & Thompson, J. (2008). Knowledge and attitudes regarding electroconvulsive therapy among medical students and the general public. *The journal of ECT*, 24(4), 244–253. <https://doi.org/10.1097/YCT.0b013e318168be4a>
- Mehta, S. S., Edwards, M. L. (2018) Suffering in Silence: Mental Health Stigma and Physicians' Licensing Fears. *The American Journal of Psychiatry Residents journal*, 13 (11), 1–4. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2018.131101>
- OPS (S/d) (2019). Argentina presentó primer censo de personas internadas por motivos de salud mental. [https://www.paho.org/es/noticias/2-8-2019-argentina-presento-primer-censo-personas-internadas-por-motivos-salud-mental#:~:text=%2D%20En%20Argentina%2012.035%20personas%20se,de%20la%20Naci%C3%B3n%20con%20el](https://www.paho.org/es/noticias/2-8-2019-argentina-presento-primer-censo-personas-internadas-por-motivos-salud-mental#:~:text=%2D%20En%20Argentina%2012.035%20personas%20se,de%20la%20Naci%C3%B3n%20con%20el.). Extraído el 13 de julio del 2022.
- Sheehan, K. A. (2009). Compulsory treatment in psychiatry. *Current opinion in psychiatry*, 22(6), 582–586. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328330cd15>
- Sinclair, D. J., Zhao, S., Qi, F., Nyakyoma, K., Kwong, J. S., & Adams, C. E. (2019). Electroconvulsive therapy for treatment-resistant schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD011847. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011847.pub2>
- Suwalska, J., Suwalska, A., Szczygiel, M., & Łojko, D. (2017). Medical students and stigma of depression. Part 2. Self-stigma. Studenci medycyny a stygmatyzacja z powodu depresji. Część II. Autostygmatyzacja. *Psychiatria polska*, 51(3), 503–513. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/67373>
- Wang, G., Zheng, W., Li, X. B., Wang, S. B., Cai, D. B., Yang, X. H., Ungvari, G. S., Xiang, Y. T., & Correll, C. U. (2018). ECT augmentation of clozapine for clozapine-resistant schizophrenia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of psychiatric research*, 105, 23–32. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.002>
- Wilhelmy, S., Rolfes, V., Grözinger, M., Chikere, Y., Schöttle, S., & Groß, D. (2018). Knowledge and attitudes on electroconvulsive therapy in Germany: A web based survey. *Psychiatry research*, 262, 407–412. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.015>
- Zhang, J., Wang, G., Yang, X., & Gao, K. (2021). Efficacy and safety of electroconvulsive therapy plus medication versus medication alone in acute mania: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry research*, 302, 114019. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114019>

Anexo I Encuesta ad hoc

https://docs.google.com/forms/d/1_qvg6GEAF7ZMJMwHunW4ip_tCEN-p6n0kWmivQ47TpU/viewform?edit_requested=true

Encuesta

Estimado participante:

Lo invitamos a participar en forma voluntaria en un proyecto de investigación para estudiar las diferencias en relación al conocimiento y actitudes de los alumnos superiores de Medicina, de Psicología y población general hacia los temas de internación psiquiátrica, terapia electroconvulsiva y psicofármacos.

El procedimiento involucra completar una encuesta que tomará aproximadamente 5 a 10 minutos. La encuesta será sobre los conocimientos y actitudes que Ud siente en relación estos temas, por lo cual debe tener en cuenta que no hay respuestas correctas o incorrectas. Ud debe tener al menos 18 años para participar.

Los datos de la información que Ud nos brindará serán tratados de forma confidencial y anónima. Su nombre no constará en los datos que se tomen de la encuesta que Ud ha llenado.

Aunque no hay preguntas molestas ni sensibles, si alguna pregunta pudiere molestarlo tiene Ud la total posibilidad de dejarla sin contestar así como abandonar la encuesta en cualquier momento.

Este proyecto se realiza con la autorización de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo. Si tiene alguna pregunta sobre la misma puede llamar al Investigador principal (Dr. E. Leiderman) al teléfono 4964-4684 o al mail: eleide@palermo.edu.

Al completar esta encuesta Ud está indicando que tiene al menos 18 años de edad, ha leído este documento, se le han contestado las preguntas que hubiere tenido y consiente voluntariamente a participar en este estudio.

[Iniciar sesión en Google](#) para guardar lo que llevas hecho. [Más información](#)

***Obligatorio**

¿Ud es profesional en el área de la salud? *

Sí

No

[siguiente](#) [Borrar formulario](#)

***Obligatorio**

Encuesta

Edad *

Tu respuesta

Genero *

F

M

X

Universidad (si aplica)

Privada

Publica

Nombre de la Universidad

Tu respuesta

¿Alguna vez se atendió o se atiende psicoterapéuticamente? *

Sí

No

¿Alguna vez tomó o toma psicofármacos?

Sí

No

La internación psiquiátrica *

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Es una forma de castigo para los pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es un último recurso terapéutico a utilizar sólo ante riesgo cierto e inminente de daño para si o para terceros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es sólo una forma de encierro para los pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Debe ser realizado sólo en forma voluntaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es un recurso terapéutico que se usa ante el fracaso del recurso ambulatorio o para ciertas situaciones necesarias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una vez hecha, suelen dejar internados a los pacientes por largos plazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es una práctica que debe proibirse para siempre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es algo que ocultaría de mi círculo social en caso de haber requerido internación psiquiátrica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es un procedimiento que la mayoría de las veces beneficia a la interacción familiar del paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considera que la internación psiquiátrica mejora la calidad de vida del paciente internado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

La Terapia electroconvulsiva (Electroshock): *

	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Es un tratamiento que se usa en la actualidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es usado principalmente para la depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es un tratamiento con múltiples evidencias de eficacia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es usado para control o castigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los pacientes sienten dolor en el procedimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se utiliza siempre anestesia durante su realización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es un método terapéutico cruel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es un tratamiento anticuado y obsoleto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiene efectos dañinos a largo plazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deja a los pacientes con daño cerebral irreparable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El paciente recuerda el procedimiento con horror siempre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puede ser utilizada en cualquier tipo de paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considera que esta terapia puede tener resultados positivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

La Terapia electroconvulsiva (Electroshock):*

	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Es un tratamiento que se usa en la actualidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es usado principalmente para la depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es un tratamiento con múltiples evidencias de eficacia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es usado para control o castigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los pacientes sienten dolor en el procedimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se utiliza siempre anestesia durante su realización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es un método terapéutico cruel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es un tratamiento anticuado y obsoleto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiene efectos dañinos a largo plazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deja a los pacientes con daño cerebral irreparable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El paciente recuerda el procedimiento con horror siempre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puede ser utilizada en cualquier tipo de paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considera que esta terapia puede tener resultados positivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Los psicofármacos: *

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Son medicamentos que sirven para el tratamiento de algunos trastornos mentales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Todos producen adicción y dejan a la persona dependiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tienen evidencia científica de su eficacia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Son usados para castigo o control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No permiten curar a la persona porque les da una mejoría ficticia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Responden sólo a los intereses económicos de los laboratorios quienes son los únicos beneficiados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los efectos adversos superan siempre los pocos beneficios que pueden dar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pueden mejorar las posibilidades de realizar una psicoterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sólo los pacientes más graves los necesitan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Al tomarlos muestran que la persona es débil de carácter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El tratamiento con psicofármacos alteran la calidad y hábitos de sueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El tratamiento con psicofármacos genera trastornos en la conducta alimentaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[volver al índice](#)

Capacidad funcional y rendimiento cognitivo de adultos argentinos en rehabilitación cardiopulmonar

Functional capacity and cognitive performance of adults from Argentina in cardiopulmonary rehabilitation

Pablo Martino¹, Soraya Kerbage², Mauricio Cervigni³, Roberto Lowenstein⁴, Carlos Lirio⁵, Laura Brandani⁶, Barbara Gorodetzky⁷, Melina Bellotti⁸, Lola Martin⁹, Sofia Segal¹⁰, José Bonet¹¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i158.316>

Resumen

Introducción: La capacidad funcional está disminuida en personas con Enfermedades Cardiovasculares y Enfermedades Respiratorias Crónicas. Estas enfermedades también han sido asociadas a disfunción cognitiva. El estudio examina la eficacia de un programa de rehabilitación cardiopulmonar en la recuperación de la capacidad funcional, y analiza si sujetos con enfermedades cardiopulmonares sufren disfunción cognitiva. **Materiales y métodos:** Participaron 50 personas adultas con instrucción media-alta que completaron un programa de rehabilitación cardiopulmonar de entre 3 y 6 meses basado en educación física, educación nutricional, promoción de hábitos saludables y manejo de medicación. Se evaluó la capacidad funcional con el índice Duke al iniciar y finalizar el programa. Se administró también, por única vez, al iniciar el programa, pruebas de memoria y de lenguaje, comparando los valores obtenidos con estudios normativos argentinos. Se analizó los datos con test Wilcoxon, correlaciones bivariadas y regresión lineal. **Resultados:** La capacidad funcional aumentó significativamente al finalizar el programa. De todos modos el valor Duke pos-programa sugiere que la capacidad funcional de los pacientes continúa afectada. Por otro lado, una prueba de memoria explicó el 10,8% de la varianza en el índice Duke, y no hay hallazgos de disfunción cognitiva. **Conclusión:** La capacidad funcional de los pacientes cardiopulmonares mejoró con el programa de rehabilitación, aunque dicha mejora, es clínicamente insuficiente. Mejor rendimiento de memoria predijo mayor capacidad funcional, por lo que se sugiere añadir talleres de estimulación cognitiva a los programas de rehabilitación cardiopulmonares. Esta muestra con enfermedad cardiopulmonar no presenta disfunción cognitiva, probablemente por su elevada reserva cognitiva.

RECIBIDO 28/7/2022 - ACEPTADO 31/8/2022

¹PhD en Psicología. Becario posdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina; Integrante del Laboratorio de Investigaciones en Ciencias del Comportamiento, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis, Argentina; Integrante del Centro de Investigación en Neurociencias de Rosario, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario, Argentina. ORCID: 0000-0002-5633-2050

²Médica Cardióloga. Jefe Médica del Servicio de Rehabilitación Cardíaca, Centro de Vida, Fundación Favalaro, Argentina.

³PhD en Psicología. Investigador adjunto del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina. Director del Centro de Investigación en Neurociencias de Rosario, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario, Argentina. ORCID: 0000-0002-9951-1737

⁴Licenciado en Kinesología. Centro de Vida, Fundación Favalaro, Argentina.

⁵Profesor de Educación Física. Centro de Vida, Fundación Favalaro, Argentina.

⁶Médica Cardióloga. Coordinadora Médica, Centro de Vida, Fundación Favalaro, Argentina.

⁷Licenciada en Psicología. Facultad de Ciencias Humanas y de la Conducta, Universidad Favalaro, Argentina. ORCID: 0000-0003-2213-7481

⁸Licenciada en Psicología. Facultad de Ciencias Humanas y de la Conducta, Universidad Favalaro, Argentina. ORCID: 0000-0003-0581-0363

⁹Estudiante de Psicología. Facultad de Ciencias Humanas y de la Conducta, Universidad Favalaro, Argentina. ORCID: 0000-0002-4564-5932

¹⁰Estudiante de Psicología. Facultad de Ciencias Humanas y de la Conducta, Universidad Favalaro, Argentina. ORCID: 0000-0001-7410-1128

¹¹Médico Psiquiatra. Director de la Maestría en Psicoimmunoneuroendocrinología, Universidad Favalaro, Argentina; Prof. Facultad de Ciencias Humanas y de la Conducta, Universidad Favalaro, Argentina. ORCID 0000-0002-9766-625X

Autor correspondiente:

Pablo Martino

p.martino@hotmail.com

Institución en la que se realizó la investigación: Fundación Favalaro; Laboratorio de Investigaciones en Ciencias del Comportamiento, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis y Centro de Investigación en Neurociencias de Rosario, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario.



Palabras clave: Capacidad funcional - Funciones cognitivas - Memoria - Enfermedades cardiopulmonares - Rehabilitación.

Abstract

Introduction: Functional capacity is decreased in people with Cardiovascular Diseases and Chronic Respiratory Diseases. These diseases have also been associated with cognitive dysfunction. The study examines the efficacy of a cardiopulmonary rehabilitation program in the recovery of functional capacity and analyzes whether subjects with cardiopulmonary diseases suffer from cognitive dysfunction. Materials and methods: Participated 50 adults with medium-high education who completed a cardiopulmonary rehabilitation program of between 3 and 6 months based on physical education, nutritional education, promotion of healthy habits and medication management. Functional capacity was evaluated with the Duke index at the beginning and end of the program. Memory and language tests were also administered, for the only time, at the beginning of the program, comparing the values obtained with Argentine normative studies. The data was analyzed with the Wilcoxon test, bivariate correlations, and linear regression. Results: Functional capacity increased significantly at the end of the program. In any case, the post-program Duke value suggests that the functional capacity of the patients continues to be affected. On the other hand, a memory test explained 10,8% of the variance in the Duke index, and there are no findings of cognitive dysfunction. Conclusion: The functional capacity of cardiopulmonary patients improved with the rehabilitation program, although this improvement is clinically insufficient. Better memory performance predicted greater functional capacity, which is why it is suggested to add cognitive stimulation workshops to cardiopulmonary rehabilitation programs. This sample with cardiopulmonary disease does not present cognitive dysfunction, probably due to its high cognitive reserve.

Keywords: Functional capacity - Cognitive functions - Memory - Cardiopulmonary diseases - Rehabilitation.

Introducción

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte mundial. Según la OMS (2022a) 17.9 millones de personas murieron por ECV en 2019, equivalente al 32% de la mortalidad mundial, el 85% por infarto de miocardio y por accidentes cerebrovasculares. Los factores de riesgo que conducen a las ECV han sido bien identificados (Flora & Nayak, 2019), estos son la obesidad, hipercolesterolemia, tabaquismo, diabetes, hipertensión y sedentarismo, y se encuentran asociados al estilo de vida. En las últimas décadas han ganado reconocimiento científico otros factores de riesgo como el estrés, la ansiedad y la depresión, es decir factores psicológicos, con repercusiones tanto en el primer evento coronario como en la posterior evolución de la enfermedad (Chida et al., 2009; Khayyam-Nekouei et al., 2013; Nasiłowska-Barud & Barud, 2020; Roest et al. 2010a; Roest et al., 2010b).

Otro grupo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles con alta carga de mortalidad son las Enfermedades Respiratorias Crónicas (ERC). En particular la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) que constituye la tercera causa de muerte mundial (OMS, 2022b) y que está asociada a factores de riesgo modificables como el tabaquismo o la exposición a gases y humo (Hogea et al., 2020).

Por su parte, la capacidad funcional (de aquí en adelante CF) es un concepto frecuente en literatura médica (Arena et al., 2014; Oliveira et al., 2019), en referencia a las habilidades para llevar a cabo actividades diarias que requieren metabolismo aeróbico sostenido, es decir, un esfuerzo físico como vestirse, bañarse, limpiar el hogar, subir escaleras o caminar en la vía pública. Asimismo el término CF está emparentado al concepto de Actividades de la Vida Diaria (AVD). Éste último término proviene de la terapia ocupacional, y aunque en ocasiones la investigación médica hace uso indistinto de CF y AVD, es necesario precisar que AVD, a diferencia de CF, es una noción más generalista que incluye también actividades diarias que no requieren necesariamente un esfuerzo físico, como dormir o leer. Retornando a la CF, ésta ha sido asociada a mejor calidad de vida y menor mortalidad (Elgendy et al., 2018; Guerreiro et al., 2015; Kachur et al., 2017), y es ampliamente conocido que se encuentra reducida en las ECV y ERC (ej. Arena et al., 2014; Bui et al., 2017; Forman et al., 2017; Inal-Ince et al., 2005; Kalkan et al., 2020). En los últimos años aumentó el interés por disponer de programas de rehabilitación cardiopulmonares dirigidos a favorecer, precisamente, la CF. Al respecto, algunos programas han demostrado suficiente eficacia para acelerar la re-

cuperación funcional (Guerreiro et al., 2015; Kachur et al., 2017; Kerrigan et al., 2014; Prabhu et al., 2020; Salman et al., 2003; Thomas et al., 2019; Thomas & Huang, 2019). La mayor parte de estos programas se basaron en una perspectiva de salud multidisciplinar, ofreciendo espacios de concientización sobre hábitos saludables, educación nutricional, entrenamiento físico, manejo de medicación y regulación emocional, entre las intervenciones más comunes.

Sumado a lo anterior, las ECV y las ERC también han sido asociadas a disfunción cognitiva (Abete et al., 2014; Dabbaghipour et al., 2021; Taraff et al., 2020; Torres-Sanchez et al., 2015; Waldstein & Wendell, 2010). Se conoce por funciones cognitivas a las funciones cerebrales involucradas en recibir, almacenar e integrar información proveniente de los sentidos a los efectos de representarse el mundo exterior y conocer (Harvey, 2019; Wallin, 2018). Es un constructo multicomponente con funciones básicas como atención, percepción y memoria, y otras de mayor complejidad como las funciones ejecutivas (Harvey, 2019).

Un último asunto que motiva el presente estudio es la relación entre el rendimiento cognitivo y la CF. Al respecto, las funciones cognitivas son recursos básicos para una eficiente resolución de las actividades diarias (Murman, 2015; Salthouse, 2019). Sin más, actividades asociadas a la CF como vestirse, cocinar, caminar por la vía pública o conducir, son tareas que exigen cierto grado de respuesta atencional, concentración, memoria y procesamiento visuoespacial, entre otras capacidades cognitivas. En esa misma dirección, algunos trabajos previos recientes reportaron que un peor rendimiento cognitivo se asoció a menor CF (ej. Kao et al., 2021; Kujawski et al., 2021). Estos resultados invitan a pensar que la CF reducida, no solo se explicaría por un déficit en la capacidad física, sino además, y al mismo tiempo, por un peor estado de las funciones cognitivas. De manera que, en el área de la rehabilitación médica, estudiar objetivamente las funciones cognitivas podría ofrecer información importante y predictora acerca de la CF de pacientes en recuperación. Sin embargo, no hemos dado con literatura científica específica de la relación rendimiento cognitivo-CF en contextos de rehabilitación cardiopulmonar.

En función de lo expuesto, este estudio se plantea tres objetivos. En primer lugar, evalúa la CF antes y al finalizar un programa de rehabilitación cardiopulmonar. En segundo lugar, examina el rendimiento cognitivo de sujetos con enfermedades cardiopulmonares, comparando con población de referencia cognitivamente sana. Por último, se exploran posibles asociaciones entre el rendimiento cognitivo y la CF en un contexto de rehabilitación cardiopulmonar.

Las hipótesis del estudio prevén que un programa de rehabilitación cardiopulmonar multidisciplinar favorecerá la CF. Se estima además que personas con enfermedades cardiopulmonares presentarían disfunción cognitiva, y que las medidas de rendimiento cognitivo actuarían como predictoras de la CF.

Materiales y métodos

Muestra

Participaron 50 sujetos. Se consideraron como criterios de inclusión haber iniciado rehabilitación cardiopulmonar y poseer edad adulta. Se invitó a pacientes que iniciaban un programa de rehabilitación cardiopulmonar en un hospital privado de CABA, Argentina, excluyendo del análisis final a los pacientes que no finalizaron el programa.

La media de edad fue 58,2 años (DT 13,5) y el 84% de sexo masculino. En función de obtener una muestra homogénea por nivel educativo, se excluyeron 2 participantes con menos de 12 años de escolaridad, logrando así un total de muestra con 12 o más años de escolaridad. Se procedió de esta forma en función de controlar la influencia de la educación en el rendimiento cognitivo. La mayoría (54%) ingresó al programa de rehabilitación tras cirugía cardiovascular (cirugía de revascularización miocárdica, angioplastia coronaria o reemplazo de aorta). El 46% restante poseía antecedentes por EPOC, miocardiopatías, tumor cardíaco, miocarditis o fibrosis pulmonar. Se trata por tanto de una muestra con enfermedades de moderada a severa gravedad. Este muestreo no probabilístico se realizó en el transcurso de 2021, en un contexto pandémico por COVID-19.

Evaluación de la capacidad funcional y del rendimiento cognitivo

1. Escala DASI (Índice de Estado de Actividad de Duke) (Hlatky et al., 1989)

Prueba heteroadministrada de 12 ítems diseñada para evaluar la CF de pacientes con patología cardiovascular. Explora la autonomía diaria en base a la presencia o ausencia de dificultades relacionadas con el autocuidado, higiene, movilidad, tareas domésticas, recreación y función sexual. Cada ítem representa una actividad diaria y recibe un valor numérico conforme al gasto metabólico para dicha actividad. La puntuación final es la suma de todos los ítems que compone el instrumento, variando los puntajes brutos entre 0 y 58.2. El instrumento aporta una única puntuación y no posee dimensiones. Puntuaciones más altas sugie-

ren mayor CF. Varios estudios psicométricos apoyan las buenas propiedades de esta escala, por ejemplo un estudio en muestra española con enfermedad coronaria crónica (Alonso et al., 1997), en sujetos con falla cardíaca (Sánchez-Ropero et al., 2018) y en EPOC (Carter et al., 2002).

2. Tareas de fluidez verbal (Lezak et al., 2012, Piatt et al., 1999)

Se administraron variantes de fluidez semántica, fonológica y de acción. Para fluidez semántica se solicitó nombrar todas las palabras pertenecientes a una misma categoría (animales). Para fluidez fonológica se solicitó palabras que inicien con la letra p, a excepción de nombres propios, conjugaciones verbales y repetición de palabras de la misma familia. La variante de acción se evaluó solicitando verbos en infinitivo en cualquiera de sus terminaciones (ar, er o ir). Para cada tarea los participantes contaban con un minuto, y se otorgó un punto por cada palabra correcta, siendo una puntuación más alta, indicador de mayor fluidez. Diversos estudios reportaron aceptables propiedades psicométricas (Harrison et al., 2000; Woods et al., 2005), incluyendo estudios argentinos (Fernández et al., 2004).

3. Recuerdo inmediato de una lista de palabras-Subtest de la Batería de Eficacia Mnésica de Signoret (Signoret et al., 1991)

Esta prueba ofrece una medida de memoria verbal a corto plazo. El evaluador lee una lista de doce palabras no relacionadas y solicita su recuerdo. Se realizan tres intentos consecutivos otorgando un punto por cada palabra correcta. La puntuación final se corresponde con la lista con mayor cantidad de palabras recordadas (máximo puntaje = 12). La lista de palabras utilizada en el presente estudio se basa en la adecuación lingüística de Leis et al. (2018) para población argentina, adaptación que reemplaza todas las palabras de la versión original francesa. La prueba fue validada en Argentina también por Leis et al. (2018).

4. Recuerdo inmediato de un relato-Subtest de la Batería de Eficacia Mnésica de Signoret (Signoret et al., 1991)

Es otra medida de memoria verbal a corto plazo. Se lee una breve historia que el examinado debe recordar con el mayor detalle posible. Mayor puntuación se corresponde con un recuerdo más preciso de la historia, siendo la puntuación máxima de 12. Se utilizó una versión argentina del relato, en base a la traducción bidireccional de la versión original francesa (Leis et al. 2018). La prueba posee validación local (Leis et al., 2018).

Registro sociodemográfico

Para una mejor caracterización de la muestra se obtuvo información sobre edad, sexo, educación y ocupación laboral.

Programa de rehabilitación cardiopulmonar

Es un dispositivo integral dirigido a pacientes con enfermedades cardíacas y/o pulmonares con el objeto de proveer herramientas educativas y conductuales para favorecer la recuperación física y funcional. El programa estuvo bajo la coordinación de un equipo de salud multidisciplinar integrado por especialista en cardiología, kinesiólogo y profesor de educación física, y contempló intervenciones en cuatro grandes ejes: educación física, educación nutricional, promoción de hábitos saludables y manejo de medicación. Se organiza en dos sesiones semanales con duración máxima entre 3 y 6 meses, dependiendo de la patología de cada paciente. Debido al contexto pandémico el programa fue adaptado para su implementación bajo modalidad no presencial (Krishnaswami et al., 2020; Marzolini et al., 2021; Thomas et al., 2019).

Procedimiento para la recolección de datos

La escala DASI fue aplicada de forma presencial al inicio y a la finalización del programa. Por su parte la batería cognitiva se administró por única vez de forma telefónica inmediatamente iniciado el programa, respetando siempre el mismo orden de aplicación de las pruebas, comenzando por las tareas de fluidez, continuando por el recuerdo inmediato de un relato de Signoret y finalizando con el recuerdo inmediato de una lista de Signoret. Todas estas son pruebas de modalidad auditiva verbal, y como tales aptas para su aplicación telefónica. Los instrumentos fueron administrados por psicólogos, y por estudiantes de psicología avanzados y entrenados para la ocasión. Los datos demográficos y médicos se obtuvieron por acceso a registros clínicos del programa.

Aspectos éticos y legales

Se siguieron los procedimientos recomendados por la Declaración de Helsinki y por la Asociación Americana de Psicología, resguardando la voluntad, el bienestar y la confidencialidad de cada participante, y se respetaron los protocolos de la institución en la que se efectuó el estudio. Se solicitó consentimiento informado.

Análisis de datos

Se utilizó el programa SPSS v26.0©. Se extrajeron medidas de tendencia central y de dispersión para el índice de Duke, para las puntuaciones de fluidez verbal y para los subtest de memoria verbal.

Se comparó el índice de Duke antes y después del programa de rehabilitación cardiopulmonar. Para seleccionar el test estadístico se consideró la distribución gaussiana de las variables escalares mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov. La ausencia de distribución normal determinó la utilización del test no paramétrico de rangos de Wilcoxon.

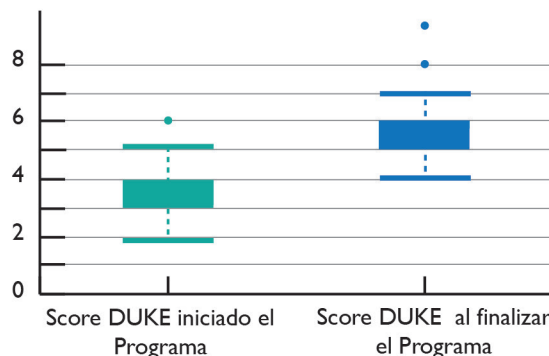
Para determinar el estado de las funciones cognitivas se comparó la media de cada prueba con su valor de referencia extraído de datos normativos argentinos, y ajustando por edad y educación. Las pruebas fueron seleccionadas por contar con baremos locales según edades y nivel educativo similar al de nuestra muestra. En base al DSM V (APA, 2014), se estableció como criterio de disfunción cognitiva la presencia de valores >1 DT respecto a la media de la población cognitivamente sana (normal).

En otro orden de cosas con motivo de examinar la relación entre la CF y el rendimiento cognitivo, se efectuaron correlaciones bivariadas (Spearman). Al obtener correlación entre el recuerdo de una lista y el índice de Duke, se complementó con un análisis de regresión lineal (simple) ingresando “índice de Duke” como variable dependiente y “recuerdo de una lista” como variable independiente. Se calculó el tamaño del efecto empleando el coeficiente de determinación (R2). Un R2 <.02 indica la ausencia de tamaño del efecto, R2 ≥ .02, expresa un tamaño del efecto pequeño; R2 ≥ .13 un tamaño del efecto mediano y R2 ≥ .26 un efecto grande (Ellis, 2010). Para todos los análisis inferenciales fue considerado un valor p<.05.

Resultados

Al iniciar el programa de rehabilitación cardiopulmonar la media del índice de Duke fue 3.48 (DT 0.7). Tal

Figura 1. Índice de DUKE antes y después de un programa de rehabilitación cardiopulmonar



como ilustra la Figura 1, una vez finalizado el programa, la media se elevó a 5.73 (DT 0.9). Estas diferencias son estadísticamente significativas (test de Wilcoxon, <.01)

Por otra parte, como puede observarse en la *Tabla 1*, los valores de desempeño cognitivo de la muestra fueron acordes a los valores de población argentina cognitivamente sana.

Al explorar asociaciones entre el rendimiento cognitivo y la CF, se obtuvo correlación positiva entre el índice de Duke y una medida de memoria verbal (Recuerdo de una lista) (ver *Tabla 2*).

El análisis de regresión determinó que el Recuerdo de una lista explica el 10,8% de la varianza del índice de Duke (ver *Tabla 3*). El resto de las medidas cognitivas no se asociaron con el índice de Duke.

Discusión

Este estudio analiza en primer lugar los potenciales beneficios de un programa de rehabilitación cardiopulmonar sobre la CF de 50 adultos argentinos. Se

Tabla 1. Lenguaje y memoria verbal en 50 sujetos con enfermedad cardiopulmonar

Área cognitiva	Tarea/Prueba	Valores promedio de 50 sujetos con enfermedad cardiopulmonar	Valores de referencia para población argentina cognitivamente sana
Lenguaje	Fluidez fonológica	15,1 palabras	≥ 11 palabras (Labos et al., 2013)
	Fluidez semántica	21,1 palabras	≥ 16 palabras (Labos et al., 2013)
	Fluidez de acción	18,4 palabras	≥ 15 palabras (Abraham et al., 2008)
	Recuerdo de una lista	9.7 puntos	≥ 7 puntos (Leis et al., 2018)
	Recuerdo de un relato	8.8 puntos	≥ 7 puntos (Leis et al., 2018)

Tabla 2. Correlaciones entre la capacidad funcional y el rendimiento cognitivo

	Fluidez fonológica	Fluidez semántica	Fluidez de acción	Recuerdo de una lista	Recuerdo de un relato
Índice DUKE	-.075	.021	.152	.301(*)	.211

*La correlación es significativa al nivel <.05 (bilateral)

Tabla 3. Análisis de regresión

Modelo	R	R ²	R ² ajustada	Error estim.	F	Sig.
	.359	.129	.108	.690	6.205	.017

Variable independiente: recuerdo de una lista de palabras

Variable dependiente: índice de Duke

Coefficientes (β no estandarizado=.142, $t= 2.491$, $p<.05$)

observó que la CF (relevada en base al índice Duke) aumentó significativamente al finalizar el programa, lo que en principio convalida la hipótesis del estudio por la cual programas multidisciplinarios como el actual favorecen la recuperación funcional del paciente cardiopulmonar. Dichos resultados apoyan y refuerzan lo observado por otros trabajos (Guerreiro et al., 2015; Kachur et al., 2017; Kerrigan et al., 2014; Prabhu et al., 2020; Salman et al., 2003). Recordemos que uno de los desafíos actuales en el campo de la rehabilitación cardiopulmonar es poder disponer de mejores programas de recuperación funcional, puesto que mayor CF aporta a una mejor calidad de vida y es predictor de menor mortalidad (Elgendy et al., 2018; Guerreiro et al., 2015; Kachur et al., 2017).

Ahora bien, es importante advertir, que a pesar de que el índice de Duke de la muestra aumentó al finalizar el programa (elevándose de 3.48 a 5.73), el valor postest (5.73) impresionó muy distante del valor máximo posible para dicho índice (58.2), por lo que interpretamos que la CF de la muestra continúa reducida, incluso después de la participación en el programa. Entre otras razones, esto podría obedecer a la complejidad clínica de la muestra. Sin más, el 54% de los pacientes habían sido recientemente intervenidos con cirugía de revascularización miocárdica, angioplastia coronaria o reemplazo de aorta. A lo cual debemos sumar que se trata de una muestra de edad avanzada (media 58 años) y es comprensible entonces que las mejoras funcionales en la vida diaria acontezcan en forma muy paulatina, incluso a pesar de la participación en el programa de rehabilitación. No descartamos además que el tiempo de duración del Programa (entre 3 y 6 meses según la patología) pudo haber sido acotado para evidenciar un aumento más robusto del índice de Duke. Nuevos estudios deberán probar cambios de la CF en programas de mayor duración. También en función de no desestimar potenciales beneficios del programa, no debemos perder de vista que según el sistema de puntuación de la Escala DASI, entre 2 y 3 puntos más al finalizar el programa (diferencia obtenida en nuestra muestra), podría significar la incorporación de actividades diarias como

comer o bañarse sin ayuda de terceros (2.75 puntos), caminar dentro del hogar (1.75 puntos), caminar una o dos cuadras (2.75 puntos) o realizar tareas domésticas livianas como limpiar (2.70 puntos). Interpretamos que la incorporación de al menos una de estas actividades, si bien impresione en términos nominales de la Escala DASI como insuficiente, podría significar para el paciente una mejora sustancial de su calidad de vida.

En segundo lugar, al iniciar el programa y por única vez, se realizó una exploración del estado cognitivo de los pacientes, utilizando dos pruebas de memoria verbal a corto plazo y tres tareas de fluidez verbal. No hubo hallazgos de puntuaciones cognitivas deficitarias. Todos los valores se situaron en rango normal al ser comparados con los valores de referencia locales ajustados por edad y nivel educativo (ver Tabla 1). Estos resultados difieren de nuestra hipótesis ya que conforme al estado del arte esperábamos algún grado de disfunción cognitiva en pacientes cardiopulmonares (Abete et al., 2014; Taraff et al., 2020; Torres-Sanchez et al., 2015; Waldstein & Wendell, 2010). La principal razón de estos resultados inesperados podría estar asociado al concepto de Reserva Cognitiva (RC). Recordemos que la RC es la capacidad para tolerar mejor el daño cerebral y contener los déficits cognitivos, y entre los factores que proporcionan RC destacan la educación y el logro ocupacional (Stern & Barulli, 2019). Precisamente la actual muestra se compone de sujetos en su totalidad con doce o más años de escolaridad, de los cuales el 66% posee estudios universitarios o terciarios, y a su vez, la mayor parte de los pacientes informaron ser profesionales, haber ejercido tareas gerenciales, o poseer empleos de importante carga intelectual. Cabe entonces la posibilidad de que la alta RC de la muestra mantiene a raya los déficits cognitivos. Se sugiere la realización de nuevas investigaciones que exploren el rendimiento cognitivo de pacientes cardiopulmonares con baja RC.

En tercer lugar se investigó la relación entre el rendimiento cognitivo y la CF. Hubo correlación positiva entre una medida de memoria verbal (recuerdo de una lista de palabras) y el índice de Duke, por lo que un mejor rendimiento cognitivo en pacientes en reha-

bilitación cardiopulmonar se asocia a mejor desempeño diario en acciones que requieren un esfuerzo físico como caminar, bañarse o limpiar el hogar. Dicha medida de memoria explica alrededor del 11% de la varianza de la CF de los pacientes, presentándose como un predictor significativo, aunque el tamaño del efecto fue pequeño (Ellis, 2010). Estos resultados a favor de una asociación positiva entre la memoria y la CF alientan a la incorporación de actividades de estimulación y de entrenamiento cognitivo (particularmente de memoria) como recurso adicional en programas de rehabilitación cardiopulmonar. La estimulación de la memoria será aún más conveniente cuando los pacientes cardiopulmonares a rehabilitar posean edad avanzada, ya que el declive de la memoria es uno de los principales cambios negativos asociados al envejecimiento (Soulhouse, 2019).

El trabajo no está libre de limitaciones. Una primera limitación es la falta de grupo control. Hubiese sido conveniente contar con otro grupo de pacientes cardiopulmonares que no participen de un programa de rehabilitación. También hubiera sido importante que el programa contara con una intervención dirigida a la regulación emocional y abordaje de aspectos psicológicos, ya que esta es una intervención referida en otros programas de rehabilitación multidisciplinares. Sin embargo por razones operativas no ha sido posible implementar, contando el programa únicamente con cuatro áreas de intervención: educación física, educación nutricional, promoción de hábitos saludables y manejo de la medicación. Por otra parte, si bien todos los participantes presentaban antecedentes cardiovasculares y/o pulmonares, la heterogeneidad de los diagnósticos podría estar confundiendo la interpretación de los resultados obtenidos, por ejemplo al asumir la ausencia de déficits cognitivos sin contemplar las diferencias según diagnóstico cardiopulmonar. Sucede que por el tamaño muestral poco holgado, se consideró improcedente un nuevo análisis diferenciando por diagnóstico, ya que hubiera significado segmentar la muestra en subgrupos con un n muy bajo. Asimismo, este estudio no aplicó instrumentos específicos para el control de la variable depresión, y sucede que, dicha variable, es potencial confusor en la interpretación de los resultados. No se puede descartar entonces que los beneficios pos-programa sean el efecto de una mejora sustancial del estado de ánimo de los pacientes. Una última limitación radica en que la versión de la escala DASI utilizada aquí no es una adaptación argentina. Se tradujeron los ítems en base a la versión original de Hlatky et al. (1989). No se han identificado adaptaciones y validaciones argentinas.

Conclusiones

La implementación de un programa de rehabilitación cardiopulmonar se asoció a una mejora en la CF. Sin embargo, y a pesar de la mejora pos-programa, se presume aún la permanencia de importantes limitaciones funcionales en los pacientes. Por otro lado, no hubo hallazgos de disfunción cognitiva, posiblemente por la alta RC de la muestra. Asimismo una mejor memoria verbal predijo mayor CF, lo que conduce a sugerir la incorporación de talleres de estimulación cognitiva como recurso adicional de programas de rehabilitación cardiopulmonar.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses. Este estudio ha sido financiado por intermedio de la Beca Posdoctoral otorgada al Dr. Pablo Martino por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina-CONICET.

Referencias bibliográficas

- Abete, P., Della-Morte, D., Gargiulo, G., Basile, C., Langellotto, A., Galizia, G., Testa, G., Canonico, V., Bonaduce, D., & Cacciatore, F. (2014). Cognitive impairment and cardiovascular diseases in the elderly. A heart-brain continuum hypothesis. *Ageing research reviews*, 18, 41–52. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2014.07.003>
- Abraham, M., Della, R., Gauchat, S., & Marino, J. (2008). Valores normativos de la prueba de fluidez de acción (nombramiento de verbos). *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(2), 11–19.
- Alonso, J., Permanyer-Miralda, G., Cascant, P., Brotons, C., Prieto, L., & Soler-Soler, J. (1997). Measuring functional status of chronic coronary patients. Reliability, validity and responsiveness to clinical change of the reduced version of the Duke Activity Status Index (DASI). *European heart journal*, 18(3), 414–419. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.eurheartj.a015260>
- Arena, R., Cahalin, L. P., Borghi-Silva, A., & Phillips, S. A. (2014). Improving functional capacity in heart failure: the need for a multifaceted approach. *Current opinion in cardiology*, 29(5), 467–474. <https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000092>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5ta ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bui, K. L., Nyberg, A., Maltais, F., & Saey, D. (2017). Functional Tests in Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Part 2: Measurement Properties. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(5), 785–794. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201609-734AS>
- Carter, R., Holiday, D. B., Grothues, C., Nwasuruba, C., Stocks, J., & Tiep, B. (2002). Criterion validity of the Duke Activity Status Index for assessing functional capacity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation*, 22(4), 298–308. <https://doi.org/10.1097/00008483-200207000-00014>
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(11), 936–946. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2008.11.044>
- Dabbaghipour, N., Javaherian, M., & Moghadam, B. A. (2021). Effects of cardiac rehabilitation on cognitive impairments in patients with cardiovascular diseases: a systematic review. *The International journal of neuroscience*, 131(11), 1124–1132. <https://doi.org/10.1080/00207454.2020.177382>

- Elgandy, I. Y., Mansoor, H., Li, Q., Guo, Y., Handberg, E. M., Bairey Merz, C. N., & Pepine, C. J. (2018). Long-term mortality and estimated functional capacity among women with symptoms of ischemic heart disease: From the NHLBI-sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation. *American heart journal*, 206, 123–126. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2018.08.010>
- Ellis, P. (2010). *The essential guide to effect sizes: Statistical power, metaanalysis, and the interpretation of research results*. Cambridge University Press.
- Fernández, A.L., Marino, J.C. & Alderete, A.M. (2004). Valores normativos en la prueba de fluidez verbal animales sobre una muestra de 251 adultos argentinos. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 4: 12-22.
- Flora, G. D., & Nayak, M. K. (2019). A Brief Review of Cardiovascular Diseases, Associated Risk Factors and Current Treatment Regimes. *Current pharmaceutical design*, 25(38), 4063–4084. <https://doi.org/10.2174/1381612825666190925163827>
- Forman, D. E., Arena, R., Boxer, R., Dolansky, M. A., Eng, J. J., Fleg, J. L., Haykowsky, M., Jahangir, A., Kaminsky, L. A., Kitzman, D. W., Lewis, E. F., Myers, J., Reeves, G. R., Shen, W. K., & American Heart Association Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Quality of Care and Outcomes Research; and Stroke Council (2017). Prioritizing Functional Capacity as a Principal End Point for Therapies Oriented to Older Adults With Cardiovascular Disease: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *Circulation*, 135(16), e894–e918. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000483>
- Guerreiro, C., Madama, D., & Rodrigues, F. (2015). Functional capacity variation after pulmonary rehabilitation in COPD patients – A survival predictor. *European Respiratory Journal* 46: OA1756; <https://doi.org/10.1183/13993003.congress-2015.OA1756>
- Harrison, J.E., Buxton, P., Husain, M. & Wise, R. (2000). Short test of semantic and phonological fluency: normal performance, validity and test-retest reliability. *Br J Clin Psychol*, 39(2), 181-191. <https://doi.org/10.1348/014466500163202>
- Harvey P. D. (2019). Domains of cognition and their assessment. *Dialogues in clinical neuroscience*, 21(3), 227–237. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.3/pharvey>
- Hlatky, M. A., Boineau, R. E., Higginbotham, M. B., Lee, K. L., Mark, D. B., Califf, R. M., Cobb, F. R., & Pryor, D. B. (1989). A brief self-administered questionnaire to determine functional capacity (the Duke Activity Status Index). *The American journal of cardiology*, 64(10), 651–654. [https://doi.org/10.1016/0002-9149\(89\)90496-7](https://doi.org/10.1016/0002-9149(89)90496-7)
- Hogea, S. P., Tudorache, E., Fildan, A. P., Fira-Mladinescu, O., Marc, M., & Oancea, C. (2020). Risk factors of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. *The clinical respiratory journal*, 14(3), 183–197. <https://doi.org/10.1111/crj.13129>
- Inal-Ince, D., Savci, S., Coplu, L., & Arkan, H. (2005). Functional capacity in severe chronic obstructive pulmonary disease. *Saudi medical journal*, 26(1), 84–89.
- Kachur, S., Chongthammakun, V., Lavie, C. J., De Schutter, A., Arena, R., Milani, R. V., & Franklin, B. A. (2017). Impact of cardiac rehabilitation and exercise training programs in coronary heart disease. *Progress in cardiovascular diseases*, 60(1), 103–114. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2017.07.002>
- Kalkan, F., Ucar, E. Y., Kalkan, K., & Araz, O. (2020). Comparison of Functional Capacity and Symptoms of COPD Patients with and without Pulmonary Hypertension. *The Eurasian journal of medicine*, 52(2), 166–170. <https://doi.org/10.5152/eurasianjmed.2020.19391>
- Kao, P. C., Pierro, M. A., Wu, T., Gonzalez, D. M., & Seeley, R. (2021). Association between functional physical capacity and cognitive performance under destabilizing walking conditions in older adults. *Experimental gerontology*, 155, 111582. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2021.111582>
- Kerrigan, D. J., Williams, C. T., Ehrman, J. K., Saval, M. A., Bronstein, K., Schairer, J. R., Swaffer, M., Brawner, C. A., Lanfear, D. E., Selektor, Y., Velez, M., Tita, C., & Keteyian, S. J. (2014). Cardiac rehabilitation improves functional capacity and patient-reported health status in patients with continuous-flow left ventricular assist devices: the Rehab-VAD randomized controlled trial. *JACC. Heart failure*, 2(6), 653–659. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2014.06.011>
- Khayyam-Nekouei, Z., Neshatdoost, H., Yusefy, A., Sadeghi, M., & Manshaee, G. (2013). Psychological factors and coronary heart disease. *ARYA atherosclerosis*, 9(1), 102–111.
- Krishnaswami, A., Beavers, C., Dorsch, M. P., Dodson, J. A., Masterson Creber, R., Kitsiou, S., Goyal, P., Maurer, M. S., Wenger, N. K., Croy, D. S., Alexander, K. P., Batsis, J. A., Turakhia, M. P., Forman, D. E., Bernacki, G. M., Kirkpatrick, J. N., Orr, N. M., Peterson, E. D., Rich, M. W., Freeman, A. M., ... Innovations, Cardiovascular Team and the Geriatric Cardiology Councils, American College of Cardiology (2020). Gerotechnology for Older Adults With Cardiovascular Diseases: JACC State-of-the-Art Review. *Journal of the American College of Cardiology*, 76(22), 2650–2670. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.09.606>
- Kujawski, S., Kujawska, A., Perkowski, R., Androsiuk-Perkowska, J., Hajec, W., Kwiatkowska, M., Skierkowska, N., Husejko, J., Bieniek, D., Newton, J. L., Morten, K. J., Zalewski, P., & Kędziora-Kornatowska, K. (2021). Cognitive Function Changes in Older People. Results of Second Wave of Cognition of Older People, Education, Recreational Activities, NutritIon, Comorbidities, fUnctional Capacity Studies (COPERNICUS). *Frontiers in aging neuroscience*, 13, 653570. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.653570>
- Labos, E., Trojanowski, S., del Rio, M., Zabala, K., & Renato, A. (2013). Perfiles de fluencia verbal en Argentina. Caracterización y normas en tiempo extendido. *Neurol Arg*, 5(2), 78-86. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2013.04.005>
- Leis, A., Allegri, A., Roman, F., Iturry, M., Crotti, B., Gatto, E., & Rojas, G.J. (2018). Datos normativos de la versión argentina de la batería de eficacia mnésica Signoret (BEM 144) para ser aplicados en la evaluación neurocognitiva. *Neurol Arg*, 10(3), 127-136. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2018.04.002>
- Lezak, M.D., Howieson, D.B., Bigler, E.D. & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment*. 5th ed. Oxford University Press
- Marzolini, S., Ghisi, G., Hébert, A. A., Ahden, S., & Oh, P. (2021). Cardiac Rehabilitation in Canada During COVID-19. *CJC open*, 3(2), 152–158. <https://doi.org/10.1016/j.cjco.2020.09.021>
- Murman D. L. (2015). The Impact of Age on Cognition. *Seminars in hearing*, 36(3), 111–121. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1555115>
- Nasiłowska-Barud, A., & Barud, M. (2020). Psychological risk factors for cardiovascular diseases. *Wiad. Lek.*, 73(9 cz. 1), 1829–1834.
- Oliveira, A., Nossa, P., & Mota-Pinto, A. (2019). Assessing Functional Capacity and Factors Determining Functional Decline in the Elderly: A Cross-Sectional Study. *Acta medica portuguesa*, 32(10), 654–660. <https://doi.org/10.20344/amp.11974>
- Organización Mundial de la Salud (2022a, 10 de junio). Informe de Enfermedades cardiovasculares. https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1
- Organización Mundial de la Salud (2022b, 5 de junio). Informe de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónicas (EPOC). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-copd>
- Piatt, A.L., Fields, J.A., Paolo, A.M., & Tröster A.I. (1999). Action (verb naming) fluency as an executive function measure: Convergent and divergent evidence of validity. *Neuropsychologia*, 37, 1499–1503.
- Prabhu, N. V., Maiya, A. G., & Prabhu, N. S. (2020). Impact of Cardiac Rehabilitation on Functional Capacity and Physical Activity after Coronary Revascularization: A Scientific Review. *Cardiology research and practice*, 2020, 1236968. <https://doi.org/10.1155/2020/1236968>
- Roest, A. M., Martens, E. J., de Jonge, P., & Denollet, J. (2010a). Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 56(1), 38–46. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2010.03.034>
- Roest, A. M., Martens, E. J., Denollet, J., & de Jonge, P. (2010b). Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 72(6), 563–569. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181dbff97>

- Salman, G. F., Mosier, M. C., Beasley, B. W., & Calkins, D. R. (2003). Rehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease: meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of general internal medicine*, 18(3), 213–221. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20221.x>
- Salthouse T. A. (2019). Trajectories of normal cognitive aging. *Psychology and aging*, 34(1), 17–24. <https://doi.org/10.1037/pag0000288>
- Sánchez-Ropero, E.M, Vera-Giraldo, C.Y, Navas-Ríos, C.M, Ortiz-Rangel, S.D., Rodríguez-Guevara, C., Vargas-Montoya, D.M, Aguirre-Acevedo, D.C., & Lugo-Agudelo, L.H. Validación para Colombia del cuestionario para la Medición de la capacidad funcional en pacientes con falla cardíaca. *Rev. colomb. Cardiol.* 25(6): 356-365. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.04.004>
- Signoret, J. (1991). Batterie d'efficience mnésique. BEM 144. *Collection Esprit & Cerveau. Fondation IPSEN.* Elsevier.
- Stern, Y., & Barulli, D. (2019). Cognitive reserve. *Handbook of clinical neurology*, 167, 181–190. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804766-8.00011-X>
- Tarraf, W., Kaplan, R., Daviglius, M., Gallo, L. C., Schneiderman, N., Penedo, F. J., Perreira, K. M., Lamar, M., Chai, A., Vásquez, P. M., & González, H. M. (2020). Cardiovascular Risk and Cognitive Function in Middle-Aged and Older Hispanics/Latinos: Results from the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos (HCHS/SOL). *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 73(1), 103–116. <https://doi.org/10.3233/JAD-190830>
- Thomas, R. J., & Huang, H. H. (2019). Cardiac Rehabilitation for Secondary Prevention of Cardiovascular Disease: 2019 Update. *Current treatment options in cardiovascular medicine*, 21(10), 56. <https://doi.org/10.1007/s11936-019-0759-7>
- Thomas, R. J., Beatty, A. L., Beckie, T. M., Brewer, L. C., Brown, T. M., Forman, D. E., Franklin, B. A., Keteyian, S. J., Kitzman, D. W., Regensteiner, J. G., Sanderson, B. K., & Whooley, M. A. (2019). Home-Based Cardiac Rehabilitation: A Scientific Statement From the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, the American Heart Association, and the American College of Cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 74(1), 133–153. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.03.008>
- Torres-Sánchez, I., Rodríguez-Alzueta, E., Cabrera-Martos, I., López-Torres, I., Moreno-Ramírez, M. P., & Valenza, M. C. (2015). Cognitive impairment in COPD: a systematic review. *Jornal brasileiro de pneumologia: publicacao oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*, 41(2), 182–190. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132015000004424>
- Waldstein, S. R., & Wendell, C. R. (2010). Neurocognitive function and cardiovascular disease. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 20(3), 833–842. <https://doi.org/10.3233/JAD-2010-091591>
- Wallin, A., Kettunen, P., Johansson, P. M., Jonsdottir, I. H., Nilsson, C., Nilsson, M., Eckerström, M., Nordlund, A., Nyberg, L., Sunnerhagen, K. S., Svensson, J., Terzis, B., Wahlund, L. O., & Georg Kuhn, H. (2018). Cognitive medicine - a new approach in health care science. *BMC psychiatry*, 18(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1615-0>
- Woods, S.P., Scott, J.C., Sires, D.A., Grant, I., Heaton, R.K., Tröster, A.I., et al. (2005). Action (verb) fluency: Test-retest reliability, normative standards, and construct validity. *J Int Neuropsychol Soc*, 11, 408–415. <https://doi.org/10.1017/S1355617705050460>

Digestivamente: Aplicación móvil para pacientes con Síndrome de Intestino Irritable

Digestivamente: Mobile application for patients with irritable bowel syndrome

Milagros Celleri¹, Florencia Koutsovitis¹, Sofía Donatti¹, Jorge Ierache², Juan Zaragoza², Nicolás Domínguez², Hernán Merlino², Cristian J. Garay¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i158.317>

Resumen

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es un trastorno gastrointestinal funcional crónico que representa un problema en salud pública debido al impacto que produce en la calidad de vida. Los tratamientos recomendados incluyen a la terapia cognitivo-conductual para el abordaje de aquellos factores psicológicos que exacerbaban los síntomas. El uso de la tecnología y particularmente de aplicaciones móviles ha crecido de manera significativa durante los últimos años. En Argentina no se han desarrollado aplicaciones para SII. Digestivamente es una aplicación móvil, basada en la terapia cognitivo-conductual desarrollada en este país. Tiene por objetivo el registro de los factores psicológicos de los pacientes con SII en el contexto de un tratamiento psicoterapéutico. En el presente trabajo se describe la aplicación y sus funcionalidades. Se espera que la utilización de la aplicación permita mayor adherencia al tratamiento y una mejoría en la sintomatología de estos pacientes.

