

Perfiles cognitivos en pacientes hipertensos. Utilidad del test del reloj

Tratamiento con melatonina pre-pandemia por trastornos del sueño e infección por COVID-19. Estudio de corte transversal, retrospectivo

Frecuencia de ansiedad, estrés postraumático y “burnout” en personal de salud en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, en el contexto de la pandemia por COVID-19

Trastorno depresivo mayor y depresión resistente al tratamiento: un análisis epidemiológico en Argentina del estudio de Depresión resistente al tratamiento en América Latina

Carga en cuidadores familiares de personas con esquizofrenia: una revisión bibliográfica

La psiquiatría tiene futuro

Déficits en el procesamiento anafórico en personas con enfermedad de Alzheimer: el rol de la memoria de trabajo

“Efecto ZOOM”. El signo de la TV en pacientes con demencia: ¿Hubo un aumento en la incidencia durante la pandemia debido al mayor aislamiento y la virtualidad?



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 Lugercho.
Europa: Dominique Wintrebert, Martín Reza, Eduardo Mahieu, Federico Ossola.
EE. UU. y Canadá: Daniel Vigo.

Comité científico **Argentina:** L. Almirón, M. Cetkovich Bakmas, A. Goldchluk, J. Nazar, J. Pellegrini, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, A. Ravenna, E. Rodríguez Echandía, A. Sassatelli, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, M.A. Vera, H. Vezzetti.
Bélgica: J. Mendlewicz. **Brasil:** J. Mari. **Colombia:** R. N. Córdoba.
Chile: A. Heerlein, F. Lolás Stepke. **España:** R. Huertas, V. Barembli.
Francia: Th. Tremine, B. Odier. **Italia:** F. Rotelli. **México:** S. Villaseñor Bayardo. **Perú:** R. Alarcón. **Reino Unido:** G. Berrios. **Suecia:** L. Jacobsson.
Suiza: Nelson Feldman **Uruguay:** H. Casarotti, A. Lista. **Venezuela:** C. Rojas Malpica.

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.
Daniel Abadi, Julián Bustin, José Capece, Pablo Coronel, Sebastián Cukier, Laura Fainstein, Edith Labos, Elena Levy Yeyati, Silvina Mazaira, Mariana Moreno, Mariano Motuca, Nicolás Oliva, Federico Pavlovsky, Ramiro Pérez Martín, Diana Zalzman, Judith Szulik, Juan Tenconi.

Corresponsales **México:** María Dolores Ruelas Rangel. **Colombia:** Jairo González.
Venezuela: Miguel Ángel De Lima Salas. **Francia:** Eduardo Mahieu.
Reino Unido: Catalina Bronstein.

Vertex Revista Argentina de Psiquiatría es una publicación de periodicidad trimestral. 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(155): 5-91.

Todos los derechos reservados. © Copyright by Vertex. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos SA.

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

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

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

Imágen de tapa: Viejo fondo texturizado de pared de ladrillo - Foto creada por rawpixel.com - www.freepik.es



EDITORIAL

La escritura especializada en psiquiatría y salud mental está desvalorizada y obstaculizada en nuestro medio. Aquello de “publicar o perecer”, frase muy común en la medicina de los países centrales, no se aplicaría entre nosotros, donde lo que predomina es la sensación de perecer en caso de hacer otra cosa que no sea trabajar.



Por un lado, las urgencias laborales son tan apremiantes y las condiciones tan complejas, que pensar en contar con horarios protegidos para estudiar, enseñar, escribir y publicar, es una quimera. Aquellos que se aventuran a hacerlo lo hacen siempre a costa de algo, en general sacrificar horas dedicadas al descanso, al esparcimiento o a la familia.

Por el otro, la práctica de la escritura debería ser un componente esencial del proceso de formación, pero sabemos que no es así. Vale la pena preguntarse dónde se aprende a escribir, cuál es el espacio donde se adquieren los conocimientos que van a permitir plasmar las ideas en el papel. Sabemos que no es en la instrucción universitaria de grado, ya que en ella no se enseñan las habilidades básicas para llevar adelante dicha tarea.

Es verdad que las alumnas y los alumnos escriben, a veces, trabajos y monografías, pero las correcciones están más dirigidas al contenido que a las formas, a pesar de que las formas son mucho más que el continente del contenido, son la matriz en la cual el contenido se puede desplegar y encontrar su medida más adecuada. En el postgrado las cosas no mejoran, las residencias y las concurrencias están más pensadas para trabajar a destajo que para aprender sistemáticamente y, como planteamos en esta misma revista algunos números atrás, es imposible enseñar aquello que no se sabe hacer: la mayor parte de los docentes no han sido autores de literatura científica ellos mismos, por lo que mal pueden transmitir una habilidad y destreza que no poseen.

Y de esa forma se naturaliza que la escritura de trabajos científicos no es una parte destacada del desarrollo curricular, con la salvedad de aquellos que eligen la carrera de investigador, en donde, para avanzar, la publicación es una condición necesaria.

Sin embargo, escribir implica una oportunidad de aprendizaje única que involucra varios pasos intransferibles y de una gran riqueza: pensar la idea, testearla con colegas, realizar búsquedas bibliográficas, leer críticamente, seleccionar y, recién entonces, comenzar a escribir. Leer y releer, las veces que sean necesarias, corregir para finalmente llegar al primer manuscrito de un trabajo. En suma, un momento privilegiado de estudio y creatividad. Las consecuencias de este estado de cosas son muy complicadas y tienen efectos directos sobre la carencia de registro de las experiencias clínicas y terapéuticas que llevamos a cabo, situación crónica en el campo de la Salud Mental en Argentina. Muchas de ellas, únicas e intransferibles, se han perdido justamente por no haber sido escritas en su momento. Esa falta de





EDITORIAL

registro conspira contra la posibilidad de enriquecer una matriz disciplinar de conocimientos autóctonos, específicos de nuestra realidad sanitaria, en nuestro idioma, que refleje la singularidad y la riqueza de nuestra clínica.