Palabras clave: Aplicación móvil - mSalud - Digestivamente - Síndrome de intestino irritable - Terapia cognitivo conductual.

Abstract

Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a chronic functional gastrointestinal disorder that represents a significant public health problem due to the impact it produces on quality of life. Recommended treatments include cognitive-behavioral therapy to address psychological factors that may exacerbate symptoms. The use of technology and particularly mobile applications has grown significantly in recent years. In Argentina, no applications have been developed for IBS. Digestivamente is a mobile application, based on cognitive-behavioral therapy developed in this country. It aims to register the psychological factors of patients with IBS, in the context of a psychotherapeutic treatment. This work describes the application and its functionalities. The use of the application is expected to allow greater adherence to treatment and an improvement in the symptoms of these patients.

Keywords: Mobile application - mHealth - Digestivamente - Irritable bowel syndrome - Cognitive behavioral therapy.

RECIBIDO 7/7/2022 - ACEPTADO 20/9/2022

¹Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

²Laboratorio de Sistemas de Información Avanzados, Departamento Computación, Facultad de Ingeniería, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Autora correspondiente:

Milagros Celleri
mcelleri@psi.uba.ar

Lugar de realización del estudio: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, División de Neurogastroenterología del Hospital de Clínicas "José de San Martín" y Laboratorio de Sistemas de Información Avanzados, Departamento Computación, Facultad de Ingeniería, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Introducción

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es un trastorno crónico altamente prevalente en la población mundial y con un alto impacto en la calidad de vida de las personas que lo padecen (Celleri et al., 2021; Zeledón Corrales et al., 2021). En Argentina, se calcula que posee una tasa de prevalencia de aproximadamente 3.5% (2.7% – 4.3%) (Sperber et al., 2020). El SII es un trastorno gastrointestinal funcional que se caracteriza por distintas alteraciones en la defecación acompañado por dolor abdominal, incluyendo distintas variantes: constipación, diarrea o mixto, y conlleva altos costos económicos en la salud pública (Ruíz, 2007). Si bien, al momento no se conoce un mecanismo fisiopatológico que permita identificarse como causante de estos síntomas, durante los últimos años de investigación se han podido identificar diversos factores que influyen en su desarrollo y mantenimiento, encontrándose entre ellos, los factores psicológicos tales como la ansiedad, depresión y somatización (Díaz Cárdenas et al., 2010; Fond et al., 2014). Esta forma de pensar y conceptualizar a los trastornos considerando diferentes aspectos que inciden y sostienen el problema, se aleja de una visión clásica con foco en una causa orgánica subyacente y se denomina biopsicosocial (Drossman, 2016). Por otro lado, la perspectiva acerca de la existencia de una estrecha relación cerebro-intestino hoy cuenta con creciente apoyo empírico (Person y Keefer, 2021). De hecho, la actual clasificación de estos trastornos funcionales, de acuerdo a los criterios Roma en su cuarta versión, enfatiza que estas problemáticas se caracterizan por una interacción cerebro-intestino en un intento de alejarse de las antiguas discusiones acerca de lo orgánico en contraposición a lo funcional, en línea con la anteriormente mencionada visión biopsicosocial actual (Domingo, 2017). Esto permitiría explicar cómo es que el estrés y otros factores psicológicos se vinculan a la función y disfuncionalidad del intestino y a la aparición de diversos síntomas asociados (Drossman, 2016).

Desde la perspectiva de los manuales de diagnóstico utilizados en salud mental, históricamente se han relativizado y dejado de lado el rol de los factores psicológicos y procesos psicosomáticos posiblemente involucrados en estas problemáticas gastrointestinales (Dimsdale y Creed, 2009). Sin embargo, en la práctica clínica, los procesos mentales juegan un rol relevante en estos trastornos y, además, son pasibles de ser modificados. Entre los factores psicológicos, aquellos que

más se han asociado al SII respecto de otros factores son la ansiedad y la depresión. Se observó que tanto la ansiedad como la depresión son más prevalentes en individuos con SII que en sujetos sanos y, que al presentarse comórbidamente al SII, empeoran el pronóstico y tienden a exacerbar sus síntomas (Whitehead et al., 2002; Zamani, 2019). A su vez, los factores psicológicos funcionan como factores de mantenimiento y de desarrollo del trastorno gastrointestinal (Midenfjord et al., 2019). En el ámbito local, en una muestra de pacientes con trastornos gastrointestinales funcionales, donde el más prevalente correspondía al SII, se encontró que el 66,67% de los sujetos presentaron sintomatología depresiva en algún grado, y la mayoría de ellos se ubicaron en rangos percentilares elevados de ansiedad (centil 87 en ansiedad-estado y centil 93 en ansiedad-rasgo) (Ortega et al., 2022).

El abordaje psicológico que cuenta con mayor evidencia, por ser el más estudiado y recomendado globalmente para el SII es el cognitivo conductual (American Psychological Association [APA], 2021). En efecto, diferentes guías clínicas (Balboa y Delgado-Aros, 2017; Grupo de trabajo de la guía de Práctica Clínica sobre el síndrome del intestino irritable, 2005; National Institute for Clinical Excellence [NICE], 2020) recomiendan a la terapia cognitivo conductual como tratamiento psicológico para personas que no responden a los tratamientos farmacológicos luego de 12 meses o que presentan un perfil continuo de síntomas, ya que evidencia mejoras en cuanto a la intensidad de los síntomas, dolor abdominal y la calidad de vida en individuos con esta problemática.

Recientemente, la incorporación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en el ámbito de la salud ha ido en marcado aumento, y sus distintas aplicaciones se fueron generalizando en la salud y en la salud mental, siendo recientemente reconocidas sus implicancias por la Organización Mundial de la Salud como la *e-Health* (World Health Organization [WHO], 2019). Dentro de esta categoría, al uso de aplicaciones móviles de salud, se lo denominó específicamente *m-Health* (Bisso-Andrade, 2019). Con el crecimiento de los *smartphones* y el acceso a internet en la actualidad, se ha producido un incremento significativo, especialmente durante los últimos años, del diseño de aplicaciones móviles aplicadas a la salud. Uno de los principales problemas de las aplicaciones móviles en la salud y la salud mental, es la falta de evidencia acerca de su utilización, ya sea por falta de

estudios de eficacia (Denecke et al., 2022; Donker et al., 2013; Wang et al., 2020) o por falta de profesionales involucrados en la confección y el desarrollo de las mismas (Celleri y Garay, 2021). Es así que del total de aplicaciones móviles relacionadas con la salud (estimado en más de 300.000 actualmente) solo un pequeño porcentaje cuenta con profesionales involucrados en su confección o presentan estudios de eficacia, por lo que su recomendación se vuelve limitada (Firth et al., 2018; Sucala et al., 2017). Sin embargo, la utilización de aplicaciones móviles ya sea como complemento de una terapia o como auto-ayuda (similar a la biblioterapia) podría implicar diversos beneficios: la mejora en la adherencia al tratamiento, registros en tiempo real y el acceso a información confiable, entre otros (Ankersen et al., 2017; Torous et al., 2018; WHO, 2019). Aún quedan por resolver algunas preocupaciones que giran en torno a las TIC y la salud, las cuales incluyen el manejo de la información confidencial, la seguridad de los datos, y, particularmente importante en salud mental, el manejo del riesgo de los pacientes (Torous et al., 2018).

Con respecto a las aplicaciones móviles para personas con SII, aún su desarrollo es escaso, al igual que la evidencia sobre su eficacia (Ankersen et al., 2017). Según una revisión realizada sobre aplicaciones en español para SII, se encontró que ninguna de ellas mencionaba estudios de eficacia, ni había sido desarrollada específicamente para el cuadro; todas contenían información sobre el aspecto nutricional-dietario; muy pocas hacían referencia al aspecto psicosocial del síndrome; y ninguna incluía algún tipo de registro (Donatti et al., 2020).

En el presente trabajo se presentan los fundamentos y características del prototipo de una aplicación móvil basada en la terapia cognitivo-conductual y destinada al registro de los síntomas psicológicos de pacientes diagnosticados con SII.

Desarrollo de DIGESTIVAMENTE

El desarrollo de la aplicación móvil “Digestivamente” se realizó en el contexto del proyecto “Desarrollo de una herramienta para el registro por parte de los pacientes de los factores psicológicos que inciden en los trastornos gástricos funcionales” de la Universidad de Buenos Aires. El principal objetivo del desarrollo de la aplicación fue contribuir a mejorar la calidad de vida y sintomatología de las personas que sufren SII, al favorecer la capacidad de registro de síntomas psicológicos en pacientes bajo tratamiento psicoterapéutico en un hospital público.

La aplicación fue desarrollada íntegramente por un equipo interdisciplinario durante el periodo de marzo de 2019 a diciembre de 2020. El equipo se conformó por psicólogos pertenecientes a la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, el equipo de médicos pertenecientes a la división de Neurogastroenterología del Hospital de Clínicas “José de San Martín”, y el equipo de investigadores del Laboratorio de Sistemas Avanzados de Información (LSIA), donde se radicó la dirección de trabajo profesional de alumnos, ambos pertenecientes al Departamento Computación, Facultad de Ingeniería, Universidad de Buenos Aires.

La aplicación incluye información general del paciente (datos sociodemográficos y diagnóstico), cargada previamente por el profesional. Asimismo, engloba la información brindada por el paciente sobre su estado emocional, considerando la valencia y la intensidad del mismo, una valoración de la escala de Bristol (tabla visual de uso médico utilizada para identificar y clasificar la forma de las heces) y los síntomas posibles presentados como hinchazón o dolor abdominal. Incluye además información del estado de ánimo diario y de estresores semanales.

Principales funciones de la aplicación

La aplicación “Digestivamente” permite entre sus principales funcionalidades: a) Registrar los valores diarios de Escala de Bristol de los pacientes, sus sensaciones físicas y emociones, como así también registros de pensamientos y actividades; b) Brindar una interfaz que le permite a los pacientes determinar los valores de defecación de acuerdo con la escala de Bristol; c) Identificar el estado de ánimo en que se encuentran los pacientes al finalizar el día; d) Reconocer los estresores semanales que los pacientes han vivido durante el transcurso de la semana; e) Evaluar, por parte de los profesionales, los resultados de cada paciente a través de gráficos que muestran las relaciones entre cada una de las variables mencionadas anteriormente y facilitar el análisis de los datos del paciente; f) Realizar un seguimiento de los valores de la escala Bristol, las emociones y estresores de los pacientes; g) Cargar y administrar los diferentes usuarios: profesionales y pacientes; h) Visualizar y analizar la información recolectada para cada uno de los pacientes, asistiendo así a la identificación de los factores involucrados en la presentación o exacerbación de los síntomas encontrados; i) Visualizar y realizar un seguimiento de los diferentes diagnósticos de cada paciente, brindando in-

formación “no apreciable” a simple vista por el médico a la hora de observar los datos (Zaragoza et al., 2020).

Dashboard, psicoeducación y preguntas frecuentes

En esta sección se presenta la pantalla de inicio a la cual accede el profesional y el paciente al ingresar con su usuario y contraseña a la aplicación Digestivamente. La misma incluye un video con un instructivo de uso diseñado para ayudar a los profesionales y pacientes a utilizar la misma. En la sección de psicoeducación, el paciente se encuentra con información brindada por el equipo médico de neurogastroenterología del Hospital de Clínicas acerca del SII, se presenta esta información en distintos desplegados para una mejor organización y visualización. En la sección “preguntas frecuentes” se encuentran distintas preguntas que suelen tener los pacientes con respecto al SII y su correspondiente respuesta (ver Figura 1).

Registros

En esta sección, el paciente se encuentra con la posibilidad de cargar información en la escala de Bristol, así como también los registros basados en la terapia cognitivo conductual (ver Figura 2).

Además, la aplicación cuenta con otros dos tipos de registros que están programados para que el paciente

los complete de forma automática al abrir la aplicación. Uno de ellos está programado para que aparezca diariamente y el paciente registre su estado de ánimo general del día. El otro registro es de frecuencia semanal, e indaga por estresores que haya tenido la persona durante la semana (ver Figura 3).

Gráficos

En la sección gráficos se puede encontrar la visualización de un seguimiento de los valores de la escala Bristol, las emociones y síntomas en un periodo de un mes, así como el registro completado por el paciente (Figura 4). En los gráficos se observa la correlación de las emociones (eje y) y las sensaciones físicas (eje x) agrupadas por escala de Bristol. El tamaño de los círculos representa la intensidad de una emoción en relación con los síntomas y la escala de Bristol, las diferentes emociones están indicadas en color. En la Figura 5 se muestra para un valor seleccionado de la escala de Bristol, qué emociones y sensaciones tuvo el paciente, así como qué sensaciones físicas estuvieron asociadas.

Conclusiones

La aplicación “Digestivamente”, hasta la fecha, es la primera aplicación móvil para pacientes con SII basada en la terapia cognitivo-conductual desarrollada en Argentina, en español, y para nuestra población.

Figura 1. Pantalla inicial de la aplicación, pantalla de psicoeducación, pantalla preguntas frecuentes y video de introducción a la aplicación



Figura 2. Registro escala de Bristol y sensaciones físicas, y registro pensamiento-emoción-conducta

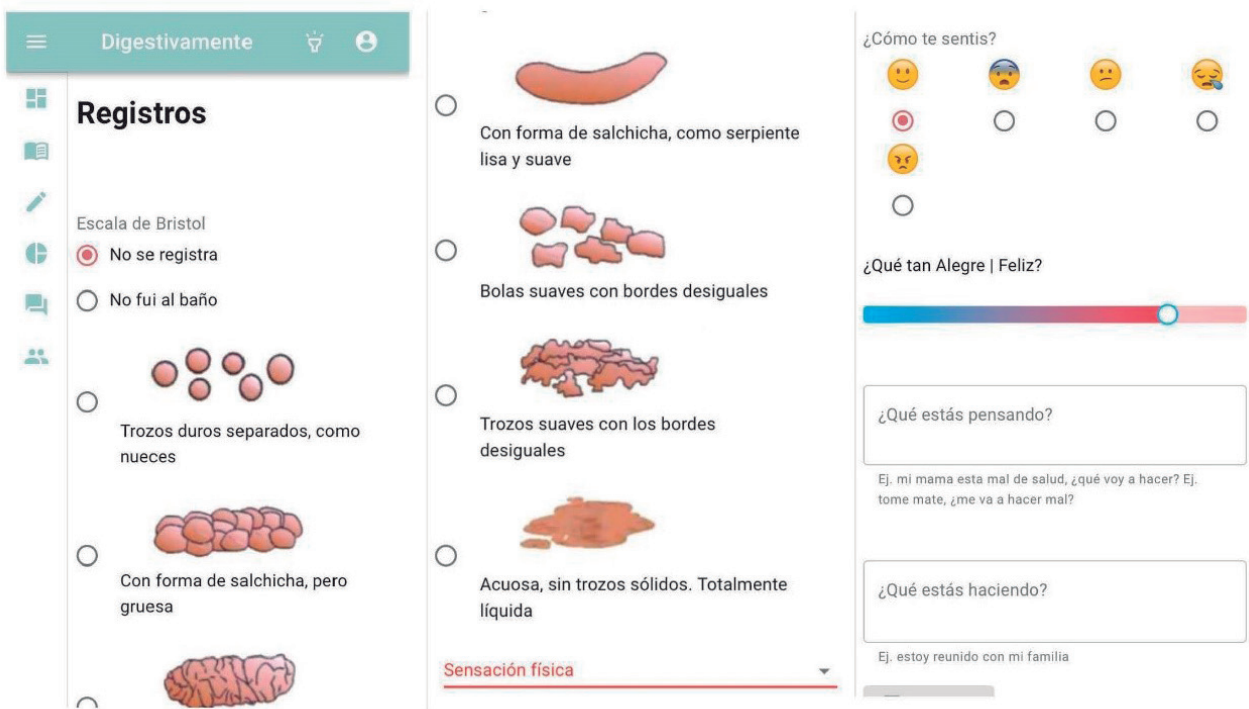
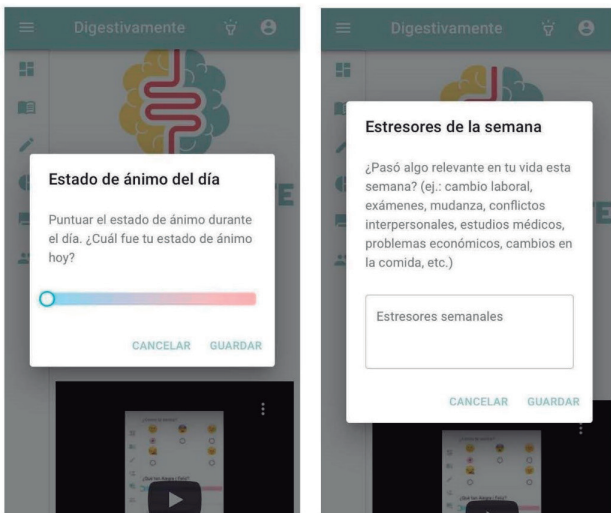


Figura 3. Registros de estado de ánimo diario y estresores semanales.



Esta aplicación móvil ha sido desarrollada, inicialmente, con el objetivo de que los pacientes diagnosticados con SII que concurren a la división de Neurogastroenterología del Hospital de Clínicas “José de San Martín” puedan realizar el registro de los factores psicológicos que influyen en su cuadro y propiciar la mejora y el manejo de los síntomas asociados. La misma, se diseñó para ser utilizada junto con un profesional, en el marco de un tratamiento cognitivo-conductual, como complemento del mismo.

Asimismo, con el uso de Digestivamente se espera facilitarle al paciente el autorregistro de la sintomatología, ya que como se ha visto en otros estudios, los autorregistros a través de dispositivos móviles suelen tener mayor nivel de aceptación, preferencia y satisfacción que los registros tradicionales, tanto por su facilidad como por la posibilidad de completarlos en distintos contextos (Agustí López et al., 2011). Como futura línea de investigación, sería pertinente evaluar la experiencia del usuario según su nivel etario para identificar posibles obstáculos. En líneas generales, la aplicación permite ver la evolución del cuadro en torno a las variables mencionadas, lo cual podría favorecer la motivación y el compromiso del paciente en el tratamiento.

Además, a través del uso de la aplicación se pretende lograr un mejor seguimiento de la evolución del cuadro por parte de los profesionales. Al tener ambos la información sincronizada, el profesional puede acceder de forma más sencilla a la información digitalizada, en el momento que desee, permitiéndole una evaluación más precisa. También, se espera que este seguimiento acompañado por el profesional posibilite un rol más activo de los pacientes en el tratamiento, ya que la autogestión de la enfermedad suele implicar mejores resultados en los tratamientos de enfermedades crónicas (Ankersen et al., 2017).

El hecho de que la aplicación brinda información psicoeducativa sobre el SII, podría favorecer la com-

Figura 4. Pantalla de resumen del registro completo

Día	Hora	¿Qué estás haciendo?	Escala de Bristol	Sensación física	¿Cómo te sientis?	Intensidad	¿Qué estás pensando?	Estado de ánimo del día	Estresor semanal
08/06/2020	18:05	Me preparo un mate		ninguna		6	Después de la reunión tengo que armar la actividad de xx	-	
09/06/2020	10:40	Estoy en otra reunión	No fui al baño	dolor de panza		5	Se me hace tarde para la reunión. No voy a llegar	7	
	10:40	Estoy en otra reunión	No fui al baño	dolor de panza		5	Se me hace tarde para la reunión. No voy a llegar		
10/06/2020	10:49	Desayunando		ninguna		8	No tengo pensamientos particulares en este momento	-	No

Figura 5. Gráficos disponibles de la aplicación



prensión del cuadro y asegurar el acceso a información confiable.

En las siguientes fases del desarrollo de la aplicación, se espera poder avanzar en la publicación de “Digestivamente” en las tiendas de descarga de aplicaciones móviles de manera gratuita, con el fin de que pueda ser utilizada por los profesionales que así lo requieran en el tratamiento de pacientes con estos cuadros.

Actualmente, se encuentra en progreso la realización de la prueba cualitativa de “Digestivamente” con pacientes en tratamiento por el equipo de profesionales. El objetivo de esta primera prueba es poder conocer la usabilidad por parte de los pacientes así como obtener información que permita mejorar el desarro-

llo y algunos aspectos relacionados con la interacción que los usuarios tienen con la aplicación, permitiendo adaptarla a la población específica.

En el futuro, se espera poder realizar una prueba cuantitativa del uso de la aplicación por parte de los pacientes en el marco de un tratamiento, permitiendo evaluar si la utilización de “Digestivamente” se relaciona con mejoras en la sintomatología de estos cuadros complejos o produce mejoras en la adherencia al tratamiento de los pacientes. Asimismo, se buscará conocer el impacto del uso de esta tecnología en los profesionales intervinientes. Por ejemplo, se espera que los profesionales médicos puedan acceder a información más precisa de los valores de la escala de Bristol y la sintomatología, así como el impacto subjetivo que presentan en los pacientes, lo cual facilitaría la toma de decisiones en cuanto a tratamiento. Si bien la aplicación no cuenta con un espacio de intercambio y/o comentarios entre profesionales, contar con la misma fuente de información sobre el paciente, podría implicar beneficios en el trabajo interdisciplinario, algo fundamental en estos cuadros.

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

Referencias bibliográficas

Agustí López, A. I., Herrero Camarano, R., Vizcaíno, Y., Molinari, G., Río González, E. D., & Botella, C. (2011). Aceptación y preferencia del uso de un dispositivo móvil para la evaluación de la fibromialgia. *Fòrum de recerca*, 16, 1111-1124. <http://hdl.handle.net/10234/77434>

American Psychological Association [APA] (2021). *Diagnosis: irritable bowel syndrome, psychological treatments*. <https://www.div12.org/diagnosis/irritable-bowel-syndrome/>

- Ankersen, D. V., Weimers, P., & Burisch, J. (2017). Whats 'App-ening': the help of new technologies in nutrition in digestive diseases. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 20(5), 426-431. <http://doi.org/10.1097/MCO.0000000000000399>
- Balboa, A., Ciriza, C., & Delgado-Aros, S. (2017). Documento de actualización de la guía de práctica clínica sobre el síndrome de intestino irritable. IMC. Disponible en: https://www.aegastro.es/documents/contenidos/siendrome_del_intestino_irritable.pdf
- Bisso-Andrade, A. (2019). Apps, mHealth y telemedicina: beneficios, peligros, paradigmas y nuevas fronteras en medicina. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 32(3), 87-88. <https://doi.org/10.36393/spmi.v32i3.473>
- Celleri, M., & Garay, C. J. (2021). Aplicaciones móviles para ansiedad: una revisión en Argentina. *Revista Argentina De Ciencias Del Comportamiento*, 13(1), 17-24. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v13.n1.23681>
- Celleri, M., Koutsovitits, F., Cremades, C., & Garay, C., (2020, en evaluación). Índice de calidad de vida percibida en pacientes con trastornos gastrointestinales funcionales de un hospital público en Buenos Aires, Argentina. *Acta Colombiana de Psicología*.
- Denecke, K., Schmid, N., & Nüssli, S. (2022). Implementation of Cognitive Behavioral Therapy in e-Mental Health Apps: Literature Review. *Journal of medical Internet research*, 24(3), e27791. <https://doi.org/10.2196/27791>
- Díaz Cárdenas, S., Díaz Caballero, A., & Arrieta Vergara, K. M. (2010). Factores psicosociales, sociodemográficos, culturales y familiares asociados a Síndrome de Intestino Irritable. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3(2), 78-82.
- Dimsdale, J., Creed, F., & Behalf of the DSM-V Workgroup on Somatic Symptom Disorders. (2009). The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V to replace somatoform disorders in DSM-IV. A preliminary report [Editorial]. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(6), 473-476. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.03.005>
- Domingo, J. J. S. (2017). Los nuevos criterios de Roma (IV) de los trastornos funcionales digestivos en la práctica clínica. *Medicina Clínica*, 148(10). <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2016.12.020>
- Donatti, S., Cremades, C., Ortega, I., Pérez Vasaro, D., Koutsovitits, F., & Garay, C. J. (2020). Aplicaciones móviles en español para Síndrome de Intestino Irritable: una revisión sistemática. *Anuario de Investigaciones*, 27, 19-24. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369166429004>
- Donker, T., Petrie, K., Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M. R., & Christensen, H. (2013). Smartphones for smarter delivery of mental health programs: a systematic review. *Journal of medical Internet research*, 15(11), e247. <https://doi.org/10.2196/jmir.2791>
- Drossman, D. A. (2016). Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology*, 150(6), 1262-1279. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.032>
- Firth, J., Torous, J., Carney, R., Newby, J., Cosco, T. D., Christensen, H., & Sarris, J. (2018). Digital Technologies in the Treatment of Anxiety: Recent Innovations and Future Directions. *Current psychiatry reports*, 20(6), 44. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0910-2>
- Fond, G., Loundou, A., Hamdani, N., Boukouaci, W., Dargel, A., Oliveira, J., Roger, M., Tamouza, R., Leboyer, M., & Boyer, L. (2014). Anxiety and depression comorbidities in irritable bowel syndrome (IBS): a systematic review and meta-analysis. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 264(8), 651-660. <https://doi.org/10.1007/s00406-014-0502-z>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el síndrome del intestino irritable (2005). *Manejo del paciente con síndrome del intestino irritable*. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. Disponible en: <https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/sii.pdf>
- Midenfjord, I., Polster, A., Sjövall, H., Törnblom, H., & Simrén, M. (2019). Anxiety and depression in irritable bowel syndrome: exploring the interaction with other symptoms and pathophysiology using multivariate analyses. *Neurogastroenterology & Motility*, 31(8), e13619. <https://doi.org/10.1111/nmo.13619>
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2020). *Irritable bowel syndrome in adults*. United Kingdom. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/search?q=Irritable+bowel+syndrome+in+adults>
- Ortega, I. S., Donatti, S., Cremades, C. F., & Garay, C. J. (2022). Ansiedad y depresión en pacientes con trastornos gastrointestinales funcionales de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista de psicología de la salud*, 10(1), 6. <https://doi.org/10.21134/pssa.v10i1.814>
- Person, H., & Keefer, L. (2020). Psychological comorbidity in gastrointestinal diseases: Update on the brain-gut-microbiome axis. *Progress in Neuro-Pharmacology and Biological Psychiatry*, 110209. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110209>
- Ruiz, M. A. C., Herrera, R. B. O., Jurado, D. M., & Luna, J. L. P. (2007). Association of depression and anxiety in patients with irritable bowel syndrome. *Revista de Gastroenterología de México*, 72(1), 29-33.
- Sperber, A. D., Bangdiwala, S. I., Drossman, D. A., Ghoshal, U. C., Simren, M., Tack, J., ... & Kellow, J. (2020). Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome Foundation global study. *Gastroenterology*, 160(1), 99-114.e3. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.04.014>
- Sucala, M., Cuijpers, P., Muench, F., Cardoso, R., Soflau, R., Dobrean, A., Achimas-Cadariu, P., & David, D. (2017). Anxiety: There is an app for that. A systematic review of anxiety apps. *Depression and anxiety*, 34(6), 518-525. <https://doi.org/10.1002/da.22654>
- Torous, J., Wisniewski, H., Liu, G., & Keshavan, M. (2018). Mental Health Mobile Phone App Usage, Concerns, and Benefits Among Psychiatric Outpatients: Comparative Survey Study. *JMIR mental health*, 5(4). Disponible en: <https://mental.jmir.org/2018/4/e11715>
- Wang, L., Fagan, C., & Yu, C.-I. (2020). Popular mental health apps (MH apps) as a complement to telepsychotherapy: Guidelines for consideration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 265-273. <https://doi.org/10.1037/int0000204>
- World Health Organization [WHO] (2019). eHealth at WHO. Disponible en: <https://www.who.int/ehealth/about/en/>
- Whitehead, W. E., Palsson, O., & Jones, K. R. (2002). Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications?. *Gastroenterology*, 122(4), 1140-1156. <https://doi.org/10.1053/gast.2002.32392>
- Zamani, M., Alizadeh-Tabari, S., & Zamani, V. (2019). Systematic review with meta-analysis: the prevalence of anxiety and depression in patients with irritable bowel syndrome. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 50(2), 132-143. <https://doi.org/10.1111/apt.15325>
- Zaragoza, J., Ierache, J., Domínguez, N., Merlino, H., Celleri, M., Koutsovitits, F., & Garay, C.J. (06 de octubre 2020) Sistema para el registro de factores psicológicos que inciden en los trastornos gastrointestinales funcionales. "Digestivamente" [Conferencia]. XX Congreso Argentino de Ciencias de la Computación (CACIC). Modalidad virtual. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/114475>
- Zeledón Corrales, N., Serrano Suárez, J. A., Fernández Agudelo, . S. (2021). Síndrome intestino irritable. *Revista Médica Sinergia*, 6(2), e645. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i2.645>

Aplicación de viñetas cinematográficas a la docencia en Salud Mental

Application of cinematographic vignettes to teaching in Mental Health

Gabriel Kunst¹, María Fernanda Iglesias², Marcela Pratto², Delia Saffiores³

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i158.318>

Resumen

En este trabajo se presentan algunas ideas en torno a las relaciones posibles entre cine y psicopatología. Para llevar adelante esta tarea se describen los resultados de una experiencia realizada en el IUSAM-APdeBA donde se explora un modo particular de contar historias de pacientes que es el relato cinematográfico. Una de las tantas variedades posibles de comunicar casos clínicos, además de las clásicas forma escrita y la oral, es el formato audiovisual. Es sabido que no resulta fácil encontrar buenas historias de pacientes, más aun en estos tiempos donde las posibilidades de comunicar casos reales se ha visto restringido por normativas ético-legales. Se ha podido observar que las viñetas clínicas audiovisuales extraídas de los relatos cinematográficos pueden resultar una herramienta de gran utilidad para fines de discusión, intercambio y docencia en psicopatología.

Palabras clave: Educación en salud mental - Formación de profesionales de salud mental - Cine y psiquiatría - Psicopatología.

Abstract

In this work some ideas about the possible relationships between cinema and psychopathology are presented. To carry out this task, the results of an experience carried out at the IUSAM-APdeBA are described, where a particular way of telling patient stories is explored, which is the cinematographic story. One of the many possible varieties of communicating clinical cases, in addition to the classic written and oral forms, is the audiovisual format. It is known that it is not easy to find good patient stories; even more so in these times where the possibilities of communicating real cases have been restricted by ethical-legal regulations. It has been observed that the audiovisual clinical vignettes extracted from the cinematographic stories can be a very useful tool for the purposes of discussion, exchange and teaching in psychopathology

Keywords: Mental Health Education - Training of Mental Health Professionals - Cinema and Psychiatry - Psychopathology.

RECIBIDO 29/7/22 - ACEPTADO 22/10/22

¹Médico psiquiatra y psicoanalista. Director del Departamento de Investigación Instituto Universitario de Salud Mental, Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.

²Psicóloga clínica. Investigadora, Instituto Universitario de Salud Mental, Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.

³Médica psiquiatra y psicoanalista. Miembro de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Directora de *Controversias*, revista de *Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*.

Autor correspondiente:

Gabriel Kunst

gabrielkunst@hotmail.com

Institución donde se llevó a cabo la investigación: Instituto Universitario de Salud Mental de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (IUSAM/APdeBA).

Introducción

La relación entre el cine y la psicología es muy fuerte. Particularmente con el psicoanálisis; nacieron juntos y crecieron juntos. El cine ha contribuido a llevar a la sociedad la imagen que ésta tiene de la psicopatología, y esta, a su vez ha aportado gran cantidad de historias que se han reflejado en los guiones cinematográficos (Gabbard y Gabbard, 1989).

Los films son generados dentro de un entorno sociocultural. El cine es un medio de comunicación y, como tal, una forma de expresión de las representaciones que una sociedad tiene de la salud mental. Las películas son discursos sociales y, por consiguiente, producciones de sentido. En tanto discursos sociales, las producciones cinematográficas se nutren de sentidos compartidos (Tagliaferri, 2013). En el contexto de las manifestaciones culturales de una sociedad, las películas entablan vínculos con otros discursos que configuran representaciones, prácticas y comportamientos. Algunos discursos (como el de la "Salud Mental") aparecen en fuerte interrelación con el cine y, refuerzan juntos, sentidos y significados comunes de los individuos. En este trabajo se presentan algunas ideas en torno a las relaciones posibles entre cine y psicopatología, en particular su aplicación a la docencia. Para esto se describen los resultados de una experiencia realizada en el Instituto Universitario de Salud Mental de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (IUSAM-APdeBA), donde se explora un modo particular de contar historias de pacientes como es el relato cinematográfico.

Una de las tantas variedades posibles de comunicar casos clínicos, además de las clásicas formas escrita y oral, es el formato audiovisual. Es sabido que no es fácil encontrar buenas historias de pacientes, más aun en estos tiempos donde las posibilidades de comunicar casos reales se ha visto restringida por normativas ético-legales. Se percibe, además, que los profesionales de la Salud Mental no han continuado produciendo y transmitiendo buenos relatos clínicos como en tiempos pasados. En un trabajo publicado en 2017, sus autores denominan "eclipse bibliográfico" a esta progresiva menor presencia de historias de pacientes en la literatura clínica (Abadi et al., 2017).

Las modalidades preferentemente utilizadas para la transmisión de conocimientos en salud mental han sido la oral (clases, ateneos y congresos) y la escrita, vía manuales de actualización y, más recientemente, vía *papers* (artículos publicados en revistas científicas de edición periódica). Sin embargo, corren tiempos de

cambio y la imagen parece haber llegado para hacerse un lugar en las comunicaciones como un insumo destacado. La imagen es amistosa y atractiva y permite registrar con un solo impacto lo que se está transmitiendo ("una imagen vale más que mil palabras", se dice). La imagen puede transmitir ideas complejas (y, a veces, múltiples), de manera más efectiva que una mera descripción verbal. Es por este motivo que este trabajo ha incursionado en la búsqueda del material clínico presente en las historias cinematográficas. Las mejores historias de pacientes, en los últimos años, fueron escritas por el cine y parece muy recomendable aprovecharlas, puesto que, como se dijo, corren tiempos de fuertes restricciones a la utilización de los casos clínicos reales en espacios de formación o discusión y no es fácil encontrar buenos relatos, buenas historias de pacientes, sobre todo para los que desempeñan tareas docentes y necesitan dictar psicopatología. El relato sobre la enfermedad, tenga el formato que tenga, es un asunto muy importante de nuestra tarea como clínicos pero sobre todo en nuestra tarea docente. Levin, Abadi y Matusevich, refiriéndose al aspecto narrativo de la tarea médica han identificado cuatro géneros posibles vinculados con la narrativa clínica. Estos son: "la historia clínica propiamente dicha, la viñeta destinada al ateneo clínico, la siempre rica, aunque casi nunca escrita "charla de pasillo" y la narración literaria (al estilo de Oliver Sacks)" (Abadi et al., 2017). Se podría agregar a esta lista el relato cinematográfico.

La historia de la relación entre Salud Mental y cine se nos muestra hoy muy diversa, profunda e interesante y cuenta con una larga serie de estudios. Son varios los autores que apuntan al cine como recurso pedagógico para la transmisión de cuestiones vinculadas a la Salud Mental como campo de conocimiento (González-Blasco et al., 2010; Cambra Badii, 2018; Icarty Donaghy, 2013; Michel Fariña & Gutiérrez, 1999; Michel Fariña, 2009; Michel Fariña & Luduena, 2009; Montesano & Michel Fariña, 2011; Benjumea & García García, 2006; Mainetti, 2008). El cine ha sido considerado como una narrativa de gran impacto sociocultural, y con enorme accesibilidad. En este sentido la narración en clave cinematográfica se presenta como un recurso para comprender las cuestiones humanas y sociales que se manifiestan en su propio medio. Así, los contenidos generados en formato cinematográfico representan actos de comunicación a través de los que las personas le asignan significados a las experiencias y controversias del campo de la Salud Mental (Matusevich, 2018, 2016; Muñoz, 2006; Cambra Badii, 2018; Domingo Moratalla & Feito Grande, 2013).

Se propone como objeto de estudio una viñeta clínica audiovisual obtenida de películas seleccionadas del circuito comercial del cine. La viñeta clínica audiovisual se destaca como herramienta para la actualización, discusión y utilización pedagógica en todos los niveles de la formación profesional.

Las metodologías basadas en viñetas para el estudio de cuestiones clínicas han sido objeto de investigación en una serie de artículos (Alexander & Becker, 1978; Bachmann et al., 2008; Evans et al., 2015). La viñeta siempre es un recorte y tiene el propósito de mostrar un caso ante colegas o alumnos. El objetivo del uso de esta modalidad es, generalmente, discutir algún asunto clínico. El paciente real no aparece y tampoco aparece la problemática en su totalidad ya que se trata de un resumen. “Una viñeta clínica cinematográfica es similar a contar una clínica ajena. Pero tal vez por eso mismo, estas viñetas ajenas y cinematográficas podrían ser más útiles para la docencia. Los profesionales muestran sin mostrarse y eso les da más libertad a los alumnos para opinar más libremente sin cuestionar a sus docentes. Y estos enseñan sin enseñarse y trabajan más libremente” (Muller, E., comunicación personal).

Las metodologías basadas en viñetas se utilizan frecuentemente para examinar procesos de toma de decisiones, incluyendo la de los profesionales de la salud. No tienen las limitaciones éticas, prácticas y científicas de los métodos tradicionales. El uso de viñetas se propone como una herramienta para producir opinión de los participantes ya que tienen una larga historia de uso para investigación en ciencias sociales, conductuales y de la salud. Los diseños basados en viñetas ofrecen la posibilidad de entender como se dirimen cuestiones del campo clínico al permitir que el investigador manipule aspectos específicos de un estímulo audiovisual. No obstante, ha sido objeto de críticas en relación a posibles limitaciones de validez (Evans et al., 2015). De hecho, una consideración clave inherente a todos los estudios basados en viñetas es el grado en que un estímulo, y las respuestas de los participantes, pueden representar con precisión ciertos aspectos que ocurren en el “mundo real”. El proceso de decisión clínica en profesionales y pacientes reales en escenarios reales de atención de la salud es imposible de evaluar experimentalmente, y “como solución a este dilema, los diseños basados en viñetas pueden ser un método ideal para investigar la forma en que los clínicos toman decisiones que afectan a sus pacientes” (Evans et al., 2015).

La viñeta es un recorte destinado a mostrar un caso clínico ante colegas, con el propósito de discutir alguna dificultad diagnóstica o terapéutica. Los estu-

dios de viñetas sobre la elección y el juicio médicos han ganado popularidad en la literatura. Desarrollados originalmente en psicología, pueden usarse también para evaluar el comportamiento de los médicos en el contexto de pruebas de diagnóstico o decisiones de tratamiento. En un trabajo del año 2014 (De Pablo et al., 2014) se refiere que el tipo de formato en el que se presenta el material clínico puede resultar en desacuerdos entre profesionales de la Salud Mental en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas en relación al mismo paciente. En aquel trabajo analizaron la variabilidad diagnóstica y el impacto producido por la “viñeta escrita” versus la “viñeta audiovisual”. De acuerdo a los resultados de esa investigación se podrían explicar una parte de los desacuerdos clínicos entre profesionales por diferencias en el formato en el cual se comunican los materiales clínicos.

En los últimos tiempos han surgido también, con gran fuerza, las llamadas “técnicas de simulación en educación para la salud” (Pulido, 2017). Se ha comenzado a practicar con escenarios clínicos lo más parecido posible a los reales pero utilizando muñecos, robots o actores desempeñando el papel de pacientes. Los modelos de simulación se vienen utilizando desde hace algunos años en medicina, odontología y enfermería tanto en el pre como en el postgrado. Se han construido muñecos que remedan exactamente a los pacientes, y con ellos se capacita y entrena a odontólogos, ginecólogos, cirujanos, obstetras, emergentólogos, enfermeros etc. En el campo del diagnóstico y tratamiento psicológico se han comenzado a desarrollar modelos de simulación clínicas con actores que remedan ser pacientes que concurren a consulta. La simulación en el aprendizaje es un método eficaz basado en que concibe a los alumnos como agentes activos en el desarrollo de sus conocimientos, habilidades y actitudes profesionales mediante la experiencia. Dada su capacidad para simular escenarios reales, permite que los participantes tomen decisiones, evalúen las consecuencias de las mismas y obtengan una retroalimentación constante de sus acciones, resolviendo los problemas que puedan surgir con el objetivo de evitar riesgos innecesarios. La simulación como técnica, estrategia y recurso didáctico en el campo de la educación en las ciencias de la salud viene ocupando un lugar cada vez más relevante en la planificación de los diseños curriculares. El fundamento de esto es aprender y practicar sin poner en riesgo al paciente. Ha demostrado ser una excelente alternativa en el aprendizaje, entrenamiento y evaluación de compe-

tencias en las etapas de formación de grado, posgrado y educación médica continua (Pulido, 2017).

El propósito de este trabajo fue inicialmente describir una “suerte” de epidemiología de casos psicopatológicos en el cine e identificar películas con buenas historias de pacientes. Luego, a partir del material obtenido, se ha propuesto, también, realizar videos montajes de 10 minutos de duración, en promedio.

Reporte de la experiencia docente

Etapas del trabajo

- Búsqueda y selección de films cuyo contenido fuera un “caso clínico”.
- En cada film seleccionado, identificación de los “párrafos-escenas” cinematográficos más relevantes con valor clínico (información diagnóstica, terapéutica o epidemiológica).
- Edición del video montaje de breve duración (10’) con las escenas seleccionadas en el paso anterior correspondientes al caso clínico de cada película.
- Aplicación de la Viñeta Clínica editada en una actividad docente.

Desarrollo de cada etapa

a. Búsqueda y selección de films

Se realizó una búsqueda en archivos cinematográficos intentando identificar películas cuyos contenidos involucran problemas vinculados con algún aspecto de la salud mental. Los contenidos buscados estuvieron referidos a cuestiones diagnósticas, terapéuticas y epidemiológicas. Se realizó la búsqueda con diferentes estrategias: 1) en bases de datos electrónicas como la *Internet Movie Database* (IMDB), 2) a partir de palabras claves (cine - psi - psicosis - autismo, etc.) 3) se siguió también la pista de las películas citadas y sugeridas en diferentes artículos publicados sobre el tema y 4) con el clásico método del “boca a boca” con aquellos aficionados al cine, tanto colegas como no colegas. De esta última forma se recibieron gran cantidad de recomendaciones que terminaron siendo muy útiles para el trabajo.

Todo el equipo de investigación trabajó individualmente en la búsqueda de las películas y a continuación, en reunión plenaria de investigadores, se discutió la pertinencia de aquellas sugeridas por cada investigador. Si bien los criterios para la búsqueda fueron amplios (los descriptos en el párrafo anterior), los criterios para la selección fueron más estrictos y estuvieron relacionados no solo con los contenidos, sino también con la forma, ya que fue necesario tener en

consideración el potencial de cada film para ser editado en un formato de viñeta breve de 10 minutos.

Han participado en la búsqueda y selección 4 investigadores con experiencia clínica y docente, dos de ellas psicólogas y dos psiquiatras.

b. Con las películas seleccionadas se realizó una búsqueda de las escenas más relevantes con valor clínico

En algunos casos se sacrificó parte de la historia completa del film generándose una mini historia circunscripta a una sola parte de la película. Se ha privilegiado y priorizado la información diagnóstica, los datos de motivo de consulta y las decisiones terapéuticas presentes en los casos clínicos de cada una de las películas.

c. Con las escenas seleccionadas de cada film se generaron video montajes de 10 minutos de duración en promedio

Un integrante del equipo de investigación se capacitó en técnicas de edición audiovisual y cada viñeta editada fue revisada nuevamente por el resto del equipo. La llamada *película de montaje* es aquella realizada mediante la utilización de material audiovisual ya existente, pero editado, para producir un discurso diferente. Se designaron estos video montajes con el nombre de Viñetas Clínicas Ficcionaladas (VCF). La VCF es un producto obtenido luego de un proceso de selección de películas y, paso siguiente, de búsqueda, en cada una de ellas, de escenas con valor semiológico y didáctico. Se fijó para cada una duración de 10 minutos, considerándolo un lapso razonable, que permite su utilización en espacios de clases, ateneos y congresos, sin avanzar sobre los otros tiempos necesarios para exposición, discusión y preguntas. Además, da suficiente información como para que, quien lo observa, pueda desarrollar una impresión clínica diagnóstica. Se entiende que 10 minutos de un material en formato audiovisual contiene muchísima información que de transmitirse en forma escrita debería extenderse por un gran número de páginas. La VCF logra contener, así, un caso clínico de ficción muy parecido al real. Esta propuesta consiste en aprovechar la ficción para hablar de los casos reales (*vide infra*).

d. A continuación se probó la utilización de las VCF como herramienta de apoyo docente en diferentes actividades de pre y posgrado

Las VCF se utilizaron con estudiantes de mitad de carrera (rango de edades entre 20 y 30 años) en clases de la facultad de psicología de una universidad privada, y también en clases, cursos de posgrado y programas de

maestrías con médicos y psicólogos de instituciones públicas y privadas. El rango de edades fue amplio, entre 30 y 75 años; la mayoría de los alumnos tenía experiencia asistencial. En todos los casos se realizaron encuestas de opinión sobre la utilización de la herramienta audiovisual para apoyo docente y una gran mayoría respondió muy positivamente. Se recibieron evaluaciones muy satisfactorias tanto de los alumnos como de los docentes que utilizaron las VCF producidas por el equipo. También se realizó un registro directo tomando nota de los cambios observados en el interés, la motivación, la participación y la actitud de los participantes. Todas han sido muy positivas. Una opinión muy generalizada entre todos los colegas ha sido la gran riqueza que anida en la cinematografía con muy interesantes y entretenidas historias donde se caracterizan pacientes y profesionales.

Películas seleccionadas

Se conformó un banco de imágenes a partir de 23 películas en las que se identificaron casos clínicos de muy diversa psicopatología: padecimientos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de personalidad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de conducta disruptivos, usos problemáticos de sustancias, trastornos de ansiedad y trastornos del espectro autista.

Dicho banco de imágenes permitió la confección de 23 VCFs.

Las 23 películas seleccionadas en la muestra fueron las siguientes:

1. “Don Juan de Marco”

Película estadounidense de 1995, producida por Francis Ford Coppola y dirigida por Jeremy Leven. Un hombre, vistiendo máscara y capa, está parado en una cornisa y su intención parece ser el suicidio. Es rescatado y enviado a una institución psiquiátrica. De esta película se seleccionaron escenas en las que el psiquiatra comienza a vincularse con el paciente. La primera es el encuentro en la misma cornisa, donde lo invita a bajar de allí y contarle su historia de vida; la segunda es en el consultorio donde discuten sobre la indicación del tratamiento farmacológico. La tercera es un breve pasaje sobre una sesión donde el paciente comienza a relatar algo de su historia de vida. También se han seleccionado breves pasajes donde se ve el efecto que el encuentro con el paciente tiene para el psiquiatra en su vida matrimonial. La última escena seleccionada se refiere a una discusión que mantiene el psiquiatra (Marlon Brando) con su jefe, quien le cuestiona no haber medicado al paciente con antipsicóticos.

2. “Tenemos que hablar de Kevin”

Película británico-estadounidense de 2011, adaptada y dirigida por Lynne Ramsay sobre la novela homónima de la autora estadounidense Lionel Shriver. De bebé, Kevin, lloraba incesantemente, rechazaba las muestras de cariño y no se mostraba interesado en nada. Durante la adolescencia de Kevin, se empieza a observar indicios de la presencia de placer al herir a los demás. Esta historia culmina con la ejecución de múltiples asesinatos. Durante el relato subyace la duda en cuanto a si es un niño-joven con severos trastornos de conducta antisocial o si presenta un trastorno psicótico. Las escenas seleccionadas son momentos de la historia evolutiva de Kevin. La primer escena es el “bebé Kevin” llorando inconsolable y la madre desesperada por no poder calmar el llanto del niño. Luego se tomaron escenas donde el niño despliega un maltrato selectivo hacia la madre. En una de las escenas se observa como le arruina su recién estrenada oficina de trabajo, y luego la hiere verbalmente de manera muy desconsiderada. Hay otra escena donde los padres de Kevin discuten por las diferentes percepciones que tiene cada uno de ellos acerca de las conductas del hijo. La viñeta cierra con la ejecución de asesinatos múltiples por parte de Kevin de compañeros de su escuela.