El consumo de bibliografía internacional es una parte importante del proceso de formación, pero si no es matizado por la lectura y la escritura de producciones locales se arriesga caer en un sesgo muy significativo en la adquisición de conocimientos y en la elaboración de proyectos sanitarios locales.

Leyendo trabajos en inglés, o incluso en español, pero de latitudes lejanas a lo máximo que podremos aspirar es a reproducir pero no a crear. La escritura y la creatividad van de la mano, se retroalimentan una con otra, y se fecundan en el área sanitaria cuando sirven para interrogarse sobre la realidad sobre la cual se opera y se desea comprender y modificar.

Siempre propusimos a *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría* como la herramienta de expresión de los psiquiatras y demás trabajadores de la Salud Mental de nuestro país, para que la utilicen como medio de comunicación y registro de sus experiencias y su pensamiento. Una suerte de archivo testimonial de la producción de un campo profesional multidisciplinario y autocentrado en la investigación y la reflexión de nuestras necesidades sanitarias. Pero, como “para bailar el tango hacen falta dos”: el editor y el autor, es preciso que éste último se disponga a escribir. Ya han pasado por nuestras páginas casi 3000 autores, pero sabemos que la rica experiencia que han acumulado y continúan acumulando muchos otros, espera ser publicada.

Nuestra revista aspira a seguir siendo una herramienta de expresión de la ciencia nacional, contamos con un comité de lectura para apoyar, desde la crítica metodológica, a la mejor factura de lo que llega a nuestra redacción, contamos también con correctores especializados para ayudar a depurar los textos que nos envían, estamos presentes en las bases de datos internacionales como para que lo que se publica en *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría* tenga la mayor difusión y el merecido reconocimiento curricular y, sobre todo, estamos convencidos que los profesionales argentinos tienen mucho para decirse entre sí y transmitir a los colegas de otras latitudes. Además, renovando los recursos comunicacionales, en esta segunda época de la revista hemos dispuesto en su página Web de un espacio que hemos denominado e-Vertex, donde se pueden alojar, comentarios, opiniones y otros contenidos científicos bajo la forma de podcast, vodcast, videos breves, etc. y también de un blog con la misma misión.

Así que, renovamos la invitación a nuestros lectores y nuestras lectoras para contribuir con sus producciones en los próximos números. Seguramente que hay una idea que los está esperando en algún lugar.

*Daniel Matusevich
Juan Carlos Stagnaro*



ÍNDICE

2 Editorial

Artículos

5 Perfiles cognitivos en pacientes hipertensos. Utilidad del test del reloj. *Edith Labos, Augusto Vicario, Gustavo Cerezo, Karina Zabala, Alejandro Renato*

13 Tratamiento con melatonina pre-pandemia por trastornos del sueño e infección por COVID-19. Estudio de corte transversal, retrospectivo. *Stella Maris Valiensi, Agustín Folgueira, Vanesa Antonella Vera, Agustín González Cardozo, Daniel Pedro Cardinali, Marcelo Rugiero*

25 Frecuencia de ansiedad, estrés postraumático y “burnout” en personal de salud en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, en el contexto de la pandemia por COVID-19. *Sandra Viviana Novas, Maia Nahmod, Mariano Nespral, Cecilia Bori, Luz María Zappa, Hernán Korin, Federico Pena*

36 Trastorno depresivo mayor y depresión resistente al tratamiento: un análisis epidemiológico en Argentina del estudio de Depresión resistente al tratamiento en América Latina. *Gerardo García Bonetto, Ricardo Marcelo Corral, Christian Lupo, Manuel Vilapriño Duprat, Hernán Alessandria, Gabriela Kanevsky, Patricia Cabrera*

50 Carga en cuidadores familiares de personas con esquizofrenia: una revisión bibliográfica. *Maricel Estela Gulayín*

66 La psiquiatría tiene futuro. *Santiago Levin, Daniel Matusevich*

70 Déficits en el procesamiento anafórico en personas con enfermedad de Alzheimer: el rol de la memoria de trabajo. *Carlos Gelormini Lezama*

72 “Efecto ZOOM”. El signo de la TV en pacientes con demencia: ¿Hubo un aumento en la incidencia durante la pandemia debido al mayor aislamiento y la virtualidad? *Guido Dorman, Florencia Vallejos, Ignacio Flores, Franco Appiani, Julián Bustin, Santiago O’Neill*

El rescate y la memoria

75 El Hospicio de las Mercedes en 1930. *Juan Carlos Stagnaro, Norberto Conti*
El pavoroso estado de la locura en la República Argentina. *Gonzalo Bosch*

Lecturas

90 La vanguardia permanente, Martin Kohan. *Daniel Matusevich*

Perfiles cognitivos en pacientes hipertensos. Utilidad del Test del reloj

Cognitive profile in hypertensive patients. Usefulness of the Clock Drawing Test

Edith Labos¹, Augusto Vicario², Gustavo Cerezo², Karina Zabala¹, Alejandro Renato¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i155.131>

Resumen

Introducción: La hipertensión es la principal causa de deterioro cognitivo y la disfunción ejecutiva el dominio cognitivo más afectado. El objetivo de la presente investigación ha sido caracterizar el/los perfiles cognitivos en pacientes hipertensos e identificar el o los Test de mayor utilidad clínica para identificarlos. **Material y método:** Se estudió el estado cognitivo de 69 pacientes hipertensos a quienes se les administró una batería de tests cognitivos que incluyó: el MMSE, el Mini-Boston, el Test de fluencia verbal y el Test del reloj. La edad promedio de la muestra fue 72.2 ± 10.1 años. El Test del reloj y el Mini-Boston diferenciaron tres perfiles cognitivos: sin deterioro cognitivo, trastorno cognitivo menor y trastorno cognitivo mayor. **Resultados:** Se observó fuerte asociación entre los componentes semántico (0.87) y ejecutivo (0.75) del Test del reloj con el Mini-Boston (0.96). El análisis de los clusters y switching del Test de fluencia verbal diferenció las formas graves de compromiso cognitivo. **Conclusión:** Los resultados obtenidos verifican el valor del Test del reloj para identificar los diferentes perfiles cognitivos en pacientes hipertensos convirtiéndose en un test de tamizaje válido para ser utilizado en la práctica asistencial y un potencial marcador de daño cognitivo en pacientes hipertensos.