3. “Vincere”

Película italiana de Marco Bellocchio de 2009 que relata una parte de la biografía de Benito Mussolini durante el ascenso del fascismo en Italia. Se describe su epopeya histórica desde la perspectiva de la amante del Duce, Ida Dalser y su hijo ilegítimo. En esta película se han seleccionado escenas del conflicto previo entre Mussolini e Ida Dasler que deriva en la internación psiquiátrica de la amante de Mussolini. Se incluyeron en la viñeta escenas del ingreso a una internación psiquiátrica contra su voluntad y con una muy dudosa justificación clínica. También se han seleccionado breves imágenes previas a la internación, con los comienzos de la relación entre Ida Dalser y Mussolini. La viñeta termina con escenas donde la protagonista se encuentra internada y tratando de convencer a su entorno acerca de la injusticia de la internación.

4. “Una mente brillante”

Película biográfica estadounidense del año 2001, basada en la novela homónima de Sylvia Nasar, que fue candidata al Premio Pulitzer en 1998 y cuenta la vida de John Forbes Nash, ganador del Premio Nobel de Economía en 1994. Es la historia de los primeros años de vida de un joven prodigio de las matemáticas.

cas, quien comienza a desarrollar una esquizofrenia paranoide mientras ve, penosamente, cómo se afecta su condición física y sus relaciones familiares. El argumento seleccionado para la viñeta sostiene la duda en cuanto a la necesidad de tratamiento de por vida con medicación. Se incluyeron escenas del comienzo de los síntomas, escenas de una severa crisis de contenido paranoide y del comienzo del tratamiento en la internación. También se seleccionaron breves párrafos con la evolución a largo plazo de Nash.

5. “Manchester frente al mar”

Película estadounidense de 2016, dirigida y escrita por Kenneth Lonergan. La negligencia del protagonista mientras estaba intoxicado con alcohol y cocaína condujo al incendio de su casa y la muerte de sus hijos. La película muestra la reacción emocional posterior a la tragedia. Se tomaron escenas que describen lo ocurrido con el protagonista pre y post incendio de su hogar, y algunos pasajes sobre la evolución emocional cierto tiempo después de la tragedia. La viñeta se propone destacar posibles vínculos entre el consumo problemático de sustancias y diferentes estados emocionales y anímicos asociados.

6. “Una historia divertida”

Comedia dramática estadounidense de 2010, basada en la novela *It's Kind of a Funny Story* de Ned Vizzini. A causa de una depresión, un adolescente de 16 años es ingresado en un centro psiquiátrico. Se seleccionaron escenas de la situación que desencadenó la consulta del adolescente y escenas de la entrevista con el psiquiatra que realiza la admisión y debe decidir si internarlo o no. Luego la viñeta termina con una escena en la que la psiquiatra que atiende al adolescente durante los días de internación debe decidir la oportunidad de su alta.

7. “Gente corriente”

Película estadounidense de 1980 dirigido por Robert Redford. Fue ganadora de importantes premios cinematográficos. Está basada en la novela *Ordinary People* de Judith Guest. Las relaciones de una familia se ven alteradas por un accidente donde el mayor de los hermanos muere y el menor, agobiado por la culpa de haber sobrevivido, intenta suicidarse y es internado en un psiquiátrico. Se seleccionaron algunas escenas de la primera entrevista con el terapeuta luego escenas de la interacción familiar y, finalmente, una selección de diferentes momentos de la terapia incluyendo pasajes del final del tratamiento.

8. “Príncipe de las mareas”

Película de 1991, dirigida por Barbara Streisand. La historia comienza cuando una famosa poetisa intenta suicidarse y Tom, su hermano, viaja a Nueva York para ayudar a la psiquiatra. El papel de Tom será el de “ser la memoria” de su hermana, pues ésta se encuentra en un estado disociado, y ha bloqueado acontecimientos muy importantes de su vida. Se seleccionaron algunas escenas que permiten observar un caso de abuso sexual en la infancia en el que, por un mandato familiar, se silencia lo ocurrido. También se incluyeron escenas de sesiones donde la psiquiatra intenta que Tom, el hermano de la paciente, le provea de información sobre la historia evolutiva y familiar.

9. “Lado luminoso de la vida”

Comedia romántica estadounidense de 2012 dirigida por David O. Russell, adaptado de la novela *The Silver Linings Playbook*, escrita por Matthew Quick. Es la historia de Pat, quien padece un trastorno bipolar, que vuelve a casa de sus padres tras salir de un hospital psiquiátrico. Para la viñeta se seleccionaron escenas de encuentros sociales del paciente con amigos y familia luego de la externación. Se incluyó una escena donde se observa el desarrollo de un episodio de descontrol maníaco en el ámbito de la familia. Finalmente se seleccionaron fragmentos de sesiones con su terapeuta cognitivo conductual.

10. “Inocencia interrumpida”

Película dramática estadounidense de 1999, dirigida por James Mangold, basada en las memorias escritas por la autora estadounidense Susanna Kaysen, publicadas en 1993, en las que relata sus experiencias como paciente de un hospital psiquiátrico en la década de 1960. Se tomaron, para la viñeta, breves escenas de la situación de la paciente, previas a la internación psiquiátrica, donde se produce una fuerte crisis con intento de suicidio. Luego se seleccionaron fragmentos durante la internación, donde se observa la interacción con otras pacientes y, finalmente, dos breves escenas con el psiquiatra y con la psicoterapeuta, respectivamente, durante sendas entrevistas.

11. “Amante doble”

Película de suspenso erótico, franco-belga, de 2017, dirigida por François Ozon. Se trata de un momento de la vida de una joven muy frágil, con síntomas emocionales, que se enamora de su psicoterapeuta. Se tomaron de esta película algunas escenas del comienzo del tratamiento donde la paciente le relata a su psi-

coanalista la aparición de sus síntomas y la intensidad y cualidad de sus padecimientos.

12. “Hasta el hueso”

Película dramática estadounidense de 2017. Ellen, la protagonista de esta historia, se encuentra luchando contra la anorexia. Se seleccionaron para la viñeta escenas de la entrevista diagnóstica con el psiquiatra y breves escenas hogareñas donde se observa el nivel de restricción de la ingesta. Adicionalmente, se incluyeron escenas de la interacción con otros pacientes durante la internación en un establecimiento para el tratamiento de trastornos de la alimentación. Allí se pueden observar el tipo de abordaje del centro asistencial y diferentes reacciones de los pacientes frente al tratamiento administrado.

13. “Ben is back”

Película estadounidense de 2018, escrita y dirigida por Peter Hedges. Una madre intenta ayudar a su hijo adicto, cuando regresa a casa luego de la rehabilitación. La viñeta clínica sobre este caso incluyó escenas familiares donde quedan expuestas las diferencias y tensiones internas frente al integrante que padece consumos problemáticos de sustancias. También formaron parte de la selección las escenas donde se observa al protagonista durante sesiones de tratamiento grupal ambulatorio en interacción con otros pacientes.

14. “Mommy”

Película dramática canadiense de 2014, dirigida por Xavier Dolan. Steve es un adolescente que sufre un trastorno de conducta severo. Diane, su madre viuda se hace cargo de su hijo, quien estaba internado en una institución. Para la viñeta clínica se seleccionó una primera escena donde transcurre una conversación informativa entre el responsable institucional del adolescente y la madre que concurre a escuchar los motivos de la expulsión de su hijo del centro asistencial. Las siguientes escenas son las de una severa crisis de violencia del muchacho para con su madre y finalmente una secuencia breve donde el muchacho es re internado.

15. “Mente indomable”

Película de 1997 dirigida por Gus Van Sant. Un muchacho de 20 años, tiene un intelecto del nivel de un genio y trastornos de conducta que le complican su vida. En el material seleccionado para la viñeta clínica hay una escena en donde termina detenido por la policía por agresiones entre pandillas. La siguiente escena seleccionada es cuando un profesor de Harvard concurre a la corte y ofrece hacerse cargo del joven para

que no termine preso. Sin embargo lo compromete a realizar a cambio de su libertad trabajos de matemática avanzada y sesiones de psicoterapia. Las últimas escenas son las de dos sesiones con el psicoterapeuta; la primera, donde se observan las resistencias a iniciar su tratamiento y una última donde el tratamiento parece ir progresando favorablemente.

16. “Habemus Papam”

Película italiana de 2011, comedia dramática dirigida por Nanni Moretti. Un cardenal que, en contra de sus deseos, es elegido Papa y un psiquiatra que es llamado para ayudar al Papa a superar su pánico. Se seleccionaron escenas de la crisis de pánico experimentada por el cardenal cuando lo llaman a asumir el nuevo nombramiento y escenas de las entrevistas iniciales con el psicoanalista que concurre al Vaticano a atenderlo. Finalmente se incluyeron breves fragmentos de una sesión con su psicoanalista fuera del ámbito del Vaticano.

17. “¿Qué pasa con Bob?”

Película de 1991, dirigida por Frank Oz. Bob es un neurótico con una gran cantidad de fobias y manías. Acude a un prestigioso psicólogo para que solucione sus problemas. Se seleccionaron para la viñeta clínica escenas iniciales donde se ve al protagonista salir de su casa rumbo a su entrevista con un nuevo terapeuta. En estas escenas se puede observar las inmensas dificultades que se le presentan para poder salir de su hogar donde se pone de manifiesto un intenso y variado despliegue sintomático del espectro fóbico-obsesivo. Otra escena tomada para la viñeta es un fragmento de la primera entrevista con el psicoterapeuta donde este le realiza preguntas y le comunica su comprensión inicial.

18. “Análizame”

Comedia de gánsteres del año 1999, dirigida por Harold Ramis y protagonizada por Robert De Niro y Billy Crystal. Un jefe mafioso sufre ataques de pánico y es llevado a consulta con un psicoanalista. La viñeta comienza con el encuentro del gánster con el psicoanalista y las vueltas que el primero tiene que dar para no confesar la presencia de intensos miedos a morir. Hay, luego, un fragmento donde se despliega, en el diálogo clínico, toda la constelación sintomática del ataque de pánico.

19. “Rainman”

Película dramática estadounidense de 1988, dirigida por Barry Levinson, escrita por Ronald Bass y Barry Morrow (ganadores del Oscar por el guión), basándose en la historia del autista Kim Peek, un prodigio

muy famoso en los EE. UU., capaz de memorizar datos desde los veinte meses de edad (Matusevich M. & Matusevich D., 2005). Un joven descubre que tiene un hermano y que este es autista. Se seleccionaron escenas de las entrevistas del hermano del paciente con los profesionales que lo atendían y cuidaban, en un centro asistencial. Se incluyeron también algunas escenas de la convivencia entre los hermanos donde se pone de manifiesto la importancia de cumplir con las ineludibles rutinas de Rainman y la amenaza de crisis de descontrol si estas no se cumplen. Finalmente, se seleccionó una breve escena donde se observa la enorme capacidad de memoria de Rainman.

20. “Lars y la chica real”

Película estadounidense-canadiense de 2007, escrita por Nancy Oliver y dirigida por Craig Gillespie. Lars es un joven peculiar, socialmente inepto, que desarrolla una relación romántica con una muñeca sexual. Para la viñeta clínica se seleccionaron escenas del encuentro de Lars con su familia en el que presenta a su nueva novia, la muñeca inflable. Se incluyó también una escena donde se observan a sus familiares discutiendo acerca de qué hacer frente a esta insólita situación y otra escena donde se le consulta por este problema a una terapeuta. La última escena incluida en la viñeta es una sesión vincular de Lars con su novia-muñeca y la terapeuta.

21. “David and Lisa”

Película dramática estadounidense de 1962 dirigida por Frank Perry, basada en una novela de Theodore Isaac Rubin. David padece un temor patológico a que lo toquen. Lisa es una joven con problemas de personalidad múltiple. Se conocen en un psiquiátrico. Se tomaron escenas para la viñeta en las que se evidencia el pánico a ser tocado en David y la consiguiente reacción cuando esto ocurre. En otra escena se observa la problemática de Lisa y como se juegan sus síntomas en el encuentro con David. Finalmente se seleccionó una escena en la que el psiquiatra transmite su punto de vista sobre lo que le ocurre a David.

22. “Chica danesa”

Película biográfica británica-estadounidense dirigida por Tom Hooper del año 2015, basada en la novela homónima de David Ebershoff. Relata la historia real de la pintora danesa Lili Elbe, la primera mujer transgénero en someterse a una cirugía de reasignación de sexo. El pintor Einar Wegener descubre que se siente mujer y, con el apoyo y ayuda de su esposa, se convierte en uno de los primeros casos en la historia en

someterse a una cirugía de cambio de sexo. Se tomaron escenas asociadas al proceso en el que aparecen los primeros indicios de la problemática de Einar y, luego, escenas de las consultas con los diversos profesionales de esa época.

23. “Girl”

Película belga de 2018, dirigida por Lukas Dhont. Se basa en la historia de Lara, una chica transgénero de 15 años, que sueña con convertirse en bailarina, pero que deberá enfrentarse al tratamiento hormonal y luchar con su necesidad de verse como chica. Para esta viñeta se seleccionaron escenas del proceso de admisión a la academia de danzas, escenas de la situación familiar en las que la joven comienza su tratamiento hormonal y finalmente una escena en la que se observa la repercusión que provoca en sus compañeras de academia la situación transgénero de Lara.

Algunas observaciones adicionales sobre la utilización de casos de ficción para hablar de casos reales

Se han encontrado aportes muy interesantes en la bibliografía en relación al uso de casos clínicos de ficción para pensar casos clínicos reales. Coetzee (2015), desde fuera del campo de la Salud Mental, en su libro *El buen relato*, se refiere a la relación entre ficción y realidad. Allí pone en duda la existencia de una línea divisoria clara y definida entre historias reales e historias inventadas. Si bien discute estos temas en el contexto de las psicoterapias, refiere que lo importante no es cuanta distinción existe entre ficción y realidad sino la relación que todos mantienen con sus historias. Plantea la pregunta en cuanto a cuáles deberían ser las cualidades de un buen relato y propone dos polaridades: ser autor de historias versus ser narrador y elaborar historias bien armadas versus contar las historias verdaderas. En otro artículo, Muller polemiza en torno a la relación entre relato y realidad. Afirma que el relato es inevitablemente ficción. Sobre las viñetas clínicas dice que no son simplemente recortes de algo que está allí esperando, sino un trabajo de interpretación y construcción. Distintos autores, agrega Muller, editarían distintos recortes, pero ese es justamente su valor. Una viñeta es a la película lo que el relato de una sesión a una sesión, y el relato de un sueño al sueño. No es una limitación, dice, sino que constituye su riqueza (Muller, 2017). Lo cierto es que desde mucho tiempo atrás se viene utilizando el cine como herramienta para discusión y se utiliza como disparador de

intercambios profesionales. ¿Qué profesional de la salud mental no ha utilizado, en alguna oportunidad, un personaje del cine para ejemplificar un problema clínico? En diferentes reuniones profesionales (ateneos, clases, congresos) se trabaja de manera fructífera sobre películas con contenidos psicopatológicos. En un artículo sobre “El Autismo en el cine americano” (Matusevich & Matusevich, 2005), se procura reflejar cómo es visto el autismo desde diferentes géneros cinematográficos a partir de tres películas diferentes. En dicho trabajo se tomó al autismo como tema clínico y se observó cómo es reflejado por la industria norteamericana del cine desde diferentes puntos de vista.

Este trabajo se propuso explorar sobre un formato audiovisual diferente a la película completa y evaluar su aplicación a la docencia. Se pensó en viñetas clínicas breves y resumidas. Se conjeturó que viñetas breves y resumidas que contuvieran las características sintomatológicas centrales de los personajes (pacientes/casos clínicos) podrían representar una buena oportunidad en el trabajo docente. El desarrollo de VCF resumidas de duración compatible con los tiempos del dictado de clases, ateneos y/o ponencias en congresos forma parte esencial de esta experiencia. No olvidar que los films suelen extenderse en promedio 90 minutos y esto los hace incompatibles con una reunión profesional.

Corren tiempos de salud mental basada en evidencias y este es el paradigma que domina el campo. Las historias parecen haber quedado relegadas a la sombra de las estadísticas y los ensayos clínicos. En alguna medida este trabajo ha consistido en ir al rescate de buenas historias.

Discusión y conclusiones

El matrimonio entre psicología y cine ha sido por demás fructífero desde principios del siglo pasado. El cine ha sido, con frecuencia, un vehículo para pensar cuestiones polémicas y controversiales en psicología. Las observaciones realizadas en esta investigación dan cuenta de una presencia de casos psicopatológicos cinematográficos muy interesante y diversa. Un número importante de películas han presentado temáticas afines al campo de la Salud Mental. Se pudo identificar un gran número de películas cuyo contenido principal es un caso clínico.

Este trabajo se ha propuesto ir al rescate de las buenas historias clínicas que habitan en la cinematografía. En las VCF, que fueron objeto de este trabajo, se realizó una exitosa experiencia al aplicarlas a la docencia en el pre y postgrado. Se experimentó satisfactoria-

mente con un acercamiento a la psicopatología, a la técnica psicoterapéutica, a la terapéutica psiquiátrica y a otros asuntos clínicos y teóricos por la vía del cine. La idea fue provocar impacto y discusión. Fue propósito del trabajo estimular a los alumnos con las videoviñetas como excusa. La viñeta cinematográfica es un fragmento de película que cumple el rol de facilitador para abordar cuestiones de la psicopatología. El impacto que producen las imágenes generó fuerte motivación de manera muy sorprendente.

Se ha analizado la aplicación de los contenidos que se originan en el cine a la enseñanza-aprendizaje de la psicopatología. En diferentes espacios de presentación (ateneo, clases en posgrado, clases en pregrado, congresos) hemos puesto a prueba con mucho éxito la utilización de la viñeta clínica ficcionada. El feed-back que hemos obtenido de los participantes ha sido muy satisfactorio. Se realizaron con éxito algunas pruebas piloto en donde se probaron las viñetas clínicas cinematográficas como herramienta de apoyo a la labor del docente. En todos los espacios se ha puesto a prueba con mucho éxito la utilización de la viñeta clínica ficcionada. Resultó ser una herramienta muy poderosa que permite recrear y simular situaciones. Si bien se observó que por la brevedad de la viñeta se pierden elementos que podrían permitir análisis más completos, igualmente ofrecen una gran oportunidad pedagógica.

Finalmente, se construyó un archivo audiovisual de casos clínicos (banco de imágenes o “viñeta club”, como se decidió llamarlo) para uso en actividades de formación y capacitación. Se ha podido observar que las viñetas clínicas audiovisuales extraídas de los relatos cinematográficos pueden resultar una herramienta de gran utilidad para fines de discusión, intercambio y docencia en psicopatología.

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

Referencias bibliográficas

- Abadi, D., Levin, S., Matusevich, D. (2017). No hay psiquiatría sin historias: Apuntes preliminares. *Vertex Rev Arg de Psiquiatr*, 28 (132), 107-111.
- Alexander, C. & Becker, H. (1978). The use of vignettes in survey research. *Public Opinion Quarterly*, 42(1), 93-104. <https://doi.org/10.1086/268432>
- Bachmann, L. M., Mühleisen, A., Bock, A., Riet, G., Held, U. & Kessels, A. G. (2008). Vignette studies of medical choice and judgement to study caregivers' medical decision behaviour: systematic review. *BMC Med Res Methodol*; 8:50. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-50>
- Badii, I. C. (2018). El recurso del cine y las series en la enseñanza de psicología en la Universidad de Buenos Aires. Conference Paper, November 2018. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, <https://www.researchgate.net/publication/333381580>

- Badii, I. C. (2018). Pensar el cine. La narrativa de películas y series como matriz metodológica para el tratamiento de problemas complejos. *Prometeica - Revista de Filosofía y Ciencias*, (17), 62-76. <https://doi.org/10.24316/prometeica.v0i17.230>
- Benjumea, S. & García García, A. (2006). Psicología y cine: Una aproximación anecdótica. En A. García García (ed.), *Psicología y cine: Vidas cruzadas*. UNED, pp. 15-30.
- Coetzee, J. M. & Kurtz, A. (2015). El buen relato. Conversaciones sobre la verdad, la ficción y la terapia psicoanalítica. Literatura Random House.
- De Pablo, F., Kunst, G., Kutnowsky, C., Melnitzky, R. (2014). Acuerdo y desacuerdos en la atención de pacientes entre profesionales de la Salud Mental. *Revista Diagnóstico, publicación científica de Fundación PROSAM*, (11), 13-21.
- Domingo Moratalla, T., Feito Grande, L. (2013). *Bioética narrativa*. Escolar y Mayo editores.
- Evans, S., Roberts, M., Keeley, J., Blossom, J., Amaro, C., García, A., Odar Stough, C., Canter, K., Robles, R., Reed, G. M. (2015). Metodología basada en viñetas para el estudio de toma de decisiones clínicas: validez, utilidad y aplicación en los estudios de campo de la CIE-11. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 160-170. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.12.001>
- Gabbard, G. O., Gabbard, K. (1989). The Female Psychoanalyst in the Movies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 37(4), 1031-1049. <https://doi.org/10.1177/000306518903700408>
- González-Blasco, P., Pinheiro, T., Ulloa-Rodríguez, M., Angulo-Calderón, N. (2010). El cine en la formación ética del médico: un recurso pedagógico que facilita el aprendizaje. *Persona y Bioética*, 13(2). Recuperado a partir de <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/1573>
- Icart, M. T. & Donaghy, K. (2013). Películas en la educación ciencias de la salud: Aprendizaje a través de imágenes en movimiento. *Revista de Medicina y Cine*, 9(3), 145. Recuperado a partir de https://revistas.usal.es/index.php/medicina_y_cine/article/view/13659
- Mainetti, J. A. (2008). El complejo Bioético: pigmalión, narciso y knock. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 8 (2), 30-37. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127012550004>
- Matusevich, D. (2018). Pigliatría (o qué nos enseña Ricardo Piglia a los psiquiatras): Apuntes para una psiquiatría basada en narraciones. *Vertex Rev Arg de Psiquiat*, 29 (141), 316-367.
- Matusevich, D. (2016). La razón narrativa: apuntes de psiquiatría y narrativa. *Vertex Rev Arg de Psiquiat*, Vol. 37 (128), 291-298.
- Matusevich, M. & Matusevich, D. (2005). Imágenes del autismo en el cine norteamericano. *Vertex Rev Arg de Psiquiat*, 16 (62), 301-305.
- Michel Fariña, J. J., Luduena, F. (2009). Ética y magia a través del cine: El acto de prestidigitación del acontecimiento clínico. *Dynamo Editorial*.
- Michel Fariña, J. J. (2009). A model for achieving bioethics and human rights through cinema and popular TV series: A methodological approach. *Counselling Psychology Quarterly*, 22(1), 105-117. <https://doi.org/10.1080/09515070902853946>
- Michel Fariña, J. J. & Gutiérrez, C. (1999). *Ética y Cine*. JVE Ediciones.
- Montesano, H., Michel Fariña, J. J. (Comp.) (2011). *Cuestiones ético-clínicas en series televisivas*. *Dynamo Editorial*.
- Muller, E. (2017). Entrevista. *Vertex Rev Arg de Psiquiat*, 38 (132), 152-154.
- Muñoz, L. (2006). Infertilidad y pareja: construcciones narrativas como horizonte para la intervención. *Rev Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(1), 149-158.
- Pulido, A. (2017). La simulación, un método eficaz para los procesos de formación de las organizaciones. Artículo editorial del 23 de enero 2017 de RRHH, periódico digital sobre recursos humanos. <http://www.rrhhdigital.com/editorial/122111/La-simulacion-un-metodo-eficaz-para-los-procesos-de-formacion-de-las-organizaciones>
- Tagliaferri, C. (2013). Representación de los adolescentes en el nuevo cine argentino de la década del 2000: sociedad, familia y sexualidad. 1a edición, Universidad de Buenos Aires.

Tercer Consenso Argentino sobre el manejo de los Trastornos Bipolares. Primera Parte: introducción, método de trabajo y generalidades

Third Argentine Consensus statement on management Bipolar Disorders. Section I: introduction and general concepts

Marcelo Cetkovich-Bakmas¹, Andrea Abadi², Sebastián Camino³, Gerardo García Bonetto⁴, Luis Herbst⁵, Eliana Marengo⁶, Fernando Torrente⁷, Tomás Maresca⁸, Julián Bustin⁹, Carlos Morra¹⁰, Ricardo Corral¹¹, Daniel Sotelo¹², Sergio Strejilevich¹³, Julián Pessio¹⁴, Juan José Vilapriño¹⁵, Manuel Vilapriño¹⁶, Gustavo Vázquez¹⁷, Alejo Corrales¹⁸

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i158.319>

Resumen

El Tercer Consenso Argentino sobre el manejo de los Trastornos Bipolares (TB) es una iniciativa de la Asociación Argentina de Psiquiatría Biológica (AAPB). Como documento de referencia, este consenso persigue dos objetivos principales: por un lado, resumir y sistematizar la mejor evidencia disponible sobre el manejo integral de esta patología; por el otro, proporcionar un instrumento útil y actualizado a psiquiatras, a equipos multidisciplinares abocados a la salud mental y a organismos gubernamentales. Durante un período de aproximadamente seis meses de trabajo —desde mayo a octubre de 2022— un comité de expertos integrado por 18 profesionales y por representantes de las tres asociaciones de Psiquiatría y Salud Mental más importantes de la Argentina: la AAPB, la Asociación Argentina de Psiquiatras, (AAP) y la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), se abocaron a actualizar la información respecto de los TB. Finalmente, y como resultado de una exhaustiva revisión de la bibliográfica publicada hasta la actualidad, se confeccionó este documento que fue dividido estratégicamente

RECIBIDO 13/9/2022 - ACEPTADO 2/12/2022

¹Investigador del Instituto de Neurociencias Cognitivas y Traslacionales (INCYT), CONICET-Fundación INECO-Universidad Favaloro. Buenos Aires, Argentina.

²Directora del Departamento de Psiquiatría infanto-juvenil de INECO. Docente de la Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina.

³Área Asistencia e Investigación en Trastornos del Ánimo. Hospital "Braulio A. Moyano", Buenos Aires, Argentina.

⁴Director GCPS.A. Investigaciones Clínicas, Instituto Médico DAMIC, Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, Córdoba, Argentina.

⁵Médico psiquiatra. Buenos Aires, Argentina.

⁶Área Asistencia e Investigación en Trastornos del Ánimo. Directora de área PRYMA.

⁷Investigador del Instituto de Neurociencias Cognitivas y Traslacionales (INCYT), CONICET-Fundación INECO-Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina.

⁸Presidente de la Asociación Argentina de Psiquiatría Biológica (AAPB).

⁹Institute of Cognitive and Translational Neurosciences (INCYT), Fundación INECO-Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina.

¹⁰Director del posgrado de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Córdoba, Argentina.

¹¹Director de la Fundación para el Estudio y Tratamiento de las Enfermedades Mentales (FETEM). Jefe de Docencia e Investigación del Hospital de Salud Mental "J.T. Borda". Profesor de Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Presidente de la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP). Buenos Aires, Argentina.

¹²Magíster en Psiconeurofarmacología. Área de Neurociencias, Centro Médico Luquez. Córdoba, Argentina.

¹³Área, Asistencia e Investigación en Trastornos del Ánimo. Presidente del Capítulo Argentino de ISBD.

¹⁴Departamento de Psiquiatría de Instituto de Neurología INECO Cognitiva. Profesor de la Universidad Favaloro. Buenos Aires, Argentina.

¹⁵Profesor adjunto de Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo (UNCUYO), Director médico de la Clínica Del Prado. Mendoza, Argentina.

¹⁶Presidente de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).

¹⁷Department of Psychiatry, School of Medicine, Queen's University. Kingston, Ontario, Canada.

¹⁸Magíster en Biología Molecular e Ingeniería Genética, Universidad Favaloro. Docente de la Universidad Nacional de Tucumán (UNT). Presidente del Capítulo de Psiquiatría genética (AAP), Buenos Aires, Argentina.

Autor correspondiente:

Alejo Corrales

alejocorrales@hotmail.com

Lugar de realización del estudio: Asociación Argentina de Psiquiatría Biológica.



en tres partes: la primera versa acerca de las generalidades del TB; la segunda aborda el tratamiento integral de la patología; y, por último, la tercera analiza los TB en el contexto de situaciones especiales.

Palabras clave: Trastornos bipolares - Guías basadas en la evidencia - Consenso de expertos - Manía - Depresión bipolar - Estados mixtos - Estabilizadores del ánimo - Litio - Antidepresivos - Antipsicóticos.

Abstract

The Third Argentine Consensus on the management of bipolar disorders (TB) is an initiative of the Argentine Association of Biological Psychiatry (AAPB). As a reference document, this consensus pursues two main objectives: on the one hand, to summarize and systematize the best available evidence on the comprehensive management of this pathology; on the other, to provide a useful, up-to-date instrument for psychiatrists, multidisciplinary teams dedicated to mental health, and government agencies. During a period of approximately six months of work -that is, from May to October 2022- a committee of experts made up of 18 professionals and representatives of the three most important Psychiatry and Mental Health associations in Argentina (that is, the AAPB, the Argentine Association of Psychiatrists, AAP, and the Association of Argentine Psychiatrists, APSA) have focused on updating the information regarding TB. Finally, this document was prepared as a result of an exhaustive review of the bibliography published to date, which was strategically divided into three parts: the first deals with the generalities of TB; the second deals with the comprehensive treatment of the pathology; finally, the third analyzes TB in the context of special situations.

Keywords: Bipolar disorders - Evidence base guidelines - Consensus of experts - Mania - Bipolar depression - Mixed stated - Mood stabilizers - Lithium - Antidepressants - Antipsychotic drugs.

Introducción

En primer lugar, este consenso suscribe al marco conceptual de la defensa irrestricta de los derechos humanos de las personas afectadas por enfermedades psiquiátricas en general, y de aquellas que padecen trastornos bipolares (TB) en particular. De esta forma, uno de los principales objetivos que persigue este documento es contribuir a la mejora de la salud integral de aquellas personas que los sufren.

En esta misma revista se publicaron, entre 2005 y 2010, los resultados del primero y el segundo Consenso Argentino del Tratamiento de los TB (Vázquez et al., 2005; Strejilevich et al., 2010). La recepción y aceptación de estas guías fueron muy positivas: no solo han sido referenciadas reiteradamente en publicaciones y disertaciones de prestigio, sino que también consiguieron un lugar especial en el trabajo cotidiano de muchos colegas de nuestro país y de la región.

En el campo de los TB, el conocimiento acumulado es a menudo complejo, confuso y, en muchos casos, contrasta con algunas prácticas que parecen haberse grabado erróneamente en la formación psiquiátrica durante las últimas décadas (Fountoulakis et al., 2017). Por tal motivo, durante 2022, la Asociación Argentina de Psiquiatría Biológica (AAPB) se propuso formalizar una actualización de este consenso de expertos argentinos en TB.

Metodología

Selección del panel de expertos

Siguiendo la metodología aplicada para la producción de los consensos anteriores por la AAPB (Corrales et al., 2020; Corrales et al., 2021), los expertos invitados a participar fueron elegidos de acuerdo con los siguientes criterios: 1) acreditación de una amplia experiencia clínica en el diagnóstico y el manejo de los TB y otros trastornos del estado del ánimo; y 2) presentación de antecedentes académicos y de investigación relevantes vinculados al tema en discusión. De un número mayor de profesionales que cumplían estos criterios de inclusión, se eligió un grupo menor que fuese representativo de las principales agrupaciones nacionales de especialistas en psiquiatría de nuestro medio (AAPB, Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP), Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).

Metodología del trabajo

Motivados por la necesidad de actualizar las guías, entre mayo y octubre de 2022, y contando con el auspicio de la AAPB, el panel de expertos, bajo la coordinación del doctor Alejo Corrales, se encargó de revisar, de manera exhaustiva, la nueva literatura publicada sobre los TB. Para tal fin, cada uno de los especialistas se dedicó al análisis de un aspecto específico de esta patología, tales como la prevalencia y la epidemiología, la

utilización de escalas clínicas, los criterios diagnósticos, el análisis de las comorbilidades, la pseudorresistencia al tratamiento, y los abordajes, tanto farmacoterapéuticos como no farmacoterapéuticos, entre los tópicos más relevantes.

Formato general del documento

A diferencia del trabajo realizado en años anteriores, y debido al progreso de la investigación y los avances en materia terapéutica, en este consenso se decidió incorporar nuevos contenidos tales como neurobiología del TB, TB resistente al tratamiento, TB infantojuvenil, TB durante el periodo perinatal y manejo del TB en el adulto mayor.

El presente documento es el resultado de una edificante interacción y un fértil intercambio democrático de opiniones entre tres actores primordiales: por un lado, el comité de especialistas mencionado; por otro lado, dos redactores científicos; y por último, un coordinador general. En este sentido, resulta imprescindible destacar que el actual consenso no hubiera sido posible sin la intervención y el compromiso de cada uno de los profesionales convocados.

La información presentada en las páginas siguientes persiguen dos objetivos cardinales: en principio, promover conocimientos actualizados y sugerir abordajes terapéuticos sobre los TB en la población adulta, en adultos mayores, en la población infanto-juvenil y durante el periodo perinatal; en segundo término, proporcionar un instrumento de fácil lectura e implementación no solo a otros colegas médicos sino también a equipos de salud interdisciplinarios y organismos gubernamentales.

Además, cabe destacar que la bibliografía que figura al final de este documento fue rigurosamente leída, seleccionada y contrastada a través de un estricto proceso de revisión.

Con el propósito de facilitar la lectura y el uso de este consenso, se ha decidido organizarlo y presentarlo en tres partes separadas.

La primera de ellas versa acerca de las generalidades de los TB e incluye temas como: la epidemiología y la carga de la enfermedad; los aspectos generales del diagnóstico y el tratamiento; los criterios incluidos en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales edición 5* (en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* o simplemente DSM-5); el espectro bipolar; los indicadores de riesgo de evolución bipolar en los trastornos afectivos; los elementos clínicos básicos y la detección precoz del diagnóstico; el diagnóstico diferencial con trastornos esquizoafec-

tivos y otros diagnósticos diferenciales importantes; los instrumentos de tamizaje y escalas de evaluación para el diagnóstico y el seguimiento; la neurobiología de la enfermedad y las necesidades no cubiertas en los TB.

La segunda parte, destinada concretamente a las recomendaciones terapéuticas sobre los TB, hace referencia a las consideraciones generales del tratamiento de los TB; las recomendaciones generales para el uso de las guías; la adherencia, la pseudorresistencia y las comorbilidades; la evaluación, el balance y el manejo de los efectos adversos en el tratamiento de los TB; los abordajes psicosociales; el tratamiento de mantenimiento de los TB; el tratamiento del episodio maníaco e hipomaniaco; el tratamiento del episodio depresivo bipolar; el tratamiento de los episodios mixtos y la suicidabilidad.

Por último, la tercera parte de este consenso aborda el manejo de la patología en situaciones especiales tales como el TB resistente al tratamiento, el manejo de los TB en el periodo perinatal, el manejo de los TB en la infancia y adolescencia y el manejo de los TB en el adulto mayor.

Epidemiología y carga de la enfermedad

Epidemiología del TB

Los TB tienen una prevalencia de por vida de alrededor del 1.0 % para el tipo I y del 0.4 % en el caso del tipo II (Bebbington & Ramana, 1995; Merikangas et al., 2011). Si se cuantifican los cuadros no especificados dentro del espectro bipolar, se puede estimar una prevalencia de por vida de alrededor del 2.4 % (Johnson & Johnson, 2014; Blanco et al., 2017).

Los estudios epidemiológicos relacionados con los TB difieren en la cuantificación de la prevalencia a lo largo de la vida, para lo cual no existiría una explicación concluyente. Es probable que converjan factores culturales y étnicos, por ejemplo, cierta evidencia de incremento entre la población urbana (Tsuchiya et al., 2003) y posiblemente diferencias en los criterios diagnósticos utilizados. Sin embargo, hasta el momento no se registra información irrefutable (Johnson & Johnson, 2014).

La edad más frecuente de inicio de los TB es la tercera década de la vida (es decir, entre los 20 y 30 años) (Merikangas et al., 2011). Por otro lado, un estudio de cohorte muy amplio también establece un segundo momento de aumento de la frecuencia, que estaría ubicado entre los 45 y 54 años (Kroon et al., 2013).

Las variaciones por edad son complejas de identificar con precisión debido a la latencia tanto en el diagnóstico como en el inicio del tratamiento e, inclu-

so también, por la variabilidad de la presentación del cuadro clínico (Joyce et al., 2016).

Asimismo, los TB están vinculados con una menor expectativa de vida, principalmente debido a su inicio temprano, a su cronicidad y además a una gran carga económica. Esta última alude a la utilización y los costos directos de la atención médica, a la pérdida de productividad en el lugar de trabajo, al cuidado de los pacientes y también a otros costos indirectos. De este modo, es fácil inferir que la carga económica de los TB impacta significativamente en los pacientes, en las familias, en el sistema de salud y en la sociedad.

Las intervenciones adecuadas que aportan un mejor manejo de la enfermedad –especialmente aquellas relacionadas con la adherencia terapéutica– pueden reducir la carga de costos asociados a los TB, además de mejorar el pronóstico de los pacientes diagnosticados con esta enfermedad (Bessonova et al., 2020).

Costo de los TB

A lo largo de su vida, gran porcentaje de personas con TB presentan una importante reducción de sus capacidades vitales y de su autonomía, lo que impacta significativamente no solo en su funcionamiento sino también en su creatividad y en su desempeño laboral o profesional (Cloutier et al., 2018). Si bien no se cuenta en la actualidad con datos específicos acerca de nuestro país, es posible mencionar que en Estados Unidos las estimaciones de los costos de los TB superan los 202.000 millones de dólares.

Por otro lado, y comparada con la población general, la expectativa de vida de las personas con TB se reduce entre 10 y 20 años, debido principalmente a comorbilidades o enfermedades crónicas, lo que a su vez aumenta el costo vinculado con la atención médica y la utilización de recursos (Kleine-Budde et al., 2014).

Finalmente, las personas con TB tienen aproximadamente de 20 a 30 veces más probabilidades de suicidarse en comparación con la población general. A este respecto, se estima que entre el 30 y el 50 % de los adultos con TB tienen, al menos, un intento de suicidio a lo largo de su vida (Dong et al., 2019).

Aspectos generales del diagnóstico y tratamiento de los TB

Criterios generales del DSM-5

En los últimos años ha venido ganando fuerza la definición de los TB como un grupo de enfermedades de curso crónico, que se expresan de diversas formas –tanto en su presentación como a lo largo de su evolu-

ción– y que frecuentemente suelen no diagnosticarse como tales. Esto último es de extrema relevancia para los psiquiatras ya que el diagnóstico precoz resulta vital para proporcionar un tratamiento oportuno a los pacientes, sobre todo si se tienen en cuenta la severidad de los síntomas y las complicaciones que generan (Strejilevich y Retamal Carrasco, 2003; McIntyre et al., 2020).

Se ha observado que el 70 % de los pacientes con TB presenta los primeros episodios de la enfermedad antes de los 25 años, por lo que sería recomendable que, ante la aparición de síntomas afectivos (frecuentemente depresivos) en una persona joven, se sospeche fuertemente la presencia de un TB (McIntyre et al., 2020). En efecto, como se mencionó previamente, esto es de crucial importancia ya que la demora en el diagnóstico y en la instauración de un tratamiento adecuado impactan significativamente sobre el nivel de funcionamiento y la calidad de vida (Kleine-Boude et al., 2014; Nowrouzi et al., 2016).

Dentro de este grupo heterogéneo de enfermedades, es posible mencionar al TB tipo I (TB I), al TB tipo II (TB II) y al TB no especificado (TB NE), que son las categorías consensuadas por los principales sistemas clasificatorios. El TB I (Fig. 1) se caracteriza por la presencia de al menos un episodio maniaco y de episodios depresivos (Merikangas et al., 2011). Por otro lado, el TB II (Fig. 2) queda definido por la aparición de al menos un episodio hipomaniaco, sin presencia de formas maníacas (Godman et al., 2019). Por último, habría ciertas dificultades para delimitar con precisión las características psicopatológicas del TB NE en el contexto de este análisis (Steel et al., 2014).

¿Cómo se realiza el diagnóstico de TB?

Figura 1. Esquema de la evolución del TB I

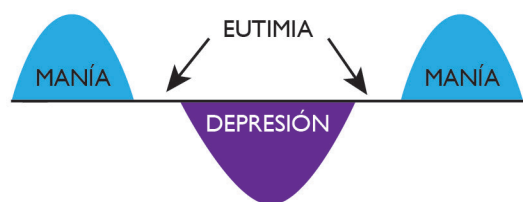
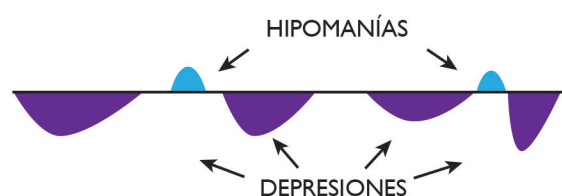


Figura 2. Esquema de la evolución del TB II



El diagnóstico de TB se realiza a través de una adecuada valoración de datos clínicos y evolutivos, los que deben ser relevados durante un examen psiquiátrico distinguido por la búsqueda activa y tenaz de elementos que colaboren para identificarlos. Además, es necesario incluir siempre a un familiar o allegado en condiciones de brindar información sobre la persona examinada (Strejilevich et al., 2010; Mc Intyre et al., 2020). En este sentido, una evaluación que no haya contado con la ratificación o rectificación de terceros no debería considerarse válida para establecer el diagnóstico de manera concluyente (Strejilevich et al., 2010; Mc Intyre et al., 2020).

Por otro lado, teniendo en cuenta que el arribo al diagnóstico operativo de los TB es prácticamente imposible en una sola consulta, se recomienda programar una serie de evaluaciones a lo largo del tiempo e incluir estrategias colaborativas tales como las “cartillas” o “gráficos de evolución” (en inglés, *mood charts*), la utilización de escalas e inclusive aproximaciones tecnológicas que se encuentran en permanente desarrollo, tales como las aplicaciones en celulares y otros dispositivos móviles.

Dada la dependencia de la pericia clínica para establecer el diagnóstico adecuado, este está estrechamente vinculado con el nivel de entrenamiento del profesional de la salud. Los datos disponibles muestran que las fallas diagnósticas aumentan significativamente cuando el intento diagnóstico es realizado por médicos generalistas, y disminuyen cuando son llevadas a cabo por profesionales que trabajan en unidades especializadas (Strejilevich et al., 2010). Por esta razón, en el primer nivel de atención, es aconsejable establecer la “sospecha” del posible diagnóstico de TB y realizar, en la medida de lo posible, una confirmación por parte de especialistas antes de iniciar un tratamiento específico.

Aunque se realizan constantes esfuerzos por encontrar métodos auxiliares de diagnóstico, es importante destacar que, en la actualidad, la comunidad científica no cuenta con marcadores biológicos de ningún tipo que hayan demostrado ser eficaces para arribar a un diagnóstico certero y/o facilitar la selección de un tratamiento adecuado (Strejilevich et al., 2010; Muller & Leweke, 2016). No obstante, es necesario destacar aquí la importancia de una evaluación clínica completa (al inicio del tratamiento y luego repetirla unas dos veces al año), y solicitar en cada instancia análisis generales. La intención de esta recomendación persigue dos fines concretos: a) chequear el estado general de salud del paciente; y b) detectar patologías clínicas comórbidas. Sin lugar a dudas, este último hecho es sumamente

frecuente en personas diagnosticadas con TB, siendo la patología cardiovascular la más mencionada en la literatura (Sylvia et al., 2015). En ocasiones, podría ser necesaria también una monitorización plasmática de los principios activos de los medicamentos utilizados para el tratamiento, sobre todo si no se observan mejoras o surgen recaídas reiteradas en el curso del trastorno. Por último, se recomienda la realización de testeos neurocognitivos (tanto en el *screening* inicial como en el seguimiento) y eventualmente estudios de imágenes, como por ejemplo RMN (Vilapriño & Vázquez, 2018).

Elementos clínicos básicos para el diagnóstico de los TB

En los TB fallan los mecanismos que regulan las fluctuaciones normales del ánimo y el humor, impidiendo que estas acompañen adecuadamente los desafíos cotidianos de la vida. De este modo, las personas afectadas no pueden responder con oscilaciones acordes con el nivel de estrés que afrontan, con lo que aparecen entonces estados patológicos del ánimo y el humor denominados episodios depresivo, maníaco e hipomaniaco. En rigor, a esta definición habría que sumar las formas mixtas que se denominan “especificadores” en el DSM-5 (Pachiarotti et al., 2020). De cualquier manera, resulta relevante sugerir que no solo se debería poner énfasis en el reconocimiento de los episodios a partir de la presencia de los síntomas típicos sino también en poder sospechar TB ante cambios de energía significativos en los pacientes (Vilapriño & Vázquez, 2018). Así, se propone formular el diagnóstico sobre la base de las alteraciones en las distintas dimensiones funcionales (es decir, la actividad, la cognición y la emoción) para evitar caer en un sesgo y soslayar los cuadros con predominancia de síntomas mixtos y formas atípicas de presentación (Mahli et al., 2018).

Características de las diferentes formas clínicas de los TB

A continuación se describen de manera general las distintas presentaciones clínicas de los TB (esto es, los episodios depresivo, maníaco e hipomaniaco), con el objetivo de brindar herramientas semiológicas útiles y necesarias para el diagnóstico, pero sin la pretensión de que este documento se constituya en un manual de psicopatología.

El TB, el episodio depresivo –comúnmente denominado depresión bipolar– no tiene diferencias semiológicas significativas respecto del trastorno depresivo mayor o depresión mayor unipolar. Aunque algunos elementos semiológicos evolutivos o la respuesta tera-

Tabla 1. Síntomas frecuentes de la depresión bipolar (Strejilevich et al., 2010)

Desesperanza.
Disminución de la energía.
Sensación de tristeza o de vacío.
Dificultad en la experimentación del placer (anhedonia).
Irritabilidad.
Insomnio, hipersomnia o fragmentación del sueño.
Disminución de la autoestima.
Enlentecimiento psicomotriz.
Falta de concentración.
Disminución del deseo sexual o sexualidad compulsiva.
Ansiedad.
Ideas de muerte.
Ideas o actos suicidas.
Ideas de culpa y ruina.
Ideas delirantes de todo tipo.

péutica puedan orientar a la hora del diagnóstico diferencial, ningún síntoma resulta patognomónico de la depresión bipolar, como tampoco los hay en la unipolar (Strejilevich et al., 2010; Vilapriño & Vázquez, 2018). A continuación, se enumeran síntomas básicos y frecuentes de la depresión bipolar, pero debe tenerse en cuenta que la combinación, la intensidad, la duración y la gravedad generales pueden variar considerablemente de un sujeto a otro (Tabla 1). Mientras una persona puede experimentar episodios cortos, de baja intensidad, en los que solo se registren cambios en sus ritmos diarios y una merma en su energía, otra puede padecer un episodio de semanas o meses de duración en el que se presenten síntomas psicóticos y distorsiones mayores de la conducta. Así, ambos cuadros pueden ser diagnosticados como depresión bipolar.

Si bien suele haber un predominio de los síntomas depresivos en todas las formas clínicas de TB, en el TB II esta preponderancia suele ser más acentuada, llegando a ocupar el 70 % del tiempo (Kim et al., 2016; Mahli et al., 2018).

Los episodios maníacos son, por definición, cuadros graves que implican una severa distorsión de la conducta (Tabla 2). Dos terceras partes de las personas afectadas experimentan síntomas psicóticos, sin que esto modifique el diagnóstico. Si bien los episodios maníacos pueden presentar dificultades diagnósticas, son fácilmente localizables en la historia evolutiva del sujeto dada su intensidad y sus importantes consecuencias funcionales (Strejilevich et al., 2010).

Tabla 2. Síntomas frecuentes en las crisis maníacas (Strejilevich et al., 2010)

Humor elevado.
Irritabilidad.
Aumento de la energía.
Hiperactividad.
Disminución de la necesidad de dormir.
Aumento de la sociabilidad.
Locuacidad.
Hipersexualidad.
Pensamientos rápidos (taquipsiquia).
Euforia.
Involucramiento en riesgos innecesarios.
Ideas de grandeza.
Delirios.

Suelen durar semanas o meses y muy frecuentemente requieren de hospitalizaciones o medidas mayores de contención (Mahli et al., 2018; Mc Intyre et al., 2020).

Los episodios hipomaníacos presentan síntomas similares a los episodios maníacos, pero con una intensidad menor y fundamentalmente con repercusiones conductuales y funcionales menos acentuadas (Strejilevich et al., 2010; Muller & Leweke, 2016). Mientras que en un episodio maníaco la conducta se ve afectada de tal manera que la persona experimenta una evidente distorsión en su capacidad laboral y social, en las crisis hipomaníacas este impacto es menor e incluso esas capacidades pueden verse, por momentos, incrementadas (Tabla 3). La duración de los episodios hipomaníacos puede ser muy breve y, debido a sus características, configura uno de los puntos de conflicto en relación a los manuales clasificatorios (DSM-5).

En efecto, las particularidades mencionadas arriba ocasionan que los episodios hipomaníacos sean difíciles de localizar en la historia evolutiva de un individuo afectado por TB e incluso obstaculizan su diagnóstico. Los pacientes no suelen registrar los episodios pasados como situaciones negativas y, por el contrario, pueden ser frecuentemente recordados como momentos buenos o de normalidad (Strejilevich et al., 2010; Muller & Leweke et al., 2016). De hecho, los episodios hipomaníacos son, de ordinario, mejor detectados o descritos por los allegados o convivientes que por la propia persona que los experimenta, razón por la que se enfatizó previamente la necesidad de entrevistar a los pacientes que padecen TB en presencia de otras personas que puedan brindar datos confirmatorios. Por

Tabla 3. Síntomas frecuentes en las crisis hipomaniacas (Strejilevich et al., 2010)

Aumento de la autoestima.
Exageración de las propias capacidades.
Embarcarse en demasiadas cosas al mismo tiempo.
Aumento de la sociabilidad.
Aumento de la locuacidad.
Gastar más dinero de lo habitual.
Optimismo exagerado.
Hablar en voz alta sin tolerar interrupciones.
Aumento en el interés en el sexo.
Cambios bruscos de humor.
Aumento de la emotividad.

tanto, no debe esperarse que la persona afectada los reafiera espontáneamente, menos aún si esta se encuentra experimentando síntomas depresivos. Por ello, en vez de buscar distorsiones cuantitativamente predeterminadas, el interrogatorio debe ser activo y centrarse en buscar cambios respecto del nivel de humor, la confianza, la energía, el patrón de sueño, el apetito y el deseo sexual habituales (Strejilevich et al., 2010).