Palabras clave: Hipertensión arterial – Trastorno cognitivo – Test del reloj.

Abstract

Introduction: Hypertension is the main cause of cognitive impairment and the executive dysfunction the most common cognitive domain affected. The aims of this research have been to characterize the cognitive profiles (s) in hypertensive patients and to identify the most usefulness Test (s) in the routine clinical practice to identify them. **Methods:** We assessment the cognitive status in 69 hypertensive patients who were administered a battery of cognitive Tests that included the MMSE, the Mini-Boston Naming Test, verbal fluency and the Clock drawing Test. **Results:** The average of the sample was 72.2 ± 10.1 years. The Clock-drawing Test and the Mini-Boston Naming Test differentiated 3 cognitive profiles: no cognitive impairment, minor cognitive disorder and major cognitive disorder. A strong association was observed between the semantic (0.87) and executive (0.75) components of the Clock-drawing Test with the Mini-Boston Naming Test (0.96). The clusters and switch inganalyzed in the verbal fluency Test differentiated the severe forms of cognitive impairment. **Conclusion:** The results obtained confirm the value of the Clock-drawing Test to identify the different cognitive profiles in hypertensive patients, becoming a valid screening Test to be used in routine clinical practice and a potential biomarker of cognitive dysfunction in hypertensive patients.

Keywords: Arterial hypertension – Cognitive disorders – Clock drawing Test.

RECIBIDO 20/12/2021 - ACEPTADO 20/1/2022

¹Área de Investigación Cognitiva del Adulto. Instituto de Salud Pública. Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

²Unidad Corazón-Cerebro. ICBA-Instituto Cardiovascular. Argentina. Epidemiología y Prevención Cardiovascular. ICBA-Instituto Cardiovascular. Argentina.

Autora de referencia:

Edith Labos

edithlabos@gmail.com

Lugar de realización del estudio: Unidad Corazón-Cerebro. ICBA-Instituto Cardiovascular. Argentina.

Introducción

El cerebro es un órgano blanco de la hipertensión arterial y como tal sufre un daño vascular silente durante años incrementando el riesgo tanto de ataques cerebrovasculares (isquémicos o hemorrágicos) como de patología cognitiva (deterioro cognitivo y demencia) (Qin et al, 2021). La hipertensión es una enfermedad vascular, es el factor de riesgo cardiológico y cerebrovascular más prevalente y la principal causa de enfermedad de pequeños vasos del cerebro (Ungvari et al., 2021). Estas pequeñas arterias cortas, sin circulación colateral que penetran en forma recta a la subcorteza cerebral son vulnerables tanto al impacto directo de la presión arterial proveniente de los grandes vasos (presión aórtica) como al fenómeno arterioesclerótico (Debette, & Markus, 2010; Rosenberg et al., 2016). La hipoxia e isquemia son una consecuencia inmediata que daña estructuras celulares y tejidos, desmielinizando y desconectando en forma progresiva las fibras de asociación cortico-subcortical. Así, la desconexión puede involucrar diferentes áreas corticales y comprometer el funcionamiento de diferentes dominios cognitivos. Entre ellos, la desconexión entre la corteza pre-frontal y los ganglios de la base, da lugar al compromiso de las funciones ejecutivas y la visuo-espacialidad, perfil cognitivo característico en muchos pacientes con daño vascular del cerebro (Gorelick et al., 2011; Iadecola et al., 2016). A pesar de ello, el cerebro como órgano blanco de la hipertensión arterial, es soslayado del análisis en la estratificación del riesgo cardiológico y cerebro vascular de los pacientes. Los altos costos que implican los estudios de neuroimágenes estructurales del cerebro (resonancia magnética) y el desconocimiento de un “umbral” por encima del cual la “carga” de lesiones de la sustancia blanca resulta en disfunción cognitiva hacen impracticable su utilización como método de tamizaje. Así es que, el daño funcional (declinación o deterioro cognitivo) podría ser considerado como un “subrogado” del daño vascular cerebral y convertirse en una herramienta diagnóstica de tamizaje en la práctica clínica asistencial que permita incluso su seguimiento en el tiempo. Los estudios de nuestro grupo de investigación, coincidentes con otros, demostraron que la disfunción ejecutiva es más prevalente en pacientes hipertensos que en los normotensos y como la hipertensión arterial incrementa cinco veces el riesgo de presentar disfunción ejecutiva (Vicario et al., 2005; Vicario et al., 2011; Vicario et al., 2012; Moraes et al., 2019). El reciente estudio Corazón-Cerebro (Vicario et al., 2018), un diseño

multicéntrico realizado en Argentina, demostró que más de la tercera parte de los pacientes hipertensos presentan compromiso de las funciones ejecutivas, y casi la mitad alteraciones en la memoria. De manera que el reconocimiento de perfiles cognitivos en este grupo de pacientes hipertensos permitiría identificar en forma temprana el daño vascular cerebral mediado por la hipertensión. Así, el objetivo del presente estudio ha sido identificar el o los perfiles cognitivos en los pacientes hipertensos y que test o tests neuro-psicológicos serían útiles en la práctica clínica asistencial.