Los TB en el DSM-5

Como se mencionó, y considerando la fuerte necesidad de operativizar clínicamente el diagnóstico en TB, una de las herramientas más conocidas con las que se dispone en la actualidad es el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 5ª edición (DSM-5). Este texto fue publicado en 2013, ha sido revisado recientemente y consta de tres secciones, la segunda de las cuales está destinada a la descripción de varios trastornos psiquiátricos, discerniendo específicamente entre el trastorno depresivo y el TB. En líneas generales, el manual presenta diferencias significativas respecto de su predecesor, el DSM-IV. Más en detalle, es en el área de los TB donde ocurrió la mayor parte de las actualizaciones, siendo la principal modificación una conceptualización más dimensional de la enfermedad.

En relación a la manía, por ejemplo, se hace hincapié en el incremento de energía, actividad y exaltación anímica, los que representan elementos esenciales para el diagnóstico del episodio maníaco (APA, 2014). Además, se le confiere un papel preponderante a su gravedad ya que, si el paciente es internado, no se tiene en cuenta la cantidad de días con síntomas (APA, 2014). Por último, es importante mencionar que recientemente se ha publicado (Martino et al., 2020) la naturaleza multidimensional de la manía y su relación

con otros elementos psicopatológicos en los TB (por ejemplo, los síntomas mixtos).

Si bien en los últimos años se ha tratado de diferenciar la hipomanía de la manía, los límites entre ambas no son claros (Muller & Leweke, 2016; Tondo et al., 2017; Mahli et al., 2018; Barroileht & Ghaemi, 2020), por lo que, *a priori* y para algunos autores, el objetivo de discriminar entre estos dos estados no estaría totalmente cumplido (Mahli et al., 2019).

Otro cambio significativo ha sido el relacionado con los síntomas mixtos (es decir, la presencia de, al menos, tres síntomas de polaridad opuesta de manera simultánea), que aparecen como especificadores y no como una forma clínica definida. Si bien esto entrañó un cambio superador (Mahli et al., 2015), la figura del especificador mixto (EM) tendría dificultades a la hora de estimar la prevalencia y genera ciertamente confusión en relación al reconocimiento y manejo de las formas mixtas de un TB (Pachiarotti et al., 2020). Actualmente, en el contexto de un episodio maníaco o depresivo, existe algún grado de consenso acerca de que la existencia de tres síntomas de la serie opuesta son suficientes para reconocer la presentación como mixta (Sole et al.; 2017, Mahli et al., 2019; Barroileht & Ghaemi, 2020) y que constituirían, en sí mismos, formas de presentación y no meros modificadores del curso de la enfermedad (Mahli et al., 2017; Sole et al., 2017; Barroileht & Ghaemi, 2020; Pachiarotti et al., 2020). Por otro lado, y en relación a los criterios diagnósticos, el DSM-5 excluye la agitación, la irritabilidad y las alteraciones en la atención como parte de los especificadores mixtos. Estos son, con diferencia, los síntomas mixtos más frecuentes, logrando de este modo una mayor especificidad pero, al mismo tiempo, una muy baja sensibilidad (Mahli et al., 2015; Shim, Bae & Bahk, 2016; Tondo et al., 2018; Barroileht & Ghaemi, 2020; Mc Intyre et al., 2020; Pachiarotti et al., 2020). La relevancia de distinguir las formas mixtas estriba, entre otras razones, en que el tratamiento con antidepresivos suele empeorar el curso y la respuesta terapéutica de la enfermedad (Barroileht & Ghaemi, 2020; Mc Intyre et al., 2020).

En esta sección se incluyen, en formato de tablas, los criterios diagnósticos del DSM-5 en relación a los episodios maníacos, hipomaniacos y depresivos.

Para finalizar con los aspectos generales del diagnóstico de los TB, el diagnóstico diferencial incluye, entre otros:

- a. trastorno depresivo mayor;
- b. diferentes tipos de psicosis (esquizofrenia y trastor-

- no esquizoafectivo);
- c. trastornos del espectro ansioso;
- d. déficit atencional por hiperactividad;
- e. trastornos en el control de los impulsos; y
- f. trastornos de la personalidad.

Elementos clínicos básicos y detección precoz de los TB, espectro bipolar. Indicadores de riesgo de evolución bipolar en trastornos afectivos

Definiciones y elementos clínicos básicos

La comprensión de que algunas formas clínicas de los trastornos del ánimo forman parte de un continuo, desde la depresión a la manía, fue planteada por Kraepelin (Ghaemi, 2013; Zivanovic & Nedic, 2012) en el siglo XIX.

Como señaló Akiskal en 1999, un punto primordial que necesita aclararse es que los TB no son lo mismo que la enfermedad maniaco-depresiva (Akiskal y Pinto, 1999). La clínica psiquiátrica comienza antes de la revisión radical hecha en el DSM-III, en 1980, a partir de la nosología, aunque en la actualidad resulte una obviedad y quizás una redundancia aclararlo (Nassir & Ghaemi, 2013).

Validez del concepto de TB y espectro bipolar

Para poder comenzar a analizar la validez del concepto de espectro bipolar, primero se debe evaluar la validez del concepto de TB.

Con el fin de revisar la definición de espectro bipolar conviene retroceder un paso, e ir a la noción de “bipolar”, y también repasar brevemente la concepción anterior: la locura maniaco-depresiva, generalmente asociada a formas clínicas con características psicóticas. Este concepto fue introducido por Emil Kraepelin (Kraepelin, 2012) y reformulado como enfermedad maniaco-depresiva (EMD) para incluir a la mayoría de los sujetos sin características psicóticas (Ghaemi & Dalley, 2014). La definición de EMD se dividió oficialmente en 1980, en el DSM-III, en TB y trastorno depresivo mayor (TDM) (Goodwin & Jamison, 2007). Esta división es, a su vez, una variación de la clasificación original realizada en la década de 1950 por Karl Leonhard de la EMD en psicosis recurrentes bipolares y unipolares (Leonhard, 1979), que se amplía para incluir presentaciones no psicóticas del estado de ánimo.

El concepto fue reformulado nuevamente entre 1960 y 1970 por investigadores estadounidenses, en la Universidad Washington de Saint Louis, como enfermedad bipolar y enfermedad depresiva unipolar

(Woodruff et al., 1974). Esta revisión estadounidense de la idea de Leonhard fundó la base de los *Research Diagnostic Criteria* (RDC) de la década de 1970 (Spitzer et al., 1978) que se transformó en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980).

En esta última transición, desde los RDC al DSM-III, se hizo participar a la Asociación Americana de Psiquiatría. Hasta este momento se tendía a utilizar con frecuencia el diagnóstico del DSM-II de “depresión neurótica”. Sin embargo, ese término fue excluido del concepto de la Universidad Washington y esta condición híbrida pasó a llamarse “trastorno depresivo mayor” e incluía las diferentes presentaciones clínicas. La palabra “trastorno” se incluyó en todos los diagnósticos del DSM-III para evitar hacer juicios etiológicos (Ghaemi, 2013; Angst et al., 2003a). Por lo tanto, se eliminó el término “enfermedad”, que implicaba una patología médica, y se acuñó el término “trastorno” bipolar y TDM.

A lo largo de todas estas evoluciones, se puede observar claramente que el concepto de TB es muy diferente de la enfermedad maniaco-depresiva. Además, se ve que el TDM se amplió para incluir muchos tipos de presentaciones de síntomas depresivos que no se consideraban parte de la depresión recurrente (Sani et al., 2014). En los estudios clásicos sobre la depresión unipolar que condujeron al DSM-III, el diagnóstico se hacía solo si había habido tres o más episodios depresivos (Perris, 1966). En este sentido, la recurrencia se consideraba esencial para el diagnóstico de la depresión unipolar.

En resumen, el amplio concepto de “enfermedad maniaco-depresiva” fue reemplazado por el concepto básico de “trastorno bipolar”.

En 2012, Zivanovic planteó que el concepto de TB difiere considerablemente de la antigua definición de EMD: no solo es mucho más estrecho, sino que su característica central es diferente. Por un lado, para los TB, la condición queda determinada por la polaridad (esto es, la presencia o ausencia de un episodio maniaco). Por otro lado, para la EMD, la condición se definía por los episodios: los episodios afectivos recurrentes definían la enfermedad, independientemente de la polaridad, como planteaba Kraepelin (Zivanovic & Nedic, 2012): así, diez episodios depresivos significaban EMD; diez episodios maníacos significaban EMD. El hecho de que los episodios sean depresivos o maníacos era irrelevante. Sin embargo, el número 10 sí era relevante: la recurrencia definía la enfermedad (Goodwin & Jamison, 2007).

El TB también entraña episodios, pero por lo menos alguno de estos debe ser (o haber sido) maniaco o

hipomaniaco, más allá de la polaridad predominante recurrente. Estos son conceptos bastante distintos.

Al aceptar el concepto bipolar, el DSM-III se alejó de las concepciones de Kraepelin y este proceso se consolida con el DSM-IV y el DSM-5. La psiquiatría se ha apartado del concepto de enfermedad maníaco-depresiva y hoy se asume que la dicotomía bipolar/depresión mayor unipolar es certera (Ghaemi, 2013).

Concepto de espectro bipolar

A pesar de que se mantuvo el consenso del DSM-III durante unas dos décadas, hubo importantes objeciones provenientes de dos investigadores muy sofisticados en su pensamiento clínico: en los Estados Unidos, Hagop Akiskal (Akiskal, 1999) y, en Europa, Athanasios Koukopoulos (Koukoulos et al., 2005).

Akiskal comenzó sus estudios en la década de 1970, en la primera clínica especializada en el estado de ánimo de los Estados Unidos (Ghaemi & Dalley, 2014; Nassir Ghaemi, 2013). Identificó muchos pacientes que parecían estar entre las categorías bipolar y unipolar (Akiskal, 1999). Por lo tanto, propuso mantener la distinción bipolar/unipolar, pero ampliando la categoría “bipolar” para incluir otras presentaciones clínicas y constituir así un “espectro bipolar” (Akiskal, 1983). En este espectro incluyó cuadros depresivos y temperamentos anímicos atípicos.

En Roma, Koukopoulos planteó que no podía confirmar algunas de las afirmaciones hechas a favor de la dicotomía unipolar/bipolar. Particularmente, puso en duda el criterio fundamentado en las respuestas al tratamiento: muchos pacientes unipolares no respondían a los antidepresivos y parecían tener otras características de la bipolaridad, como un curso altamente recurrente y edad de inicio temprana (Koukopoulos et al., 2007). Incluso la distinción de síntomas era discutible, de modo que planteó que muchos pacientes deprimidos tenían síntomas maníacos y muchos pacientes maníacos tenían síntomas depresivos. En otras palabras, los estados mixtos podrían ser mucho más frecuentes que la manía pura o la depresión pura (Koukopoulos, 2005), por lo que el intento de distinguirlos era inexorablemente difícil.

Un tercer crítico importante fue Frederick Goodwin, director del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, quien publicó su libro clásico *Enfermedad maníaco-depresiva* (Goodwin & Jamison, 2007) a fines de la década de 1980 y principios de la de 1990. Goodwin, junto con su coautora, Kay Jamison, revisó detalladamente la bibliografía científica y encontró evidencia

que contradecía la literatura de las décadas de 1960 y 1970, la que, en efecto, había conducido a la dicotomía plasmada en el DSM-III: la manía parecía darse en distintas familias, pero había tanta depresión (o más) en familias de pacientes maníacos como en familias de pacientes depresivos (Gershon et al., 1982). Dicho de otro modo, la depresión no era un rasgo hereditario y separado de la manía. Además, Goodwin señaló que el litio era efectivo no solo para el tratamiento de los TB sino también para el de la depresión recurrente (Ghaemi & Dalley, 2014).

Nelson y Papakostas, y sus colaboradores, plantearon una hipótesis de validación de la nosología a través de la eficacia de algunos fármacos. Y señalaron que durante las décadas de 1990 y 2000 se desarrolló una nueva clase de antipsicóticos –esto es, los atípicos– que mostró una clara eficacia en la manía aguda, pero también, en muchos casos, una evidente eficacia para tratar episodios depresivos no limitados a los TB sino incluso en pacientes con TDM (Nelson y Papakostas, 2009). Algunos fármacos anticonvulsivantes, como la lamotrigina, fueron mucho más efectivos para prevenir la depresión que la manía (Goodwin et al., 2004), y la supuesta gran eficacia de los antidepresivos en el TDM se puso en duda con el descubrimiento de un extenso número de estudios con resultados negativos no publicados. En resumen, la distinción simplista de la respuesta al tratamiento, entre los antidepresivos para el EDM y los estabilizadores del estado de ánimo y los antipsicóticos atípicos para los TB, se debilitó en gran medida.

Como se mencionó anteriormente, a principios de la década de 1980, Hagop Akiskal ofreció un enfoque diferente para ampliar el concepto de TB I, que se abordaba muy concisamente en el DSM-III (Akiskal y Pinto, 1999): planteó el término “TB II”, que recién sería aceptado oficialmente en el DSM-IV una década más tarde, en 1994, caracterizado por episodios de hipomanía asociados a depresión recurrente. Asimismo, este autor propuso agregar no solo el concepto de “TB III” –distinguido por inducir hipomanía en pacientes tratados con antidepresivos– sino también otros subtipos que incluyen depresión con antecedentes familiares de TB y diferentes tipos de temperamentos (*Tabla 4*).

En este punto cabe destacar que la noción de que la hipomanía refleja la enfermedad bipolar no debería haber sido controvertida en absoluto, ya que estuvo presente en la literatura científica de la enfermedad maníaco-depresiva a lo largo de aproximadamente un siglo (Kraepelin, 1921).

Tabla 4. Clasificación de los subtipos en el espectro bipolar (Akiskal et al., 2006)

½- Trastorno esquizoafectivo tipo bipolar
1- Al menos un episodio de manía o mixto
1 y ½- Depresiones con hipomanía prolongadas
2- Depresiones con hipomanías
2 y ½- Depresiones con inestabilidad anímica
3- Hipomanía por antidepressivo
3 y ½- Cambios anímicos por abuso de sustancias (p.ej., alcohol)
4- Depresiones con temperamento hipertímico o ciclotímicas
5- Depresiones cíclicas recurrentes, más de cinco, con síntomas hipomaniacos, antecedentes de bipolaridad familiar y respuesta positiva a estabilizadores del ánimo
6- Inestabilidad anímica en pacientes con demencia temprana

Por otro lado, también debería haber sido indiscutible la idea de que la manía inducida por antidepressivos tenía que ser incluida, ya que en 1994 no había ninguna evidencia para el criterio de exclusión por el cual la manía asociada con antidepressivos no podía “contar” como diagnóstico de TB (Ghaemi, 2012; Pacciarotti et al., 2013; Vázquez et al., 2013).

El DSM-5 ha hecho una excepción que prueba esta regla, cediendo ante la abrumadora evidencia de que la manía asociada a los antidepressivos es 200 veces más común en el TB (alrededor del 10-20 %, dependiendo de la población clínica y el fármaco) (Goldberg & Truman, 2003) que en el EDM (menos del 1 %) (Ghaemi, 2008).

Un aspecto muy original del enfoque de Akiskal es el énfasis en los temperamentos anímicos, como la hipertimia y la ciclotimia, que forman una parte significativa del espectro bipolar. Aquí es donde el diagnóstico diferencial con los trastornos de la personalidad se convierte en un problema. Son condiciones crónicas, no episódicas; la recurrencia episódica no es útil para distinguir esos temperamentos del estado de ánimo de los trastornos de la personalidad. Estos temperamentos parecen estar relacionados genéticamente con la enfermedad bipolar o la depresión unipolar grave, ocurren en aproximadamente la mitad de las personas con enfermedad bipolar (Vöhringer et al., 2012) y es mucho más frecuente que en la población general (Akiskal et al., 1998). Además, están altamente validados psicométricamente (Vöhringer et al., 2012). En resumen, se puede plantear que, cuando menos, están bien validados científicamente.

La falta de atención a estos temperamentos refleja, en parte, el error de ubicarlos como “trastornos” que

compiten con las enfermedades del estado de ánimo de las que son variaciones: un paciente puede tener un “trastorno bipolar” con episodios maniacos o depresivos recurrentes severos y ciclotimia como un temperamento anímico entre episodios anímicos (Vázquez et al., 2008).

A principios de la década de 1980, Koukopoulos también adoptó un enfoque algo diferente. En lugar de clasificar en subtipos y centrarse en los temperamentos, enfatizó el análisis de los episodios del estado de ánimo en sí mismos y concluyó que la dicotomía bipolar/EDM del DSM-III falló por centrarse solo en una polaridad.

La mayoría de los episodios del estado de ánimo no eran puramente depresivos o maniacos sino mixtos y, por lo tanto, no se podía crear una nosología estable y válida sobre lo que era poco común o incluso no existía en absoluto (Koukopoulos et al., 2005).

Koukopoulos definió la depresión mixta como la que ocurre con excitación, lo que implica la presencia de síntomas maniacos (como fuga de ideas o locuacidad), pero también agitación, irritabilidad e ira, ansiedad marcada e impulsividad suicida (Koukopoulos et al., 2007). Este investigador caracterizó este estado depresivo, altamente agitado y tenso, como lo opuesto a la melancolía no agitada, que puede presentar marcado retraso psicomotor, sin irritabilidad o ira. De igual forma, comprobó que la depresión mixta empeora mucho con los antidepressivos, que responde a los neurolépticos y se previene mejor con estabilizadores del estado de ánimo como el litio.

Angst, cuyo trabajo había sido central para alejarse de la EMD de Kraepelin, continuó su estudio de Zurich y encontró muchas formas intermedias del estado de ánimo entre los tipos ideales bipolares y unipolares originales (Angst et al., 2003b). Asimismo, describió la existencia de estados mixtos como una presentación clínica muy común en todas las condiciones depresivas. Los definió clínicamente por la presencia de tres o más síntomas maniacos que ocurren con cualquier duración en el contexto de un estado depresivo (no limitado a 4 días o más, como lo que establece el DSM-IV). Angst postuló que aproximadamente la mitad de todos los EMD involucran estados mixtos con la presencia de síntomas maniacos (Angst et al., 2003). Por lo expuesto, este investigador fue partidario del concepto del espectro bipolar.

Si Koukopoulos y Angst tienen razón, sería un error afirmar que ampliar la definición de estados

mixtos podría entorpecer el diagnóstico de esta presentación clínica, si bien se asume que el concepto de “depresión mayor unipolar” es científicamente válido, y que hay un límite entre la depresión mayor y el TB.

Como Koukopoulos y Angst informaron (y Kraepelin también observó claramente), es cierto que en algunos episodios de trastornos del humor hay elementos mixtos y que, a este respecto, el límite entre la depresión y la manía no es claro y podría conducir a un serio debate (Angst et al., 2003b). Esta es una de las principales razones por las que la distinción de polaridad no debería ser solamente, desde este punto de vista, el factor decisivo en la nosología del estado de ánimo. Si los polos puros son poco comunes –y, de hecho, la mayoría de los casos son mixtos– sería justo fundamentar la nosología también en otro elemento como la recurrencia. No se trata, entonces, de “difuminar aún más los límites” sino de ver claramente cuáles sí existen y cuáles no.

Factores de riesgo de una posible evolución a formas bipolares (conversión a TB) de distintas presentaciones clínicas de trastornos del ánimo. Síntomas prodrómicos

La identificación de factores de riesgo de una evolución bipolar permite implementar intervenciones tempranas. La clínica de los factores de riesgo en distintas patologías psiquiátricas, incluido el TB, es muy heterogénea. Con este fin, Vieta y colaboradores proponen estudiar tres diferentes grupos de factores de riesgo de evolución bipolar: a) los ambientales; b) los biológicos; y c) los síntomas prodrómicos (Vieta et al., 2018).

Factores de riesgo ambientales

Aunque el TB tiene una alta carga genética (McGuffin et al., 2003), se considera una enfermedad multifactorial que está influida por factores ambientales, algunos de los cuales podrían utilizarse como dianas de estrategias de intervención temprana ya que pueden ser potencialmente modificados (Post et al., 2013). Se han propuesto acontecimientos de la vida como desencadenantes de un futuro TB, pero los resultados son controvertidos.

Wals y colaboradores (Wals et al., 2005) encontraron que los eventos estresantes de la vida no están relacionados con el inicio de los episodios del estado de ánimo después del ajuste por síntomas previos de ansiedad o depresión. Considerando el impacto de los eventos de la vida en el curso de la enfermedad, el abuso sexual parece estar relacionado con una peor

evolución del TB.

Como se señaló previamente, el uso de antidepresivos en jóvenes deprimidos también podría ser un factor de riesgo ya que los antidepresivos inducirían, en algunos casos, síntomas maníacos o hipomaníacos (Barbuti et al., 2017).

Factores de riesgo biológicos

La historia familiar de TB es uno de los factores de riesgo más sólidos para esta patología (McGuffin et al., 2003), y constituye un umbral principal desde las estrategias de prevención. Los estudios longitudinales realizados en descendencia bipolar encontraron que la edad de inicio y el subtipo de trastorno del estado de ánimo influyen en la heredabilidad y el curso de la enfermedad. Estas investigaciones demostraron que los hijos de pacientes diagnosticados con TB de inicio temprano tienen un mayor riesgo de padecer cualquier forma del trastorno (Hafeman et al., 2016). Además, la falta de respuesta al litio en los padres se relaciona con un funcionamiento premórbido más deficiente, un curso más crónico y una mayor prevalencia de trastornos psicóticos en su descendencia.

Actualmente, los factores del desarrollo neurológico se evalúan como posibles marcadores tempranos de enfermedades mentales específicas. En efecto, un estudio de cohorte prenatal encontró que el retraso en el desarrollo infantil, evaluado con la prueba de detección del desarrollo de Denver –que mide las habilidades motoras finas y gruesas, el lenguaje y el desarrollo personal y social–, fue un predictor de manía posterior pero no de depresión o psicosis. En el mismo estudio, la capacidad cognitiva premórbida predijo solo la psicosis. Asimismo, existen datos que indican que los niños con los logros académicos más altos pueden tener un mayor riesgo de desarrollar TB y que aquellos con las calificaciones más bajas tienen un riesgo moderadamente mayor que los de rendimiento medio (Tabla 5).

Síntomas o estados como precursores, prodrómicos o con incremento del riesgo (Tabla 6)

Embarazo y puerperio

Debido a la edad promedio de aparición de los TB, muchas mujeres enfrentarán sus deseos reproductivos con la posibilidad de cursar esta patología. El embarazo es un período crítico, tanto fisiológica como emocionalmente, con una mayor probabilidad de aparición de un cuadro anímico o una recaída. Aunque todavía existe mucha incertidumbre respecto del riesgo de episodios del estado de ánimo durante el embarazo, las mujeres con antecedentes de depresión

Tabla 5. Factores de riesgo y síntomas prodrómicos diferenciales entre TB y psicosis (Vieta et al., 2018)

Características	Etapa prodrómica TB	Etapa prodrómica de psicosis
Principal factor de riesgo	Historia familiar de inicio temprano de TB	Historia familiar de psicosis
Síntomas tempranos	Trastornos del sueño, ansiedad y depresión	Síntomas atencionales o negativos primarios, ansiedad
Síntomas próximos a la conversión	Hipomanía subumbral	Síntomas psicóticos de baja intensidad
Neurodesarrollo	Posibles alteraciones cognitivas	

bipolar tienen un alto riesgo de recaída posparto (Conejo-Galindo et al., 2022).

El posparto es un período de alto riesgo para la aparición y la recurrencia de trastornos psiquiátricos, particularmente depresión, manía y psicosis (Kendell et al., 1987). En una cohorte clásica de base poblacional, las pacientes con TB tenían en el posparto un riesgo de ingreso psiquiátrico por recaída del 16 %, muy superior al de otros trastornos mentales (por ejemplo, 3 % para pacientes con esquizofrenia y 2 % para pacientes con TDM). Munk-Olsen y colaboradores analiza-

ron el riesgo de reingreso psiquiátrico perinatal en una población de más de 28.000 mujeres con enfermedad mental preexistente, y hallaron un mayor riesgo relativo de recaída durante el período posparto temprano para pacientes con TB (riesgo relativo = 37,2; IC del 95 % = 13,6 - 102,0) en comparación con pacientes con esquizofrenia (riesgo relativo = 4,6; IC del 95 % = 2,5 - 8,5) u otros trastornos psiquiátricos (riesgo relativo = 3,0; IC del 95 % = 1,9 - 4,7). En este marco, el período de mayor riesgo de hospitalización por recaída en mujeres con TB fue entre los días 10 y 19 posparto.

El parto también puede ser el desencadenante de la depresión bipolar. De todas las mujeres diagnosticadas con depresión posparto, el 54 % cumplió con los criterios diagnósticos para esta patología, pero solo el 10 % de ellas tenía un diagnóstico previo, lo que sugiere la necesidad de realizar un cribado. Cuando estas pacientes son tratadas con antidepresivos, pueden presentar características mixtas en las que la probabilidad de suicidio es mayor, por lo que se requiere un seguimiento estrecho.

La relevancia de este tema trasciende a la planificación de embarazos posteriores. La probabilidad de complicaciones obstétricas (tales como hipertensión gestacional y hemorragia anteparto, inducción del parto y cesárea) y complicaciones del feto (esto es, bajo peso al nacer, mayor riesgo de malformaciones, mayor morbilidad neonatal) también son más significativas en esta población.

Tabla 6. Síntomas precursores o prodrómicos (Faedda et al., 2015)**Labilidad afectiva**

En pacientes internados con EDM, este podría predecir mejor el TB II que el TB I. Sin embargo, en individuos internados con EDM que presentan síntomas psicóticos, podría ser indicativo de evolución de TB I.

Depresión subsindrómica

El 18% de los pacientes con prolongada depresión subsindrómica, diagnosticados con “depresión reactiva” o “depresión neurótica”, podría luego evolucionar al diagnóstico de TB II. En estudios comunitarios llevados a cabo en jóvenes, la conversión de pacientes con depresión subsindrómica que evoluciona a TB es: a) del 1,5% para TB II; y b) del 1,2% para el TB I.

Síntomas hipomaniacos subsindrómicos

En una muestra de estudiantes universitarios, los síntomas hipomaniacos subsindrómicos (SHS) fueron precursores de TB II; en una muestra holandesa, los SHS a lo largo de la vida fueron predictores y precursores de TB I; en una muestra comunitaria, la irritabilidad previa al TB fue monitoreada en un seguimiento de 3 años.

Depresión mayor

En pacientes sin uso de antidepresivos, la tasa de conversión de EDM a TB es de 3,3%. El cambio de EDM a TB es cuatro veces mayor en la depresión mayor de inicio juvenil.

Trastorno ciclotímico y bipolares NOS

En un seguimiento de 3 años, los jóvenes o adultos diagnosticados con trastorno ciclotímico podrían evolucionar a TB en un 35%.

Síntomas psicóticos en depresión mayor

En adolescentes internados, el EDM podría ser un predictor de conversión a TB. En este sentido, se sabe que los pacientes con depresión mayor juvenil, síntomas psicóticos y temperamento ciclotímico fueron predictores de TB (x9.4 veces)

Edad de comienzo

La edad de comienzo juvenil es un potente predictor de TB.

Por lo tanto, estos datos convergen en la necesidad de considerar al puerperio como una etapa crítica en mujeres con antecedente de TB, lo que refuerza la urgencia de conocer el riesgo aproximado de recaída y adoptar medidas posteriores de manejo y prevención a diferentes niveles.

Los resultados de estudios longitudinales indican que los hijos de personas con TB tienen un mayor riesgo de desarrollar TB que la población general (Hafeman et al., 2016; Vieta et al., 2018). Sin embargo, tienen el mismo riesgo de desarrollar otra psicopatología, como depresión mayor.

Los adolescentes de los estudios de cohortes comunitarias que desarrollaron TB también exhibieron tasas significativamente altas de trastornos de ansiedad comórbidos y trastornos del comportamiento disruptivo (Vieta et al., 2018).

Dado que existe una fuerte evidencia de que el episodio índice (hipo)maníaco –tanto en la descendencia bipolar como en las cohortes comunitarias– suele estar precedido por otros síntomas afectivos o no afectivos (Mesman et al., 2013), los estudios longitudinales han tratado de aclarar si cualquiera de estas condiciones puede considerarse como un síntoma temprano del TB y ayudar a predecir la aparición futura de este.

Diagnóstico diferencial de los TB con trastornos esquizofrénicos y otros diagnósticos diferenciales importantes

Diagnóstico diferencial de los TB con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno delirante

Las psicosis endógenas probablemente constituyan el campo de las Neurociencias donde más controversias abundan en relación a la significación clínica y a la nosología, lo cual se encuentra representado, por un lado, por la ausencia de marcadores biológicos y, por el otro, por el hecho de que un síntoma o signo por sí solo no es suficiente para llegar al diagnóstico, siendo la agrupación de varios síntomas y su evolución en el tiempo los marcadores clínicos absolutamente necesarios para avanzar en la naturaleza del cuadro (Koppman, 2012). A decir de Hans Weitbrecht (Weitbrecht, 1970), en cuanto a la discusión reinante respecto de esta problemática: “No solo al principiante ofrece dificultades la comprensión de la naturaleza de las llamadas psicosis endógenas, ante todo las depresiones, manías y esquizofrenias, y también algunas otras formas (Kleist). Están en el centro de las discrepancias de opinión entre

las más diversas orientaciones de escuelas dentro de la Psiquiatría Clínica”. Dicho de otro modo, lo expresado hace más de cuarenta años aún permanece vigente.

Así, es sumamente importante profundizar en aquellos dominios fenomenológicos, fisiopatológicos, evolutivos y etiopatogénicos (Adler & Strakowski, 2003) que puedan ser útiles al momento de realizar el diagnóstico del TB, diferenciándolo de la esquizofrenia y de otros trastornos psicóticos.

El criterio evolutivo probablemente sea uno de los más importantes al momento de diagnosticar un TB y diferenciarlo de la esquizofrenia y otros trastornos como el esquizoafectivo (Benaberre et al., 2001). El hecho de sobrestimar los síntomas detectables en forma transversal puede llevar a no diagnosticar el cuadro afectivo bipolar y entenderlo como un cuadro de corte esquizofrénico ya que, a menudo, los síntomas del estado de ánimo se hallan ocultos tras la existencia de las ideas delirantes o alucinaciones (Vieta & Salva, 1997). Fue Kraepelin, el primer gran maestro de la Psiquiatría, quien comprendió la importancia de la evolución para diferenciar lo que él postulaba como “demencia precoz” y “locura maníaco-depresiva” (Maier et al., 2006). No obstante esto, hasta la fecha, siguen existiendo grises fenomenológicos y clínicos que, sumados al hecho de no contar con innovadores conocimientos respecto de la neurobiología de estos trastornos ni de marcadores genéticos, y observar la tendencia a instrumentar diagnósticos dimensionales, determinan la existencia –desde lo taxonómico, nosológico y nosográfico– de divergencias de acuerdo con el sistema clasificatorio y autores, a tal punto que existen hipótesis de un posible *continuum* entre ambos cuadros (Grunze & Cetkovich-Bakmas, 2021).

En un escenario donde los exámenes complementarios colaboran de un modo insuficiente con el diagnóstico diferencial de enfermedades tan complejas como el TB, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, será necesario construir un “rompecabezas diagnóstico” donde cada componente tendrá una importancia significativa, ya sea de tipo fenomenológico, clínico, evolutivo, pronóstico y/o terapéutico. Lo referido hasta aquí compendia, en pocas líneas, la tarea cotidiana del especialista en Psiquiatría.

Por tanto, en este apartado se busca visibilizar los distintos aspectos que hacen al diagnóstico diferencial del TB, excediendo la mera enunciación de criterios de un sistema clasificatorio.

En líneas generales, se puede decir que los TB se caracterizan por un patrón de episodios afectivos recurrentes que incluyen aquellos de corte maníaco/hi-

pomaníaco, depresivo (en sus diferentes formas) y/o una combinación de ambos tipos de fenómenos. A su vez, la esquizofrenia está representada por una combinación de síntomas psicóticos y afectivos que incluyen delirios, alucinaciones, síntomas negativos y un curso de la enfermedad que muestra un declinar de su funcionamiento (Adler y Strawosky, 2003). En el caso del trastorno esquizoafectivo, las características clínicas están determinadas por manifestaciones observables en los TB y la esquizofrenia (Rink, 2016), mientras que en el trastorno delirante los componentes afectivos evidenciables giran en torno a la intensidad y al compromiso que genera en el paciente el fenómeno deliroide. Una mirada superficial de estas expresiones podría llevar a pensar que el diagnóstico de uno u otro será sencillo y con límites claros que los diferencian, lo cual no se corresponde con la realidad de la práctica diaria.

Si nos adentramos en el diagnóstico diferencial entre TB y esquizofrenia, buscando especificar la mirada clínica, inicialmente se subraya que Emil Kraepelin establece como una de las diferencias principales entre la esquizofrenia y la psicosis maníaco-depresiva que en la primera podía observarse deterioro cognitivo y en la última no, fundamento que no puede ser sostenido –por lo menos en todos los casos– al momento actual (Martínez et al., 2001). La evidencia sugiere que los perfiles cognitivos pueden servir como un fenotipo intermedio que permiten detectar las alteraciones neurobiológicas existentes en la base de los TB, la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo (Hill et al., 2013; Hochberger et al., 2017). Buscando precisar más claramente el diagnóstico diferencial de estos tres cuadros en función de los patrones cognitivos, distintos estudios muestran conclusiones enfrentadas, sin poder determinar con certeza una relación directa entre una alteración cognitiva específica y los trastornos mencionados (Chen et al., 2018). Si bien existen líneas de investigación (Hill et al., 2013) que visibilizan un impacto cognitivo mayor en la esquizofrenia que en los TB –y que, en este contexto, el trastorno esquizoafectivo se encuentra en una posición intermedia–, los estudios no son concluyentes y pueden ser refutados por otros en cuestión (Van Rheenen et al., 2016). De hecho, la hipótesis en torno a que el empeoramiento del estado de la mente podría ser un marcador de rasgo para diferenciar el espectro bipolar del espectro esquizofrénico no ha sido validada hasta el momento, considerándola reflejo de un déficit cognitivo subyacente más que un potencial marcador específico (Bora et al., 2009).

Sobre la base de lo mencionado, conviene señalar

que ya en la época previa a las descripciones fundamentales de Morel, Kahlbaum y Hecker –pilares constitutivos de los estudios de Kraepelin–, dominada por la tendencia iniciada por Zeller (1804-1877) y continuada por Griesinger (1817-1868), se consideraba la existencia de la llamada “psicosis única” como una variedad fenotípica atribuible a diferentes factores interrelacionados. A lo largo de la historia y en diferentes épocas esta tendencia ha resurgido –aunque no siempre bajo ese término– de la mano de distintos investigadores, y que en la actualidad se torna nuevamente vigente. Para reafirmar lo dicho, cabe recordar que, según Griesinger, existían cuatro formas de locura –la melancolía, la manía, la alienación y la demencia–, refiriendo que las anomalías afectivas serían exponentes de las etapas precoces, reversibles y curables, mientras que las etapas finales resultarían irreversibles e incurables (Chinchilla Moreno, 2007). Lo que evidencia este relato es que el mosaico afectivo-cognitivo que genera frecuentemente confusión diagnóstica está presente en las publicaciones a lo largo de la historia de la psicosis, sin poder ser dilucidado aún.

Asimismo, las exacerbaciones psicóticas de ambos cuadros pueden presentar características similares y ser difíciles de distinguir (Adler y Strawosky, 2003). Por tanto, la dificultad de delimitar, en forma precisa, una enfermedad de otra, motivó a que Kurt Schneider también postulara la existencia de síntomas de primero y segundo orden al momento de diagnosticar la esquizofrenia, aclarando expresamente que a aquellos llamados “de primer orden” los consideraba centrales frente al diagnóstico de ciclotimia (Chinchilla Moreno, 2007). En la *Tabla 7* se transcriben los síntomas de primero y segundo orden para el diagnóstico de esquizofrenia.

Retomando el concepto del trastorno esquizoafectivo, surge de las descripciones realizadas por Jacob Kasanin en 1933 quien incluyó en tal diagnóstico a pacientes con manifestaciones clínicas no coincidentes con los criterios que manejan actualmente los sistemas clasificatorios respecto a ese trastorno. En la práctica profesional, es habitual el tratamiento de pacientes con sintomatología psicótica cuyo diagnóstico no puede confirmarse por presentar sintomatología que correspondería tanto a la esquizofrenia como a los TB y con evoluciones distintas a las que habitualmente se esperan. Esta realidad genera que la patología esquizoafectiva sea objeto de investigaciones que abarcan lo clínico, epidemiológico, neurobiológico y genético, para dilucidar si es una variante de la esquizofrenia, parte de los trastornos afectivos, una entidad

Tabla 7. Síntomas de primero y segundo orden para el diagnóstico de esquizofrenia según Kurt Schneider (Chinchilla Moreno, 2007)

SÍNTOMAS DE PRIMER ORDEN	SÍNTOMAS DE SEGUNDO ORDEN
Sonorización del pensamiento	Otros trastornos de la senso-percepción
Voces comentadoras de la propia actividad de la persona	Depresión
Voces que discuten	Euforia
Vivencias de influencia corporal	Ocurrencias delirantes
Robo del pensamiento	Perplejidad
Pensamientos ajenos o inducidos	Empobrecimiento afectivo
Transmisión del pensamiento	
Percepción delirante	

independiente, o bien un nexo entre los trastornos afectivos y la esquizofrenia. Asimismo, y en virtud de los postulados actuales, se puede afirmar que el trastorno esquizoafectivo se define por un período continuo de enfermedad en el cual, en algún momento de la evolución, se evidencia un episodio de corte maníaco, depresivo o mixto que confluye con síntomas que cumplen el criterio A de la esquizofrenia. Los fenómenos delirantes y alucinatorios deben evidenciarse, por lo menos, durante dos semanas sin que se observen síntomas afectivos prominentes. A su vez, es necesario que los síntomas afectivos estén presentes por un período significativo en las fases activa y residual de la enfermedad. Entonces, el trastorno esquizoafectivo se divide en bipolar (si los síntomas afectivos son maníacos o mixtos), y unipolar (si se presenta con un episodio depresivo mayor) (Marneros, 2003).

Para finalizar este apartado, se hace mención a los rasgos distintivos entre trastorno delirante y TB. El primero se muestra como un trastorno psicótico que engloba a aquellos cuadros descritos por maestros de la Psiquiatría como Jaspers, Krestchmer, Clerembault y otros, donde lo que predomina como síntoma nuclear es el delirio y sus diferentes expresiones, sin que existan otros componentes psicóticos determinantes de la esquizofrenia, y tampoco las oscilaciones marcadas del ánimo que ocurren en el TB y que pueden acompañarse con fenómenos delirantes pero claramente secundarios a la exaltación o descenso del ánimo (catatimia).

Diagnóstico diferencial de depresión bipolar y unipolar

Otro escenario que puede entrañar confusión diagnóstica –y, por ende, implicancias terapéuticas– es aquel representado por el hecho ineludible y de extrema importancia clínica que conlleva el diagnóstico diferencial entre la depresión bipolar y la monopolar, más aún si se tiene en cuenta que la depresión es la forma de inicio más frecuente del TB y que la intervención con fármacos antidepressivos en pacientes jóvenes está fuertemente cuestionada debido al aumento del riesgo de ciclado a estados maníacos o hipomaníacos. Así, al detectar síntomas de corte depresivo en un adolescente, sería sensato pensar en la posibilidad de que tal estado es la expresión de un TB de base y no de una depresión monopolar (Vázquez et al., 2022). En la *Tabla 8* se observan las características distintivas más importantes entre ambos cuadros depresivos.

La ausencia de marcadores biológicos confiables requiere de herramientas diagnósticas que contemplen mayor cantidad de elementos que la mera presentación clínica, razón por la cual se postulan múltiples criterios con el objetivo de diagnosticar más precozmente cuadros del espectro bipolar (Vázquez et al., 2022). En la *Tabla 9* se conjugan aportes de distintos autores sobre las características indicativas del TB.

Diagnóstico diferencial entre los TB y el trastorno límite de la personalidad

La diferencia clínica entre los TB y el trastorno límite de la personalidad ha representado siempre un reto diagnóstico, sobre todo con el TB tipo II y con los cuadros subumbrales, lo cual abre un sesgo diagnóstico con las consiguientes repercusiones de un tratamiento inadecuado (Garza Guerra et al., 2022).

Los TB son esencialmente trastornos de la fluctuación del humor, caracterizados por depresión y exaltación del ánimo, mientras que el trastorno de personalidad límite es, fundamentalmente, un trastorno hiperreactivo/impulsivo con rasgos del estado de ánimo, más otros síntomas que afectan el pensamiento y la percepción, el concepto de sí mismo, las relaciones, etc. (Maggio, 2008), y donde la inestabilidad se focaliza sobre todo en lo emocional y no en lo anímico. En los pacientes con TB, esta fluctuación entre estados de ánimo –lo cual ya establece una diferencia en cuanto al tiempo que duran los fenómenos del humor, siendo aquí más persistentes– giran, como ya se expresó, entre los episodios depresivos (más frecuentes) y aquellos de corte maníaco o hipomaníaco.

En el trastorno de personalidad límite, sin embargo, las perturbaciones del humor involucran las dimensio-

Tabla 8. Diagnóstico diferencial entre depresión bipolar y unipolar (Akiskal, 2005; Baldessarini et al., 2010; Souery et al., 2012)

	DEPRESIÓN BIPOLAR	DEPRESIÓN UNIPOLAR
Abuso de sustancias	Muy frecuente	Moderado
Historia de hipomanía/manía	Sí	No
Temperamento	Ciclotímico	Distímico
Distribución por sexo	Mujeres=Hombres	Mujeres>Hombres
Edad de comienzo	Adolescencia, 20 y 30 años	30 a 50 años
Inicio del episodio	Generalmente agudo	Más insidioso
Cantidad de episodios	Numeroso	Menor
Duración de los episodios	3 a 6 meses	3 a 12 meses
Episodios de inicio postparto	Más frecuentes	Menos frecuentes
Episodios psicóticos	Más frecuentes	Menos frecuentes
Actividad psicomotora	Retardada>agitada	Agitada>retardada
Sueño	Hipersomnia>insomnio	Insomnio>hipersomnia
Historia familiar bipolar	Alta	Baja
Historia familiar unipolar	Alta	Alta

nes de ira y ansiedad, observándose patrones de impulsividad manifiesta y hostilidad que suelen desencadenar comportamientos autodestructivos como un intento de mitigar el sufrimiento que denotan (Mitropoulou et al., 2001). A este respecto, el rasgo autodestructivo en los TB se relaciona con un aumento notable de la autoestima y la desinhibición conductual que se vincula con un umbral reducido del temor.

En resumen, el trastorno de personalidad límite se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad en la regulación del afecto, del control de los impulsos, de las relaciones interpersonales y de la imagen de sí mismo. Los signos clínicos incluyen desregulación emocional, agresión impulsiva, autolesiones repetidas y tendencias suicidas crónicas (Maggio, 2008). Y si bien su etiopatogenia es multifactorial, los factores psicosocioambientales desempeñan un papel de importancia. Tanto es así que las intervenciones terapéu-

Tabla 9. Características indicativas de TB

	BIPOLAR	UNIPOLAR
Abuso de sustancias	Muy frecuente	Moderado
Historia familiar	Casi siempre	A veces
Primer episodio menor a los 25 años	Muy común	A veces
Enfermedad posparto	Muy común	A veces
Psicosis en mayores de 35 años	Muy predictivo	Poco común
Síntomas atípicos	Comunes	Ocasionales
Patrón rápido ON/OFF	Típico	Inusual
EDM recurrente (más de 3 veces)	Común	Inusual
EDM breve (menos de 3 meses)	Sugestivo	Poco común

EDM = episodio depresivo mayor (en inglés, *major depressive episode*, o simplemente MDE)(Bowden, 2001; Kaye, 2005; Baldessarini et al., 2010; Souery et al., 2012).

ticas más favorables en el trastorno límite son aquellas centradas en la psicoterapia y fundamentalmente en la terapia dialéctico conductual (en inglés, *dialectical behavior therapy* o DBT), mientras que la aproximación farmacoterapéutica juega un papel secundario y paliativo en el manejo de ciertos síntomas, permitiendo de esa forma una mayor penetrancia de la psicoterapia. Como ya es sabido, los TB evidencian una impronta genética marcada y los factores psicosocioambientales funcionan como desencadenantes. De este modo, la psicoterapia está indicada en los TB también, pero el tratamiento farmacológico es absolutamente indispensable.

Instrumentos de tamizaje y escalas de evaluación para el diagnóstico y el seguimiento de los TB

El cribado y el diagnóstico de los TB es, en cierta forma, complejo y secundario a dos variables de importancia. Por un lado, se encuentran las constantes revisiones acerca de la definición de TB; por otro lado, están los habituales fallos diagnósticos, sobre todo en la diferenciación con la depresión unipolar, en la cual los errores diagnósticos se acercan al 60 %, probablemente por la mayor incidencia y frecuencia de depresión durante la evolución del trastorno (McIntyre et al., 2019). De hecho, el arribo al diagnóstico correcto suele arrastrar unos 10 años y de uno a cuatro diagnósticos incorrectos previos con sus consecuentes fa-

llas terapéuticas (Scott et al., 2011).

Es importante mencionar nuevamente aquí que el diagnóstico de los TB es eminentemente clínico y evolutivo, al que se llega a través de una adecuada valoración. También es cardinal insistir en que, a la fecha, no se dispone de marcadores biológicos certeros respecto del diagnóstico y/o tratamientos y que los instrumentos que se citan son accesorios al diagnóstico clínico (Texeira et al., 2019).

El uso de escalas específicas ayuda a realizar un diagnóstico correcto, pero además permite evaluar la severidad del trastorno, considerando la incapacidad y las dificultades de la vida diaria. También incluyen la clasificación sintomática (es decir, permiten identificar distintos tipos de TB) para implementar planes de tratamiento y el seguimiento evolutivo. Por último, estas escalas contemplan la eficacia de los tratamientos instaurados.

Se revisan entonces dos tipos de escalas: a) aquellas que son para cribado y detección (CD); y b) aquellas que son para seguimiento y severidad (SS).

Se remarca que las escalas globales (CGI/MDQ) tienen la ventaja de reflejar una visión más general del todo el cuadro, siendo muchas veces más útiles para definir y decidir terapéuticas adecuadas. En muchas ocasiones, las escalas de síntomas específicos no capturan cambios “macro” del trastorno, aunque sí son útiles para lograr mayor especificidad.

CGI-BP (Escala de impresión clínica para el TB) (SS)

Esta escala se desarrolló como una modificación de la vieja escala de impresión clínica global (Guy, 1976), específicamente para el TB (Spearing et al., 1997). La adaptación consistió en desglosar los 7 ítems originales en tres dominios: a) manía; b) depresión; y c) síntomas generales, los cuales se evalúan tanto en gravedad como en cambio (es decir, en el corto y en el largo plazo). Sin embargo, resultó ser un poco confusa, extensa y mezclaba conceptos tales como gravedad y cambio.

Surgió entonces una adaptación más condensada y efectiva, tanto en la clínica como en la investigación: la CGI-BP-M (Vieta et al., 2002). Es importante remarcar que se trata de un instrumento que evalúa síntomas depresivos, maníacos, hipomaníacos y mixtos, midiendo la gravedad, el curso a largo plazo de la enfermedad y la eficacia de los tratamientos.

Más detalladamente, la CGI-BP-M es administrada por el profesional y se compone de tres subescalas (de 7 ítems cada una, que van desde normal a muy

grave) que se muestran a continuación:

1. Gravedad de síntomas agudos de depresión
2. Gravedad de síntomas agudos de manía
3. Gravedad longitudinal de la enfermedad.

MDQ (del inglés mood disorder questionnaire) o cuestionario de trastornos del humor (CD)

Es un instrumento de detección del TB. Si bien no hace diferenciación entre los diversos tipos, es probable que sea más eficaz para TB I ya que puede fallar en la detección de episodios hipomaniacos.

Es un cuestionario autoadministrado que consta de tres secciones: la primera contiene 13 ítems estructurados en forma de pregunta para responder SÍ/NO, las cuales derivan del criterio DSM-IV para manía e hipomanía; una segunda sección que pregunta acerca de si los síntomas reportados en las preguntas anteriores ocurrieron en un mismo período; y por último, la tercera sección que consta de una pregunta que apunta a las dificultades funcionales que se generaron a partir de los síntomas (Hirschfeld et al., 2000).

Si al menos 7 de las primeras 13 preguntas son positivas, la probabilidad de padecer TB es alta, dada su buena sensibilidad y su alta especificidad. Sin embargo, la validación de esta escala en la Argentina ha normatizado un punto de corte de 5 preguntas positivas (y no de 7) (Zaratiegui et al., 2011).

BSDS (del inglés bipolar spectrum diagnostic scale) o escala de diagnóstico del espectro bipolar (CD)

Es un instrumento de *screening* para desórdenes del espectro bipolar, autoadministrado, posiblemente más efectivo para detectar TB II y TB no especificado que la MDQ, la cual es más sensible para TB I (Smith y Ghaemi, 2006).

Consiste en una narrativa de 19 frases relacionadas a síntomas y conductas en el TB. Es leída en forma completa por el paciente, quien luego define la similitud general del relato con su situación particular, para después tildar aquellas frases que individualmente son compatibles con el paciente. El corte es de 13 puntos, por encima de los cuales la probabilidad del diagnóstico del espectro bipolar es alta (Ghaemi et al., 2005).

En la Argentina, la escala fue validada y el corte no cambió.

Por las características de cada una de las escalas, MDQ y BSDS pueden ser combinadas para lograr una mayor sensibilidad y especificidad en el diagnóstico del TB.