Material y Métodos

a. Participantes

Se estudió una muestra de 69 pacientes hipertensos pertenecientes al estudio Corazón-Cerebro (Vicario et al., 2012). El estudio Corazón-Cerebro fue realizado entre los años 2013-2014 y la muestra fue descrita en diversas publicaciones. En resumen, fue un estudio de diseño multicéntrico y corte transversal que incluyó a 1281 pacientes hipertensos siendo su objetivo conocer el estado cognitivo de la muestra utilizando un Mínimo Examen Cognitivo (MEC) que incluyó: el Mini-Mental Test (MMSE), el Mini-Boston y el Test del reloj. Los pacientes incluidos por nuestro centro (n=308), fueron evaluados con el Test de la fluencia verbal además del MEC indicado en el protocolo. Entre ellos, 239 pacientes fueron excluidos por no completar en su totalidad la prueba de fluencia verbal.

b. Características socio-demográficas

Para el posterior análisis de los resultados se registraron las características socio-demográficas de los pacientes incluidos: edad, sexo y el nivel de educación. La variable educación fue categorizada en tres niveles para ajustar el resultado de los tests cognitivos: nivel 1 ≤ 7 años, nivel 2 entre 8 y 12 años y nivel 3 >12 años.

c. Evaluación conductual y cognitiva

Para la evaluación del estado conductual se utilizó la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD por sus siglas en inglés) (Zigmond, & Snaith, 1983), con puntaje de 0-21 puntos para cada sub-escala (ansiedad o depresión) y punto de corte en: ≤ 7 puntos “normal”, 8-10 puntos “caso probable” y ≥ 11 puntos “caso” de ansiedad y/o depresión. Para la evaluación de la función cognitiva se utilizó el MEC que incluía: 1) el Mini-mental Test (MMSE por sus siglas en inglés) (Folstein et al., 1975) con punto de corte ajustado según la edad y nivel educativo, como aproximación a la cognición global; 2) el Test de Orientación

temporal modificado por Benton otorgando un valor diferencial a los cinco ítems de la prueba de orientación del MMSE, con un puntaje que oscila entre 0-22 (año 10 puntos, mes y estación 5 puntos cada uno, día y fecha 1 punto cada uno); 3) el Test Mini-Boston (Serrano et al., 2001) (12 láminas) para explorar la memoria semántica con puntaje de 0-12 puntos y punto de corte ≤ 9 puntos; 4) el Test del Reloj, según la versión utilizada por nuestro grupo (Cerezo et al., 2021), que otorga un puntaje de 0-7 puntos y punto de corte ≤ 5 puntos. Analizando, tanto el puntaje total del test como cada uno de sus componentes: a) ejecutivo (dibujo de los 12 números, orden y ubicación) y semántico (dibujo de las agujas y ubicación de las horas) y 5) el Test de fluencia verbal semántica (utilizando la categoría “animales”) y fonológica (cantidad de palabras nombradas que comiencen con la letra “p”), que fue explorada en un intervalo de 60 segundos (Labos et al., 2013). El punto de corte se obtuvo de acuerdo a la edad y nivel de educación. Dado la especial importancia de las tareas de fluencia verbal para explorar procesos cognitivos subyacentes vinculados al procesamiento semántico y función ejecutiva, se efectuó un análisis específico de la producción de palabras registradas. a) cantidad de ejemplares generados en un intervalo de tiempo (60 segundos), b) agrupamiento (clustering) (búsqueda de campos o subcategorías semánticas y búsqueda de palabras dentro de la subcategoría elegida), c) desplazamientos (switching) (flexibilidad cognitiva).

El conjunto de tests utilizados evalúan distintos dominios cognitivos: orientación, atención, memoria (de trabajo, largo plazo y semántica), función ejecutiva, visuo-espacialidad, planificación y lenguaje.

Diseño y estadística

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y retrospectivo. Las medidas de resumen de las variables categóricas fueron sus frecuencias relativas expresadas en porcentajes y las variables continuas la media \pm desvío estándar (DE). Para el análisis de las comparaciones se utilizó ANOVA de acuerdo a la naturaleza de las variables involucradas.

Para el análisis exploratorio de datos se utilizó el método de Análisis de los Componentes principales (PCA por sus siglas en inglés) (R Core Team, 2020). El mismo permite reducir la complejidad de espacios muestrales con múltiples dimensiones, conservando su información al mismo tiempo que posibilita encontrar un número de factores subyacentes. Cada compo-

nente, numerado de 1 a n según la cantidad elegida (RC1, RC2, RCn), explica una parte de la variabilidad de los datos. En la Tabla 4 se puede observar que se agrupan por componentes aquellas variables que están correlacionadas. Los valores que se acercan al 1 o -1 correlacionan de forma positiva o negativa respectivamente dentro de cada componente y los valores que se acercan al 0 tienen escasa o nula correlación, y en mayor proporción los comprendidos entre -0.25 y 0.25. Los valores de distinto signo tienen una correlación inversamente proporcional.

Consideraciones éticas

El estudio “Corazón Cerebro” fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación InAER (Investigación en Alergia y enfermedades respiratorias). El análisis de los datos del estudio se realizó conforme a las Buenas Prácticas Clínicas, las regulaciones locales y la Declaración de Helsinki y sus enmiendas. Todos los datos de los participantes fueron procesados en forma anónima no siendo posible asociar los datos con las personas que los originaron cumpliendo con la ley nacional de protección de datos personales (Ley N° 25.326).