YMRS (del inglés Young mania rating scale) o escala de manía de Young (SS)

Se trata de una escala heteroaplicada de 11 ítems destinada a la medición de síntomas maníacos. Es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados en investigación para cuantificar la eficacia de los agentes antimaniacos. Se debe tener presente que esta escala pesquiza solamente síntomas maníacos, pudiendo no detectar síntomas hipomaniacos y que sería difícil de aplicar en pacientes con importantes desórdenes del pensamiento.

Se explora cada uno de los ítems respecto a las últimas 48 h y se puntúa con una mezcla de: a) los reportes subjetivos del paciente; y b) la observación de su conducta durante la entrevista, que dura entre 15 y 30 minutos. La puntuación oscila entre 0 y 60, siendo mayor de 20 el puntaje requerido para *trials* en manía. Una puntuación menor a 12 es considerada una manía en remisión (Young et al., 1978).

Por último, esta escala presenta una versión validada en español (Colom et al., 2002).

HCL 32 (del inglés hypomania checklist) o lista de valoración de hipomanía 32 (CD)

Fue desarrollada en 2005 (Angst et al., 2005) y se trata de una escala clave para identificar pacientes con TB II y otros cuadros bipolares menores, como los síntomas hipomaniacos en pacientes distímicos. Es autoadministrada y su realización no demora más de 10 minutos.

La escala consta de un listado de 32 preguntas sobre síntomas hipomaniacos para contestar por SÍ o por NO, y además contempla otras 8 secciones que evalúan la gravedad e impacto de los síntomas en la vida del paciente. Esto es:

- Estado actual respecto al usual
- Estado actual comparado con el de otras personas
- Frecuencia de los episodios de hipomanía
- Impacto familiar, social y laboral de los episodios
- Reacciones y comentarios de los otros frente a los “subidones”
- Duración de los síntomas
- Episodios en el último año
- Cantidad de días sumados de hipomanía en el último año.

La puntuación se obtiene sumando las respuestas positivas sobre la lista de 32 síntomas de hipomanía, siendo el punto de corte de 14, con una sensibilidad del 0,85 y una especificidad de 0,79, superando a la escala MDQ –posiblemente más efectiva para detectar TB I– para la evaluación retrospectiva de episodios de hipomanía.

Es importante subrayar que esta escala está aceptada y validada al español (Vieta et al., 2007).

Escalas para depresión en los TB

En los TB existe una predominancia de las fases depresivas –sobre las fases maníacas o hipomaniacas– que están calculadas en 3 a 1 en el TB I y en 39 a 1 en el TB II. Por esta razón, el diagnóstico erróneo de depresión mayor en un TB puede superar el 60 % (Bahji et al., 2020). Sin embargo, la detección y el diagnóstico del episodio depresivo en el contexto del TB son también fundamentales para el diagnóstico de este último. Por tal motivo, es relevante el uso de escalas para el diagnóstico de los estados depresivos teniendo en cuenta que no son específicos del TB y que no puede diferenciarse una depresión monopolar de una bipolar si no son combinadas con las escalas de diagnóstico y tamizaje del TB. A continuación, se presentan brevemente dos escalas.

BDI-II: escala de depresión de Beck (CD-SS)

Son 21 ítems que se pueden calificar de 0 (ausente) a 3 (severo), excepto dos ítems (sueño y apetito) que incluyen 7 opciones. Cubre el rango de síntomas cognitivos, afectivos, somáticos y conductuales. Es útil para monitorear respuesta al tratamiento y menos efectiva para severidad. Es autoaplicada. Tiene una máxima puntuación de 63, siendo los valores mayores a 18 considerados como indicativos de depresión y mayores a 40 como depresión extrema (Beck et al., 1961).

El BDI-II presenta su validación al español (Sanz et al., 2005). Además, el BDI ha sido validado en la Argentina en 1998 (Bonizzato et al., 1998).

MADRS (del inglés Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) (SS)

Es una escala para depresión de 10 ítems, cada uno de ellos puntuados de 0 (sin síntomas) a 6 (síntoma intenso), administrada por un entrevistador entrenado. Demanda entre 15 y 20 minutos. Está diseñada para evaluar la intensidad de los síntomas depresivos y es altamente sensible a los efectos de los tratamientos. La puntuación total oscila entre 0 y 60 (Montgomery y Asberg, 1979). Los valores de corte sugeridos son:

- Mayor a 9: depresión leve
- Mayor a 18: depresión moderada
- Mayor a 35: depresión severa.

Esta escala está validada en español (Lobo et al., 2002).

Por último, se considera valioso mencionar la existencia de tres escalas, que no se desarrollarán en el marco de este apartado, aunque son también acepta-

das y utilizadas ampliamente. Se trata de la escala de Hamilton para depresión (HDRS, del inglés *Hamilton Depression Rating Scale*) y las dos escalas de evaluación funcional FAST (del inglés *Face, Arms, Speech, Time*) y GAF (del inglés *Global Assessment of Functioning*).

Neurobiología de los TB

La investigación sobre los aspectos neurobiológicos de los TB constituye históricamente una preocupación constante dentro de los trastornos afectivos. En la actualidad existe consenso sobre la importancia que tiene la identificación de las bases fisiopatológicas de los TB y su impacto sobre la salud, los tratamientos más eficaces y la implementación de estrategias preventivas (Bauer et al., 2018).

La aparición de la enfermedad coincide con cambios profundos en el neurodesarrollo y en la transición hacia nuevos roles en la vida durante la adolescencia. Sin embargo, los mecanismos implicados en la asociación del riesgo y la resiliencia en el cerebro adolescente no son del todo conocidos (Manchia et al., 2020).

Si bien el objetivo principal de este consenso está dirigido al manejo de los TB, se realizará a continuación una somera revisión sobre los hallazgos reportados más sobresalientes en materia de neurobiología respecto de esta patología.

Genética de los TB

Los TB son enfermedades complejas que presentan porcentajes altos de heredabilidad (entre el 70 y el 80 %). Más precisamente, la arquitectura genética de los TB está determinada por la acción de múltiples genes que actúan en combinación con factores medioambientales (Sullivan et al., 2017).

Comparados con controles, los estudios genéticos en pacientes bipolares hallaron disfunciones de genes que codifican para proteínas sinápticas en ciertos tejidos cerebrales (Focking et al., 2016). Es así que, durante las últimas décadas, se han reportado alteraciones de genes involucrados en la función sináptica y en la señalización de receptores acoplados a proteínas G, canales iónicos y transportadores en la corteza orbitofrontal y en la corteza cingulada anterior de pacientes bipolares (Rayan et al., 2006).

Los estudios de asociación del genoma completo (en inglés, *genome-wide association study* o simplemente GWAS) han identificado múltiples loci de pequeño efecto relacionados con el TB. En una investigación reciente, 30 loci mostraron una asociación significativa en el TB, los cuales codifican para canales iónicos (CACNA1C, GRIN2A, SCN2A, SLC4A1, y KCNQ2), transportadores de neurotransmisores y componentes sinápticos (ANK3, RIMS1, SYNE1, ZNF804A, y ANKS1B) (Stahl et al., 2019; Zhang et al., 2021; Gordovez et al., 2020).

En un reciente metaanálisis de GWAS de 57 cohortes de pacientes bipolares –que reunió 41.917 casos y 371.549 controles de una población de ancestros europeos–, se reportaron 64 variantes de riesgo asociadas con TB, 33 de las cuales fueron nuevas y no identificadas en estudios anteriores. Los genes investigados están relacionados con las vías de señalización sináptica y se expresan en el cerebro, con alta especificidad en la corteza prefrontal y el hipocampo (Mullins et al., 2021).

El mapeo de los loci de rasgos cuantitativos de expresión (en inglés, *expression quantitative trait loci* o simplemente eQTL) es un proceso usado para identificar polimorfismos de nucleótido único (en inglés, *single nucleotide polymorphisms* o simplemente SNPs), los que desempeñan un papel importante en

Tabla 13. Instrumentos de evaluación para el TB

Tipo	Instrumento	Evalúa	Ítems	Administración	Tiempo
SS	CGI-BP-M	Gravedad de los síntomas depresivos, maníacos y cambios en el curso de la enfermedad	3	Profesional	5 min
CD	MDQ	Trastorno bipolar	13	Autoaplicada	5 min
CD	BSDS	Espectro bipolar (TB II)	19	Autoaplicada	10 min
SS	YMRS	Intensidad de manía	11	Heteroaplicada	15-30 min
CD	HCL-32	Episodios de hipomanía	32	Autoaplicada	10 min
CD SS	BDI-BDI II	Gravedad del cuadro depresivo	21	Autoaplicada	10 min
SS	MADRS	Gravedad del cuadro depresivo	10	Heteroaplicada	15-20 min

CD: cribado y detección; SS: seguimiento y severidad.

la expresión génica. En otras palabras, se trata de una importante herramienta para detectar elementos regulatorios transcripcionales a nivel genómico y a gran escala. Esta técnica ha sido ampliamente utilizada para estudiar las bases genéticas de los trastornos complejos. El estudio de los eQTL proveniente del metaanálisis arriba mencionado reportó cómo las variaciones de elementos regulatorios modifican la expresión de genes que codifican para dianas farmacológicas, tales como HTR6, MCHR1, DCLK3 y FURIN (Mullins et al., 2021; Schloesse et al., 2012).

Inflamación en los TB

Los TB han sido relacionados con un incremento de los niveles, tanto de marcadores inflamatorios periféricos (Wang et al., 2016), como de marcadores de estado o de rasgo (Misial et al., 2020). Además, esta relación está sustentada por la elevada coexistencia de trastornos inflamatorios e inmunológicos en pacientes bipolares (Hamdani et al., 2013), como la psoriasis, la colitis ulcerosa, la artritis reumatoidea y la diabetes (Charoenngam et al., 2019; Cassidy et al., 1999; Eaton et al., 2010). A su vez, los estudios genéticos mostraron que los polimorfismos en los genes del factor de necrosis tumoral alfa (en inglés, *tumour necrosis factor alfa* o simplemente TNF- α) y de la interleuquina 1 (IL-1) están asociados con los TB y con la aparición temprana de la enfermedad (Czerski et al., 2008; Hamdani et al., 2013).

Una revisión sistemática y metaanalítica mostró que los niveles de proteína C reactiva (PCR), interleuquina 6 (IL-6), receptor soluble 1 del factor de necrosis tumoral (en inglés, *soluble receptor 1 for tumor necrosis factor* o simplemente sTNF-R1) y TNF- α están incrementados en pacientes maníacos y depresivos bipolares, comparados no solo con controles sino también con pacientes bipolares eutímicos (Sayana et al., 2017).

El momento en el cual aparecen las alteraciones inmunológicas y su correlato con la fisiopatología de la enfermedad no están claros. Sin embargo, algunos estudios indican que las modificaciones en los parámetros inmunológicos (tales como TNF- α , IL-6, IL-8, e IL-18), que aparecen en los estadios tempranos de la enfermedad, podrían estar relacionados con la fisiopatología de los TB. De este modo, las citoquinas estarían vinculadas con la causa más que con los efectos tempranos. Por el contrario, las variaciones inmunológicas tardías indicarían que las citoquinas podrían ser el efecto relacionado al transcurso del tiempo de la enfermedad. Los resultados encontrados en la fase eutímica son más controversiales (Sayana et al., 2017).

La relación de la activación inflamatoria en el TB y el tratamiento también fue estudiada. Un revisión sistemática reportó que los estados de manía estaban relacionados con un aumento en los niveles de citoquinas proinflamatorias en pacientes maníacos libres de medicación, y que los pacientes eutímicos y con tratamiento a largo plazo con litio mostraron niveles normales de estas proteínas (van den Ameele et al., 2016). Por otro lado, los antipsicóticos y el litio regulan hacia abajo los genes vinculados con la inflamación, los que, a su vez, están regulados hacia arriba en monocitos de los pacientes bipolares y en los hijos de los pacientes bipolares comparados con controles sanos (Knijff et al., 2007; Padmos et al., 2008).

Reportes recientes sobre inflamación en TB sustentan las diferencias halladas en la composición del microbioma intestinal en pacientes bipolares comparados con controles. Esto se podría interpretar tanto como el efecto o el resultado de un estado desinmune de la enfermedad (Sublette et al., 2021).

En particular, la inflamación puede empeorar la progresión de la enfermedad (Saccaro et al., 2021). En este sentido, el perfil proinflamatorio caracterizado por activación de la inmunidad celular y la inflamación sistémica –que podrían estar relacionados con los cambios de fases en el TB, con el deterioro clínico y el cognitivo– parecen desempeñar un papel importante en la neuroprogresión (Barichello et al., 2020).

Disfunción mitocondrial en los TB

La mitocondria regula diferentes actividades metabólicas, tales como el control de la apoptosis, la injuria neuronal mediada por la excitotoxicidad del glutamato y la actividad del estrés oxidativo. Asimismo, el ADN mitocondrial codifica genes que regulan la actividad sináptica relacionada con la producción de energía de larga duración (Quiroz, 2007). Por otro lado, ciertas patologías mitocondriales pueden presentar síntomas psicóticos, afectivos y cognitivos (Clay et al., 2011).

La disfunción mitocondrial en los TB podría estar relacionada con modificaciones morfológicas y funcionales de esta organela. Estudios *post mortem* de neuronas de la corteza prefrontal de pacientes con TB y de células periféricas de pacientes bipolares vivos mostraron modificaciones morfológicas tales como un mayor número de mitocondrias (pero de menor tamaño), una forma anormal de aglutinación y una marginalización de su distribución intracelular (Cataldo et al., 2010). Por otro lado, un importante número de estudios ha revelado alteraciones funcionales

mitocondriales tales como incremento de los niveles de lactato, reducción del pH intracelular, alteración de la regulación del estrés oxidativo, incluyendo la producción de especies reactivas de oxígeno (en inglés, *reactive oxygen species*, o simplemente ROS) y disminución de la capacidad antioxidante (Brown et al., 2014), además del paso a la producción glucolítica de energía y la alteración de la regulación mitocondrial del calcio en cerebros de pacientes bipolares (Scaini et al., 2016; Weber et al., 2013).

Uno de los marcadores de disfunción mitocondrial es la alteración de la regulación del estrés oxidativo. Si la homeostasis de las ROS está alterada, ya sea debido a un incremento de su producción o a una reducción de los agentes antioxidantes, las células progresan hacia un estado denominado estrés oxidativo, caracterizado por un desbalance entre los agentes prooxidantes y antioxidantes a favor de los primeros (Pizzin et al., 2017). Así, numerosos estudios evidenciaron alteraciones en la regulación del estrés oxidativo, incluyendo la producción de las ROS y una disminución de la capacidad antioxidante. Igualmente, un metaanálisis mostró niveles significativos de marcadores tales como peroxidación lipídica, daño del ADN y ARN mitocondriales y óxido nítrico en pacientes bipolares (Brown et al., 2014).

El paso a la producción glucolítica de energía, otro marcador relacionado con una disfunción en la mitocondria, está vinculado con la muerte celular programada. En efecto, la producción de ATP a partir de la glucólisis es menos eficiente energéticamente para mantener el normal funcionamiento de la bomba de sodio y potasio (Na/K ATPasa) en neuronas, induciendo de este modo un gran flujo de calcio intracelular, seguido por la excitotoxicidad del glutamato y la apoptosis neuronal. El exceso de calcio intracelular produce cambios en la permeabilidad de la membrana mitocondrial, de modo que esta organela se hincha y luego se rompe (Belosludtsev et al., 2019).

Además, se han reportado ciertas mutaciones en el ADN y deleciones en el ARN mitocondriales, lo que podría conducir a una alteración del metabolismo del calcio en pacientes con TB (Wang et al., 2018). Algunos estudios han informado daño del material genético mitocondrial causado por el estrés oxidativo en pacientes bipolares. De este modo, una disfunción mitocondrial podría desempeñar un papel importante en la neurodegeneración en estos pacientes (Belosludtsev et al., 2019).

La información que proviene de los estudios de neuronas derivadas de células pluripotenciales inducidas (en inglés, *induced pluripotent stem cells* o sim-

plemente iPSCS) de pacientes con TB reportaron hiperexcitabilidad neuronal asociada a una regulación hacia arriba de genes mitocondriales, un incremento del potencial de la membrana y un menor tamaño de estas organelas (Mertens et al., 2015).

Todos estos datos sugieren que la disfunción mitocondrial es un factor crítico en los TB y que puede estar ligado al tratamiento, a la progresión y a la severidad de la enfermedad (Scaini et al., 2021).

Respuesta al litio

Una de cada tres personas diagnosticadas con TB presenta una mejoría significativa respecto de la frecuencia y la severidad de los episodios afectivos cuando se le prescribe litio, mientras que otro tercio exhibe algún tipo de mejoría (Grof et al., 2009). Mediante el uso de modelos celulares, estudios recientes respaldan la idea que los pacientes que responden diferencialmente al litio ostentan bases neurobiológicas distintas.

Es importante señalar que el litio es el fármaco con mayor evidencia de efectividad en todas las fases y a largo plazo del TB, así como el único que demostró efectividad en la prevención del suicidio. A este respecto, los datos indican que ningún otro trastorno psiquiátrico muestra tal especificidad al litio, sugiriendo de este modo la existencia de factores genéticos únicos relacionados con su farmacodinamia. Así, los diferentes subtipos de TB pueden ser identificados, al menos en parte, por la respuesta al fármaco (Smith y Cipriani, 2017). Algunos GWAS de respuesta al litio han sido publicados, pero con resultados divergentes hasta el momento (Song et al., 2017).

El litio podría tener un efecto neuroprotector sobre la corteza prefrontal de los pacientes bipolares (Hajek et al., 2012), y existe evidencia para indicar que regula los factores de crecimiento y la muerte celular programada (apoptosis y autofagia). En efecto, el litio disminuye la apoptosis a través de la inhibición de la glucógeno sintasa quinasa 3 (en inglés, *glycogen synthase kinase 3* o simplemente GSK-3) (Snitow et al., 2021). Además, la administración crónica de este principio activo aumenta el factor neurotrófico derivado de cerebro (en inglés, *brain-derived neurotrophic factor* o simplemente BDNF) (Fukumoto et al., 2001). Por último, el litio también demostró ejercer acciones metabólicas cerebrales, ya que, comparados con controles, los pacientes tratados con este principio activo revelaron un aumento de los niveles de N-acetilaspártato (NAA) (Hajek et al., 2012).

Diversos estudios reportaron cambios neuroanatómicos en pacientes bipolares tratados con litio, tales

como aumento de la densidad de la sustancia gris, de la corteza prefrontal y de la corteza cingulada anterior subgenual (Moore et al., 2009), además de incrementos del volumen del hipocampo (Yucel et al., 2008; Yucel et al., 2007). No obstante, otros pacientes tratados con este principio activo mostraron volúmenes de hipocampo similar al de los controles. Por el contrario, aquellos que no tuvieron exposición al litio exhibieron volúmenes de hipocampo menores comparados con controles (Hajek et al., 2014; Hajek et al. 2012). Finalmente, el estudio ENIGMA reportó que los pacientes tratados con litio presentan un incremento del espesor cortical, comparados con aquellos no tratados con esta sustancia (Hibar et al., 2018).

Factores neurotróficos y TB

Los factores neurotróficos –también conocidos genéricamente como neurotrofinas– son una familia de moléculas que estimulan el crecimiento axonal y promueven el establecimiento de conexiones sinápticas en las células diana. En este contexto, el factor de crecimiento neuronal (en inglés, *nerve growth factor* o simplemente NGF), el factor neurotrófico derivado del cerebro (en inglés, *brain-derived neurotrophic factor* o simplemente BDNF), el factor neurotrófico derivado de la glía (en inglés, *glial-cell-derived neurotrophic factor* o simplemente GDNF), la neurotrofina 3 (NT-3) y la neurotrofina 4 (NT-4) son los más estudiados.

Respecto de su mecanismo de acción, las neurotrofinas se unen y activan receptores de la familia de tirosina quinasa y, de este modo, promueven la neuromodulación. Dado que son esenciales para la función y la supervivencia neuronales, se asume que la viabilidad de las células nerviosas puede estar afectada por una persistente reducción de las neurotrofinas en el sistema nervioso central (Scaini et al., 2020).

En modelos animales de depresión y manía se han observado alteraciones en el nivel de expresión del BDNF (Cunha, 2006). En efecto, se informó una significativa disminución de los niveles de esta proteína durante los episodios de depresión y manía, y en muchos casos fueron relacionados con la severidad de los síntomas y la respuesta al tratamiento (Machado-Vieira et al., 2007).

Ciertos estudios clínicos encontraron que la concentración de la NT-3 y la NT-4 está elevada en la fase depresiva, mientras que se observa una disminución en la fase maníaca de pacientes bipolares (Kapczinski et al., 2008; Soeiro-de-Souza et al., 2012). Algunos estudios preclínicos demostraron, además, que el uso

crónico de antidepresivos y estabilizadores del ánimo –como ácido valproico y el litio– incrementan los niveles del NGF, BDNF y GDNF en el cerebro de ratas (de Sousa et al., 2011).

En resumen, los estudios preclínicos y clínicos mencionados sugieren que los cambios en los niveles de los factores neurotróficos pueden explicar la disminución de la plasticidad neuronal observada en el TB. Estos cambios estarían asociados al daño cerebral, los cuales empeoran los episodios anímicos y conducen a un déficit cognitivo y a un deterioro de la funcionalidad en pacientes bipolares (Scaini et al., 2020).

Neuroimágenes en los TB

El objetivo de la investigación de las neuroimágenes en psiquiatría es medir, a través de la resonancia magnética nuclear (RMN), la estructura y la función del cerebro, y vincular los resultados con la fenomenología, el curso, la evaluación, el pronóstico, la respuesta al tratamiento, la genética y el comportamiento (Ching et al., 2022).

Recientemente, el estudio ENIGMA mostró que los TB están asociados con una disminución bilateral del espesor cortical en regiones frontales, parietales y temporales, áreas donde se asientan circuitos relacionados con la emoción y el procesamiento de la recompensa. Al mismo tiempo, este estudio reveló que los pacientes bipolares presentan un déficit estructural, en términos de disminución del espesor cortical, en la región temporal inferior, la fusiforme y la parietal. Estas áreas, ligadas a la integración sensitivomotora y al lenguaje, también podrían estar vinculadas con las alteraciones de la percepción de las emociones y de la fluctuación del humor (Hibar et al., 2021).

Finalmente, ciertas alteraciones subcorticales –tales como un aumento de los ventrículos laterales y una disminución del tálamo, del núcleo caudado y de la amígdala– fueron reportadas en pacientes bipolares comparados con controles (Hibar et al., 2016).

Neuropatología de los TB

Mientras los mecanismos neuropatológicos de los TB continúan sin ser esclarecidos por completo, existe evidencia que indica que habría un deterioro de la función neuronal, especialmente en la plasticidad sináptica (Akula et al., 2016).

En una reciente revisión sistemática sobre neuropatología de los TB, Harrison y colaboradores encontraron evidencia que da cuenta de una disminución en la corteza cingulada anterior, de la corteza motora prefrontal y de la amígdala. Más en detalle, se reportó

una disminución del espesor cortical y de la densidad de las células de la glía en la corteza cingulada anterior subgenual, así como una reducción de la densidad neuronal en tres núcleos de la amígdala: el lateral, el basal y el basal accesorio. Por otro lado, también se reportó una disminución de la densidad de neuronas positivas para calbindina (en inglés, *calbindin-positive neurons* o neuronas CB positivas) en algunas capas de la corteza prefrontal. Existe evidencia consistente pero no concluyente respecto de una reducción de las neuronas no piramidales en el hipocampo, especialmente de neuronas positivas para parvalbúmina (en inglés, *parvalbumin-positive neurons* o neuronas PV positivas) (Harrison et al., 2020).

Como en otras patologías psiquiátricas, la gliosis no es una característica del TB, de manera que no es concebido como una enfermedad neurodegenerativa sino, en principio, como un trastorno del neurodesarrollo, aunque la evidencia a favor de esta conclusión surge de los datos epidemiológicos y de la genética funcional más que de la neuropatología (Cotter et al., 2001; Harrison et al., 2020).

Neuroprogresión en los TB

En los últimos años ha habido un interés creciente en los estudios que relacionan los TB y neuroprogresión. Más precisamente, este último es un concepto que engloba cambios biológicos y clínicos que, en teoría, conducen a un deterioro funcional marcado. Las alteraciones observadas en neuroimágenes y en marcadores biológicos (tales como neurotrofinas, procesos inflamatorios y mediadores del estrés oxidativo) son frecuentemente observados como evidencia de la neuroprogresión (Singh et al., 2021).

La neuroprogresión es el resultado de una serie de anormalidades en la actividad inmune, las vías oxidativas y la función mitocondrial, las cuales podrían causar una disfunción neuronal que afecta a la neuroplasticidad, la función sináptica y la señalización neuronal. Así pues, el proceso culmina con la muerte celular (Berk et al., 2011).

Los mecanismos que intervienen en la neuroprogresión podrían contribuir a una alta prevalencia de patologías médicas no psiquiátricas que coexisten con los TB, así como a una muerte prematura (Morris et al., 2019).

El curso y la evolución de los TB son muy variables y no todos los pacientes progresan de la misma forma. Esto es debido a que la neuroprogresión no es la regla en el curso de los TB: mientras que un subgrupo de

pacientes preserva la función cognitiva y la productividad en el transcurso de la enfermedad, otro subgrupo (con diferentes grados de severidad, factores de riesgo, carga genética, factores protectores y factores demográficos) podría presentar una evolución distinta (Kapczinski et al., 2014; Kato, 2019).

El uso de modelos de integración multimodal de datos, como los de aprendizajes automatizados (en inglés, *machine learning*) podrían ayudar a identificar, a través de la combinación de los factores mencionados, la progresión de un subtipo clínico de pacientes en particular. La incorporación de estos modelos de aprendizaje automatizado tendrían un impacto positivo en la implementación de tratamientos personalizados, en la predicción de una evolución desfavorable y, por último, en los desarrollos de nuevas intervenciones destinadas a inhibir los mecanismos involucrados en la neuroprogresión y mejorar la calidad de vida de los pacientes (Passos et al., 2016).

Eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA)

Anormalidades en el eje HPA fueron asociadas con el curso clínico de los TB y podrían contribuir al incremento del riesgo de recaídas, seguidas de intensos eventos estresantes (Belvedere Murriss et al., 2016). Las variaciones descritas en este eje varían dependiendo de la fase clínica de los TB: aunque algunos datos indican que la hiperactividad del eje parece ser más prominente en las fases maníacas de la enfermedad, esta hiperactividad podría persistir durante la fase de remisión. Sin embargo, los datos hallados en la fase depresiva son más contradictorios. Una explicación que justifica esto es la heterogeneidad clínica de la depresión, con altos niveles de cortisol reportados en la melancolía, y niveles normales o bajos de esta hormona en la depresión atípica (Takahashi et al., 2009).

Lee y colaboradores han descrito que ciertos pacientes bipolares con pobre rendimiento cognitivo muestran niveles elevados de cortisol. Por otro lado, algunos familiares de primer grado de pacientes bipolares tienen niveles elevados de cortisona y alteraciones en la respuesta de la prueba de dexametasona/hormona liberadora de corticotropina (prueba DEX/CRH), lo que refuerza la hipótesis de que las alteraciones del eje HPA pueden ser un rasgo predisponente para un trastorno afectivo (Lee et al., 2018; Ellebogem et al., 2006). Los pacientes con TB, particularmente en etapas tardías, presentan un incremento del cortisol salival post dexametasona, seguido de una reducción de receptores de glucocorticoides (ex vivo) y también

de incrementos basales de los niveles de la proteína de unión a FK506 51 (en inglés, *51-binding-protein FK506*), una chaperona que desensibiliza los receptores de glucocorticoides en las células mononucleares periféricas (Fries et al., 2014).

Necesidades no cubiertas en los TB

A pesar de los adelantos en el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos afectivos, muchos de estos avances no alcanzan para resolver todos los requerimientos de los pacientes con TB. Por tanto, surge la urgencia de comprender en profundidad las diversas necesidades no cubiertas y buscar estrategias más precisas para el tratamiento integral de estas patologías. En el siguiente apartado se plantean estas necesidades y sus posibles abordajes.

Identificación de la población en riesgo

Para las patologías psiquiátricas en general, y para los TB en particular, identificar la población que está en riesgo ha sido una tarea históricamente dificultosa (Bauer et al., 2018). La aproximación más útil hasta ahora es el seguimiento de los niños y de los adolescentes que tienen parientes que sufren TB. Sin embargo, todavía es difícil diferenciar los síntomas inespecíficos que pueden presentarse como parte del desarrollo normal de quienes luego padecerán un TB (Hafeman et al., 2016).

Intervenciones tempranas

El objetivo de las intervenciones tempranas apunta a postergar el curso de la enfermedad (Bauer, 2018). Sin embargo, el efecto clínico de estas intervenciones ha sido escasamente investigado. Por lo tanto, existe una real necesidad de llevar a cabo estudios multicéntricos de pacientes con primer episodio de TB y comparar el efecto de los distintos estabilizadores del ánimo –fundamentalmente del litio– en las fases tempranas de la enfermedad. Además, la investigación en intervenciones tempranas no solo debe enfocarse en mejorar el resultado del curso de esta patología sino también disminuir el riesgo de las comorbilidades médicas no psiquiátricas, que son una causa importante de muerte en pacientes bipolares (Kessing, 2015).

Diagnóstico

El 70 % de los pacientes con TB no recibe un tratamiento adecuado durante el primer año desde su primer episodio, y solo el 35 % de ellos había recibido un diagnóstico correcto después de los 10 años (Lish et

al., 1994). Existen verdaderas dificultades en diagnosticar las formas menos graves en los pacientes jóvenes; no obstante, el retraso en el diagnóstico persiste también luego del primer contacto con el servicio de salud. El problema podría persistir ya que el diagnóstico psiquiátrico está basado solo en la clínica y los marcadores biológicos aún no tienen utilidad en la práctica (Fountoulakis, 2017).

Por otro lado, la evidencia reciente sobre los estudios de neuroimágenes –en particular los resultados del consorcio ENIGMA– refleja la existencia de sutiles anormalidades en diversas áreas cerebrales en pacientes con TB. En un futuro, es factible que la combinación de neuroimágenes, estudios genéticos, proteómicos y neurocognitivos puedan ser útiles en la práctica clínica (Machia et al., 2017; Sthal et al., 2017; Hibar et al., 2018).

Tratamiento de la depresión bipolar

Actualmente, el tratamiento de la depresión bipolar constituye un desafío en la práctica clínica diaria. Los pacientes con TB pasan la mayor parte del tiempo en depresión, existen escasos tratamientos para la fase depresiva y el tiempo de remisión es largo.

Cicladores rápidos

Hay poca evidencia respecto del tratamiento de pacientes que son cicladores rápidos. No obstante, la premisa más importante es que los antidepresivos deben ser evitados. En este subgrupo de pacientes, es probable que la monoterapia (ya sea con litio, ácido valproico o lamotrigina) no funcione. Una opción terapéutica podría ser la combinación de fármacos con diferentes mecanismos de acción (Post, 2016; Kemp, 2012; Carvalho et al., 2014).

Predicción de la respuesta al tratamiento

Otro desafío es la predicción de la respuesta terapéutica a través de la medicina personalizada. Recientemente, algunos investigadores han examinado variantes genéticas de riesgo relacionadas con los TB, así como variantes genéticas de riesgo vinculadas con la respuesta al litio. Para esclarecer ciertas cuestiones en el campo de la medicina personalizada, es necesario contemplar nuevos aportes de la estadística y de la ciencia de datos (Kessing et al., 2017).

Signos tempranos de alarma y prevención de recaídas

La habilidad de detectar síntomas prodrómicos y cambios en el comportamiento que predigan el desarrollo de un episodio completo es esencial para: a) la pre-

vención de recaídas; b) evitar las hospitalizaciones; y c) postergar o detener el deterioro cognitivo a largo plazo y la incapacidad (Papovic et al., 2013). Idealmente, la psicoeducación debería combinarse con estrategias destinadas a la detección temprana de las fases prodrómicas. Además, se sugiere aumentar la información sobre los efectos perjudiciales del uso de sustancias ilegales, mejorar la adherencia al tratamiento e incrementar buenos hábitos relacionados con el sueño, la dieta y el ejercicio físico (Breuer et al., 2018).

Eficacia y efectividad de las opciones terapéuticas

Algunos fármacos son eficaces en todas las fases de los TB. En este sentido, es importante mencionar que el litio es el único fármaco que demostró efectividad en todas las fases y a largo plazo, así como en la prevención del suicidio. Teniendo en cuenta que los episodios agudos comprenden un tiempo relativamente corto del total de la enfermedad, es necesario enfocar los esfuerzos de los tratamientos a largo plazo en el contexto de la inclusión de los síntomas subclínicos ya que estos últimos causan un importante deterioro, incapacidad y carga de la enfermedad (Bauer et al., 2010). La identificación de las fluctuaciones anímicas interepisódicas ha sido una de las necesidades clave no cubiertas en el objetivo terapéutico ya que muchos pacientes no presentan episodios de manía y depresión claramente diferenciados (Geddes et al., 2013).

Si bien la mayoría de los tratamientos producen una mejoría en las escalas de evaluación comúnmente usadas, estas gradaciones desatienden otros aspectos importantes de la enfermedad, tales como la discapacidad, la calidad de vida, la carga de la enfermedad y los problemas económicos. La escasa efectividad de las opciones terapéuticas para la depresión bipolar, los cicladores rápidos, los síntomas residuales y el declive funcional impactan sobre la calidad de vida e incrementan la mortalidad por comorbilidades (Morgan et al., 2005).

Hasta la fecha, existe información limitada sobre los tratamientos combinados y en altas dosis. Si bien la polifarmacia es la regla y no la excepción en los TB, los datos sobre esta práctica son débiles. Lo propio ocurre con la utilización de dosis altas de medicamentos, lo cual constituye un hecho habitual en la clínica diaria (Fountoulakis et al., 2016).

Pobre adherencia al tratamiento

La pobre adherencia al tratamiento es uno de los mayores problemas en psiquiatría y está inevitablemente

asociado a resultados poco satisfactorios. Aproximadamente, de uno a dos tercios de los pacientes con TB no son adherentes al tratamiento (Johnson y McFarland, 1996; Murru et al., 2013). Los efectos adversos de los fármacos constituyen uno de los principales motivos por los cuales los pacientes no mantienen los tratamientos farmacoterapéuticos por periodos prolongados. Además, algunos pacientes encuentran que los episodios maníacos o hipomaníacos (fundamentalmente los productivos) son beneficiosos. Al mismo tiempo, la falta de adherencia podría estar asociada al estigma del diagnóstico y de algunas terapias, incluyendo el litio. Por último, es frecuente que los pacientes y sus familiares no comprendan en forma acabada la enfermedad, los objetivos del tratamiento y la necesidad del seguimiento en los servicios que brindan atención específica (Lish et al., 1994).

Fragmentación de los TB

En diversos estudios, los TB no son considerados como un único trastorno sino, más bien, como una patología con fases independientes o separadas, lo cual originó verdaderos problemas para su análisis. Idealmente, las opciones terapéuticas deberían ser probadas para todas las fases y características clínicas de los TB, y aquellas drogas que cuentan con una eficacia comprobada deberían recibir prioridad en estudios clínicos y en esquemas farmacoterapéuticos (Fountoulakis et al., 2016).

Diseños de estudios farmacológicos controlados y aleatorizados poco satisfactorios

Incluir muchas escalas de evaluación en los ensayos clínicos controlados y aleatorizados (en inglés, *randomized controlled trials* o simplemente RCT) entraña o supone un importante problema para completarlos. No obstante, estas escalas deben haber sido probadas para la práctica clínica del día a día. La información no solo debe incluir datos generales sino también características diagnósticas particulares (por ejemplo, polaridad predominante) y especificadores que respondan a un tratamiento determinado. Al mismo tiempo, es deseable la inclusión de resultados más realistas que cuantifiquen el deterioro general, la función cognitiva y la calidad de vida social y ocupacional (Vieta y Cruz, 2012).

Estrategias para disminuir la excesiva mortalidad

En los pacientes bipolares, la expectativa de vida está disminuida entre 8 y 12 años. Las causas de muerte son las comorbilidades asociadas a la enfermedad cardiovascular, la diabetes y la enfermedad pulmonar

obstructiva crónica (Kessing et al., 2015). Asimismo, el tabaco, las drogas ilegales, el alcohol, la baja calidad nutricional en la alimentación, la disminución en la actividad física, los efectos adversos de los fármacos, la disparidad en el acceso al sistema de salud y los factores biológicos (por ejemplo, la aceleración del envejecimiento) incrementan la mortalidad por comorbilidades (Kay-Lambkin et al., 2016; Rizzo et al., 2014). Los futuros estudios en el campo del TB no solo deberán incluir una mejoría en los resultados de esta patología sino también una disminución de la mortalidad debido a las comorbilidades médicas no psiquiátricas (Crump et al., 2013).

Suicidio

Las personas con trastornos del estado de ánimo tienen 10 veces más probabilidad de suicidarse que la población que no sufre enfermedades psiquiátricas. A este respecto, las personas con TB tienen de 15 a 30 veces más riesgo de suicidarse que la población en general, y esto se incrementa con las comorbilidades. Además, el consumo de alcohol es el mayor factor de riesgo de suicidio en pacientes bipolares (Latalova et al., 2014). Por último, el litio ha demostrado tener un significativo efecto antisuicida y debe ser considerado como la primera opción para pacientes con alto riesgo de cometer suicidio (Malhi et al., 2015).

Conflicto de intereses: los autores declaran haber recibido honorarios como consultores, investigadores o conferencistas con el siguiente detalle, Andrea Abadi de Tecnofarma-Asofarma-Raffo; Julián Bustin de Megalabs; Sebastián Camino no refiere; Marcelo Cetkovich-Bakmas, de Abbott, Janssen-Cilag, Pfizer, Raffo, Tecnofarma, Novo-Nordisk, Gador, Lundbeck y GSK; Ricardo Corral Speaker o consultor de Lilly, Novartis, GSK, Janssen, John Wyeth, Roche, Astrazeneca, Gador, Indeco, Roche, Pfizer, Casasco, Bristol Myers, Servier, Bagó, Sanofy Aventis, Pharmastar, Chobet, Baliarda, Lundbeck, Teva y Casasco; Alejo Corrales de Gador, Janssen, Lundbeck, Teva, Bago, Raffo, Glaxo Smith Kline, Baliarda y Casasco y honorarios académicos y de investigación de la Universidad de Aarhus, Dinamarca; Gerardo Garcia Bonetto de Janssen, Lundbeck, Pfizer, Boehringer, Sunovion, Otsuka, Baliarda, Teva y Sunovion. Luis Herbst de Janssen, Astra, Raffo y Gador; Eliana Marengo de Elea; Tomás Maresca de Lilly, Gador, Abbott, Pfizer, Casasco y Novo Nordisk; Carlos Morra de Abbot, Janssen (Johnson & Johnson), Novartis, Lilly, Bristol Myers Squibb, Astrazeneca, Pfizer, GSK, Servier, Lundbeck, Boeringer Ingelheim, Lilly, Novartis,

GSK, Janssen, John Wyeth, Roche, Astrazeneca, Gador, Roche, Pfizer, Casasco, Bristol Myers, Bagó, Chobet, Baliarda, Lundbeck y Teva; Juan Pessio no refiere; Daniel Sotelo de Janssen, GSK y Baliarda; Sergio Strejilevich de Baliardia, Elea, TEVA, GSK, Janssen; Fernando Torrente no refiere; Gustavo Vázquez de AbbVie, Allergan, CANMAT, Elea/Phoenix, Eurofarma, Gador, Janssen, Lundbeck, NeonMind Biosciences, Tecnofarma, Raffo, Otsuka, Psicofarma y Sunovion, y subvenciones para investigación de CAN-BIND, CIHR, PCH, KHSC y Queen's University; Juan José Vilapriño de Janssen, Lundbeck, Raffo, Baliarda, Gador, Pfizer, Pharmadorf y Bago; Manuel Vilapriño de Janssen, Lundbeck, Raffo, Baliarda, Gador y Montpellier.

Agradecimientos: los autores agradecen especialmente a la Mgtr. Amalia Beatriz Dellamea y al Dr. Diego Canseco, por sus aportes como editores científicos.

Referencias bibliográficas

- Adler, C., Strawosky, S. (2003). Boundaries of schizophrenia. *Psychiatr Clin N Am*, 26 1–23.
- Akiskal, H. S., & Pinto, O. (1999). The evolving bipolar spectrum: Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(3), 517–534. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70093-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70093-9)
- Akiskal, H. S., Walker, P., Puzantian, V. R., King, D., Rosenthal, T. L., & Dronon, M. (1983). Bipolar outcome in the course of depressive illness. Phenomenologic, familial, and pharmacologic predictors. *Journal of Affective Disorders*, 5(2), 115–128. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(83\)90004-6](https://doi.org/10.1016/0165-0327(83)90004-6)
- Akula, N., Wendland, J. R., Choi, K. H., & McMahon, F. J. (2016). An Integrative Genomic Study Implicates the Postsynaptic Density in the Pathogenesis of Bipolar Disorder. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 41(3), 886–895. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.218>.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (3rd ed., revised). American psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Sección II*, (123-150). 5ª Ed. Médica Panamericana.
- Angst, J., Gamma, A., Benazzi, F., Ajdacic, V., Eich, D., & Rössler, W. (2003). Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: Epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *Journal of Affective Disorders*, 73(1–2), 133–146. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00322-1](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00322-1)
- Bahji, A., Ermacora, D., Stephenson, C., Hawken, E. R., & Vázquez, G. (2020). Comparative efficacy and tolerability of pharmacological treatments for the treatment of acute bipolar depression: a systematic review and network meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 269, 154-184.
- Barbuti, M., Pacchiarotti, I., Vieta, E., Azorin, J. M., Angst, J., Bowden, C. L., Mosolov, S., Young, A. H., & Perugi, G. (2017). Antidepressant-induced hypomania/mania in patients with major depression: Evidence from the BRIDGE-II-MIX study. *Journal of Affective Disorders*, 219, 187–192. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2017.05.035>
- Barichello, T., Giridharan, V. V., Bhatti, G., Sayana, P., Doifode, T., Macedo, D., & Quevedo, J. (2021). Inflammation as a Mechanism of Bipolar Disorder Neuroprogression. *Current topics in behavioral neurosciences*, 48, 215–237. https://doi.org/10.1007/7854_2020_173.
- Barroilhet, S. A., Ghaemi, S. N. (2020). Psychopathology of Mixed States. *Psychiatr Clin North Am*, 43(1), 27-46.

- Bauer, M., Andreassen, O. A., Geddes, J. R., Vedel Kessing, L., Lewitzka, U., Schulze, T. G., & Vieta, E. (2018). Areas of uncertainties and unmet needs in bipolar disorders: clinical and research perspectives. *The lancet. Psychiatry*, 5(11), 930–939. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30253-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30253-0)
- Bauer, M., Andreassen, O. A., Geddes, J. R., Vedel Kessing, L., Lewitzka, U., Schulze, T. G., & Vieta, E. (2018). Areas of uncertainties and unmet needs in bipolar disorders: clinical and research perspectives. *The lancet. Psychiatry*, 5(11), 930–939. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30253-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30253-0)
- Bauer, M., Glenn, T., Grof, P., Schmid, R., Pfennig, A., & Whybrow, P. C. (2010). Subsyndromal mood symptoms: a useful concept for maintenance studies of bipolar disorder? *Psychopathology*, 43(1), 1–7. <https://doi.org/10.1159/000255957>
- Bebbington, P., Ramana, R. (1995). The epidemiology of bipolar affective disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 30: 279–292.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561–571.
- Belosludtsev, K. N., Dubinin, M. V., Belosludtseva, N. V., & Mironova, G. D. (2019). Mitochondrial Ca²⁺ Transport: Mechanisms, Molecular Structures, and Role in Cells. *Biochemistry. Biokhimiia*, 84(6), 593–607. <https://doi.org/10.1134/S0006297919060026>
- Belvederi Murri, M., Prestia, D., Mondelli, V., Pariante, C., Patti, S., Olivieri, B., Arzani, C., Masotti, M., Respiro, M., Antonioli, M., Vassallo, L., Serafini, G., Perna, G., Pompili, M., & Amore, M. (2016). The HPA axis in bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 63, 327–342. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.10.014>
- Benaberre A, et al. (2001). Trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo y esquizofrenia: diferencias epidemiológicas clínicas y de pronóstico. *Eur Psychiatry Ed. Esp.*; 8: 311–317.
- Berk, M., Hallam, K., Malhi, G. S., Henry, L., Hasty, M., MacNeil, C., Yucel, M., Pantelis, C., Murphy, B., Vieta, E., Dodd, S., & McGorry, P. D. (2010). Evidence and implications for early intervention in bipolar disorder. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 19(2), 113–126. <https://doi.org/10.3109/09638230903469111>
- Berk, M., Kapczinski, F., Andreazza, A. C., Dean, O. M., Giorlando, F., Maes, M., Yücel, M., Gama, C. S., Dodd, S., Dean, B., Magalhães, P. V., Amminger, P., McGorry, P., & Malhi, G. S. (2011). Pathways underlying neuroprogression in bipolar disorder: focus on inflammation, oxidative stress and neurotrophic factors. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 35(3), 804–817. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.10.001>
- Bessonova, L., Ogden, K., Doane, M. J., O'Sullivan, A.K., Tohen, M. (2020). The Economic Burden of Bipolar Disorder in the United States: A Systematic Literature Review. *Clinico Econ Outcomes Res*. Sep 7;12:481–497.
- Betts, K. S., Williams, G. M., Najman, J. M., & Alati, R. (2016). Predicting spectrums of adult mania, psychosis and depression by prospectively ascertained childhood neurodevelopment. *Journal of Psychiatric Research*, 72, 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.10.013>
- Blanco, C., Compton, W. M., Saha, T.D. (2017). Epidemiology of DSM-5 bipolar I disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions - III. *J Psychiatr Res*; 84: 310–317.
- Brown, N. C., Andreazza, A. C., & Young, L. T. (2014). An updated meta-analysis of oxidative stress markers in bipolar disorder. *Psychiatry research*, 218(1-2), 61–68. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.005>
- Carvalho, A. F., Dimellis, D., Gonda, X., Vieta, E., McIntyre, R. S., & Fountoulakis, K. N. (2014). Rapid cycling in bipolar disorder: a systematic review. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(6), e578–e586. <https://doi.org/10.4088/JCP.13r08905>
- Cassidy, F., Ahearn, E., & Carroll, B. J. (1999). Elevated frequency of diabetes mellitus in hospitalized manic-depressive patients. *The American journal of psychiatry*, 156(9), 1417–1420. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.9.1417>
- Cataldo, A. M., McPhie, D. L., Lange, N. T., Punzell, S., Elmiligy, S., Ye, N. Z., Fromowitz, M. P., Hassinger, L. C., Menesale, E. B., Sargent, L. W., Logan, D. J., Carpenter, A. E., & Cohen, B. M. (2010). Abnormalities in mitochondrial structure in cells from patients with bipolar disorder. *The American journal of pathology*, 177(2), 575–585. <https://doi.org/10.2353/ajpath.2010.081068>
- Charoenngam, N., Ponvilawan, B., & Ungprasert, P. (2019). Patients with rheumatoid arthritis have a higher risk of bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 282, 112484. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112484>
- Ching, C. R. K., Hibar, D. P., Gurholt, T. P., Nunes, A., Thomopoulos, S. I., Abé, C., Agartz, I., Brouwer, R. M., Cannon, D. M., de Zwart, S. M. C., Eyley, L. T., Favre, P., Hajek, T., Haukvik, U. K., Houenou, J., Landén, M., Lett, T. A., McDonald, C., Nabulsi, L., Patel, Y., ... ENIGMA Bipolar Disorder Working Group (2022). What we learn about bipolar disorder from large-scale neuroimaging: Findings and future directions from the ENIGMA Bipolar Disorder Working Group. *Human brain mapping*, 43(1), 56–82. <https://doi.org/10.1002/hbm.25098>
- Clay, H. B., Sullivan, S., & Konradi, C. (2011). Mitochondrial dysfunction and pathology in bipolar disorder and schizophrenia. *International journal of developmental neuroscience : the official journal of the International Society for Developmental Neuroscience*, 29(3), 311–324. <https://doi.org/10.1016/j.ijdevneu.2010.08.007>
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., García-García, M., Reinares, M., Torrent, C., ... & Salamero, M. (2002). Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la Escala de Young. *Medicina Clínica*, 119(10), 366–371.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., Torrent, C., Comes, M., Corbella, B., Parramon, G., & Corominas, J. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of general psychiatry*, 60(4), 402–407. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.4.402>
- Corrales, A., Cetkovich-Bakmas, M., Corral, R., García Bonetto, G., Herbst, L., Lupo, C., Morra, C., Mosca, D., Strejilevich, S., Vilapriño, J. J., Vilapriño, M., Vázquez, G. (2020). Consenso Argentino sobre el diagnóstico y tratamiento del Trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento (DRT). *Vertex Rev Arg de Psiquiatr, Volumen XXXI, Suplemento especial segundo semestre 2020*.
- Corrales, A., Vilapriño Duprat, M., Benavente Pinto, C., Garay, C., Corral, R., Gargoloff, P. R., Goldchluk, A., Hönig, G., Jufe, G., Lamaison, F., Leiderman, E. A., Morra, C., Rebok, F., & Gargoloff, P. D. (2021). Consenso argentino sobre diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia resistente al tratamiento [Argentine consensus on the diagnosis and therapeutics of treatment resistant schizophrenia]. *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*, XXXI(154), 49–85. <https://doi.org/10.53680/vertex.v32i154.119>
- Cotter, D. R., Pariante, C. M., & Everall, I. P. (2001). Glial cell abnormalities in major psychiatric disorders: the evidence and implications. *Brain research bulletin*, 55(5), 585–595. [https://doi.org/10.1016/s0361-9230\(01\)00527-5](https://doi.org/10.1016/s0361-9230(01)00527-5)
- Crump, C., Sundquist, K., Winkleby, M. A., & Sundquist, J. (2013). Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA psychiatry*, 70(9), 931–939. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1394>
- Cunha, A. B., Frey, B. N., Andreazza, A. C., Goi, J. D., Rosa, A. R., Gonçalves, C. A., Santin, A., & Kapczinski, F. (2006). Serum brain-derived neurotrophic factor is decreased in bipolar disorder during depressive and manic episodes. *Neuroscience letters*, 398(3), 215–219. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2005.12.085>
- Czerski, P. M., Rybakowski, F., Kapelski, P., Rybakowski, J. K., Dmitrzak-Weglarz, M., Leszczyńska-Rodziewicz, A., Słopiński, A., Skibińska, M., Kaczmarekiewicz-Fass, M., & Hauser, J. (2008). Association of tumor necrosis factor -308G/A promoter polymorphism with schizophrenia and bipolar affective disorder in a Polish population. *Neuropsychobiology*, 57(1-2), 88–94. <https://doi.org/10.1159/000135642>
- De Sousa, R. T., van de Bilt, M. T., Diniz, B. S., Ladeira, R. B., Portela, L. V., Souza, D. O., Forlenza, O. V., Gattaz, W. F., & Machado-Vieira, R. (2011). Lithium increases plasma brain-derived neurotrophic factor in acute bipo-

- lar mania: a preliminary 4-week study. *Neuroscience letters*, 494(1), 54–56. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2011.02.054>
- Eaton, W. W., Pedersen, M. G., Nielsen, P. R., & Mortensen, P. B. (2010). Autoimmune diseases, bipolar disorder, and non-affective psychosis. *Bipolar disorders*, 12(6), 638–646. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2010.00853.x>
- Egeland, J. A., Endicott, J., Hostetter, A. M., Allen, C. R., Pauls, D. L., & Shaw, J. A. (2012). A 16-year prospective study of prodromal features prior to BPI onset in well Amish children. *Journal of Affective Disorders*, 142(1–3), 186–192. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.023>
- Eisner, L. R., Johnson, S. L., Youngstrom, E. A., & Pearlstein, J. G. (2017). Simplifying profiles of comorbidity in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 220, 102–107. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.045>
- Ellenbogen, M. A., Hodgins, S., Walker, C. D., Couture, S., & Adam, S. (2006). Daytime cortisol and stress reactivity in the offspring of parents with bipolar disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 31(10), 1164–1180. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2006.08.004>
- Föcking, M., Dicker, P., Lopez, L. M., Hryniewiecka, M., Wynne, K., English, J. A., Cagney, G., & Cotter, D. R. (2016). Proteomic analysis of the postsynaptic density implicates synaptic function and energy pathways in bipolar disorder. *Translational psychiatry*, 6(11), e959. <https://doi.org/10.1038/tp.2016.224>
- Fountoulakis, K. N., Vieta, E., Young, A., Yatham, L., Grunze, H., Blier, P., Moeller, H. J., & Kasper, S. (2017). The International College of Neuropsychopharmacology (CINP) Treatment Guidelines for Bipolar Disorder in Adults (CINP-BD-2017), Part 4: Unmet Needs in the Treatment of Bipolar Disorder and Recommendations for Future Research. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 20(2), 196–205. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyw072>
- Fountoulakis, K. N., Young, A., Yatham, L., Grunze, H., Vieta, E., Blier, P., Moeller, H. J., & Kasper, S. (2017). The International College of Neuropsychopharmacology (CINP) Treatment Guidelines for Bipolar Disorder in Adults (CINP-BD-2017), Part 1: Background and Methods of the Development of Guidelines. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 20(2), 98–120. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyw091>
- Fries, G. R., Vasconcelos-Moreno, M. P., Gubert, C., dos Santos, B. T., Sartori, J., Eisele, B., Ferrari, P., Fijtman, A., Rüegg, J., Gassen, N. C., Kapczynski, F., Rein, T., & Kauer-Sant'Anna, M. (2014). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction and illness progression in bipolar disorder. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 18(1), pyu043. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyu043>
- Fukumoto, T., Morinobu, S., Okamoto, Y., Kagaya, A., & Yamawaki, S. (2001). Chronic lithium treatment increases the expression of brain-derived neurotrophic factor in the rat brain. *Psychopharmacology*, 158(1), 100–106. <https://doi.org/10.1007/s002130100871>
- Geddes, J. R., & Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *Lancet (London, England)*, 381(9878), 1672–1682. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60857-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60857-0)
- Geddes, J. R., Cipriani, A., & Horne, R. (2014). Communicating the harmful effects of medicines. *BMJ (Clinical research ed.)*, 348, g4047. <https://doi.org/10.1136/bmj.g4047>
- Gershon, E. S., Hamovit, J., Guroff, J. J., Dibble, E., Leckman, J. F., Sceery, W., Targum, S. D., Nurnberger, J. L., Goldin, L. R., & Bunney, W. E. (1982). A Family Study of Schizoaffective, Bipolar I, Bipolar II, Unipolar, and Normal Control Proband. *Archives of General Psychiatry*, 39(10), 1157–1167. <https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.1982.04290100031006>
- Ghaemi, S. N., Miller, C. J., Berv, D. A., Klugman, J., Rosenquist, K. J., & Pies, R. W. (2005). Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. *Journal of affective disorders*, 84(2–3), 273–277.
- Ghaemi, S. N., Wingo, A. P., Filkowski, M. A., & Baldessarini, R. J. (2008). Long-term antidepressant treatment in bipolar disorder: meta-analyses of benefits and risks. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(5), 347–356. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01257.X>
- Ghaemi, S. N. (2013). Bipolar spectrum: A review of the concept and a vision for the future. *Psychiatry Investigation*, 10(3), 218–224. <https://doi.org/10.4306/pi.2013.10.3.218>
- Godman, B., Grobler, C., Van-De-Lisle, M., Wale, J., Barbosa, W. B., Masseur, A., Opondo, P., Petrova, G., Tachkov, K., Sefah, I., Abdulsalim, S., Alrasheedy, A. A., Unnikrishnan, M. K., Garuoliene, K., Bamitale, K., Kibuule, D., Kalemeera, F., Fadare, J., Khan, T. A., Hussain, S., ... Barbui, C. (2019). Pharmacotherapeutic interventions for bipolar disorder type II: addressing multiple symptoms and approaches with a particular emphasis on strategies in lower and middle-income countries. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 20(18), 2237–2255. <https://doi.org/10.1080/14656566.2019.1684473>
- Gordovez, F., & McMahon, F. J. (2020). The genetics of bipolar disorder. *Molecular psychiatry*, 25(3), 544–559. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0634-7>
- Grunze, H., & Cetkovich-Bakmas, M. (2021). "Apples and pears are similar, but still different things." Bipolar disorder and schizophrenia- discrete disorders or just dimensions? *Journal of affective disorders*, 290, 178–187. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.064>
- Guy, W. (1976). ECDEU assessment manual for psychopharmacology. US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs.
- Hafeman, D. M., Merranko, J., Axelson, D., Goldstein, B. I., Goldstein, T., Monk, K., Hickey, M. B., Sakolsky, D., Diler, R., Iyengar, S., Brent, D., Kupfer, D., & Birmaher, B. (2016). Toward the Definition of a Bipolar Prodrome: Dimensional Predictors of Bipolar Spectrum Disorders in At-Risk Youths. *The American Journal of Psychiatry*, 173(7), 695–704. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2015.15040414>
- Hajek, T., Bauer, M., Simhandl, C., Rybakowski, J., O'Donovan, C., Pfennig, A., König, B., Suwalska, A., Yucel, K., Uher, R., Young, L. T., MacQueen, G., & Alda, M. (2014). Neuroprotective effect of lithium on hippocampal volumes in bipolar disorder independent of long-term treatment response. *Psychological medicine*, 44(3), 507–517. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001165>
- Hajek, T., Cullis, J., Novak, T., Kopecek, M., Höschl, C., Blagdon, R., O'Donovan, C., Bauer, M., Young, L. T., MacQueen, G., & Alda, M. (2012). Hippocampal volumes in bipolar disorders: opposing effects of illness burden and lithium treatment. *Bipolar disorders*, 14(3), 261–270. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2012.01013.x>
- Hamdani, N., Doukhan, R., Kurtlucan, O., Tamouza, R., & Leboyer, M. (2013). Immunity, inflammation, and bipolar disorder: diagnostic and therapeutic implications. *Current psychiatry reports*, 15(9), 387. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0387-y>
- Harrison, P. J. (2002). The neuropathology of primary mood disorder. *Brain: a journal of neurology*, 125(Pt 7), 1428–1449. <https://doi.org/10.1093/brain/awf149>
- Harrison, P. J., Colbourne, L., Harrison, C. H. (2020). The neuropathology of bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry*, 25(8):1787–1808. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0213-3>
- Hibar, D. P., Westlye, L. T., Doan, N. T., Jahanshad, N., Cheung, J. W., Ching, C., Versace, A., Bilderbeck, A. C., Uhlmann, A., Mwangi, B., Krämer, B., Overs, B., Hartberg, C. B., Abé, C., Dima, D., Grotegerd, D., Sprooten, E., Boen, E., Jimenez, E., Howells, F. M., ... Andreassen, O. A. (2018). Cortical abnormalities in bipolar disorder: an MRI analysis of 6503 individuals from the ENIGMA Bipolar Disorder Working Group. *Molecular psychiatry*, 23(4), 932–942. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.73>
- Hibar, D. P., Westlye, L. T., van Erp, T. G., Rasmussen, J., Leonardo, C. D., Faskowitz, J., Haukvik, U. K., Hartberg, C. B., Doan, N. T., Agartz, I., Dale, A. M., Gruber, O., Krämer, B., Trost, S., Liberg, B., Abé, C., Ekman, C. J., Ingvar, M., Landén, M., Fears, S. C., ... Andreassen, O. A. (2016). Subcortical volumetric abnormalities in bipolar disorder. *Molecular psychiatry*, 21(12), 1710–1716. <https://doi.org/10.1038/mp.2015.227>
- Hibar, D. P., Westlye, L. T., van Erp, T. G., Rasmussen, J., Leonardo, C. D., Faskowitz, J., Haukvik, U. K., Hartberg, C. B., Doan, N. T., Agartz, I., Dale, A. M., Gruber, O., Krämer, B., Trost, S., Liberg, B., Abé, C., Ekman, C. J.,

- Ingvar, M., Landén, M., Fears, S. C., ... Andreassen, O. A. (2016). Subcortical volumetric abnormalities in bipolar disorder. *Molecular psychiatry*, 21(12), 1710–1716. <https://doi.org/10.1038/mp.2015.227>
- Hill, S. K., Reilly, J. L., Keefe, R. S., Gold, J. M., Bishop, J. R., Gershon, E. S., Tammimga, C. A., Pearlson, G. D., Keshavan, M. S., & Sweeney, J. A. (2013). Neuropsychological impairments in schizophrenia and psychotic bipolar disorder: findings from the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP) study. *The American journal of psychiatry*, 170(11), 1275–1284. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12101298>
- Hirschfeld, R. M., Williams, J. B., Spitzer, R. L., Calabrese, J. R., Flynn, L., Keck, P. E., Jr, Lewis, L., McElroy, S. L., Post, R. M., Rappaport, D. J., Russell, J. M., Sachs, G. S., & Zajecka, J. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *The American journal of psychiatry*, 157(11), 1873–1875. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.11.1873>
- Hjorthøj, C., Østergaard, M. L., Benros, M. E., Toftdahl, N. G., Erlangsen, A., Andersen, J. T., & Nordentoft, M. (2015). Association between alcohol and substance use disorders and all-cause and cause-specific mortality in schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression: a nationwide, prospective, register-based study. *The lancet. Psychiatry*, 2(9), 801–808. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00207-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00207-2)
- Hochberger, W. C., Combs, T., Reilly, J. L., Bishop, J. R., Keefe, R. S. E., Clementz, B. A., Keshavan, M. S., Pearlson, G. D., Tamminga, C. A., Hill, S. K., & Sweeney, J. A. (2018). Deviation from expected cognitive ability across psychotic disorders. *Schizophrenia research*, 192, 300–307. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.05.019>
- Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Abel, M. B., Øhlenschläger, J., Christensen, T., Krarup, G., Jørgensen, P., & Nordentoft, M. (2008). The association between pre-morbid adjustment, duration of untreated psychosis and outcome in first-episode psychosis. *Psychological Medicine*, 38(8), 1157–1166. <https://doi.org/10.1017/S003329170800344>
- Johnson, K. R., & Johnson, S. L. (2014). Cross-national prevalence and cultural correlates of bipolar I disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(7), 1111–1117. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0797-5>
- Joyce, K., Thompson, A., & Marwaha, S. (2016). Is treatment for bipolar disorder more effective earlier in illness course? A comprehensive literature review. *International journal of bipolar disorders*, 4(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s40345-016-0060-6>
- Kapczinski, F., Frey, B. N., Kauer-Sant'Anna, M., & Grassi-Oliveira, R. (2008). Brain-derived neurotrophic factor and neuroplasticity in bipolar disorder. *Expert review of neurotherapeutics*, 8(7), 1101–1113. <https://doi.org/10.1586/14737175.8.7.1101>
- Kapczinski, F., Magalhães, P. V., Balanzá-Martinez, V., Dias, V. V., Frangou, S., Gama, C. S., Gonzalez-Pinto, A., Grande, I., Ha, K., Kauer-Sant'Anna, M., Kunz, M., Kupka, R., Leboyer, M., Lopez-Jaramillo, C., Post, R. M., Rybakowski, J. K., Scott, J., Strejilevitch, S., Tohen, M., Vazquez, G., ... Berk, M. (2014). Staging systems in bipolar disorder: An International Society for Bipolar Disorders Task Force Report. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 130(5), 354–363. <https://doi.org/10.1111/acps.12305>
- Kato T. (2019). Current understanding of bipolar disorder: Toward integration of biological basis and treatment strategies. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 73(9), 526–540. <https://doi.org/10.1111/pcn.12852>
- Kay-Lambkin, F. J., Thornton, L., Lappin, J. M., Hanstock, T., Sylvia, L., Jacca, F., Baker, A. L., Berk, M., Mitchell, P. B., Callister, R., Rogers, N., Webster, S., Dennis, S., Oldmeadow, C., MacKinnon, A., Doran, C., Turner, A., & Hunt, S. (2016). Study protocol for a systematic review of evidence for lifestyle interventions targeting smoking, sleep, alcohol/other drug use, physical activity, and healthy diet in people with bipolar disorder. *Systematic reviews*, 5(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0282-9>
- Kemp, D. E., Gao, K., Fein, E. B., Chan, P. K., Conroy, C., Obral, S., Ganocy, S. J., & Calabrese, J. R. (2012). Lamotrigine as add-on treatment to lithium and divalproex: lessons learned from a double-blind, placebo-controlled trial in rapid-cycling bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 14(7), 780–789. <https://doi.org/10.1111/bdi.12013>
- Chen, C. K., Lee, C. Y., Lee, Y., Hung, C. F., Huang, Y. C., Lee, S. Y., Huang, M. C., Chong, M. Y., Chen, Y. C., & Wang, L. J. (2018). Could schizoaffective disorder, schizophrenia and bipolar I disorder be distinguishable using cognitive profiles? *Psychiatry research*, 266, 79–84. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.062>
- Kessing, L. V., Munkholm, K., Faurholt-Jepsen, M., Miskowiak, K. W., Nielsen, L. B., Frikke-Schmidt, R., Ekstrøm, C., Winther, O., Pedersen, B. K., Poulsen, H. E., McIntyre, R. S., Kapczinski, F., Gattaz, W. F., Bardram, J., Frost, M., Mayora, O., Knudsen, G. M., Phillips, M., & Vinberg, M. (2017). The Bipolar Illness Onset study: research protocol for the BIO cohort study. *BMJ open*, 7(6), e015462. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015462>
- Kessing, L. V., Vradi, E., & Andersen, P. K. (2015). Life expectancy in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 17(5), 543–548. <https://doi.org/10.1111/bdi.12296>
- Kessing, L. V., Vradi, E., McIntyre, R. S., & Andersen, P. K. (2015). Causes of decreased life expectancy over the life span in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 180, 142–147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.027>
- Kim W, Kim H, Citrome L, Akiskal HS, Goffin KC, Miller S, Holtzman JN, Hooshmand F, Wang P. W., Hill, S. J., Ketter, T. A. (2016). More inclusive bipolar mixed depression definitions by requiring fewer non-overlapping mood elevation symptoms. *Acta Psychiatr Scand*, 134(3), 189–198.
- Kleine-Budde, K., Touil, E., Moock, J., Bramesfeld, A., Kawohl, W., Rössler, W. (2014). Cost of illness for bipolar disorder: a systematic review of the economic burden. *Bipolar Disord*, 16, 337–53.
- Knijff, E. M., Breunis, M. N., Kupka, R. W., de Wit, H. J., Ruwhof, C., Akkerhuis, G. W., Nolen, W. A., & Drexhage, H. A. (2007). An imbalance in the production of IL-1beta and IL-6 by monocytes of bipolar patients: restoration by lithium treatment. *Bipolar disorders*, 9(7), 743–753. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00444.x>
- Koppman A. Sobre el diagnóstico de bipolaridad. *Rev. Med. Clin. Condes - 2012*; 23(5) 543-551.
- Koukopoulos, A., Albert, M. J., Sani, G., Koukopoulos, A. E., & Girardi, P. (2005). Mixed depressive states: Nosologic and therapeutic issues. *International Review of Psychiatry*, 17(1), 21–37. <https://doi.org/10.1080/09540260500064744>
- Koukopoulos, A., Sani, G., Koukopoulos, A. E., Manfredi, G., Pacchiarotti, I., & Girardi, P. (2007). Melancholia agitata and mixed depression. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 115(433), 50–57. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.00963.x>
- Kraepelin, E. (2012). *La locura Maníaco Depresiva*. Edición Alienistas del Pisuerga, 51-70.
- Kroon, J. S., Wohlfarth, T. D., Dieleman, J., Sutherland, A. L., Storosum, J. G., Denys, D., de Haan, L., & Sturkenboom, M. C. (2013). Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: a population-based cohort study. *Bipolar disorders*, 15(3), 306–313. <https://doi.org/10.1111/bdi.12058>
- Latalova, K., Kamaradova, D., & Prasko, J. (2014). Suicide in bipolar disorder: a review. *Psychiatria Danubina*, 26(2), 108–114.
- Laursen, T. M., Munk-Olsen, T., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2007). Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, 68(6), 899–907. <https://doi.org/10.4088/jcp.v68n0612>
- Lee, H. H., Chang, C. H., Wang, L. J., Wu, C. C., Chen, H. L., Lu, T., Lu, R. B., & Lee, S. Y. (2018). The correlation between longitudinal changes in hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA)-axis activity and changes in neurocognitive function in mixed-state bipolar II disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 14, 2703–2713. <https://doi.org/10.2147/NDT.S173616>
- Leonhard, K., & Robins, E. (1979). *The classification of endogenous psychoses*. 5th edition, Halsted Press; 452.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., Baró, E., & Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP). (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica*, 118(13), 493-499.

- Machado-Vieira, R., Dietrich, M. O., Leke, R., Cereser, V. H., Zanatto, V., Kapczinski, F., Souza, D. O., Portela, L. V., & Gentil, V. (2007). Decreased plasma brain derived neurotrophic factor levels in unmedicated bipolar patients during manic episode. *Biological psychiatry*, 61(2), 142–144. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.070>
- Maier, W., et al. (2006). Schizophrenia and bipolar disorder: differences and overlaps. *Curr Opin Psychiatry*, 19:165–170.
- Malhi, G. S. (2015). Lithium therapy in bipolar disorder: a balancing act? *Lancet* (London, England), 386(9992), 415–416. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62123-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62123-1)
- Malhi, G. S., Das, P., Gessler, D., Outhred, T., & Fritz, K. (2015). The mixed features of DSM-5. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 49(9), 842–843. <https://doi.org/10.1177/0004867415602069>
- Malhi, G. S., Irwin, L., Hamilton, A., Morris, G., Boyce, P., Mulder, R., & Porter, R. J. (2018). Modelling mood disorders: An ACE solution? *Bipolar disorders*, 20 Suppl 2, 4–16. <https://doi.org/10.1111/bdi.12700>
- Malhi, G. S., Outhred, T., & Irwin, L. (2019). Bipolar II Disorder Is a Myth. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 64(8), 531–536. <https://doi.org/10.1177/0706743719847341>
- Manchia, M., Vieta, E., Smeland, O. B., Altimus, C., Bechdolf, A., Bellivier, F., Bergink, V., Fagiolini, A., Geddes, J. R., Hajek, T., Henry, C., Kupka, R., Lagerberg, T. V., Licht, R. W., Martinez-Cengotitabengoa, M., Morken, G., Nielsen, R. E., Pinto, A. G., Reif, A., Rietschel, M., ... European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) Bipolar Disorders Network (2020). Translating big data to better treatment in bipolar disorder - a manifesto for coordinated action. *European Neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 36, 121–136. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.05.006>
- Goodwin, F. K., & Jamison K. R. (2007). *Manic-Depressive Illness. Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. 2nd Edition. Oxford University Press.
- Martínez-Arán, A., Goodwin G. M., Vieta, E. (2001). El mito de la ausencia de disfunciones cognitivas en el Trastorno Bipolar. En *Trastorno Bipolares: avances clínicos y terapéuticos*. Panamericana.
- McGuffin, P., Rijdsdijk, F., Andrew, M., Sham, P., Katz, R., & Cardno, A. (2003). The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. *Archives of General Psychiatry*, 60(5), 497–502. <https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.60.5.497>
- McIntyre, R. S., Berk, M., Brietzke, E., Goldstein, B. I., López-Jaramillo, C., Kessing, L. V., Malhi, G. S., Nierenberg, A. A., Rosenblat, J. D., Majeed, A., Vieta, E., Vinberg, M., Young, A. H., & Mansur, R. B. (2020). *Bipolar disorders. Lancet* (London, England), 396(10265), 1841–1856. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31544-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31544-0)
- McIntyre, R. S., & Calabrese, J. R. (2019). Bipolar depression: the clinical characteristics and unmet needs of a complex disorder. *Current medical research and opinion*, 35(11), 1993–2005.
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of general psychiatry*, 64(5), 543–552. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.543>
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M. C., Andrade, L. H., Hu, C., Karam, E. G., Ladea, M., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J. E., & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry*, 68(3), 241–251. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12>
- Mesman, E., Nolen, W. A., Reichart, C. G., Wals, M., & Hillegers, M. H. J. (2013). The Dutch bipolar offspring study: 12-year follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 170(5), 542–549. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2012.12030401>
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. A. R. I. E. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British journal of psychiatry*, 134(4), 382–389.
- Morgan, V. A., Mitchell, P. B., & Jablensky, A. V. (2005). The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Bipolar disorders*, 7(4), 326–337. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00229.x>
- Morris, G., Puri, B. K., Walker, A. J., Maes, M., Carvalho, A. F., Bortolasci, C. C., Walder, K., & Berk, M. (2019). Shared pathways for neuroprogression and somatoprogession in neuropsychiatric disorders. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 107, 862–882. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.025>
- Müller, J. K., & Leweke, F. M. (2016). Bipolar disorder: clinical overview. *Klinik bipolarer Erkrankungen. Medizinische Monatsschrift für Pharmazeuten*, 39(9), 363–369.
- Mullins, N., Forstner, A. J., O'Connell, K. S., Coombes, B., Coleman, J., Qiao, Z., Als, T. D., Bigdeli, T. B., Børte, S., Bryois, J., Charney, A. W., Drange, O. K., Gandal, M. J., Hagenaars, S. P., Ikeda, M., Kamitaki, N., Kim, M., Krebs, K., Panagiotaropoulou, G., Schilder, B. M., ... Andreassen, O. A. (2021). Genome-wide association study of more than 40,000 bipolar disorder cases provides new insights into the underlying biology. *Nature genetics*, 53(6), 817–829. <https://doi.org/10.1038/s41588-021-00857-4>
- Nelson, J. C., & Papakostas, G. I. (2009). Atypical antipsychotic augmentation in major depressive disorder: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *The American Journal of Psychiatry*, 166(9), 980–991. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2009.09030312>
- Nowrouzi, B., McIntyre, R. S., MacQueen, G., Kennedy, S. H., Kennedy, J. L., Ravindran, A., Yatham, L., & De Luca, V. (2016). Admixture analysis of age at onset in first episode bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 201, 88–94. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.006>
- Pacchiarotti, I., Kotzalidis, G. D., Murre, A., Mazzarini, L., Rapinesi, C., Valenti, M., Anmella, G., Gomes-da-Costa, S., Gimenez, A., Llach, C., Perugi, G., Vieta, E., & Verdolini, N. (2020). Mixed Features in Depression: The Unmet Needs of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. *The Psychiatric clinics of North America*, 43(1), 59–68. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.10.006>
- Pacchiarotti, I., Bond, D. J., Baldessarini, R. J., Nolen, W. A., Grunze, H., Licht, R. W., Post, R. M., Berk, M., Goodwin, G. M., Sachs, G. S., Tondo, L., Findling, R. L., Youngstrom, E. A., Tohen, M., Undurraga, J., González-Pinto, A., Goldberg, J. F., Yildiz, A., Altshuler, L. L., ... Vieta, E. (2013). The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) task force report on antidepressant use in bipolar disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 170(11), 1249–1262. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2013.13020185>
- Padmos, R. C., Hillegers, M. H., Knijff, E. M., Vonk, R., Bouvy, A., Staal, F. J., de Ridder, D., Kupka, R. W., Nolen, W. A., & Drexhage, H. A. (2008). A discriminating messenger RNA signature for bipolar disorder formed by an aberrant expression of inflammatory genes in monocytes. *Archives of general psychiatry*, 65(4), 395–407. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.4.395>
- Passos, I. C., Mwangi, B., Vieta, E., Berk, M., & Kapczinski, F. (2016). Areas of controversy in neuroprogression in bipolar disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 134(2), 91–103. <https://doi.org/10.1111/acps.12581>
- Perris, C. (1966). A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. Introduction. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 194, 9–14. <https://europepmc.org/article/med/5229234>
- Pizzino, G., Irrera, N., Cucinotta, M., Pallio, G., Mannino, F., Arcoraci, V., Squadrito, F., Altavilla, D., & Bitto, A. (2017). Oxidative Stress: Harms and Benefits for Human Health. *Oxidative medicine and cellular longevity*, 2017, 8416763. <https://doi.org/10.1155/2017/8416763>
- Popovic, D., Reinares, M., Scott, J., Nivoli, A., Murru, A., Pacchiarotti, I., Vieta, E., & Colom, F. (2013). Polarity index of psychological interventions in maintenance treatment of bipolar disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(5), 292–298. <https://doi.org/10.1159/000348447>
- Post, R. M., Altshuler, L., Leverich, G., Nolen, W., Kupka, R., Grunze, H., Frye, M., Suppes, T., McElroy, S., Keck, P., & Rowe, M. (2013). More stressors prior to and during the course of bipolar illness in patients from the United States compared with the Netherlands and Germany. *Psychiatry Research*, 210(3), 880–886. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.007>

- Post, R. M., Leverich, G. S., Kupka, R., Keck, P. E., Jr, McElroy, S. L., Altschuler, L. L., Frye, M. A., Rowe, M., Grunze, H., Suppes, T., & Nolen, W. A. (2016). Clinical correlates of sustained response to individual drugs used in naturalistic treatment of patients with bipolar disorder. *Comprehensive psychiatry*, 66, 146–156. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.01.009>
- Preuss, U. W., Schaefer, M., Born, C., & Grunze, H. (2021). Bipolar Disorder and Comorbid Use of Illicit Substances. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 57(11), 1256. <https://doi.org/10.3390/medicina57111256>
- Quidé, Y., Bortolasci, C. C., Spolding, B., Kidnapillai, S., Watkeys, O. J., Cohen-Woods, S., Carr, V. J., Berk, M., Walder, K., & Green, M. J. (2021). Systemic inflammation and grey matter volume in schizophrenia and bipolar disorder: Moderation by childhood trauma severity. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 105, 110013. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110013>
- Quiroz, J. A., Gray, N. A., Kato, T., & Manji, H. K. (2008). Mitochondrially mediated plasticity in the pathophysiology and treatment of bipolar disorder. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 33(11), 2551–2565. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301671>
- Rink, L., Pagel, T., Franklin, J., & Baethge, C. (2016). Characteristics and heterogeneity of schizoaffective disorder compared with unipolar depression and schizophrenia - a systematic literature review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 191, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.045>
- Rizzo, L. B., Costa, L. G., Mansur, R. B., Swardfager, W., Belangero, S. I., Grassi-Oliveira, R., McIntyre, R. S., Bauer, M. E., & Brietzke, E. (2014). The theory of bipolar disorder as an illness of accelerated aging: implications for clinical care and research. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 42, 157–169. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.02.004>
- Roshanaei-Moghaddam, B., & Katon, W. (2009). Premature mortality from general medical illnesses among persons with bipolar disorder: a review. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 60(2), 147–156. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.2.147>
- Ryan, M. M., Lockstone, H. E., Huffaker, S. J., Wayland, M. T., Webster, M. J., & Bahn, S. (2006). Gene expression analysis of bipolar disorder reveals downregulation of the ubiquitin cycle and alterations in synaptic genes. *Molecular psychiatry*, 11(10), 965–978. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001875>
- Saccaro, L. F., Schilliger, Z., Dayer, A., Perroud, N., & Pigué, C. (2021). Inflammation, anxiety, and stress in bipolar disorder and borderline personality disorder: A narrative review. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 127, 184–192. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.017>
- Sani, G., Vöhringer, P. A., Napoletano, F., Holtzman, N. S., Dalley, S., Girardi, P., Nassir Ghaemi, S., & Koukopoulos, A. (2014). Koukopoulos' diagnostic criteria for mixed depression: A validation study. *Journal of affective disorders*, 164, 14–18. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.03.054>
- Sanz, J., Vera, M. P. G., Espinosa, R., Fortún, M., & Valverde, C. V. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y salud*, 16(2), 121.
- Sayana, P., Colpo, G. D., Simões, L. R., Giridharan, V. V., Teixeira, A. L., Quevedo, J., & Barichello, T. (2017). A systematic review of evidence for the role of inflammatory biomarkers in bipolar patients. *Journal of psychiatric research*, 92, 160–182. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.03.018>
- Scaini, G., Andrews, T., Lima, C., Benevenuto, D., Streck, E. L., & Quevedo, J. (2021). Mitochondrial dysfunction as a critical event in the pathophysiology of bipolar disorder. *Mitochondrion*, 57, 23–36. <https://doi.org/10.1016/j.mito.2020.12.002>
- Scaini, G., Valvassori, S. S., Diaz, A. P., Lima, C. N., Benevenuto, D., Fries, G. R., & Quevedo, J. (2020). Neurobiology of bipolar disorders: a review of genetic components, signaling pathways, biochemical changes, and neuroimaging findings. *Revista brasileira de psiquiatria*, 42(5), 536–551. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0732>
- Schloesser, R. J., Martinowich, K., & Manji, H. K. (2012). Mood-stabilizing drugs: mechanisms of action. *Trends in neurosciences*, 35(1), 36–46. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2011.11.009>
- Schloesser, R. J., Martinowich, K., & Manji, H. K. (2012). Mood-stabilizing drugs: mechanisms of action. *Trends in neurosciences*, 35(1), 36–46. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2011.11.009>
- Scott, J., & Leboyer, M. (2011). Consequences of delayed diagnosis of bipolar disorders. *L'Encephale*, 37 Suppl 3, S173–S175. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(11\)70048-3](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(11)70048-3)
- Shen, H., Zhang, L., Xu, C., Zhu, J., Chen, M., & Fang, Y. (2018). Analysis of Misdiagnosis of Bipolar Disorder in An Outpatient Setting. *Shanghai archives of psychiatry*, 30(2), 93–101. <https://doi.org/10.11919/j.issn.1002-0829.217080>
- Shim, I. H., Bae, D. S., & Bahk, W. M. (2016). Anxiety or agitation in mood disorder with mixed features: A review with a focus on validity as a dimensional criterion. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 28(3), 213–220.
- Singh, B., Romo-Nava, F., & Cuellar-Barboza, A. B. (2021). Editorial: Neurobiological Underpinnings of Bipolar Disorder and Its Treatment. *Frontiers in psychiatry*, 12, 726362. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.726362>
- Smith, D. J., & Ghaemi, S. N. (2006). Hypomania in clinical practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12(2), 110–120.
- Smith, K. A., & Cipriani, A. (2017). Lithium and suicide in mood disorders: Updated meta-review of the scientific literature. *Bipolar disorders*, 19(7), 575–586. <https://doi.org/10.1111/bdi.12543>
- Snitow, M. E., Bhansali, R. S., & Klein, P. S. (2021). Lithium and Therapeutic Targeting of GSK-3. *Cells*, 10(2), 255. <https://doi.org/10.3390/cells10020255>
- Soeiro-de-Souza, M. G., Dias, V. V., Figueira, M. L., Forlenza, O. V., Gattaz, W. F., Zarate, C. A., Jr, & Machado-Vieira, R. (2012). Translating neurotrophic and cellular plasticity: from pathophysiology to improved therapeutics for bipolar disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 126(5), 332–341. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01889.x>
- Solé E, Garriga M, Valentí M, Vieta E. (2017). Mixed features in bipolar disorder. *CNS Spectr*, 22(2), 134-140.
- Song, J., Bergen, S. E., Di Florio, A., Karlsson, R., Charney, A., Ruderfer, D. M., Stahl, E. A., Members of the International Cohort Collection for Bipolar Disorder (ICCBD), Chambert, K. D., Moran, J. L., Gordon-Smith, K., Forty, L., Green, E. K., Jones, I., Jones, L., Scolnick, E. M., Sklar, P., Smoller, J. W., Lichtenstein, P., Hultman, C., ... Belliveau, R. A. (2016). Genome-wide association study identifies SESTD1 as a novel risk gene for lithium-responsive bipolar disorder. *Molecular psychiatry*, 21(9), 1297. <https://doi.org/10.1038/mp.2015.165>
- Spearing, M. K., Post, R. M., Leverich, G. S., Brandt, D., & Nolen, W. (1997). Modification of the Clinical Global Impressions (CGI) Scale for use in bipolar illness (BP): the CGI-BP. *Psychiatry research*, 73(3), 159–171. [https://doi.org/10.1016/s0165-1781\(97\)00123-6](https://doi.org/10.1016/s0165-1781(97)00123-6)
- Spitzer, R. L., Endicott, J., & Robins, E. (1978). Research Diagnostic Criteria: Rationale and Reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35(6), 773–782. <https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.1978.01770300115013>
- Stahl, E. A., Breen, G., Forstner, A. J., McQuillin, A., Ripke, S., Trubetskoy, V., Mattheisen, M., Wang, Y., Coleman, J., Gaspar, H. A., de Leeuw, C. A., Steinberg, S., Pavlides, J., Trzaskowski, M., Byrne, E. M., Pers, T. H., Holmans, P. A., Richards, A. L., Abbott, L., Agerbo, E., ... Bipolar Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium (2019). Genome-wide association study identifies 30 loci associated with bipolar disorder. *Nature genetics*, 51(5), 793–803. <https://doi.org/10.1038/s41588-019-0397-8>
- Starzer, M. S. K., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2018). Rates and Predictors of Conversion to Schizophrenia or Bipolar Disorder Following Substance-Induced Psychosis. *The American Journal of Psychiatry*, 175(4), 343–350. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2017.17020223>

- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International journal of epidemiology*, 43(2), 476-493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- Strejilevich, S., Retamal Carrasco, P. (2003). Percepción del impacto y el proceso diagnóstico del trastorno bipolar en personas en tratamiento en centros de Argentina y Chile [Perception of the impact of Bipolar Disorder and its diagnosis in health centers in Argentine and Chile]. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 14(54), 245-252.
- Strejilevich, S., Vázquez, G., García Bonetto, G., Zaratiegui, R., Vilapriño, J. J., Herbst L., Silva, A., Lupo, C., Cetkovich-Bakmas, M. (2010). II Consenso argentino sobre el tratamiento de los trastornos bipolares 2010 [2nd Argentine consensus on the treatment of bipolar disorders 2010]. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*; 21 Suppl II, 3-55. Spanish. <https://doi.org/10.1267/science.040579197>
- Sublette, M. E., Cheung, S., Lieberman, E., Hu, S., Mann, J. J., Uhlemann, A. C., & Miller, J. M. (2021). Bipolar disorder and the gut microbiome: A systematic review. *Bipolar disorders*, 23(6), 544-564. <https://doi.org/10.1111/bdi.13049>
- Sullivan, P. F., Agrawal, A., Bulik, C. M., Andreassen, O. A., Børglum, A. D., Breen, G., Cichon, S., Edenberg, H. J., Faraone, S. V., Gelernter, J., Mathews, C. A., Nivergelt, C. M., Smoller, J. W., O'Donovan, M. C., & Psychiatric Genomics Consortium (2018). Psychiatric Genomics: An Update and an Agenda. *The American journal of psychiatry*, 175(1), 15-27. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17030283>
- Sylvia, L. G., Shelton, R. C., Kemp, D. E., Bernstein, E. E., Friedman, E. S., Brody, B. D., McElroy, S. L., Singh, V., Tohen, M., Bowden, C. L., Ketter, T. A., Deckersbach, T., Thase, M. E., Reilly-Harrington, N. A., Nierenberg, A. A., Rabideau, D. J., Kinrys, G., Kocsis, J. H., Bobo, W. V., Kamali, M., ... Calabrese, J. R. (2015). Medical burden in bipolar disorder: findings from the Clinical and Health Outcomes Initiative in Comparative Effectiveness for Bipolar Disorder study (Bipolar CHOICE). *Bipolar disorders*, 17(2), 212-223. <https://doi.org/10.1111/bdi.12243>
- Takahashi, T., Malhi, G. S., Wood, S. J., Walterfang, M., Yücel, M., Lorenzetti, V., Soulsby, B., Suzuki, M., Velakoulis, D., & Pantelis, C. (2009). Increased pituitary volume in patients with established bipolar affective disorder. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 33(7), 1245-1249. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2009.07.012>
- Teixeira, A. L., Colpo, G. D., Fries, G. R., Bauer, I. E., & Selvaraj, S. (2019). Biomarkers for bipolar disorder: current status and challenges ahead. *Expert review of neurotherapeutics*, 19(1), 67-81.
- Tondo, L., Vázquez, G. H., & Baldessarini, R. J. (2017). Depression and Mania in Bipolar Disorder. *Current neuropharmacology*, 15(3), 353-358. <https://doi.org/10.2174/1570159X14666160606210811>
- Tondo, L., Vázquez, G. H., Pinna, M., Vaccotto, P. A., & Baldessarini, R. J. (2018). Characteristics of depressive and bipolar disorder patients with mixed features. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 138(3), 243-252. <https://doi.org/10.1111/acps.12911>
- Tsuchiya, K. J., Byrne, M., Mortensen, P. B. (2003). Risk factors in relation to emergence of bipolar disorder: a systematic review. *Bipolar disorder*; 5: 231-242.
- Van den Amele, S., van Diermen, L., Staels, W., Coppens, V., Dumont, G., Sabbe, B., & Morrens, M. (2016). The effect of mood-stabilizing drugs on cytokine levels in bipolar disorder: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 203, 364-373. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.016>
- Van Rheenen, T. E., et al. (2016). Does cognitive performance map to categorical diagnoses of schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder? *Journal of affective disorders*, 192, 109 - 115.
- Vázquez G, Strejilevich S, García Bonetto G, Cetkovich-Bakmas M, Zaratiegui R, Lagomarsino A, Goldchuk A, Kalina E, Herbst L, Gutierrez B. (2005). Argentine consensus on the treatment of bipolar disorders. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 16, Suppl:3-24.
- Vázquez, G. H., Kahn, C., Schiavo, C. E., Goldchuk, A., Herbst, L., Piccione, M., Saidman, N., Ruggeri, H., Silva, A., Leal, J., Bonetto, G. G., Zaratiegui, R., Padilla, E., Vilapriño, J. J., Calvo, M., Guerrero, G., Strejilevich, S. A., Cetkovich-Bakmas, M. G., Akiskal, K. K., & Akiskal, H. S. (2008). Bipolar disorders and affective temperaments: a national family study testing the "endophenotype" and "subaffective" theses using the TEMPS-A Buenos Aires. *Journal of affective disorders*, 108(1-2), 25-32. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2007.09.011>
- Vázquez, G. H., Tondo, L., Undurraga, J., & Baldessarini, R. J. (2013). Overview of antidepressant treatment of bipolar depression. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 16(7), 1673-1685. <https://doi.org/10.1017/S1461145713000023>
- Vieta, E., Salva, J. (1997). *Diagnóstico diferencial de los trastornos bipolares*. In: Vieta, E., Gasto, C., (Eds.) pp. 175-93. Trastornos bipolares. Springer-Verlag.
- Vieta, E., & Colom, F. (2011). Therapeutic options in treatment-resistant depression. *Annals of medicine*, 43(7), 512-530. <https://doi.org/10.3109/07853890.2011.583675>
- Vieta, E., & Cruz, N. (2012). Head to head comparisons as an alternative to placebo-controlled trials. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 22(11), 800-803. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.11.011>
- Vieta, E., Salagre, E., Grande, I., Carvalho, A. F., Fernandes, B. S., Berk, M., Birmaher, B., Tohen, M., & Suppes, T. (2018). Early intervention in Bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry* 5(175), 411-426. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17090972>
- Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Bulbena, A., Chamorro, L., Ramos, J. L., Arta, J., Pérez, F., Oliveras, M. A., Valle, J., Lahuerta, J., Angst, J., & EDHIPO (Hypomania Detection Study) Group (2007). Cross validation with the mood disorder questionnaire (MDQ) of an instrument for the detection of hypomania in Spanish: the 32 item hypomania symptom check list (HCL-32). *Journal of affective disorders*, 101(1-3), 43-55. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.040>
- Vieta Pascual, E., Torrent Font, C., Martínez-Arán, A., Colom Victoriano, F., Reinares Gabnepén, M., Benabarre Hernández, A., Comes Forastero, M., & Goikolea Alberdi, J. M. (2002). Escala sencilla de evaluación del curso del trastorno bipolar: CGI-BP-M [A user-friendly scale for the short and long term outcome of bipolar disorder: the CGI-BP-M]. *Actas españolas de psiquiatría*, 30(5), 301-304.
- Vilapriño, J. J., Vázquez, G. A. (2018). *Comorbilidad de difícil manejo: Depresión Bipolar y Trastorno Bipolar de Difícil Manejo*. En: J. J. Vilapriño, M. Vilapriño Duprat, M. Motuca (Ed), (pp 143-170). Depresión de difícil manejo. Ed. Polemos.
- Wals, M., Hillegers, M. H. J., Reichart, C. G., Verhulst, F. C., Nolen, W. A., & Ormel, J. (2005). Stressful life events and onset of mood disorders in children of bipolar parents during 14-month follow-up. *Journal of affective disorders*, 87(2-3), 253-263. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2005.04.006>
- Wang, D., Li, Z., Liu, W., Zhou, J., Ma, X., Tang, J., & Chen, X. (2018). Differential mitochondrial DNA copy number in three mood states of bipolar disorder. *BMC psychiatry*, 18(1), 149. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1717-8>
- Wang, T. Y., Lee, S. Y., Chen, S. L., Chung, Y. L., Li, C. L., Chang, Y. H., Wang, L. J., Chen, P. S., Chen, S. H., Chu, C. H., Huang, S. Y., Tzeng, N. S., Hsieh, T. H., Chiu, Y. C., Lee, I. H., Chen, K. C., Yang, Y. K., Hong, J. S., & Lu, R. B. (2016). The Differential Levels of Inflammatory Cytokines and BDNF among Bipolar Spectrum Disorders. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 19(8), pyw012. <https://doi.org/10.1093/ijnpp/pyw012>
- Weber, W. A., Dudley, J., Lee, J. H., Strakowski, S. M., Adler, C. M., & DelBello, M. P. (2013). A pilot study of alterations in high energy phosphoryl compounds and intracellular pH in unmedicated adolescents with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 150(3), 1109-1113. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.047>
- Weitbrecht, H. Jörg. (1970). *Las Psicosis Endógenas*. En Manual de Psiquiatría. Ed. Gredos.
- Woodruff, R., Goodwin, D., & Guze, S. (1974). *Psychiatric diagnosis*. Oxford Univ Press.

- Yapici Eser, H., Kacar, A. S., Kilciksiz, C. M., Yalçınay-Inan, M., & Ongur, D. (2018). Prevalence and Associated Features of Anxiety Disorder Comorbidity in Bipolar Disorder: A Meta-Analysis and Meta-Regression Study. *Frontiers in psychiatry*, 9, 229. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00229>
- Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E., & Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *The British journal of psychiatry*, 133(5), 429-435.
- Yucel, K., McKinnon, M. C., Chahal, R., Taylor, V. H., Macdonald, K., Joffe, R., & Macqueen, G. M. (2008). Anterior cingulate volumes in never-treated patients with major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 33(13), 3157-3163. <https://doi.org/10.1038/npp.2008.40>
- Yucel, K., Taylor, V. H., McKinnon, M. C., Macdonald, K., Alda, M., Young, L. T., & Macqueen, G. M. (2008). Bilateral hippocampal volume increase in patients with bipolar disorder and short-term lithium treatment. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 33(2), 361-367. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301405>
- Zaratiegui, R., Lorenzo, L. S., & Vázquez, G. H. (2011). Validation of the Argentine version of the Mood Disorder Questionnaire. *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*, 22(97), 165-171.
- Zhang, C., Xiao, X., Li, T., & Li, M. (2021). Translational genomics and beyond in bipolar disorder. *Molecular psychiatry*, 26(1), 186-202. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-0782-9>
- Zivanovic, O., & Nedic, A. (2012). Kraepelin's concept of manic-depressive insanity: One hundred years later. *Journal of affective disorders*, 137(1-3), 15-24. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2011.03.032>

Prescripciones *off-label* en psiquiatría infanto-juvenil. ¿Por qué, cuándo y cómo?

Off-label prescriptions in child and adolescent psychiatry. Why, when and how?

María Florencia Iveli¹, Mariano Monti², María Eugenia Benito³, Pablo Iveli⁴

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i158.320>

Resumen

En la población pediátrica y particularmente en el ámbito de la psiquiatría infanto-juvenil, las indicaciones *off-label* representan una regla más que una excepción. Esta práctica puede ocurrir cuando un fármaco se indica en una patología, rango terapéutico, edad, vía de administración o duración distinta a las que se describen en el prospecto. Argentina, a diferencia de otros países, no tiene una regulación expresa en relación a la prescripción *off-label*. Por lo tanto, la indicación de un medicamento de manera diferente a la aprobada por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) no posee un marco normativo en lo referente a las condiciones que deben ser cumplidas al momento de ese acto médico. Si bien el uso *off-label* no se encuentra prohibido, conlleva un riesgo adicional. Con el objetivo de fomentar la investigación en pediatría, las agencias reguladoras como la Food and Drug Administration (FDA) y la European Medicines Agency (EMA) han introducido reformas legislativas. En el siguiente trabajo se revisarán las normativas vigentes de las agencias reguladoras que competen a la población pediátrica y se analizarán criterios que orienten al médico al uso racional de la farmacoterapia *off-label*.

Palabras clave: *Off-label* - Pediatría - Psicofarmacología infanto-juvenil.

Abstract

In the paediatric population, particularly in the field of child and adolescent psychiatry, off-label indications are the rule rather than the exception. This may occur when a drug is indicated for a pathology, age, route of administration or treatment length other than those described in the product label. Argentina, unlike other countries, has no explicit regulation on off-label prescribing. Therefore, the prescription of a medicine in a manner different from that approved by the National Administration of Medicines, Food and Medical Technology (ANMAT) does not have a regulatory framework regarding the conditions that must be met at the time of treatment. Although off-label use is not prohibited, it carries an additional risk. In order to encourage research in paediatrics, regulatory agencies such as the Food and Drug Administration (FDA) and the European Medicines Agency (EMA) have introduced legislative reform. The following paper will review the current framework of the regulatory agencies that are relevant to the paediatric population and will analyse criteria to guide physicians in the rational use of off-label pharmacotherapy.

Keywords: *Off-label* - Paediatrics - Child and adolescent psychopharmacology.

RECIBIDO 7/9/2022 - ACEPTADO 26/10/2022

¹Doctora en Medicina, especialista en psiquiatría infantojuvenil. Equipo especializado en psicofarmacología infanto-juvenil y reproductiva (EPSIRE), Argentina.

²Abogado, Magister en Derecho Penal. Auxiliar Letrado Relator del Tribunal de Casación Penal de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

³Médica, especialista en psiquiatría y psicogerontología. EPSIRE H.I.G.A Prof. Dr. R. Rossi de La Plata, Argentina.

⁴Médico, especialista en pediatría, Magister en Infectología Pediátrica e Inmunología. Bayer AG, Wuppertal, Alemania.

Autora correspondiente:

María Florencia Iveli

mfiveli@yahoo.com.ar



Introducción

En la población pediátrica y particularmente en el ámbito de la psiquiatría infanto-juvenil, las indicaciones *off-label*, es decir por fuera de las recomendaciones de las agencias reguladoras, representa una regla más que una excepción. La *Food and Drug Administration* (FDA), en los Estados Unidos, la *European Medicines Agency* (EMA), en la Unión Europea y la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), en Argentina, controlan la comercialización de los productos farmacéuticos en el territorio en el cual poseen incumbencia mediante un proceso de aprobación, *label*, el cual ha sido diseñado para regular la comercialización y venta de nuevos productos lanzados al mercado por las compañías farmacéuticas y no para regular la práctica clínica (Maceira, 2005; Frattarelli, 2014; Vijay, 2018; Schrier, 2020).

La prescripción *off-label*, es decir no incluida en el prospecto o ficha técnica, ocurre cuando se utiliza un fármaco por fuera de las especificaciones de la autorización. Por ejemplo, cuando se indican en una patología, rango terapéutico, edad, vía de administración o duración distinta a las que se describen en el prospecto. Si bien esta práctica no se encuentra prohibida ni representa necesariamente un uso incorrecto, conlleva un riesgo adicional ya que no ha sido evaluada la calidad, eficacia ni la seguridad del producto para estas otras condiciones (Wittich, 2012; Scharma, 2019).