Resultados

La muestra quedó conformada por 69 pacientes hipertensos con edad media de 72.2 ± 10.1 años (53.6% hombres, 46.3% mujeres). El 68.1% presentó una educación ≥ 12 años sin diferencia entre géneros (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas de la muestra

Variable	Total	Mujeres	Hombres	Valor p
N muestra*	69	46.3 (32)	50.7 (35)	0.609
Edad (años)**	72.2 ± 9.7	72.3 ± 9.4	72.1 ± 10.1	0.934
Educación *				
≤ 7 años	5.7 (4)	6.2 (2)	5.7 (2)	0.926
8-12 años	26 (18)	28.1 (9)	25.7 (9)	0.824
≥ 12 años	68.1 (47)	65.6 (21)	74.2 (26)	0.439

El valor de p corresponde a género femenino vs. masculino.

* Los valores se expresan en porcentajes y frecuencias absolutas entre paréntesis.

** Los valores se expresan en medias \pm DE.

La Tabla 2 resume el estado cognitivo-conductual de la muestra. El Test del reloj anormal estuvo presente en el 43.4% de la muestra, la fluencia verbal semántica en el 46.3%, el Mini-Boston en el 24.6% y el MMSE en el 11.5% sin diferencia de género.

La evaluación clínica y neuropsicológica de la muestra estudiada (aplicando los criterios del DSM 5), permitió identificar tres grupos de pacientes: a) sin deterioro cognitivo (SDC, n=36), b) trastorno cognitivo menor (TCMe, n=28) y c) trastorno cognitivo mayor (TCMa, n=5).

Tabla 2. Estado cognitivo-conductual de la muestra (n=69) expresado como porcentaje (%) de pacientes con resultados anormales en los test

Variable*	Total	Mujeres	Hombres	Valor p
MMSE (<24)	11.5 (8)	12.5 (4)	11.4 (4)	0.893
Test de Benton**	20.4 ± 3.7	20.4 ± 4.2	20.4 ± 3.3	1.0
Test Mini-Boston	24.6 (17)	21.8 (7)	28.5 (10)	0.529
Test del Reloj	43.4 (30)	46.8 (15)	42.8 (15)	0.741
Ejecutivo	60.8 (42)	65.6 (21)	60 (21)	0.634
Semántico	39.1 (27)	37.5 (12)	42.8 (15)	0.655
FV fonológica	26 (18)	18.7 (6)	34.2 (12)	0.152
FV semántica	46.3 (32)	43.7 (14)	51.4 (18)	0.530
HAD-ansiedad	11.5 (8)	12.5 (4)	11.4 (4)	0.893
HAD-depresión	11.5 (8)	12.5 (4)	11.4 (4)	0.893

Abreviaturas: MMSE: Mini-mental state examination; FV: fluencia verbal; HAD: Hospital Anxiety Depression Scale.

El valor de p corresponde a género femenino vs masculino.

* Los valores se expresan en porcentajes y frecuencias absolutas entre paréntesis.

** Los valores se expresan en medias ± DE.

La *Tabla 3* muestra los perfiles cognitivo-conductuales en cada uno de los tres grupos. Tanto el puntaje total como el componente semántico del Test del reloj, el Mini-Boston y la fluencia verbal semántica observaron diferencias con significación estadística entre los 3 grupos (*ver tabla 3*).

Del análisis de los componentes principales (*Tabla 4*) se extrajeron dos componentes jerárquicos, que permiten visualizar el conjunto de correlaciones RC2 y RC1. El componente RC2 muestra que el Test del reloj se asoció con el Test Mini-Boston (0.96), presentando mejor asociación el componente semántico del Test del reloj (0.87) que el componente visuo-cons-

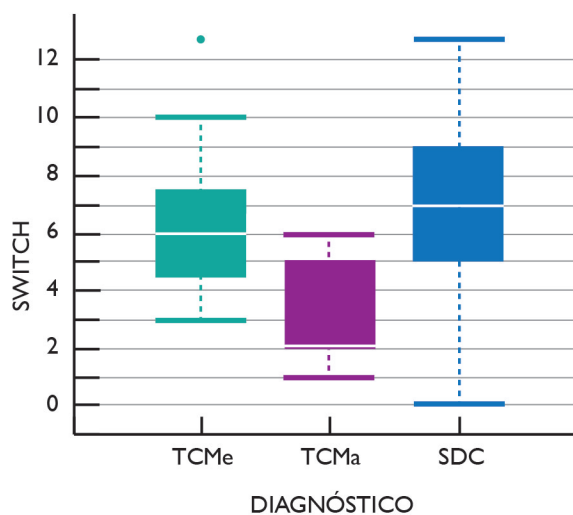
tructivo o ejecutivo (0.75). A su vez, ambos tests se asociaron en forma inversa con la edad (-0.42) y en forma directa con el nivel de educación (0.48).

El segundo componente RC1 observó una fuerte asociación entre el mayor puntaje en el Test de fluencia verbal semántica (0.85) con el mayor número de clusters (0.82), con el mayor número de switching (0.73) y el mayor puntaje de la fluencia fonológica (0.74) (*ver Tabla 4*).

El RC1 mostró correlaciones, aunque con menor significación estadística, con el mayor puntaje en el MMSE (0.43) y en el Test Mini-Boston (0.41).

En el análisis de las variables (resultado de los tests) que diferencian con significación estadística los pacientes SDC de aquellos con TCMe se destacan: el MMSE (p 0.0099), Mini-Boston (p <0.0001), fluencia verbal semántica (p 0.0029) y el Test del reloj total (p <0.0001), componente visuo-constructivo (p <0.0001) y componente semántico (p <0.0001). En tanto, el cluster, switch y tamaño del Test de fluencia verbal mostraron que el grupo de pacientes con TCMa se diferencia con significación estadística de los otros 2 grupos: SDC y TCMe (*Figura 1*).

Figura 1.



Discusión y conclusiones

Los hallazgos más destacados de nuestra investigación fueron: a) que la evaluación cognitiva permitió diferenciar tres perfiles cognitivos entre los pacientes hipertensos: sin deterioro cognitivo (SDC), trastorno cognitivo menor (TCMe) y trastorno cognitivo mayor (TCMa), b) que el Test del reloj, el Mini-Boston y la fluencia verbal semántica pudieron diferenciar los tres

Tabla 3. Perfiles cognitivo-conductuales en cada uno de grupos analizados (sin deterioro cognitivo, trastorno cognitivo menor y trastorno cognitivo mayor)

Variable	SDC	TCMe	TCMa	Valor p ^[a]	Valor p ^[b]
Muestra (n)	36	27	5		
Edad (años)**	68.5 ± 10.4	75.7 ± 7.3	81 ± 5.8	0.002	0.115
Educación *					
≤ 7 años		3.7 (1)	60.0 (3)	-	0.000
8-12 años	5.5 (2)	3.7 (1)	20.0 (1)	0.733	0.167
≥ 12 años	94.4 (34)	92.5 (25)	20.0 (1)	0.765	0.000
Tests Cognitivos**					
MMSE (<24)	28.3±1.1	26.9±3.2	20.8±4.3	0.037	0.029
Test de Benton	21.4 ± 1.4	20.0±4.8	13.0±6.1	0.152	0.059
Mini-Boston	11.3±0.8	9.5±2.3	4.8±4.0	0.000	0.051
Test del Reloj	6.5±0.6	4.3±1.7	1.6±1.5	0.000	0.011
Ejecutivo	2.4±0.5	1.4±1.1	0.8±1.3	0.000	0.377
Semántico	3.9±0.2	2.7±1.3	0.8±1.3	0.000	0.024
FV fonológica	14.9±4.4	13.0±5.0	8.8±3.3	0.122	0.044
FV semántica	17.5±4.8	14.6±3.8	6.6±4.1	0.010	0.004
Clusters	4.5±1.9	4.1±1.4	2.4±2.0	0.340	0.128
Switch	7.2±2.9	7.0±2.7	3.2±2.1	0.779	0.009
Tamaño	2.8±1.0	2.5±0.5	2.2±0.4	0.125	0.183
Escala Conductual**					
HAD-ansiedad	6.6±3.1	6.8±3.4	0.7±0.9	0.811	0.000
HAD-depresión	5.9±4.3	5.5±4.4	0.7±1.5	0.720	0.000

Abreviaturas: SDC: sin deterioro cognitivo;TCMe: trastorno cognitivo menor;TCMa: trastorno cognitivo mayor; MMSE: Mini-mental statement examination; FV: fluencia verbal; HAD: Hospital Anxiety Depression Scale.

El valor de p [a] corresponde SDC vs. TCMe; el valor de p [b] corresponde TCMe vs. TCMa.

* Los valores se expresan en porcentajes y frecuencias absolutas entre paréntesis.

** Los valores se expresan en medias ± DE.

Tabla 4. Análisis de componentes principales

Variables	Componentes principales					
	RC2	RC1	RC3	h2	u2	com
Sexo	0.02	-0.01	-0.12	0.015	0.985	1.1
Edad	-0.42	-0.33	-0.27	0.357	0.643	2.6
Educación	0.48	0.19	0.21	0.308	0.692	1.7
MMSE	0.41	0.43	0.60	0.713	0.287	2.7
Orientación Benton	0.17	0.37	0.49	0.404	0.596	2.1
Mini-Boston	0.64	0.41	0.13	0.597	0.403	1.8
HAD-Ansiedad	0.20	-0.03	0.84	0.741	0.259	1.1
HAD-Depresión	0.14	-0.12	0.76	0.610	0.390	1.1
Test Reloj- Ejecutivo	0.75	-0.10	-0.29	0.650	0.350	1.3
Test Reloj- Semántico	0.87	0.13	0.10	0.782	0.218	1.1
Test Reloj-Total	0.96	0.00	-0.06	0.932	0.068	1.0
FV-Fonológica	0.15	0.74	-0.01	0.577	0.423	1.1
FV-Semántica	0.30	0.85	0.06	0.809	0.191	1.3
Clusters	0.07	0.82	0.02	0.679	0.321	1.0
Switch	0.02	0.73	0.10	0.551	0.449	1.0

Abreviaturas: MMSE: Mini-Mental Statement Examination; HAD: Hospital Anxiety-Depression; FV: fluencia verbal.

perfiles cognitivos y c) la fuerte asociación observada en las tres grupos de pacientes hipertensos estudiados entre los componentes semántico y ejecutivo del Test del reloj con la tarea semántica que explora el Test Mini-Boston.

El análisis del PCA (Tabla 4) muestra que la asociación entre el Test del reloj y el Test Mini-Boston (0.96) permite identificar un eje que articula dos tareas sostenidas por un mismo tipo de procesamiento: el procesamiento semántico (componente semántico (0.87) del Test del reloj) y el procesamiento dependiente del sistema ejecutivo (componente visuo-constructivo) (0.75). De manera que, un paciente con resultado normal en el Test de Mini-Boston (ajustado por edad y nivel de educación), podría obtener un puntaje total normal en el Test del reloj (valores normales en ambos componentes) o bien una disociación entre los componentes (componente semántico normal y componente ejecutivo anormal). Dado el alto nivel de significación estadística alcanzado por el Test del reloj, tanto en su puntaje total como en cada uno de sus componentes (semántico y ejecutivo), este test podría considerarse un marcador de compromiso cognitivo en pacientes hipertensos con TCMe y ser utilizado como método de tamizaje en la detección del daño de órgano blanco (cerebro) mediado por la hipertensión.