La prevalencia de las indicaciones *off-label* en niños y adolescentes varía según los distintos países (Shuib, 2021). Se ha reportado que a nivel global los tratamientos farmacológicos ambulatorios sin aprobación en pediatría representan el 90% en comparación con el 40% en la población adulta (Gore, 2017). En un estudio en donde se encuestó a 5000 miembros de la Asociación Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, con la finalidad de identificar la prevalencia y los predictores del uso *off-label* de psicofármacos, se reportó que el 55,1% de los tratamientos se encontraban fuera de las recomendaciones oficiales, asociándose la comorbilidad a mayores prescripciones *off-label*. Esto último, posiblemente relacionado con la severidad sintomática de los pacientes que poseen la coexistencia de varios diagnósticos (Kearns, 2014). Por otro lado, en un estudio retrospectivo en donde se evaluaron las indicaciones de antipsicóticos en la población pediátrica, el 92% de las prescripciones fueron *off-label* y en el 63% de los casos debido a la edad del paciente (Korno, 2018).

En general, cuanto menor es la edad del niño y más rara es su enfermedad, más probable es que el tratamiento sea *off-label* (Boos, 2003).

En el año 1968 Shirkey, en representación de la Asociación Americana de Pediatría, fue el primero en declarar que los niños eran huérfanos de terapéutica, al describir como muchas de las medicinas no eran recomendables para su uso pediátrico por carecer de evidencia científica (Choonara, 2004). Una muestra de ello es que, en Europa, durante un plazo de 10 años (1995-2005) de todos los principios activos desarrollados por la industria farmacéutica se aprobaron únicamente un 33% para su uso en niños, el 23% en lactantes y el 9% en recién nacidos (Ceci, 2006). A su vez, la mayoría de los ensayos clínicos que han demostrado eficacia y seguridad para una determinada patología generalmente se realizan en adultos y luego se extiende su uso a la población infantojuvenil (Putignano, 2014). Sin embargo, la extrapolación de los datos recolectados en población adulta es apropiada solo en el 6% de los fármacos del mercado, ya que las dosis requeridas, los efectos adversos y la respuesta farmacológica varían con la edad (Gore, 2017).

La FDA es una de las agencias más antiguas cuyo proceso de aprobación, si bien se encuentra vigente desde 1906, ha presentado múltiples modificaciones en función de los requerimientos de la población. Por ejemplo, en respuesta a la catástrofe ocurrida en 1962 con la talidomida, las recomendaciones se empezaron a sustentar en los resultados de eficacia y tolerabilidad de ensayos controlados correspondientes a las distintas fases de investigación clínica (Shuib, 2021). Incluso el término *off-label*, tan ampliamente utilizado en el campo de la medicina, surgió en 1988 como reflejo de la influencia de esta agencia reguladora en la práctica clínica. Es decir, que si bien las agencias, no regulan ni controlan cómo los fármacos son prescritos una vez que se encuentran disponibles en el mercado, condicionan la forma en la que los médicos y la sociedad se relaciona con los mismos (Rose, 2019). Un ejemplo fue el impacto en la disminución del uso de antidepresivos en la población pediátrica luego de la advertencia de la FDA en el año 2004 sobre el aumento de la ideación suicida. A pesar de que la evidencia era inconclusa en relación con este efecto adverso, su importante relevancia mediática provocó temor en los pacientes, sus padres y los médicos, viéndose reflejado en una disminución abrupta y temporal de las prescripciones de antidepresivos en adolescentes del 31% (95% IC 33% - 29%) en los Estados Unidos. Por otro lado, simultáneamente se reportaron incrementos de un 21% (95% IC 4,9% - 38,5%) en los intentos de suicidio en esta población (Lu, 2014; Locher, 2017; Tiffin, 2019).

En el año 1977, la Asociación Americana de Pediatría declaró como antiético adherir a un sistema que fuerza al médico a usar agentes terapéuticos en una situación no controlada cada vez que se prescribe a un niño, así quedó expuesta la brecha entre los requerimientos pediátricos y la falta de investigación en este grupo etario (Segal, 1977).

En este trabajo se revisarán las normativas vigentes de las agencias reguladoras que competen a la población pediátrica y se analizarán criterios que orienten al médico al uso racional de la farmacoterapia *off-label*.

Proceso de aprobación según los requerimientos de la EMA y la FDA

Para garantizar la seguridad, calidad y eficacia, las autoridades reguladoras de medicamentos, antes de conceder una licencia de comercialización como medicamento autorizado, analizan los resultados de las pruebas pre clínicas y de los ensayos clínicos realizados en voluntarios (Shuib, 2021).

Una vez que un fármaco está listo para su primera prueba en humanos, entra en las 4 fases del desarrollo clínico. La *fase 1* corresponde al estudio de la farmacocinética humana, es decir, investiga cómo se absorbe, metaboliza y excreta el fármaco de interés. Estos ensayos suelen realizarse en 20 a 100 voluntarios sanos y permite establecer un rango de dosis seguro y efectivo. Aproximadamente el 70% de los fármacos experimentales pasan de la fase 1 a la fase 2 (Mason, 2018).

Los estudios de *fase 2* se llevan a cabo en una pequeña población de personas (varios centenares) con la enfermedad objetivo para evaluar la eficacia del fármaco y controlar los efectos adversos comunes a corto plazo. Esta fase también puede centrarse en la respuesta a la dosis, la frecuencia de dosificación y el establecimiento de un rango terapéutico óptimo. Los estudios de fase 2 pueden reclutar a los pacientes durante varios meses y normalmente son ensayos aleatorios en el que un grupo de pacientes recibe el fármaco en investigación y el otro, el grupo "control", recibe un placebo o el tratamiento estándar. Aproximadamente un tercio de los medicamentos de fase 2 pasan a la fase 3 (Mason, 2018).

Los estudios de *fase 3* incluyen de cientos a miles de pacientes con la enfermedad objetivo y pueden durar varios años para establecer la eficacia y controlar las reacciones adversas. Los mismos pueden realizar comparaciones con un placebo o con un tratamiento ya establecido con el objetivo de demostrar una mayor eficacia o una mejor relación riesgo-beneficio.

Hay que destacar que, en la población pediátrica, el número de participantes se reduce sustancialmente. Aproximadamente entre el 25% y el 30% de los fármacos en fase 3 pasan a la siguiente fase, que implica la presentación a las autoridades reguladoras como por ejemplo la FDA, la EMA y la ANMAT para solicitar la aprobación de la comercialización del nuevo fármaco.

Los estudios de *fase 4* incluyen a varios miles de pacientes y se realizan una vez que el fármaco ha sido aprobado para su comercialización. Son necesarios para seguir controlando la seguridad ya eficacia a mayor escala y en condiciones del mundo real. Además, permiten explorar otros objetivos para los que se puede utilizar el fármaco, como nuevos grupos de edad o diferentes dosis o frecuencias de dosificación. En algunos casos, pueden dar lugar a la aplicación de restricciones en su utilización e incluso el retiro del mercado (Mason, 2018).

El desarrollo de fármacos es un proceso largo y arduo que requiere una gran inversión de recursos financieros, mano de obra y tiempo. El mismo se encuentra altamente regulado por las agencias, y crea una asociación entre estas autoridades y las empresas farmacéuticas para alcanzar el objetivo final de proporcionar a la población medicamentos eficientes (Mason, 2018).

La investigación en la población pediátrica es esencial dado que hay diferencias significativas con los adultos que no pueden ser solventadas por medio de extrapolaciones. Por ejemplo, la forma de administrar el medicamento difiere a la del adulto (posibilidad de ingerir comprimidos, palatabilidad, evitar procedimientos dolorosos y necesidad de colaboración o ayuda de cuidadores). A su vez, las implicancias propias con respecto a la maduración y crecimiento a medida que aumenta la edad, sumado a la influencia del desarrollo en los parámetros farmacocinéticos afecta directamente la magnitud de la respuesta al medicamento dando un perfil de efectos adversos único, como la observada en la relación entre el divalproato de sodio y la insuficiencia hepática (Barker, 2019). Adicionalmente, hay diferencias epidemiológicas, etiopatogénicas y moleculares entre estas dos poblaciones (Kearns, 2003; Chen, 2006; Camfield, 2015; Lorberg, 2019).

La escasez de drogas pediátricas *on-label* se debe a varios aspectos. Son muchos los problemas que afectan a la investigación y el desarrollo de medicamentos infantiles, entre ellos: las preocupaciones éticas y las dificultades de la gestión del consentimiento informado y el asentimiento, la falta de criterios claros para evaluar los posibles riesgos de la exposición de los niños en un ensayo, el costo de los ensayos clínicos

pediátricos los cuales son más elevados que los desarrollados en adultos debido a la múltiple población pediátrica que hay que incluir, los retos en el reclutamiento, las dificultades en el diseño de los ensayos asociadas al pequeño número de pacientes y la falta de controles apropiados por edad (Giurin, 2022).

Con el objetivo de tratar estas preocupaciones y asegurar que la población pediátrica tenga un acceso seguro tanto a los fármacos antiguos como a los nuevos medicamentos, la EMA y la FDA han creado reglamentos que alientan y al mismo tiempo obligan a las compañías farmacéuticas a realizar investigaciones en la población pediátrica.

Ambas agencias poseen un sistema similar por el cual, por un lado, exigen a la industria realizar estudios en la población infantojuvenil, mientras que otorgan incentivos económicos (Murthy, 2013). Para la FDA estas leyes, vigentes desde 1997, son *Best pharmaceutical for children act* (BPCA) y *Pediatric research equity act* (PREA), mientras que en lo que respecta a la autoridad europea, en el año 2007 se estableció el Comité Pediátrico de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA-PDCO) e hizo obligatorio el *Pediatric Investigation Plan* (PIP), es decir, estudios en la población pediátrica cuyos resultados deben incluirse en la documentación de la Autorización de Comercialización, a menos que se conceda una excusa fundada para no hacerlo (*waiver*). Ejemplos de *waivers* son la imposibilidad práctica de realizar un ensayo clínico en población pediátrica, que haya altas sospechas de que el medicamento no sea efectivo, o que no represente un beneficio claro frente a otras terapias existentes, que la patología a tratar no se presente en niños, etcétera (Pearson, 2018; Toma, 2021).

Estas obligaciones, que la industria debe seguir, se aplican a cualquier medicamento nuevo (nuevos principios activos) o en fase de patente para el que se solicite una autorización o modificación en la comercialización, por ejemplo: nuevas indicaciones, nuevas formas de dosificación, nuevos regímenes de dosificación o nuevas vías de administración.

Para compensar la carga de este requisito, se ofrecen incentivos a la industria, como una prórroga de 6 meses en la exclusividad comercial para el medicamento. Dado que este incentivo no es adecuado para los medicamentos sin patente, ya que no hay propiedad intelectual que extender, hay otras medidas que pretenden apoyar estos desarrollos. En Europa, la normativa PUMA (*Pediatric Use Marketing Application* - Solicitud de Comercialización para Uso Pediátrico) la cual va dirigida específicamente a los "medicamentos sin patente" y cuyo objetivo principal es apoyar el de-

sarrollo de indicaciones y formulaciones adecuadas para la utilización en niños y ofrecen al desarrollador la posibilidad de recibir hasta 1 año de exclusividad de datos o de mercado para la nueva formulación pediátrica (<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/kigabeq>). El impacto de PUMA es menor con respecto a otros programas, porque el beneficio ofrecido para la industria es limitado, ya que no cubre las formulaciones para adultos y porque no se suele apreciar a la "nueva formulación" como un beneficio específico añadido durante las negociaciones de precios. Hasta la fecha solo muy pocos medicamentos han sido autorizados a través de PUMA (Toma, 2021). Ejemplos recientes son el Slenyto® (melatonina) con indicación para el tratamiento del insomnio en mayores de 2 años con Trastorno del espectro del autismo y el Síndrome de Smith-Magenis y la Kigabeq® (vigabatrina) para el tratamiento de la epilepsia (<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/kigabeq>). Ambos fármacos desarrollados específicamente para niños a partir de medicamentos ya existentes. Es de destacar que previo a esta autorización, no había drogas aprobadas para tratar el insomnio en niños a pesar de que el uso *off-label* de melatonina estaba ampliamente extendido (EMA, 2019). Por otro lado, la vigabatrina es un agente antiepiléptico que se autorizó por primera vez en los países europeos hace casi treinta años, durante los cuales se utilizó *off-label* en pacientes pediátricos con epilepsia de difícil manejo (Balan, 2015).

En los Estados Unidos, un caso ejemplificador es el de la viloxazina. Este medicamento se describió por primera vez en 1972, y en 1974 se comercializó como antidepresivo en Europa, pero no en los Estados Unidos. En el año 2002, la producción de esta droga fue suspendida por motivos comerciales. Sin embargo, en abril de 2021 se introdujo en los Estados Unidos con el nombre de Qelbree® (cápsulas de liberación prolongada de viloxazina) para el tratamiento del trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH) luego de que se realizara un extenso programa de desarrollo pediátrico que implicó la realización de cuatro ensayos clínicos de fase 3 en donde se incluyeron a más de 1000 pacientes de 6 a 17 años de edad. En este punto, la FDA concedió la aprobación para su uso en niños a partir de los 6 años. También otorgó un *waiver* para las edades de 0 a menos de 4 años ya que se consideró que si bien los menores de 4 años pueden presentar comportamientos similares al TDAH, el diagnóstico en este grupo etario no está codificado en la última versión del Manual de Diagnóstico y Tratamiento de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM 5). A su vez, los tratamientos farmacológicos en menores

de 4 años con síntomas compatibles con TDAH no se encuentran recomendados en las guías de tratamiento por carecer de evidencia en cuanto a su eficacia y seguridad. Sin embargo, para el grupo de niños entre 4 a 6 años les fueron requeridos estudios posteriores a su comercialización (Dahmen, 2010; García Olivares, 2021; FDA, 2021).

En los Estados Unidos no existe un programa específico para medicamentos sin patente, pero en caso de que un medicamento previamente autorizado se desarrolle en una indicación pediátrica rara o en cualquier otra enfermedad con una gran necesidad médica, existe la posibilidad de solicitar diferentes programas que ofrecen un incentivo a cambio de la nueva indicación.

En Europa, entre el año 2007 y 2011 se completaron los ensayos clínicos en niños en 682 medicamentos, lográndose la aprobación para 13 nuevos fármacos, 30 nuevas indicaciones y 9 formulaciones pediátricas mientras que, en los Estados Unidos, se han producido más de 600 cambios en el etiquetado pediátrico (Schmal, 2014). También como resultado de estas leyes, se han incrementado las pruebas prospectivas de medicamentos para menores de 17 años a través de estudios patrocinados por la industria farmacéutica, estudios iniciados por los investigadores y por los consorcios. A pesar de que la implementación de este sistema de incentivos para el desarrollo de nuevos medicamentos se considera un éxito, la aprobación de fármacos y en particular de psicofármacos para su utilización en niños y adolescentes sigue siendo menor a la esperada (Putignano, 2019).

Marco legal y jurisprudencia en la Argentina

En el año 1963 se sancionó la Ley nacional de Medicamentos n° 16.463, la cual determinó que la importación, elaboración, fraccionamiento y comercialización de medicamentos debe realizarse previa autorización de la Autoridad Sanitaria (Ley 16.463, art. 1 y 2). Posteriormente, en el año 1992, mediante el Decreto 1490, se creó la ANMAT cuyas atribuciones incluyen la de autorizar, certificar, inscribir y registrar los medicamentos en el Registro de Especialidades Medicinales (REM) (art. 8, inc. k, Decr. 1490/92).

A diferencia de otros países como Francia o España, Argentina no tiene una regulación expresa en lo referente a la prescripción *off-label* y tampoco existe en la actualidad algún proyecto legal para regular esta práctica médica. Por lo tanto, la prescripción de un medicamento de manera diferente a la aprobada por la ANMAT, no posee una sistematización sobre las

condiciones que deben ser cumplidas al momento de ese acto médico. En el año 2016, la ANMAT publicó un comunicado mediante el cual declaró: *“el proceso descripto [para la aprobación de un medicamento por la ANMAT] no significa que la indicación de un medicamento para otras situaciones clínicas esté prohibida por la ANMAT. Simplemente, significa que esas otras indicaciones (llamadas “off-label”) no fueron evaluadas, pues en el proceso de registro no fue solicitada la verificación de la calidad, eficacia y seguridad del producto para esa finalidad. Las indicaciones “off-label” son de exclusiva responsabilidad del médico tratante, quien las realiza en el pleno ejercicio de su actividad profesional, basándose en su experiencia y en el conocimiento científico disponible, motivado por la necesidad de brindar una respuesta a problemas de salud para los cuales no existan estándares de tratamiento o que, en caso de existir, los mismos sean de muy difícil acceso”* (ANMAT, 2016). A su vez, la jurisprudencia en Argentina hizo eco a este comunicado, expresando que esta práctica se encuentra aprobada por la Administración Nacional.

Por otra parte, es de destacar lo normado en la Ley sobre los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (B.O. 20/11/2009) que implicó la obligación de contar con el previo consentimiento informado del paciente ante toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, independientemente de si el fármaco o tratamiento ha sido aprobado por la ANMAT (Ley 26.529, art. 7). Sin embargo, en el caso de la prescripción *off-label*, el deber de información que brinda el médico al paciente reviste una especial importancia, ya que este último no podrá encontrar respuesta a sus dudas ni en el prospecto, ni a través de la Dirección Técnica del laboratorio fabricante, ni en la ANMAT. Por lo tanto, la prescripción *off-label* de un medicamento deberá ser informada con antelación y con el tiempo necesario para su análisis por parte del paciente o su representante y cuyo consentimiento podrá ser verbal, pero deberá asentarse en la historia clínica la fecha y alcance de cómo y sobre qué práctica operó.

Por otro lado, la Ley sobre el arte de curar, regula: *“Queda prohibido a los profesionales que ejerzan la medicina: (...) 7º) aplicar en su práctica privada procedimientos que no hayan sido presentados o considerados o discutidos o aprobados en los centros universitarios o científicos reconocidos del país; 8º) practicar tratamientos personales utilizando productos especiales de preparación exclusiva y/o secreta y/o no autorizados por la Secretaría de Estado de Salud Pública”* (Ley 17.132,

art. 20, inc. 7 y 8). Por lo tanto, estas prohibiciones no logran impedir la prescripción de un medicamento fuera de su prospecto, en tanto estuviera basado en conocimiento científico disponible y no fuera secreto.

Las normas internas de autorregulación de ciertas asociaciones médicas disponen específicamente la libertad y el derecho del médico de prescribir el medicamento que considere más conveniente para el paciente (COMRA art. 111 y 204). Por otro lado, la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, sala A ha dicho: “...el empleo de ese tipo de medicaciones [fuera de prospecto] ha de ser exclusiva responsabilidad del médico tratante, quien lo realiza en el pleno ejercicio de su actividad profesional, basándose en su experiencia y en el conocimiento científico disponible” (CNA en lo Civil, Sala A, 07/06/2018).

También, vale aclarar que la obligación del médico no es una obligación de resultados sino de medios. Al respecto, el artículo 1768 del Código Civil y Comercial de la Nación establece: “La actividad del profesional liberal está sujeta a las reglas de las obligaciones de hacer. La responsabilidad es subjetiva, excepto que se haya comprometido un resultado concreto (...). La actividad del profesional liberal no está comprendida en la responsabilidad por actividades riesgosas previstas en el artículo 1757”; y el artículo 1724, agrega: “Son factores subjetivos de atribución la culpa y el dolo. La culpa consiste en la omisión de la diligencia debida según la naturaleza de la obligación y las circunstancias de las personas, el tiempo y el lugar. Comprende la imprudencia, la negligencia y la impericia en el arte o profesión” (art. 1724, Código Civil y Comercial de la Nación).

Por su parte, el Código Penal de la Nación tipifica conductas vinculadas con la entrega y suministro de sustancias medicinales peligrosas para la salud, disimulando su carácter nocivo o cuando alguno de los hechos previstos fuere cometido por imprudencia, negligencia, impericia en su arte o profesión o por inobservancia de los deberes a su cargo, si tuviere como resultado enfermedad o muerte (art. 201, 203 y ccdtes. del Código Penal).

En consecuencia, la prescripción *off-label* de medicamentos como acto médico podría generar la obligación de responder, frente a un daño directo, cuando ella no pudiera ser fundamentada en el conocimiento científico disponible y/o hubiera otro tratamiento aprobado por la ANMAT con relación al cual se hubiera probado la seguridad, eficacia y calidad y dicho medicamento fuera accesible y no contraindicado para el paciente; es decir, cuando la prescripción pudiera ser calificada como negligente.

Recomendaciones para el uso *off-label*

La indicación fuera de la aprobación de las agencias reguladoras es una práctica habitual (Chen, 2006; Fratarella, 2014). Por otro lado, a pesar de que el uso de los fármacos *on-label* se apoya en la evidencia científica, esto no garantiza eficacia y seguridad. Por ejemplo, en el tratamiento del Síndrome de Tourette en niños, el uso *on-label* de haloperidol conlleva más riesgos de efectos adversos que el uso *off-label* de clonidina (Sharma, 2019).

Existen algunas situaciones en las que el uso *off-label* posee algunas ventajas como acelerar la accesibilidad de pacientes a tratamientos adecuados o innovadores en patologías poco estudiadas u ofrecer una alternativa terapéutica cuando no existen otras opciones. Sin embargo, la evidencia científica en cuanto a eficacia y seguridad es menor en comparación a los fármacos que han atravesado exitosamente el proceso de aprobación (*on-label*) y en donde los resultados de la exposición son más predecibles (Vijay, 2018; Schrier, 2020). Distintos estudios han reportado una mayor incidencia de efectos adversos en las indicaciones *off-label*, en comparación con las *on-label* (Gore, 2017).

A la hora de evaluar la inclusión de un fármaco *off-label* en los protocolos terapéuticos asistenciales, es necesario tomar en consideración algunos aspectos importantes. En el caso de los fármacos nuevos, pueden carecer de información que avale su uso o, por el contrario, puede ocurrir que el ensayo clínico publicado haya demostrado que el medicamento es seguro y efectivo pero el proceso de aprobación se encuentre demorado (Gómez, 2019). Pero, si el fármaco se comercializa desde hace tiempo, el uso *off-label* puede estar asociada a la falta de interés de la industria en la solicitud de la aprobación en la población diana dado que, como ya se ha mencionado, los incentivos económicos son menores a pesar de que muchos de ellos pueden poseer evidencia en cuanto a su eficacia y tolerabilidad como ocurre con los inhibidores de la recaptación de serotonina los cuales no se encuentran aprobados como tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (Wehry, 2015).

Consideraciones a tener en cuenta antes de prescribir un fármaco *off-label*

1. El uso *off-label* no implica un uso “sin conocimiento” de las propiedades farmacológicas, por lo que la elección del tratamiento debe fundamentarse en la mayor evidencia científica disponible en la bibliografía publicada y en la opinión de expertos. Será de

- elección si el fármaco es más accesible, seguro y eficaz que aquel enmarcado en una práctica *on-label*.
- La indicación *off-label* debe estar a cargo de un médico que cuente con conocimientos y habilidades para el uso de fármacos en niños, dado que esta población se diferencia de la adulta en las patologías, en los parámetros farmacocinéticos y farmacodinámicos.
 - La prescripción *off-label* tiene que ser racional y clínicamente apropiada. Esto implica que se alcance el mejor análisis costo/beneficio para el paciente en base a la evidencia científica disponible.
 - El paciente y sus familiares deben ser informados que la prescripción es *off-label* así como de los beneficios y riesgos de la indicación.
 - El prescriptor debe asegurarse de un apropiado seguimiento de la eficacia y tolerabilidad. Los efectos adversos deben ser reportados al ente nacional de farmacovigilancia.
 - En caso de que el fármaco elegido presente reacciones adversas graves y conocidas, éstas requieren una especial atención.
 - El prescriptor debe asegurarse que el fármaco no es experimental. El uso *off-label* de un medicamento no posee fines investigativos y consiste fundamentalmente en conseguir un beneficio para el paciente (Scharma, 2019; Schrier, 2020; Shuib, 2021; Guidi, 2022).

Es de destacar que la elección del tratamiento debe representar la libertad del médico de elegir la mejor opción posible para el paciente, asegurando una buena práctica clínica. Las indicaciones *off-label* no quedan exentas del principio de uso racional, es decir que el paciente debe recibir el medicamento apropiado para su patología, en las dosis necesarias a sus requerimientos, por un tiempo adecuado y a un menor costo para él y la comunidad (WHO, 2002).

Conclusión

Si bien la prescripción *off-label* no se encuentra prohibida ni representa necesariamente un uso incorrecto, conlleva un riesgo adicional. A pesar de esto, la indicación de un fármaco por fuera de las especificaciones de autorización es extremadamente frecuente en la población pediátrica. Existen múltiples causas para este fenómeno, que incluyen desde desafíos en el proceso de investigación y desarrollo, hasta dudas sobre su viabilidad económica por parte de la industria farmacéutica. Para contrarrestar estos retos, algunas agencias regulatorias como la EMA o la FDA han

creado reglamentos que alientan y al mismo tiempo obligan a las compañías farmacéuticas a realizar investigación en pediatría.

En la Argentina no hay una regulación expresa en lo referente a la prescripción *off-label*. Si bien la práctica no es ilegal y puede ser realizada, deben tenerse ciertas consideraciones al momento de administrar un medicamento a una población vulnerable en la cual el fármaco no ha sido expresamente estudiado. La información brindada al paciente y sus familiares (de manera clara y oportuna), así como su asentamiento en la Historia Clínica, son de vital importancia. La prescripción debe estar basada en el conocimiento científico disponible, no ser secreta, y será de responsabilidad exclusiva del médico, basándose en la bibliografía publicada, opinión de expertos y su experiencia profesional en el tratamiento de la población pediátrica.

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

Referencias bibliográficas

- American Academy of Pediatrics. Committee on Drugs. Guidelines for the ethical conduct of studies to evaluate drugs in pediatric populations. (1977). *Pediatrics*, 60(1), 91–101.
- ANMAT. Comunicado Oficial: Indicaciones médicas fuera de prospecto. 2016. [Consulta: 04/09/2022] Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/comunicados/Indicaciones_de_medicamentos_fp.pdf.
- Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala A, 07/06/2018, “P. M. del C. c. Instituto de la Visión SA y otros s/ daños y perjuicios”, República Argentina, publicado en La Ley Online, AR/JUR/33227/2018.
- Código Civil y Comercial de la Nación, República Argentina, art. 1724.
- Balan, S., Hassali, M. A., & Mak, V. S. (2015). Awareness, knowledge and views of *off-label* prescribing in children: a systematic review. *British journal of clinical pharmacology*, 80(6), 1269–1280. <https://doi.org/10.1111/bcp.12750>
- Barker C, Turner M and Sharland M. Prescribing Medicines for Children: From Drug Development to Practical Administration. Pharmaceutical Press, 2019
- Boos J. (2003). Off label use--label off use?. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology*, 14(1), 1–5. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdg035>
- Camfield, P., & Camfield, C. (2015). Incidence, prevalence and aetiology of seizures and epilepsy in children. *Epileptic disorders: international epilepsy journal with videotape*, 17(2), 117–123. <https://doi.org/10.1684/epd.2015.0736>
- Ceci, A., Felisi, M., Baiardi, P., Bonifazi, F., Catapano, M., Giaquinto, C., Nicolosi, A., Sturkenboom, M., Neubert, A., & Wong, I. (2006). Medicines for children licensed by the European Medicines Agency (EMA): the balance after 10 years. *European journal of clinical pharmacology*, 62(11), 947–952. <https://doi.org/10.1007/s00228-006-0193-0>
- Código de Ética de la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), arts. 111 y 204.
- Código Penal, República Argentina, arts. 201, 203 siguientes y concordantes
- Chen, N., Aleksa, K., Woodland, C., Rieder, M., & Koren, G. (2006). Ontogeny of drug elimination by the human kidney. *Pediatric nephrology (Berlin, Germany)*, 21(2), 160–168. <https://doi.org/10.1007/s00467-005-2105-4>

- Choonara I. (2004). Unlicensed and *off-label* drug use in children: implications for safety. *Expert opinion on drug safety*, 3(2), 81–83. <https://doi.org/10.1517/eods.3.2.81.27342>
- Decreto-Ley 1490/92, República Argentina, (art. 8, inc. k).
- EMA. Kigabeg (vigabatrin). An overview of Kigabeg and why it is authorised in the EU. [Consulta:04/09/2022] Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/kigabeg>
- EMA. Paediatric-use marketing authorisations. [Consulta:04/09/2022] <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/marketing-authorisation/paediatric-medicines/paediatric-use-marketing-authorisations>
- EMA. Slenyto* – Melatonin: European Assessment Report (EPAR) (Assessment Report). 2019. [Consulta:04/09/2022] Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessmentreport/slenyto-epar-public-assessment-report_en.pdf
- Findling, R. L., Candler, S. A., Nasser, A. F., Schwabe, S., Yu, C., Garcia-Olivares, J., O'Neal, W., & Newcorn, J. H. (2021). Viloxazine in the Management of CNS Disorders: A Historical Overview and Current Status. *CNS drugs*, 35(6), 643–653. <https://doi.org/10.1007/s40263-021-00825-w>
- Frattarelli, D. A., Galinkin, J. L., Green, T. P., Johnson, T. D., Neville, K. A., Paul, I. M., Van Den Anker, J. N., & American Academy of Pediatrics Committee on Drugs (2014). *Off-label* use of drugs in children. *Pediatrics*, 133(3), 563–567. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-4060>
- Giurin, M. S., Trojniak, M. P., Arbo, A., Carrozzi, M., Abbracciavento, G., Monasta, L., & Zanuc, C. (2022). Safety of *Off-Label* Pharmacological Treatment in Pediatric Neuropsychiatric Disorders: A Global Perspective From an Observational Study at an Italian Third Level Children's Hospital. *Frontiers in pharmacology*, 13, 837692. <https://doi.org/10.3389/fphar.2022.837692>
- Gómez, K. C. G., Sánchez, Y. O., Castillo, L. L. S. (2019). Medicamentos *off-label*: de la terminología a la práctica. *Multimed*, 23(4), 854–71.
- Gore, R., Chugh, P. K., Tripathi, C. D., Lhamo, Y., & Gautam, S. (2017). Pediatric *Off-Label* and Unlicensed Drug Use and Its Implications. *Current clinical pharmacology*, 12(1), 18–25. <https://doi.org/10.2174/1574884712666170317161935>
- Guidi, B., Parziale, A., Nocco, L., Maiese, A., La Russa, R., Di Paolo, M., & Turillazzi, E. (2022). Regulating pediatric *off-label* uses of medicines in the EU and USA: challenges and potential solutions : Comparative regulation framework of off label prescriptions in pediatrics: a review. *International journal of clinical pharmacy*, 44(1), 264–269. <https://doi.org/10.1007/s11096-021-01303-5>
- Kearns, G. L., Abdel-Rahman, S. M., Alander, S. W., Blowey, D. L., Lee-der, J. S., & Kauffman, R. E. (2003). Developmental pharmacology--drug disposition, action, and therapy in infants and children. *The New England journal of medicine*, 349(12), 1157–1167. <https://doi.org/10.1056/NEJMr035092>
- Kearns, M. A., & Hawley, K. M. (2014). Predictors of polypharmacy and *off-label* prescribing of psychotropic medications: a national survey of child and adolescent psychiatrists. *Journal of psychiatric practice*, 20(6), 438–447. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000456592.20622.45>
- Ley 16.463, República Argentina, (art. 1 y 2)
- Ley 17.132, República Argentina, (art. 20, inc. 7 y 8)
- Ley 26.529, República Argentina, (arts 2.e, 2.f, 3, 6 y 7)
- Locher, C., Koehlin, H., Zion, S. R., Werner, C., Pine, D. S., Kirsch, I., Kessler, R. C., & Kossowsky, J. (2017). Efficacy and Safety of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors, and Placebo for Common Psychiatric Disorders Among Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 74(10), 1011–1020. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2432>
- Lorberg B, Davico C, Martenskovskiy D, Vitiello B. (2019). Principles in using psychotropic medication in children and adolescents. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Lu, C. Y., Zhang, F., Lakoma, M. D., Madden, J. M., Rusinak, D., Penfold, R. B., Simon, G., Ahmedani, B. K., Clarke, G., Hunkeler, E. M., Waitzfelder, B., Owen-Smith, A., Raebel, M. A., Rossom, R., Coleman, K. J., Copeland, L. A., & Soumerai, S. B. (2014). Changes in antidepressant use by young people and suicidal behavior after FDA warnings and media coverage: quasi-experimental study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 348, g3596. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3596>
- Maceira, D., Bumbak, S., Barbieri, E., & Peralta, M. (2005). Control de medicamentos en la Argentina: el funcionamiento de la ANMAT y el INPI. Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC).
- Mason, A. (2018). Clinical drug trials. *Pediatr Rev*, 39(3), 150-2.
- Murthy, S., Mandl, K. D., & Bourgeois, F. (2013). Analysis of pediatric clinical drug trials for neuropsychiatric conditions. *Pediatrics*, 131(6), 1125–1131. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2694>
- Pearson, A. D., Heenen, D., Kearns, P. R., Goeres, A., Marshall, L. V., Blanc, P., & Vassal, G. (2018). 10-year report on the European Paediatric Regulation and its impact on new drugs for children's cancers. *The Lancet. Oncology*, 19(3), 285–287. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30105-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30105-0)
- Putignano, D., Clavenna, A., Reale, L., & Bonati, M. (2019). The evidence-based choice for antipsychotics in children and adolescents should be guaranteed. *European journal of clinical pharmacology*, 75(6), 769–776. <https://doi.org/10.1007/s00228-019-02641-0>
- Rose, K., Neubauer, D., & Grant-Kels, J. M. (2019). Rational Use of Medicine in Children-The Conflict of Interests Story. A Review. *Rambam Maimonides medical journal*, 10(3), e0018. <https://doi.org/10.5041/RMMJ.10371>
- Rusz, C. M., Ősz, B. E., Jitcá, G., Miklos, A., Bătrinu, M. G., & Imre, S. (2021). *Off-Label* Medication: From a Simple Concept to Complex Practical Aspects. *International journal of environmental research and public health*, 18(19), 10447. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910447>
- Schmal, C., Becker, K., Berg, R., Brünger, M., Lehmkühl, G., Oehler, K. U., Ruppert, T., Staudter, C., Trott, G. E., & Dittmann, R. W. (2014). Pediatric psychopharmacological research in the post EU regulation 1901/2006 era. *Zeitschrift fur Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42(6), 441–449. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000322>
- Schrier, L., Hadjipanayis, A., Stiris, T., Ross-Russell, R. I., Valiulis, A., Turner, M. A., Zhao, W., De Cock, P., de Wildt, S. N., Allegraert, K., & van den Anker, J. (2020). *Off-label* use of medicines in neonates, infants, children, and adolescents: a joint policy statement by the European Academy of Paediatrics and the European society for Developmental Perinatal and Pediatric Pharmacology. *European journal of pediatrics*, 179(5), 839–847. <https://doi.org/10.1007/s00431-019-03556-9>
- Sharma, A. N., Arango, C., Coghill, D., Gringras, P., Nutt, D. J., Pratt, P., Young, A. H., & Hollis, C. (2016). BAP Position Statement: *Off-label* prescribing of psychotropic medication to children and adolescents. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*, 30(5), 416–421. <https://doi.org/10.1177/0269881116636107>
- Shuib, W., Wu, X. Y., & Xiao, F. (2021). Extent, reasons and consequences of *off-labeled* and unlicensed drug prescription in hospitalized children: a narrative review. *World journal of pediatrics: WJP*, 17(4), 341–354. <https://doi.org/10.1007/s12519-021-00430-3>
- Tiffin, P. A., Mediavilla, J. L., Close, H., Kasim, A. S., Welsh, P., Paton, L. W., & Mason, J. M. (2019). What were the impacts of the Committee on Safety of Medicines warning and publication of the NICE guidelines on trends in child and adolescent antidepressant prescribing in primary care? A population based study. *BMJ open*, 9(8), e028201. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028201>
- Toma, M., Felisi, M., Bonifazi, D., Bonifazi, F., Giannuzzi, V., Reggiardo, G., de Wildt, S., Ceci, A., & TEDDY European Network of Excellence for Paediatric Research (2021). Paediatric Medicines in Europe: The Paediatric Regulation-Is It Time for Reform?. *Frontiers in medicine*, 8, 593281. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.593281>
- Vijay, A., Becker, J. E., & Ross, J. S. (2018). Patterns and predictors of *off-label* prescription of psychiatric drugs. *PLoS one*, 13(7), e0198363. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198363>

Weda, M., Hoebert, J., Vervloet, M., Moltó Puigmartí, C., Damen, N., Marchand, S., et al. (2017). Study on *off-label* use of medicinal products in the European Union. [Consulta: 04/09/2022]

<https://www.nivel.nl/nl/publicaties/1003114>

Wehry, A. M., Beesdo-Baum, K., Hennessey, M. M., Connolly, S. D., & Strawn, J. R. (2015). Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Current psychiatry reports*, 17(7), 52.

<https://doi.org/10.1007/s11920-015-0591-z>

Kornø, K. T., & Aagaard, L. (2018). *Off-Label* Prescribing of Antipsychotics in a Danish Child and Adolescent Mental Health Center: A Register-Based Study. *Journal of research in pharmacy practice*, 7(4), 205–209. https://doi.org/10.4103/jrpp.JRPP_18_42

Wittich, C. M., Burkle, C. M., & Lanier, W. L. (2012). Ten common questions (and their answers) about *off-label* drug use. *Mayo Clinic proceedings*, 87(10), 982–990. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2012.04.017>

World Health Organization. (2002). Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. [Consulta:04/09/2022] Disponible en:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67532/WHO_EDM_2002.3_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

La semiología psiquiátrica en la posmodernidad

Psychiatric semiology in postmodernity

Ignacio Barbagallo¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i158.321>

Resumen

Este trabajo se propone reflexionar sobre la vigencia de la semiología y nosografía psiquiátrica que suele circular en los ámbitos de formación de psicólogos clínicos y psiquiatras. La visión de la psiquiatría académica de nuestros tiempos, fuertemente influenciada por el discurso cientificista, busca consolidar una nosografía universal que pretende borrar las marcas propias de la cultura. Sin embargo, la prevalencia de ciertos diagnósticos por sobre otros se encuentra determinada por el contexto social y los cambios culturales que determinan, a su vez, las prácticas clasificatorias de los profesionales.

Por ello es importante la inclusión de los aportes de pensadores y críticos de la cultura para desarrollar una semiología actualizada y culturalizada de los fenómenos clínicos. Utilizaremos la teoría de Mark Fisher sobre el Realismo Capitalista para repensar en esta línea los principales síntomas de la depresión.

Palabras clave: Semiología - Nosografía - Posmodernidad - Cultura - Psiquiatría.

Abstract

This article intends to reflect on the validation of psychiatric semiology and nosography that is taught in clinical psychologists and psychiatrists training programs. The vision of academic psychiatry of our times, strongly influenced by scientific narrative, seeks to consolidate an universal nosography that aims to erase the culture marks. However, the prevalence of certain diagnoses over others is determined by the social context and cultural changes that determine, in turn, the classifying standards of professionals. For this reason, it is important to include the contributions of public intellectuals and cultural theorists for an updated and culturalized semiology of clinical phenomena. We will use the developments of Mark Fisher on Capitalist Realism to rethink the main symptoms of depression.

Keywords: Semiology - Nosography - Posmodernity - Culture - Psychiatry.

Las historias que le dieron sentido al mundo están colapsando.

Benjamin Labatut

Introducción

La pregunta por la vigencia de la semiología psiquiátrica es concreta y necesaria, y su enunciación no responde a un cuestionamiento o capricho intelectual reservado para los eruditos y estudiosos, sino más bien al producto de una experiencia común para todos quienes nos desempeñamos en el ámbito clínico de la salud mental.

La interdisciplina se dibuja como el horizonte utópico de un conjunto de disciplinas que se pretenden inclusivas y tolerantes con las diferencias. Sin embargo, la convivencia de estas prácticas, sostenidas por discursos tan distintos como incompatibles, ha sido una fuente de confusión y de hostilidad entre profesionales desde hace muchos años. Este desencuentro termina por amedrentarnos y dejarnos petrificados, y la semiología aparece como una excelente solución de compromiso, un lenguaje que se ha erguido como una herramienta de comunicación válida y confiable.

Sin embargo, la pregunta por su vigencia ha ido perdiendo presencia en la agenda de la formación de psiquiatras y psicólogos clínicos, conforme al avance de la tarea asistencial, siempre tan demandante y urgente, y su respuesta se escurre en los intersticios de una práctica que cada vez se aleja más de aquello que busca remediar.

La inundación de los espacios de formación y de intercambio entre profesionales con términos técnicos para los diagnósticos y la semiología clínica ha generado una ecolalia generalizada. Su uso abusivo corre el riesgo de convertirse en una jerga que sostenga la ilusión del reconocimiento o la comprensión del otro.

En el siguiente trabajo, no intentaremos buscar nombres nuevos o interesantes para nombrar las mismas cosas, sino más bien, trataremos de reflexionar qué sentido tiene utilizar en la actualidad una semiología que se pretende universal, aunque resulte por momentos anacrónica e insensible ante la diversidad cultural.

Si consideramos a la salud mental como una práctica atada inevitablemente al contexto social y a los cambios culturales de las personas, tendremos que recurrir a las contribuciones de otras disciplinas. En particular nos apoyaremos en los desarrollos sobre el Realismo Capitalista de Mark Fisher, entendiendo que podrían aportarnos coordenadas fundamentales para la lectura de los fenómenos clínicos y el desarrollo de una semiología actual y culturalizada.

Método

No debería ser lo mismo hablar del trastorno bipolar que de las psicosis maníaco depresivas, u homologar la melancolía con las depresiones resistentes, aunque así ocurra en algunos ámbitos. De esa tendencia tampoco escapa el psicoanálisis lacaniano que apela al concepto de psicosis ordinaria para explicar gran parte de los cuadros clínicos contemporáneos, poniendo en evidencia la facilidad con la que se puede crear una categoría diagnóstica ad-hoc ante la imposibilidad de cuestionar y contextualizar la propia práctica.

¿Es lo mismo deprimirse en Argentina que en un país del primer mundo? ¿Es la ansiedad un trastorno o una respuesta inevitable ante una sociedad sumamente ansiógena? El antropólogo norteamericano Andrew Lakoff (2005) investigó la prevalencia del diagnóstico de trastorno bipolar en la Argentina en la década de 1990 y de la depresión y la ansiedad durante la crisis económica del 2001. Según sus trabajos, la preponderancia de ciertos diagnósticos por sobre otros, o en otras palabras, su aparición o desaparición dentro del billboard de los diagnósticos psiquiátricos, estaría íntimamente vinculada con las prácticas clasificatorias de los profesionales.

Lakoff cuestiona la validez global del conjunto de estándares diagnósticos que hacen comparables las experiencias de los pacientes de distintas partes del mundo. La abstracción a través de la clasificación técnica posibilitaría que las trayectorias de vida específicas puedan ser reunidas en un mismo espacio de medición: el diagnóstico. Sin embargo, esta equivalencia de los padecimientos en distintos hemisferios es problemática ya que dependen del consenso en las prácticas clasificatorias entre los profesionales de distintas partes del mundo.

El autor realiza un análisis perspicaz del “mundo psi” argentino. Señala que la pregnancia del discurso psicoanalítico y del movimiento de la salud mental, especialmente en el ámbito metropolitano de Buenos Aires, ha propiciado que no se constituya un nicho epistemológico adecuado para el desembarco de los modelos de clasificación estadounidenses, los cuales han generado principalmente desconfianza y rechazo.

El replanteo de la nosografía conlleva necesariamente el replanteo de la semiología con la que trabajamos, que se encuentra fuertemente influenciada por el discurso científico positivista y que ha llevado hacia el extremo la idea de poder estudiar en términos cuantitativos y cualitativos prácticamente cualquier objeto.

Basta con leer los aportes de Hernán Lago (2019) sobre la dificultad que plantea el concepto de la timia

dentro de las esferas del examen psiquiátrico, demostrando el sometimiento que ostenta la ciencia sobre los afectos que toman el valor de objetos reales y universales. Así, sostiene Lago que la neuropsicología y la neuropsiquiatría se autorizan a degradar experiencias tan distintas como una gran tristeza, un duelo irresoluto, la depresión y la melancolía a una hipertimia displacentera.

Cabe señalar que el mayor desarrollo de la semiología en psiquiatría se dio en entre el siglo XVIII y XIX, y este iba de la mano de una conceptualización que intentaba equiparar las enfermedades mentales con las enfermedades físicas (Lanteri Laura, 2000). La importación del método anatomoclínico de la medicina general al campo de la psiquiatría se proponía elaborar una nosografía y una anatomía patológica que desembocaran en una clínica objetiva, precisa, estandarizada y que permitiera diferenciar una enfermedad de otra.

Es decir, que durante más de un siglo y medio, los alienistas se dedicaron a describir los fenómenos clínicos con la pretensión de formalizar un corpus teórico robusto y consistente. Sin embargo, el narcisismo de las pequeñas diferencias dio lugar a la proliferación de un sinnúmero de palabras (y por supuesto, nombres propios) para remitir a signos observables, síntomas y enfermedades lo que terminó por generar mayor confusión que claridad. Philippe Chaslin (1914), uno de los más destacados alienistas franceses, ha señalado las imprecisiones y contradicciones en las evaluaciones de la época y criticó la incorporación de términos del latín, del griego y de otros idiomas o, simplemente complicados, a la práctica, señalando que el lenguaje inexacto puede llevar a la inexactitud de la idea.

No ignoramos la tendencia organicista de Chaslin y su anhelo de crear un lenguaje matematizado para la psiquiatría. Para desarrollarlo, propuso el uso de expresiones que resultaran más accesibles con el fin de crear un lenguaje riguroso, aunque también claro. Chaslin intentó recuperar la tradición filosófica de Condillac en la pretensión de que la psiquiatría, en cuanto ciencia, sea una “lengua bien hecha”, una disciplina con estatus propio e independiente de las demás.

Esta es la semiología que suele circular por los espacios académicos y de formación, que lejos de ser un lenguaje técnico y riguroso, una lengua bien hecha, se configura como un catálogo que destila una fuerte carga ideológica, una jerga que procura reproducir un modelo reduccionista del abordaje de los fenómenos mentales y que suele localizar lo esencial del padecimiento en el individuo.

Matusevich y Pieczanski (2012) señalan que la visión de la psiquiatría académica de nuestros tiempos se corresponde a un movimiento denominado neo-kraepelinismo, un *revival* de la enseñanza de Emil Kraepelin que busca imponer la tradición biomédica del paradigma de las enfermedades mentales. Este movimiento hacia una psiquiatría estadística y manualizada se ve sostenido por la redacción de los grandes manuales que buscan expulsar de la realidad clínica todo aquello que no pase por el tamiz de la verificación a través de la biomedicina y la genética. Para los autores, este movimiento no es más que el “(...) resurgimiento del paradigma positivista adornado por toda una serie de gadgets tecnológicos” (p. 82).

Como sostiene el filósofo Jean-Francois Lyotard (1987) la posmodernidad ha dado lugar a la caída de los grandes relatos. Aquellos discursos totalizadores, entre ellos la ciencia, que desde la modernidad han intentado explicar cómo funciona el mundo y han legitimado la búsqueda de su universalización. A partir de entonces, para Lyotard, el discurso científico ya no ocupará un rol hegemónico como organizador del conocimiento y de las experiencias, sino que será un relato más entre otros, y tendrá sentido, únicamente, dentro de sus propias fronteras. Este movimiento inaugura la época de los pequeños relatos poniendo en evidencia la complejidad y la pluralidad en la producción y la transmisión del conocimiento.

En este contexto, parece ser que la psiquiatría se encuentra atrincherada, y en el afán de mantener su legitimidad como discurso médico hegemónico, no acusa recibo de sus propias inconsistencias. Esta miopía conceptual ha favorecido a asentar las bases de lo que Alberto Ortiz Lobo (2018) llama el autoritarismo científico psiquiátrico, en otras palabras, un forzamiento a elevar el discurso científico al cenit del conocimiento del padecimiento mental, lo cual tiene implicancias fundamentalmente en la concepción de los trastornos mentales con sus diagnósticos y tratamientos. Este autoritarismo sería el síntoma de lo que Germán Berrios (2011) plantea en términos epistemológicos: el gran problema que tiene la psiquiatría para aprehender su propio objeto de estudio.

Alessandro Baricco (2021) sostiene que a partir de la pandemia causada por el virus del Covid-19, el discurso científico, que desde la modernidad se había erguido como una figura mítica poderosa, mostró la hilacha, ha demostrado su obsolescencia para dar respuesta como el único interlocutor a la complejidad de los fenómenos en la actualidad. Por ello dice el autor

italiano que rendirse al método científico sería como leer un texto sin vocales: los fenómenos no deben leerse sin el matiz de los mitos o productos culturales.

Resultados

Es impostergable la tarea de desarrollar una semiología y una nosografía actualizada y culturalizada, reconociendo que la que utilizamos y heredamos de la época clásica tiene un valor orientativo y limitado. Si bien constituye una buena guía de lectura de los fenómenos clínicos, su aplicación irreflexiva y repetitiva deriva en la insensatez de abordar los nuevos padecimientos con palabras viejas.

Muchos pensadores contemporáneos y críticos de la cultura le han adjudicado a la vida en la posmodernidad un rol importante en el desarrollo de los trastornos mentales (podríamos mencionar a Zizek, Han, Berardi y Reynolds entre otros), condición que suele ser silenciada por gran parte de los abordajes reduccionistas y que necesitamos articular con nuestros saberes previos para una lectura culturalizada de los fenómenos mentales.

Mark Fisher (2018b) sostiene que vivimos en un realismo capitalista. Hay que comprender este concepto como un marco conceptual que enlaza el deseo humano con el capitalismo y sumerge a los individuos en una impotencia reflexiva, favoreciendo la idea de que no hay otro régimen posible. En otras palabras, el realismo capitalista va más allá de las consecuencias de la aplicación irresponsable de medidas neoliberales y la creciente inequidad social, sino que apunta al entramado de relatos que determinan el modo en que vivimos, y por supuesto, sufrimos.

En este contexto, acuña el concepto de privatización del estrés para dar cuenta que en la actualidad el padecimiento psíquico no toma una forma colectiva, sino que se apela a una explicación de su etiología fundamentalmente neurobiológica. Desde esta perspectiva, la resolución, o en otras palabras, el tratamiento, quedan considerados dentro del dominio individual: el problema queda coagulado en el individuo. Sin embargo, el gran aumento de trastornos mentales en las últimas décadas pone en evidencia que el capitalismo es inherentemente disfuncional y que las formas de padecimiento actuales son su costo secreto.