Por otra parte, en los pacientes hipertensos con un desempeño cognitivo global normal ($MMSE \geq 26$), con o sin "queja cognitiva", la presencia de un puntaje bajo en el Test del reloj podría estar indicando un trastorno cognitivo de origen vascular en el procesamiento semántico, en el procesamiento ejecutivo o en ambos. En esta línea otros trabajos muestran la sensibilidad y especificidad del Test del reloj para la detección de disfunción ejecutiva en sujetos con puntuaciones normales en el MMSE (Juby et al., 2002). En tal sentido, el estudio Corazón-Cerebro (Vicario et al., 2018) observó que el 29.4% de la muestra de pacientes hipertensos sin compromiso cognitivo global ($MMSE \geq 24$) presentaba resultados anormales en el Test del reloj (función ejecutiva) y el 41.5% en el Test Mini-Boston (memoria semántica). Más aún, en otro estudio (Cerezo et al., 2021) realizado por nuestro grupo de investigación sobre 1414 pacientes hipertensos se observó que el 35.3% ($n=500$) presentó resultados anormales en el Test del reloj entre los cuales el 65% presentaba $MMSE \geq 24$ y los errores más prevalentes en la ejecución del Test del reloj fueron relacionados al componente ejecutivo de la prueba (ausencia, orden o posición incorrecta de los números). Al mismo tiempo, observamos una asociación

entre el resultado anormal del Test del reloj con la prueba visuo-constructiva del MMSE (pentágonos superpuestos) (Cerezo et al., 2021).

Aunque aún es materia de debate para algunos autores, la asociación inversa de ambos tests con la edad (-0.42) y la asociación directa con el nivel de educación (0.48) han sido descritas por otros (von Gunten et al., 2008; Kim, & Chey, 2010; de Noronha et al., 2018; Cerezo et al., 2021), señalando el impacto de la educación y la edad sobre el rendimiento cognitivo y sugiriendo la necesidad de ajustar estas variables para la interpretación de los resultados.

El MMSE tuvo baja significación estadística para diferenciar pacientes hipertensos SDC de aquellos con TCMe y del mismo modo se comportó el análisis del perfil de la producción de ejemplares categoriales y fonológicos (cluster y switching) del Test de fluencia verbal, mostrando un sustrato homologable de acceso al léxico y velocidad de producción. En contrapartida, sí diferencia los pacientes con TCMA de aquellos con TCMe o en quienes no presentan deterioro cognitivo (Figura 1).

Las asociaciones entre los puntajes de la fluencia verbal son esperables, asociando una buena performance en la producción de ejemplares categoriales (tamaño) con un mayor número de agrupamientos (clusters) y saltos a subcategorías (switching) sin diferencias de rendimiento con la producción fonológica, homologando de este modo ambas tareas de fluencia verbal. Estos procesos implican la activación de regiones y redes neurales diferenciadas; el proceso de clustering se asocia al funcionamiento del lóbulo temporal y el switching con el lóbulo frontal (activación del componente ejecutivo por la producción verbal de los estímulos), lo cual implica una flexibilidad cognitiva que posibilita el cambio de una subcategoría a otra.

Finalmente, dentro del grupo de pacientes SDC se identificaron tres sujetos con $MMSE \geq 26$, valores normales en el Test de fluencia verbal y Mini-Boston, que presentaban puntajes bajos en el Test del reloj (dos con compromiso de ambos componentes y uno con compromiso solo del componente ejecutivo). El estudio de neuroimágenes estructurales del cerebro (RM) mostró daño estructural del cerebro en todos los casos (ver Apéndice). Este hecho, hace pensar en el Test del reloj como una herramienta de tamizaje para la detección precoz de alteraciones cognitivas en pacientes hipertensos durante la práctica clínica asistencial.

El estudio cuenta con algunas limitaciones. Una de ellas es propia de aquellas investigaciones con muestras de pequeño tamaño y diseño transversal, habida

cuenta que los perfiles cognitivos pueden variar en el tiempo. Sin dudas, el conocimiento de la progresión del desempeño cognitivo de los pacientes hipertensos podría brindar información de relevancia.

En resumen, la utilización de tests neuropsicológicos que exploren dominios cognitivos múltiples en pacientes con hipertensión arterial permitiría identificar perfiles cognitivos diferenciados de acuerdo al grado de severidad (SDC, TCMe y TCMA). El análisis de los resultados de los tests cognitivos utilizados sugiere que el Test del reloj identifica en forma temprana un grupo de pacientes hipertensos con probable compromiso cognitivo como manifestación del daño vascular del cerebro mediado por la hipertensión. La información sustancial del test para evaluar aspectos de la memoria, la comprensión verbal, las habilidades visuo-espaciales, la capacidad de planificación y concentración amerita su utilización en la atención clínica de estos pacientes.

Asimismo, la asociación observada con los Test de fluencia verbal y Mini-Boston podría tener proyecciones clínicas de interés dado que la sola administración del Test del reloj podría convertirse en una herramienta de tamizaje y potencial marcador del compromiso cognitivo en pacientes hipertensos.

Las actuales líneas de investigación clínica promueven un anclaje en el campo de la prevención resaltando la importancia de la identificación de marcadores en distintas poblaciones de riesgo. En este sentido, y desde un abordaje interdisciplinario y multifactorial nuestros hallazgos valorizan la utilización de una herramienta sencilla y de rápida administración para la prevención e intervención temprana de pacientes con hipertensión arterial.

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

Apéndice

Resultado de la RM estructural de cerebro en 3 pacientes sin deterioro cognitivo (SDC) con puntajes anormal en el Test del reloj y resultados normales en el resto de los tests.