¿Cómo sería una semiología actualizada y que contemple lo cultural? ¿Cuál es nuestra propuesta? Realizar una revisión crítica para generar una nueva semiología actualizada y que contemple lo cultural, en este caso, de la depresión. La elección del tema y

del autor no es azarosa. Respecto de la primera, cabe señalar que la OMS (2021) estima que más de 280 millones de personas sufren de depresión, y que esta cifra ha aumentado notablemente durante las últimas décadas. Este problema constituye la principal causa de discapacidad a nivel mundial. Por otro lado, la elección de Fisher para abordar la depresión tiene que ver con que el crítico cultural británico no solo estuvo hospitalizado en reiteradas oportunidades por este motivo, sino que terminó por quitarse la vida en 2017. Tal vez por ello, sus ensayos exceden a una mera aproximación intelectual al problema, constituyendo más bien, su testimonio personal.

Tomemos los tres síntomas capitales: ánimo triste, anhedonia y abulia.

En primer lugar, Fisher va a realizar una diferenciación entre la tristeza y la depresión propiamente dicha. Define a la tristeza como un estado individual y momentáneo de la vida, una eventualidad, una contingencia. Por el contrario, la depresión constituye para Fisher un fenómeno colectivo que constituye el punto culminante del proceso de privatización del estrés y las consecuencias de la instauración del posfordismo como modo de producción, que naturaliza la competencia individual a la vez que destruye los puntos de anclaje colectivos basados en el lazo social.

Vivimos en una época en la cual no hay tolerancia para la tristeza. Por un lado, la tendencia medicalización de la vida cotidiana establece plazos para los duelos y criterios para los tratamientos farmacológicos asociados a la productividad. Por otro lado, cierta corriente del discurso psicoanalítico ha hecho eco del concepto de cobardía moral de Lacan para agraviar a quien padece por no “hacerse cargo” de sus problemas de una manera más saludable.

Fisher afirma que la responsabilización ha sido una de las tácticas más exitosas de las clases dominantes para silenciar la influencia del poder social en los trastornos mentales, y sobre todo en la depresión. De esta manera, el depresivo se experimenta a sí mismo aislado del mundo de la vida y se embarca en una pantomima, una simulación que ya no puede ni quiere representar y se expresa a través un axioma pesimista: ya nada tiene sentido, todo es una farsa.

En segundo lugar, la anhedonia, que fue definida tradicionalmente como la incapacidad de experimentar placer, entrará en contradicción con lo que Fisher conceptualiza, a partir de la observación de sus alumnos adolescentes, como hedonia depresiva. Se trata de un estado en el cual el sujeto no puede hacer otra cosa

que no se oriente hacia la búsqueda de placer, y aún cuando lo logra, permanece con la sensación de que falta algo más, de que nunca es suficiente. Este estado pone en relieve dos cuestiones importantes: en primer lugar la presencia ineludible del estatuto superyoico propio de la posmodernidad: el empuje incesante hacia la búsqueda automática y compulsiva del placer. Por otro lado, la relación del individuo con el placer no es lineal y tiene más de una arista. Sobre esto ya nos advirtió Freud (2011) hace cien años con el concepto de masoquismo.

Por último, la abulia o falta de voluntad, no debería pensarse de manera aislada sin considerar la íntima relación que guarda con el contexto social y cultural en el cual esta se produce. Según Fisher (2018), estamos situados en un *no-future*, un futuro que, parafraseando a Franco “Bifo” Berardi, ha sido lentamente cancelado, en el cual es difícil (o casi imposible) situarse por fuera de lo que está determinado por la clase social y a partir de lo cual los jóvenes quedan en lo que él denomina impotencia reflexiva, sin la posibilidad de actuar, relegados a una especie de adormecimiento. Este fenómeno podría equipararse al estado de “paja”, tan típico del adolescente de nuestro país.

Berardi (2007) advierte que nos encontramos en un futuro impensado respecto de aquel que era imaginado en la época moderna: las premisas del progreso como un gobierno cada vez más completo del universo humano se han disuelto. Por ello, tenemos la vivencia de un futuro amenazante, justamente porque la imaginación colectiva se ha vuelto incapaz de encontrar alternativas posibles a la tendencia de devastación, empobrecimiento y violencia. Esta parálisis de la voluntad es el contexto histórico en el que se sitúa lo que Bifo llama la epidemia depresiva contemporánea.

En esta línea, nos vemos obligados a un replanteo de la desesperanza, signo que es considerado un indicador clave en la detección del riesgo suicida, con el fin de determinar en qué medida las experiencias de desesperanza se expresan como un pensamiento parasitario y patológico, y susceptible de tratamiento y cuándo estas manifestaciones responden al pesimismo inherente a las condiciones de vida en el realismo capitalista.

Una nueva semiología de la depresión podría llevarnos a redefinir indicadores que han resultado fundamentales en la pesquisa de signos y síntomas depresivos. La incorporación de estos matices en la evaluación y el tratamiento permitirán pensar soluciones posibles antes vedadas por la atribución, entre otras cosas, de una falta de adherencia al tratamiento.

Discusión

La revisión crítica de los conceptos con los que operamos y nos comunicamos cotidianamente es posible y también necesaria. Los exámenes semiológicos, a través de su compartimentarización en las distintas esferas de las facultades mentales, o la súper especificidad de los síntomas y signos, llevadas hasta el absurdo con la categoría de lo “no especificado”, tienen más que ver con el furor por sostener la ilusión de un objeto de estudio coherente y unificado, que con una realidad clínica.

Nuestros conceptos no se añejan, no mejoran con el tiempo, sino más bien se avinagran testimoniando un desfase importante, su incapacidad de alcanzar la vertiginosa velocidad del *scrolleo* y del *multitasking*. El colapso de los relatos que le han dado sentido al mundo nos obligan a entrar en un terreno incierto, pero a la vez fértil, para el encuentro de los micro relatos que componen nuestra realidad, cada vez más compleja e inabarcable desde los discursos totalizadores o los “ismos”. Por eso, la reformulación de la semiología debe ser contextualizada y producir nociones originales, que resulten útiles y operacionalizables.

La inclusión de los aportes de pensadores y críticos de la cultura resulta fundamental para formalizar una nueva semiología que, como dicen Levin y Matusevich (2022), nos permita habitar el Planeta Tierra de una manera diferente, que no caiga en las trampas de una repetición acrítica o desactualizada ni en la pretensión de una originalidad vacía y superficial.

Mark Fisher (2018a) sostiene que la cultura del Siglo XXI se encuentra marcada por el anacronismo y la inercia, producto de una patología de la temporalidad que se expresa como una fuerte tensión entre lo nuevo y lo viejo. En este dilema nos encontramos también en el ámbito de la salud mental: entre la espera de los *up-grades* de la ciencia y el nostálgico oficio de historiador. En este sentido, pareciera que somos nosotros los que nos encontramos inmersos en un “realismo cientificista”, atrapados en una impotencia reflexiva e incapaces de pensar en alternativas posibles más allá de las premisas casi invariables que proporcionan las corrientes psicológicas y psiquiátricas tradicionales.

Por eso, es fundamental desarrollar una práctica más democrática y emancipadora, sometida a una revisión constante de las significaciones sociopolíticas que la determinan. La formación de psicólogos clínicos y psiquiatras debe reformularse en esta línea. Stagnaro y Matusevich (2022) señalan que si bien el consumo de bibliografía internacional es importante en este proceso, resulta necesaria su matización por

medio de las producciones locales. Para ello, será fundamental la lectura y la producción escrita en el ámbito local, actividad que se encuentra dificultada por la falta de fomento institucional y por las condiciones económicas de nuestro país.

Referencias bibliográficas

- Baricco, A. (2021). *Lo que estábamos buscando*. Editorial Anagrama.
- Berardi F. (2007). *Generación post alfa. Patologías e imaginarios en el semiocapitalismo*. Tinta Limón Ediciones.
- Berrios, G. (2011). *Hacia una nueva epistemología de la Psiquiatría*. Editorial Polemos.
- Chaslin, P. (1914). La psychiatrie est-elle une langue bien faite? *Revue Neurologique*, 26, 17-24. (Versión en castellano: Chaslin, P. *¿Es la psiquiatría un lenguaje bien hecho? en Lenguaje y psicopatología*. Emilio Vaschetto (Comp.), 2012, Polemos.
- Fisher, M. (2018a [2013]). *Los fantasmas de mi vida: Escritos sobre depresión, hauntología y futuros perdidos*. Caja Negra.
- Fisher, M. (2018b [2016]). *Realismo capitalista: ¿no hay alternativa?* Caja Negra.
- Freud, S. (2011 [1924]). *El problema económico del masoquismo*. En S. Freud, *Obras completas*. Tomo XIX. Amorrortu Editores.
- Lago, H. (2019). *Cuerpos*. Siso Saude, 64-65, 25-32. <https://doi.org/10.7748/ns.32.25.64.s37>
- Lakoff, A. (2005). *Pharmaceutical Reason Knowledge and Value in Global Psychiatry*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511489150>
- Lanteri-Laura, G. (2000 [1998]). *Ensayos sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Editorial Triacastela.
- Levin, S., Matusevich, D. (2022). La psiquiatría tiene futuro. *Vertex Rev Arg Psiquitr*, 33(155), 66-69. <https://doi.org/10.53680/vertex.v33i155.136>
- Lyotard J-F. (1987 [1979]). *La condición posmoderna*. Informe sobre el saber. Ediciones Cátedra.
- Matusevich, D., Pieczanski, P. (2012). *¿Qué es la post-psiquiatría? Escenarios y encrucijadas de la psiquiatría actual*. En Vaschetto Emilio (Comp.), *Epistemología y Psiquiatría. Relaciones peligrosas* (pp. 79-96). Editorial Polemos.
- Matusevich, D., Stagnaro, J. C. (2022). Editorial. *Vertex Rev Arg Psiquitr*, 33(155), 2-3. <https://doi.org/10.53680/vertex.v33i155.143>
- OMS (2021). *Depresión: datos y cifras*. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Ortiz Lobo, A. (2018). *Postpsiquiatría o el nuevo desafío al autoritarismo profesional*. En A. Ortiz Lobo y R. Huertas (Coords.). *Críticas y alternativas en psiquiatría* (pp. 108-151). Editorial Catarata.



Pedro Mallo (1837-1899)

EL RESCATE Y LA MEMORIA

Pedro Mallo: Primeras aproximaciones rioplatenses a la Historia de la Locura

Norberto Aldo Conti

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i158.322>



Pedro Mallo nació en Buenos Aires el 11 de agosto de 1837, ingresó a la Facultad de Medicina en 1858 y se graduó en 1864 con una tesis de doctorado titulada “Algo sobre la enajenación mental”. Siendo aún estudiante de medicina participó en la organización y gestión del “Hospital de sangre de Retiro” durante la Batalla de Pavón ocurrida el 17 de septiembre de 1861 entre las tropas de la Confederación Argentina y el Estado de Buenos Aires. En 1864, año de su graduación, presenta su tesis con fecha 24 de marzo y junto con su compañero Ángel Gallardo (1839-1867) funda la *Revista Médico-Quirúrgica*, cuyo primer número sale el 8 de abril y se publica en forma quincenal, en la imprenta de Pedro Coni, hasta 1888. En 1865 ingresa, como médico, a la Sanidad Naval, en momentos en que el Poder Ejecutivo Nacional promulga el decreto de “Organización del Cuerpo Médico para la guerra con el Paraguay”, iniciada poco después y que se continuaría hasta marzo de 1870. Pedro Mallo fue un médico militar de renombre, permaneció en la Armada durante más de treinta años, fue el creador de la camilla de campaña y de la primera mochila botiquín, escribió sobre sanidad en combate, higiene en los buques de guerra, material sanitario en los buques y enfermeros en la Armada, también tuvo destacada actuación durante la epidemia de fiebre amarilla que asoló a Buenos Aires en 1871 dejando más de 14.000 muertos; la “Comisión Popular de Socorros”, que integró con otros prestigiosos médicos de la ciudad, lo nombró Caballero de la Cruz de Hierro y le otorgó una medalla de oro por su comportamiento. En 1879 se creó el cargo de Cirujano General de la Armada con funciones de Jefe de Personal Médico siendo elegido para el mismo y en 1882, al crearse el cargo de Cirujano Mayor de la Armada y Jefe del Cuerpo de Sanidad, nuevamente recae el nombramiento sobre Pedro Mallo; finalmente, en 1888, es nombrado Inspector General de la Armada, cargo que ocupa hasta su retiro 1896.

En el ámbito académico fue docente de Medicina Legal y en 1876 es elegido como Profesor Sustituto de Higiene Pública y Privada en la Universidad de Buenos Aires. En 1882 es nombrado Catedrático de número de la Academia Nacional de Medicina y, en 1899, es designado Vicedecano de la Facultad de Medicina de la UBA. Fallece en Buenos Aires el 17 de junio de 1899 a los 61 años.

Respecto a sus publicaciones, más allá de sus trabajos sobre medicina militar ya señalados, es uno de los primeros profesionales porteños que se interesan y se ocupan de la historia de la medicina; en efecto, en 1897, a pedido de la Facultad de Medicina, publica una obra titulada: *Historia de la Medicina en el Río de la Plata desde sus orígenes hasta 1822*, la cual se divide en dos partes, la primera (Tomo I), *Páginas de la Historia de la*

Medicina en el Río de la Plata, y la segunda (Tomo II), *Apuntes históricos sobre la viruela, la variolización y la vacuna*; esta última incluye las “*Instrucciones para el uso de la vacuna*” escritas por Miguel O’Gorman ante la llegada de la vacuna antivariólica a Buenos Aires en 1804, recuperadas y valoradas históricamente por Pedro Mallo. Finalmente, en 1898, publica con José Antonio Pillado *Apuntes históricos sobre el Estado Oriental del Uruguay, sus médicos, instituciones de caridad, etc.* Es así el primer autor argentino del siglo XIX que nos deja una obra acerca de la historia de la medicina en el Río de la Plata.

Algo sobre la Enajenación Mental: Consideraciones preliminares

Esta obra se trata de la Tesis de Doctorado de Pedro Mayo presentada, defendida y aprobada en 1864, mismo año de su publicación en la Imprenta de Pablo Coni. La misma consta de 111 páginas y se divide, básicamente, en cinco apartados: *Introducción, Historia, Naturaleza de la locura, El cerebro y Causas de la Enajenación Mental*; hemos centrado esta presentación en fragmentos de los dos primeros apartados ya que en ellos es donde desarrolla los aspectos conceptuales y el contenido cronológico, históricamente situado, del lugar que ocupa la locura en el desarrollo de la cultura occidental desde la antigüedad hasta Pinel y Esquirol, momento casi contemporáneo del autor.

Hay en la Introducción una clara toma de posición respecto a la relevancia del tema abordado: el estudio de las aberraciones mentales es de esencial interés en la historia y, al igual que el campo de la Psicología, que es el estudio del pensamiento humano, corresponde a la medicina ocuparse de ellas. El abordaje metodológico que propone es aquel que trata de “*hallar en el estudio del organismo una explicación de los fenómenos normales y anormales del principio pensante*”, referencias a organismo, cerebro, materialismo y diatribas hacia la filosofía especulativa, colocan a nuestro autor en los inicios del tránsito rioplatense del iluminismo de las luces y la ideología porteña a la presencia del positivismo que inunda el pensamiento francés en la segunda mitad del Siglo XIX impactando con intensidad en la mirada acerca de la locura del naciente alienismo de la época. Con esta impronta inicia su desarrollo histórico en el siguiente apartado haciendo una aclaración respecto al campo de estudio: se trata de un área (la historia de la locura) sobre la cual no hay obras escritas y nos refiere que se verá obligado a explorar documentos esparcidos en multitud de obras, sin embargo llama la atención que, al avanzar en el texto, incluye referencias a pie de página sobre el *Tratado práctico de enfermedades mentales* de Marcé, publicado en París en 1862, el cual consta de un primer capítulo destinado al desarrollo histórico de la psiquiatría desde la antigüedad hasta Pinel y Esquirol.

Estas contradicciones no le quitan valor a esta obra, la primera que trata de la Historia de la Psiquiatría, escrita en el Río de la Plata, por un joven de 27 años que, con ella, pretende completar su formación básica para comenzar el ejercicio de la profesión médica.

Nos llama poderosamente la atención que los tópicos centrales desarrollados en orden cronológico, incluyendo citas de fuentes primarias (en todos los casos tomadas de fuentes secundarias), son prácticamente los mismos que han atravesado todos los libros de historia de la psiquiatría publicados a lo largo del siglo XX; merecería una reflexión más profunda pensar si esto se debe a la vigencia de dichos tópicos o a la imposibilidad de los modelos disciplinares de esa época de ampliar su perspectiva hermenéutica.

Ahora solo esperamos que estos comentarios introductorios estimulen al lector a adentrarse en la lectura de este joven autor que, en 1864, fue el primero en abordar una temática que será extensamente recorrida por diferentes tradiciones culturales argentinas desde finales del siglo XIX en adelante.

Algo sobre la enajenación mental (1864)¹

Pedro Mallo

Introducción

El estudio de las aberraciones y desórdenes de la inteligencia es uno de los puntos más importantes, difíciles y extensos de la historia del hombre y de los que más interesan a la humanidad.

¡En verdad! Es un gran campo, cuyo límite, cuyo horizonte, se confunde con los horizontes y límites de la imaginación atrevida, sublime y fantástica; en que sabios, poco versados en el estudio del hombre, han perdidose apenas escrita la primera página, por falta de una bases, de un punto de apoyo, para resistir el embate de los hechos, que solo piden su participación, un rango entre sus filas. Lejos de ser los hechos enemigos de doctrinas y teorías, son su base, su apoyo, su sustento.

(...)

Si el descrédito en que ha caído la ciencia filosófica ocupada de puras abstracciones, de puras especulaciones y la especie de escolasticismo de que se halla revestida, no hubieran llamado desde fines del siglo anterior la atención de los médicos observadores y analíticos, sobre estas mismas abstracciones desprovistas de toda utilidad científica y social, lo habrían hecho hoy, en que la Biología y la Antropología, agitadas, puestas a la orden del día en las principales escuelas médicas, forman la vanguardia de una gran revolución médica y requieren un conocimiento psíquico basado en hechos y no abstracciones ontológicas como las de los filósofos modernos.

Pesaba antes de ahora sobre el médico dedicado a estos estudios, a menos de admitir íntegramente el ideologismo filosófico propuesto por ellos, un espantoso anatema, el de materialista; aun hoy, no perdonan ocasión de lanzar sus fulminantes invectivas sobre los que tratan de hallar en el estudio del organismo una explicación de los fenómenos normales y anormales del principio pensante.

Desde el origen de las ciencias, desde sus tiempos fabulosos, hay una lucha tenaz, obstinada, entre médicos y filósofos y filósofos entre sí. El materialismo y el espiritualismo abrieron un palenque, donde las inteligencias privilegiadas de las edades sucesivas, han

ido unas tras otras presentándose a sostener los principios que preclaros ingenios promulgaron. Palenque inmenso en que ninguna voz se pierde, si no logran resonar en el instante mismo del uno al otro extremo, el tiempo se encarga de transmitir por los ámbitos del mundo, el último eco, la última expresión, ahogada a veces por el tumulto de encontradas pasiones, creencias y principios.

(...)

Siendo la Psicología el estudio del pensamiento humano, a ninguna ciencia le cabe el derecho de estudiarla con más razón y conservarla entre sus ramas que a la medicina, que tiene el indisputable y exclusivo atributo de estudiarla en sus aberraciones y desórdenes.

Echando una rápida ojeada sobre la historia de la locura, nos convenceremos de lo estéril, infructuoso y perjudicial que han sido para este azote de la inteligencia, las creencias filosóficas absolutistas que reinaban hasta principios de este siglo o fines del pasado, en que Pinel inició una nueva época fecunda para la ciencia.

(...)

I. Historia

La gloria inmortal de Pinel, la de Esquirol y sus discípulos, es haber sido iniciador él y ellos los continuadores de la gran reforma, es haber mostrado, en medio de la gran revolución francesa que había seres injustamente para siempre desterrados de la sociedad, que eran la escoria, el escarnio, la irrisión, la burla de la misma sociedad, que tan alto ponía los derechos individuales; es haber pedido, en medio de ese colosal trastorno, volvieran a la vida, fueran rotas sus inmundas y lóbregas prisiones, rotas sus cadenas y considerados como enfermos, como seres que sufrían.

Fue entonces que la historia de la locura adelantó algunas páginas. Antes no existía sino el nombre y por debajo errores y quimeras, herencia de las épocas de fanatismo, de oscurantismo e ignorancia por las que la humanidad ha cruzado con tardío paso.

1. Biblioteca Central, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Selección de fragmentos y notas, Norberto Aldo Conti.

La historia de la enajenación mental abraza desde la cuna de la sociedad humana hasta nuestros días, y solo desde Pinel, Esquirol y sus discípulos forma un cuerpo, una parte complementaria y necesaria de su estudio; pero, de que no poseemos trabajos que la abrace, o por lo menos no conocemos libro alguno que se ocupe debidamente de ella.

Es sirviéndonos de los documentos esparcidos en multitud de obras que vamos a trazar un resumen aunque incompleto de ella.

Antes de la reforma, eran los locos objetos de terror, de risa, de diversión, cuando su locura no les llevaba morir en medio de una hoguera, condenados por jueces o sacerdotes indignos, o iban a vegetar tristemente, cargados de esposas y de cadenas, a alguna húmeda, oscura e infecta mazmorra, hasta llegar el momento favorable para constituir un ejemplar auto de fe ...

Dominadas las ciencias en su principio por las falsas creencias que han venido modificándose sucesivamente por las ideas predominantes que de siglo en siglo aparecían, hallamos en la historia de esta afección, en que se halla retratada la marcha de la humanidad, las más raras y extravagantes concepciones de la imaginación, que parece se esforzó, no pudiendo explicarla, en atribuirle a seres o cosas incomprensibles, impalpables, creaciones fantásticas y lúgubres de que poblaron los aires, bosques, selvas, antros, montes, fuego, cataratas, volcanes hasta el último rincón del Universo.

Vamos, a pesar de cuanto pudiera oponérsenos, a dar una somera mirada por su cuna y presentarla a través de los siglos con sus horrores y defectos, con su marcha incierta y variable, como la marcha del espíritu humano, cuyas huellas ha seguido; esto no es solo curioso, fuera de lo atractivo de este género de estudios, la historia comporta una ilustración real, porque los problemas, que en todo tiempo han suscitado controversias, el análisis de las opiniones, constituye una parte importante de la ciencia misma. Sirve para resolver las espinosas cuestiones, para valorar las doctrinas, instruir, enseñar a evitar los errores e ilusiones que hacen mirar las disfrazadas doctrinas como nuevas, originales, siendo antiguas, olvidadas: *nihil novum sub sole!*,² en el terreno de las doctrinas médicas, es cosa cierta.

En unos países de la antigüedad imperaban los genios, las hadas, Némesis y sus furias, los espíritus en otros, el enojo y la venganza de los Dioses del gentil, sus castigos. Los genios y espíritus eran buenos los unos,

malos, protervos, los otros; los buenos, como buenos olvidados, eran fatal y necesariamente propicios; los genios del mal, espíritus, hadas, tragos, brujas; tenían altares los genios que levantaban tempestades, acarrearban enfermedades y turbaban la razón; las hadas tenían dádivas, sacrificios y ofrendas, brujas y duendes; aun se hallan ejemplos de ellos, dicen, en Benguela, Congo y Angola, en la Arabia y en nuestras Pampas.

No podemos decir que las modernas sociedades están libres, curadas de la tendencia a atribuir la locura a causas sobrenaturales, el magnetismo, la electricidad, el diablo, daño o gualicho, duendes, fantasmas, brujas, etc., no solo han sido creencias del populacho, pues la alta sociedad las cree.

(...)

Imposible es remontarse, en el estudio de la locura, más allá de Hipócrates, todo es vago y oscuro en la lejana cuna de la medicina; los datos, los escritos más antiguos que tenemos, son los del médico de Cos y solo podemos nombrar Cnido su rival; aunque el Egipto y Grecia tenían antes de él escuelas célebres, no han sido sus escritos transmitidos a la posteridad.

Hipócrates (460 años antes de J.C.), descendiente de Esculapio, contemporáneo de Sócrates y Platón, nació en Cos, en la época más floreciente de Atenas, en que Pericles presidía sus destinos; andaba al principio de pueblo en pueblo ejerciendo a pie su profesión (peridonto)³.

Recorrió la Libia, la Tesalia, estuvo en Macedonia y entre Escitas.

En Macedonia curó a Perdicas II de una melancolía amorosa; curó en otros puntos a un Timócrates y un Nicanor. Los abderitanos le llamaron para que examinase a Demócrito a quien creían loco, y dio el primer informe médico que los fastos recuerdan, con estas sencillas palabras: "Ciudadanos, ese a quien creéis loco es el hombre más sabio que conozco". Cuando fue Hipócrates a verlo en medio de un bosque en que vivía, le encontró buscando en el cerebro de los animales que mataba el asiento de la bilis, que producía la locura.

Sócrates, Platón, Anaxágoras, Empédocles e Hipócrates tenían casi las mismas ideas sobre la locura, considerábanla como una enfermedad orgánica, ya primitiva, teniendo su asiento y causa directa en el encéfalo, ya secundaria, simpática, resultado de una alteración de los órganos situados debajo del diafragma.

2. Nada nuevo bajo el sol.

3. Médico ambulante. Práctica corriente en la antigüedad.

Dividió los delirios Sócrates en dos clases, causado el uno por la enfermedad humana y el otro por la inspiración que era subdividido en cuatro: el delirio de los profetas, referido a Apolo, el de los iniciados a Baco, el de los poetas a las Musas y el de los amantes a Venus. El delirio de las enfermedades humanas atribuíanlo Hipócrates y Platón a los humores (pituitas, agrias, saladas y humores amargos y biliosos) que iban a turbar alguna de las tres almas que admitían, arrastrándola a desórdenes, desquiciándola.

Aire, para Diógenes de Apolonia, el alma, según la presión que sufría, producía pensamientos razonables o ideas incoherentes, desordenadas, locas; para Heráclito, el alma era fuego, que cuanto más seco estaba, más docta era, la humedad engendraba la estupidez y la locura. Hipócrates, por su doctrina de la cocción, se asemeja a Heráclito.

La escuela de Cnido, rival de la de Cos, seguía una marcha y principios inversos. Carecemos de datos para extendernos sobre esto, pero un añejo dicho lo autoriza "Pronosticador el discípulo de Cos, volvíase diagnosticador en Cnido".

Dividió las vesanias Hipócrates en Phrenitis (delirio agudo), Manía y Melancolía, que han sido durante muchos siglos la única clasificación conocida.

En sus obras se encuentran sabios preceptos e indicaciones terapéuticas y pronósticos que han cruzado generaciones y épocas, respetados y admirados. Hoy mismo muchos médicos se inspiran en los aforismos del padre de la medicina, del anciano de Cos.

Desde Hipócrates no encontramos hasta Asclepiades (80 años antes J.C.) ningún médico que haya traído a la Patología mental, más contingente que las doctrinas hipocráticas. Asclepiades daba por asiento a la enajenación mental los órganos de los sentidos y la dividía en idiopática y sintomática, las descripciones que da en sus obras de las formas de la locura son más completas que las de Hipócrates.

Celso (5 años después J.C.) en su obra "de Remedia", no deja de ocuparse de la locura, aunque siguiendo en todo la escuela de Hipócrates, extendió el campo terapéutico e higiénico de las vesanias y dio buenas descripciones de la melancolía y alucinaciones que terminaban en la locura o de que eran la primera manifestación, describió cuidadosamente las alucinaciones de la vista, del oído, del gusto y tacto, que aunque dependientes de distintas afecciones, reunió entre los síntomas y causas de la pérdida de la razón.

Areteo de Capadocia (81 años después J.C.) distinguía una locura primitiva, resultado de una alteración del cerebro y una locura simpática que atribuía a la bilis, sus datos más precisos, más completos, exactos y generales que los de sus antecesores. Definió la melancolía: *animi angor in una cogitatione defixus, absque febre*,⁴ definición que ha servido de base a la de Esquirol para la Lipemanía. Conoció Areteo la demencia senil que describió, separó la excitación maniaca del delirio febril y del producido por el beleño y belladona, indicó las alucinaciones como signo patognómico de la locura.

Calificó de locos a los Sacerdotes de Cibeles, que se mutilaban para hacerse agradables a los Dioses; que, cuando pálidos, macilentos y extenuados por los sufrimientos y dolores, se creían iniciados en los altos decretos de los Dioses. El estado mental de los epilépticos y su estado convulsivo fue con vigor y veracidad descrito, aunque ya Hipócrates en su obra De morbo sacro había demostrado la ninguna participación de la divinidad. Era como Diógenes de Apollonia, neumatista.

Viene por el orden, Galeno (131 años después de J.C.) que distinguió la locura que emanaba del cerebro de la que dependía de la lesión de otro órgano corporal; Galeno, que ejerció una influencia tan grande en la marcha de la medicina... reunió los sistemas de sus predecesores, etc.

Sus conocimientos en Fisiología superiores a los de ellos, parecen difícilmente conciliarse con sus ideas teóricas. Un alma racional en el cerebro y otra irracional, las vísceras encargadas de las sensaciones, un espíritu animal en el cerebro, el espíritu vital en el corazón, la cocción o lo frío y lo caliente, lo seco y húmedo; tal era el amalgama que de las doctrinas y teorías había hecho; la melancolía proviene del humor pecante del hígado, la demencia de la abolición de los espíritus animales, la imbecilidad de su debilidad, de su perversión la manía.

Parece indudable que vio muy pocos enajenados y es en vano buscar en él alguna indicación práctica sobre este punto de patología.

Hacia fines de esta misma época, Coelio Aureliano (230 años después J.C.) o Sorano, cuyas opiniones tradujo y comentó, designa con el nombre de "frenesí" las afecciones agudas con delirio que como Demetrio definió: "un violento delirio con fiebre"; tenía por asiento la cabeza y trató de diferenciarlo de la locura; "en el frenesí, la fiebre precede al delirio, en la enajenación, el desorden intelectual a la fiebre; el pulso pequeño y frecuente en los frenéticos es grande en los maníacos".

4. Dolor anímico en un pensamiento depresivo, sin fiebre

Dio una buena descripción de la manía. La locura era debida a una enfermedad del cerebro o de sus cubiertas. Es sobre el tratamiento sobre todo que se extiende e indica el mayor número de los medios de que aún nos valemos, las ventosas, sangrías, baños, purgantes, etc., y el método que con los furiosos debe observarse; su frase: *Facilius fit oegros ministrantium manibus quam inertibus vinculis retinere*⁵, parece contener todo el método del no-restraint, que el Dr. Conolly se ha atribuido en estos últimos tiempos en Inglaterra y ha puesto en práctica con tan buen resultado. Pinel y Esquirol tendían en su tiempo a hacerle admitir.

Esta frase además de Coelio Aureliano contrasta con esta cruel de Celso: *Ubi perperam aliquid dixit aut fecit, fame, vinculis, plagis coercendus est*⁶.

Pablo de Egina (634 años después J.C.) es el único que después de Coelius Aurelianus y Galeno encontramos en el terreno médico y con tan escasa importancia sus escritos sobre esta parte de la medicina, que solo por haber trasmitídonos los escritos de sus antecesores merece nombrarse. Tras de él, la ignorancia y la barbarie invadieron las partes de la superficie más florecientes y la ciencia quedó muda, como autómatas, repitiendo los aforismos de Hipócrates, las doctrinas de Galeno, Celso y Coelio Aureliano.

Los Árabes, que forman en la mayor parte de las ciencias, en la civilización, una transición fecunda, de Griegos y Latinos, con la edad media, nada de nuevo nos dicen sobre Patología mental

Avicena, Averrhoës, Razas y otros que florecieron en medio del gran cataclismo de esa época de luto, en que desbordados los bárbaros, fueron a sentar sus reales en el centro de la civilización, que huyó aterrorizada al sentir sus alaridos precursores del botín y la matanza, nada más en general hicieron que conservar y transmitir los principios de Hipócrates, Galeno y Coelio Aureliano.

Las incompletas tradiciones que escaparon al flagelo, las ideas teológicas que trajeron, los usos, las costumbres, las creencias que resultaron de la unión de pueblos tan opuestos por sus dogmas, hicieron que la imaginación ardiente de los hijos del desierto se exaltara y trocaran sus principios, su religión y sus leyes, en un conjunto incomprensible de mitos, fábulas y errores, en medio de los cuales ni sistema, ni doctrinas, era fácil reconocer.

Juan de Wyer fue el primero que se levantó contra ellos en su obra: *De Prestigiis Demonum*. Schenk,

Ambrosio Pareo, Nider participaron en parte de la reforma de Wyer, que Alsiat, Leloyer y Montaigne secundaron con vigor, a la par que Bacon, Descartes, Pascal, Leibnitz, y Newton abrían un nuevo sendero al espíritu humano, por el cual empezó a hacer marchar la pesada máquina de sus creencias y dogmas.

Baillou, Plater, Silvio, Lepois, Sennert, Bonet, Morgagni, Willis, Vieussens, Sydenham, Boerhaave y Van Swieten, Sauvages, y Lorry, hicieron dar grandes pasos a la Patología mental, desterraron las necias preocupaciones de sus tiempos, clasificaron y distinguieron diversas formas mentales de enajenación, describieron cada una de ellas con tan prolija exactitud, que aun hoy son miradas en la ciencia con respeto, y sirvieron de base a Pinel para su clasificación, y a Esquirol con sus respectivos discípulos.

(...)

Algunas naciones, es verdad, han tenido en medio de esos períodos de disolución el mérito incontestable de haber hecho asilos para esos desheredados; pero el objeto principal de ellos no era la caridad, sino la seguridad social quien los había dictado.

Según León el Africano, dice el Doctor Berthier, existía en Fez, del imperio de Marruecos, en el VII siglo, un edificio, en que yacían los locos cargados de cadenas. El Moristan, en el Cairo, remonta al año 1304. En Constantinopla, en la Stambul mahometana, en el hospital general, hay un departamento cuya primera piedra fue colocada hacen tres siglos por Madmoud; y si se quiere, la Colonia de Gheel, sitio de peregrinación de los locos de media Europa, que van allí a recobrar la razón, cuenta más de tres siglos de existencia.

La España e Italia tomaron también la iniciativa; en Valencia en 1309, a pedido de Gilberto (Mercedario) se construyó uno, Zaragoza en 1425 construyó otro, en 1436 Sevilla, y en 1438 vio Toledo construir el suyo.

Amadeo IX de Saboya, nieto de un papa francés, fuere por simpatía o caridad, hizo construir en Ginebra un edificio para la cura de un mal, que de él se veía atacado; un siglo más tarde Enrique VII construyó en Londres a Bedlam, en que se traficaba con el furor y lubricidad de los huéspedes. ¡Inmundas y asquerosas escenas!

Los que quieran tener una idea más exacta sobre el estado de la enajenación mental, a principios de este

⁵Más fácil es retener a los enfermos con las manos de los cuidadores que con cadenas inertes.

⁶Cuando dijo o hizo algo mal por descuido o por error debe ser contenido con golpes, con hambre y con cadenas.

siglo, que ha secundado tan ampliamente los deseos, miras y necesidades de una ilustración más sólida y filantrópica, no tienen más que ver lo que dicen Pinel, Esquirol, Georget, Guislain, Ferrus, Falret, Marsé, y la historia que publica en la actualidad Mr. Semelaigne; para nosotros bastan estas sencillas transcripciones que acabamos de hacer; creemos penetrados todos los corazones de la filantropía que rebosaba en el corazón de Pinel y sus sucesores, para intercalar aquí páginas de conmovedoras escenas.

(...)

II. Historia de la enajenación mental, desde Pinel y Esquirol hasta nuestros días

Locke y Condillac habían absorbido el mundo filosófico cuando apareció Pinel; embebido en su filosofía sensualista y en el racionalismo de Bacon, se atuvo a la observación y experiencia. Poco inclinado a localizar por sus ideas filosóficas la mira, sin embargo, en muchos puntos, como más adelante veremos, como un resultado de lesión orgánica, sin por eso determinar una parte como constante asiento de la lesión; aunque en algún pasaje de sus obras se inclina a mirar el desorden del entendimiento, como consecuencia de una lesión visceral estomacal.

Entregado a la observación, rechazó toda teoría, aconsejando, si se quiere deducir algo en armonía con los sistemas filosóficos, el detenido y maduro examen de las doctrinas de los filósofos precitados y la reunión de un gran número de hechos. Creemos como él, que en su época era imposible, por la deficiencia de los hechos, por lo erróneas de las doctrinas bajo cuya influencia se habían recogido las observaciones, el sujetarlas a una doctrina o deducirla de ellas.

Fue para Pinel esta sana creencia una cortapisa, una barrera que le salvó e hizo avanzar en el camino poco trillado de la experiencia; es imposible generalización, inducción, cuando los hechos que nos han de servir para ello son deficientes.

Pero, a menos de ser un espectador impasible, en medio de tanta calamidad y desgracia, es imposible dejar de seguir un tratamiento, y no hay tratamiento sin fin sin objeto terapéutico y no hay terapéutica donde no hay sistemas, teorías, creencias o doctrinas.

Para Pinel como Esquirol, era el entrar a averiguar las causas morales de la locura, analizar los fenómenos mentales, los desórdenes del entendimiento, perderse

en puras abstracciones, desnudas de interés, cuando como reformadores tenían un mundo que dirigir y no al acaso, sino a la verdadera senda a la experiencia; tenían que comunicarle el movimiento, el impulso que habían iniciado, terminar su obra, mejorando la triste condición, médica y social del enajenado.

Como hemos tenido que ocuparnos tanto de él en el transcurso de esta historia, diremos terminando cuanto sobre él debíamos que dejó descripciones brillantes y animadas, observaciones llenas de interés. Su obra es más bien un tratado de policía interior de un establecimiento, es un conjunto de reglas que deben en ellas observarse y principios generales de tratamiento.

Desechando los odiosos tratamientos que se usaban, rompiendo las cadenas que las aprisionaban arrebatando a la justicia centenares de desgraciados botados a una muerte injusta; en medio del movimiento social que en toda Francia se pronunciaba, invocó las leyes de la caridad y humanidad en favor de los enajenados e hizo surgir el tratamiento moral, consecuencia de la causa más común entonces de la locura, la irrupción de las ideas republicanas, democráticas y sociales, de libertad, igualdad, fraternidad.

El tacto exquisito de Esquirol, de natural amable y benévolo, su desinterés sin límites, su dedicación constante y vastos conocimientos, hicieron que su influencia ultrapasara la Francia.

Los numerosos discípulos que tuvo, diseminados por toda Europa, en que provocaban iguales reformas, han hecho su nombre inmortal y las edades venideras podrán admirar en Charenton la obra de cincel de Arman Toussaint⁷.

Completo Esquirol, la obra de Pinel, el giro que hizo tomar a la patología mental aun persiste; al principiar su carrera tomó las pasiones por base de su estudio, pero abandonando bien pronto toda preocupación sistemática, se limitó al examen y deslinde de las formas que, con más sagacidad y conocimiento que Pinel, subdividió, sin confundir como él, la demencia, el idiotismo, el cretinismo y estupor melancólico. Pinel fue el iniciador, el promotor de la gran reforma; Esquirol el alma, la fuerza directriz, el creador de la Patología mental.

Sus obras son un manantial inagotable de profundos conocimientos prácticos, de ideas caritativas, páginas conmovedoras y llenas de encanto, en que su espíritu sobrenada, atrae y cautiva; sus obras son el traslado de su alma.

7. Arman Toussaint (1806-1862), escultor francés, autor de "Esquirol protegiendo un alienado", grupo escultórico terminado en 1861 en el Asilo de Charenton.

Miró, al principiar su carrera, como de origen puramente moral la locura, y aunque no se inclina en sus obras a sistema ninguno, reconoce en la imbecilidad, en la idiocia, la causa orgánica, como la exclusiva de su estado y no desconocía que en todas las formas de vesanias, hay desórdenes materiales que aun ignora la ciencia cómo apreciar.

Sus obras fueron el punto de partida, el origen de todas las doctrinas y sistemas. Hasta entonces hubo un prolongado silencio en que todos, como paladines que esperan el instante del combate, no hacían sino aprestar sus armas, aguzarlas para la lucha; llegó el momento y se precipitaron, cada cual arrancó una hoja, cortó una flor cuya perfumada y seductor aroma les embargó... y hételos en medio de las teorías.

Sucedió con Esquirol en Patología mental lo que con Hipócrates en medicina: todos los citan en apoyo de sus doctrinas y en todas partes ven triunfante su principio, su opinión robustecida, no se les oponen argumentos, el campo es de ellos, suya es la gloria.

Partiendo de Esquirol no hallamos ya sino sistemáticos, pocos son los que como Parchappe, Marcé, Guislain, etc., abandonan el campo de la discordia y se atienen a la observación.

Debemos, pero solo de paso, recordar a Royer Collard, cuya vida política agitada y muerte prematura sienta la ciencia.

Royer Collard era médico de Charenton y se ocupaba en los últimos años de su vida en preparar un curso filosófico sobre la enajenación mental y era secundado en los esfuerzos por el más profundo filósofo de los tiempos modernos, por Maine de Biran.

Por sus observaciones a uno de los más importantes trabajos de M. de Biran, de que ha podido disponer el Dr. Mata y que tanto le han servido para combatir las doctrinas filosóficas reinantes sobre enajenación mental, se echa de ver que era organicista e iba a considerar la locura bajo su verdadero punto de vista.

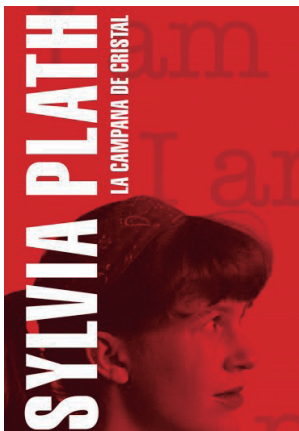
Así que espiró Esquirol, cada uno de sus discípulos levantó un sedicioso estandarte que aun flamean y

harán difícil el reconocimiento del error que sostienen por el encono y preocupación con que se miran los unos a los otros. De ahí dimana que Heinroth, Georget, Morel, Leuret, Michea, Ideler, Combes, Calmeil, Ferrus, Falret Briérre de Boismont, Lelut, Baillarger, Delasiauve, Moreau (de Tours), M. M. Pinel, etc., han tomado una facultad, un síntoma, un signo, doctrinas y sistemas opuestos, para explicar los desórdenes intelectuales. Unos atribuyéndolos a los órganos, otros al alma, estos acusan a la irritación, aquellos los miran como resultados de diversas alteraciones patológicas sin ninguna conexión fisiológica, acusan los unos a la sangre y humores, para otros es la razón fruto de la buena educación; y en cuanto a su terapéutica, sangran unos, administran el calomelanos y purgan otros, unos debilitan, otros tonifican, aquellos opio, estramonio, belladona y haschisch dan, otros esperan, con los brazos cruzados, que vuelva la razón.

(...)

En el estado actual de la medicina se precisan muchas bases, muchos puntales para esta que no sea juguete de los vientos: elementos, dogmas, sistemas, teorías y doctrinas tan heterogéneas como han reinado han legado una mala simiente; extendida sobre la superficie, que ha penetrado en la conciencia del vulgo y se ha arraigado, nacieron en tiempos remotos, para explicar un hecho y hoy que la ciencia ha adelantado, no las podemos desprender, y el camino está erizado, intransitable.

Los antiguos para explicar la existencia en medio a la inmensidad del globo terrestre, supusieron un coloso, un gigante sujetándole en sus hombros; la medicina su arquitectonía, vacilaría sobre una sola base, precisa muchos Atlante, pues quien en sus robustos hombros podía soportar un mundo en giro sempiterno, sería muerto, por la insuperable pesadumbre de la ciencia de Hipócrates.



LECTURAS

Lucía Valdez D'Stefano, Daniel Matusevich

La campana de cristal

Sylvia Plath

Literatura Random House, 2020.

Sylvia Plath nació en 1932 y se suicidó en 1963, un mes después de publicar su primera y única novela, *La campana de cristal*, que fue editada bajo el seudónimo de Victoria Lucas, en parte para evitar conflictos con su familia, ya que es una novela semi autobiográfica, pero, principalmente, porque su autora no creía que fuera a tener éxito.

Pareciera que la obra fue pensada más que nada como un ejercicio que contribuyera a exorcizar los demonios que perseguían a la autora desde la temprana muerte de su padre, cuando ella tenía 9 años.

Al respecto Al Álvarez (muy cercano a Plath en la época que ella se suicidó) plantea que para el propio artista el arte no es necesariamente terapéutico, ya que, no por expresar de la manera que sea las fantasías se siente un alivio automático; en palabras del mismo Álvarez “... por cierta lógica perversa de la creación, el acto de la expresión formal puede ponerle más al alcance el material desenterrado”. Pareciera que este fue el caso de nuestra autora.

Cuando se publicó en 1971 en los Estados Unidos la novela quedó relacionada directamente con el suicidio de Sylvia y casi todos los análisis que se realizaron de la misma fueron a partir del infausto final de la autora, dejando de lado el clima de época y la relación de las mujeres con los tratamientos psiquiátricos. Plath retoma el trabajo de Christine Lavant (*Notas desde un manicomio*, escrito en 1935 y publicado en español recién en 2018), profundizando muchas de las ideas de esta autora a la vez que haciéndolas pasar por el tamiz de sus propias experiencias y de su propio tiempo.

Más allá de que la mayoría de la crítica siempre la consideró un trabajo menor o menos deslumbrante que sus poemas, es sin duda una obra de avanzada para la época en la que fue escrita y adelanta muchos de los temas que fueron retomados a fines de la década de los '70 con el auge de los movimientos feministas.

Esther Greenwood, la protagonista, es una aspirante a poeta que, luego de un primer año universitario exitoso, gana una beca para pasar el verano en Nueva York escribiendo en la revista femenina *Ladie's Day*. “Se suponía que lo estaba pasando en grande” pero, desde el comienzo de la novela, Esther no se encuentra conforme y este será uno de los ejes más importantes de la narración. La historia se centrará a lo largo de esas primeras páginas en lo que ella desprecia y en lo que no quiere ser: “... así empecé a pensar que casarte y tener hijos era un lavado de cerebro y después ibas atontada como una esclava en un estado totalitario privado”.

La protagonista sufre además una serie de desilusiones: su novio le parece un hipócrita y no la entiende, la redactora de la revista le marca todo lo que le falta para poder dedicarse a la escritura y, lo más importante, es que en el fondo no sabe qué quiere hacer con su vida. Esther se siente presa del clima asfixiante en el que vivían las mujeres de la época, fuera de lugar, incapaz de cumplir con las expectativas ajenas y propias, tal como lo expresa en múltiples ocasiones, incluso enumerando todas las cosas que no sabe hacer (taquigrafía, cocina, baile): “La única cosa que se me daba bien era conseguir becas y premios, y esa época estaba tocando a su fin”.

Hasta acá bien podría tratarse de una novela únicamente acerca de la búsqueda de identidad y de la madurez, un retrato de la artista adolescente que fue Sylvia, tal como se la ha caracterizado en muchas oportunidades.

Pero las cosas cambian y se oscurecen cada vez más: al volver a su casa en Massachusetts, su madre le informa que no ha entrado en el curso de literatura de verano que planeaba hacer. A partir de ese momento el deterioro en la salud mental de Esther adquiere cada vez mayor preponderancia, a medida que van pasando

las páginas la sensación de estar encerrada y oprimida dentro de una campana de cristal se incrementa.

El objetivo de este comentario no es ahondar en la trama, pero sí destacar que la novela hace hincapié en el sufrimiento de la protagonista, en las noches de insomnio, en la desesperanza y en los intentos de quitarse la vida.

Como dijeron las críticas en el momento de su publicación, el libro no intenta encontrar una solución, su segunda mitad es más bien un paseo por la pesadilla que vive Esther.

En el pasado la psiquiatría no siempre fue amable con las personas catalogadas como “locas”, pero ser mujer agrega una serie de factores adicionales, o, mejor dicho, obstáculos a la hora de hacer tratamiento o estar internada. Tal como lo describe Nellie Bly en su libro *Diez días en un psiquiátrico* (ver comentario de esta Sección en el número anterior), publicado en 1887, a las torturas implementadas en esos años como excusa de tratamiento (baños de agua helada, golpes, hacinamiento, comida en mal estado, etc.) se añade la omisión del principio de autonomía.

Leemos muchos ejemplos acerca de cómo ser mujer se encuentra íntimamente relacionado con no ser escuchada; las pacientes son examinadas por aproximadamente cuatro doctores distintos, que muchas veces realizan preguntas que poco tienen que ver con la psicopatología y, en otras, intentan averiguar si existe un esposo, entendido como un “informante válido”, para conocer mejor la historia de la paciente. Tener un esposo es suficiente para evitar el encierro, pero a veces un desamor es también la excusa para ser internada “*Las enfermeras me preguntaban sin cesar so-*

bre mi casa, y todas parecían creer que tenía un amante que me había dejado sola y que me había enloquecido”, relata Bly.

Leer este libro en la actualidad es como mirar por una pequeña ventana hacia la psiquiatría y los psiquiatras de los años '50, no tan distintos a los retratados por Nellie Bly a fines del siglo anterior en cuanto al paternalismo con el que se desempeñaban; en este caso encierro, inyecciones de insulina, dolorosos electroshocks y lobotomías en primer plano.

Un detalle para nada menor es que el destino de Esther cambia cuando se encuentra con la Dra. Nolan: “*...me sorprendió que me tocara una mujer. Creía que no había mujeres psiquiatras*”.

Analizar *La campana de cristal* y textos como el de Nellie Bly, con el antecedente muy válido de Christine Lavant, nos permite reflexionar acerca de los distintos tratamientos implementados durante el siglo pasado. Pero, si además de eso, nuestra lectura es con perspectiva de género, podemos empezar a cuestionarnos el lugar que ocupaba la mujer en esos años y cuánta de la psicopatología presentada muchas veces tenía que ver con las dificultades para adaptarse a las exigencias culturales de esa época.

Hacia el final, no llegamos a ver cómo es que la protagonista logró rearmarse, pero algo es seguro: desde el comienzo sabemos que todo lo que no quería para su vida se cumplió al momento de escribir esas páginas: “*Uso las barras de labios de vez en cuando, y la semana pasada corté la estrella de plástico de la funda de las gafas y se la di al bebé para jugar*”.