Paciente 1: 66 años, sexo femenino. Mini-Mental test (MMSE) 29 pts., Mini-Boston 11 pts., Fluencia verbal fonológica (FVF) 15 pts., Fluencia verbal semántica (FVS) 30 pts. Test del reloj 5 pts. (semántico 1 pt. + ejecutivo 4 pts.). RM: Atrofia cortical global grado 1, a predominio bi-frontal, sin dilatación ventricular ni lesiones de la sustancia blanca.

Paciente 2: 82 años, sexo masculino. MMSE 27 pts., Mini-Boston 12 pts., FVF 16 pts., FVS 20 pts., test del reloj 5 pts. (semántico 2 pts.+ ejecutivo 3 pts.). RM: atrofia cortical frontal grado 2, parieto-occipital y temporal grado 1. Atrofia subcortical difusa grado 1. Atrofia temporal medial grado 2 (ampliación de la fisura coroidea y disminución de altura del hipocampo). Imagen secuelar en amígdala cerebelosa izquierda. Lesiones de sustancia blanca periventricular (Fazekas grado 1).

Paciente 3: 79 años, sexo femenino. MMSE 27 pts., Mini-Boston 11 pts., FVF 12 pts., FVS 13 pts., test del reloj 5 pts. (semántico 2 pts. + ejecutivo 3 pts.). RM: Signos de atrofia córtico-subcortical difusa a predominio fronto-parietal. Atrofia temporal medial grado 2. Hiperintensidades en T2 y FLAIR ubicadas en región periventricular y sustancia subcortical (Fazekas grado 1).

Referencias bibliográficas

- Cerezo, G. H., Conti, P., De Cechio, A. E., Del Sueldo, M., Vicario, A., & Heart-Brain Federal Network (2021). The Clock drawing test as a cognitive screening tool for assessment of hypertension-mediated brain damage. *Hipertension y riesgo vascular*, 38(1), 13–20. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2020.08.002>
- Debette, S., & Markus, H. S. (2010). The clinical importance of white matter hyperintensities on brain magnetic resonance imaging: systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 341, c3666. <https://doi.org/10.1136/bmj.c3666>
- de Noronha, Í., Barreto, S., & Ortiz, K. Z. (2018). The influence of education on performance of adults on the Clock Drawing Test. *Dementia & neuropsychologia*, 12(1), 61–67. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-010009>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Gorelick, P. B., Scuteri, A., Black, S. E., Decarli, C., Greenberg, S. M., Iadecola, C., Launer, L. J., Laurent, S., Lopez, O. L., Nyenhuis, D., Petersen, R. C., Schneider, J. A., Tzourio, C., Arnett, D. K., Bennett, D. A., Chui, H. C., Higashida, R. T., Lindquist, R., Nilsson, P. M., Roman, G. C., ... American Heart Association Stroke Council, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Cardiovascular Radiology and Intervention, and Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia (2011). Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: a statement for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke*, 42(9), 2672–2713. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e3182299496>
- Iadecola, C., Yaffe, K., Biller, J., Bratzke, L. C., Faraci, F. M., Gorelick, P. B., Gulati, M., Kamel, H., Knopman, D. S., Launer, L. J., Sacczynski, J. S., Seshadri, S., Zeki Al Hazzouri, A., & American Heart Association Council on Hypertension; Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Quality of Care and Outcomes Research; and Stroke Council (2016). Impact of Hypertension on Cognitive Function: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension (Dallas, Tex.: 1979)*, 68(6), e67–e94. <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000053>
- Juby, A., Tench, S., & Baker, V. (2002). The value of Clock drawing in identifying executive cognitive dysfunction in people with a normal Mini-Mental State Examination score. *Canadian Medical Association journal*, 167(8), 859–864.

- Kim, H., & Chey, J. (2010). Effects of education, literacy, and dementia on the Clock Drawing Test performance. *Journal of the International Neuropsychological Society : JINS*, 16(6), 1138–1146. <https://doi.org/10.1017/S1355617710000731>
- Labos, E., Trojanowski, S., Del Rio, M., Zabala, K., Renato, A. (2013). Producción léxica en español: Fluencia semántica y fonológica. Caracterización y normas en tiempo extendido. *Neurol Arg*, 5:78-86.
- Moraes, N. C., Aprahamian, I., & Yassuda, M. S. (2019). Executive function in systemic arterial hypertension: A systematic review. *Dementia & neuropsychologia*, 13(3), 284–292. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-030004>
- Qin, J., He, Z., Wu, L., Wang, W., Lin, Q., Lin, Y., et al. (2021). Prevalence of mild cognitive impairment in patients with hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Hypertens Res*. 44:1251–60. doi: 10.1038/s41440-021-00704-3
- R Core Team.(2020). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <http://www.r-project.org/index.html>
- Rosenberg GA, Wallin A, Wardlaw JM, Markus HS, Montaner J, Wolfson L, et al. (2016). Consensus statement for diagnosis of subcortical small vessel disease. *J Cereb Blood Flow Metab*, 36:6–25. doi: 10.1038/jcbfm.2015.172
- Serrano, C. M., Allegri, R. F., Drake, M., Butman, J., Harris, P., Nagle, C., & Ranalli, C. (2001). Versión abreviada en español del Test de denominación de Boston: su utilidad en el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología (España)*, 33:624-627. <https://doi.org/10.33588/rn.3307.2001238>
- Ungvari, Z., Toth, P., Tarantini, S., Prodan, C. I., Sorond, F., Merkely, B., & Csiszar, A. (2021). Hypertension-induced cognitive impairment: from pathophysiology to public health. *Nature reviews. Nephrology*, 17(10), 639–654. <https://doi.org/10.1038/s41581-021-00430-6>
- Vicario, A., Cerezo, G. H., Del Sueldo, M., Zilberman, J., Pawluk, S. M., Lódolo, N., De Cerchio, A. E., Ruffa, R. M., Plunkett, R., Giuliano, M. E., Forcada, P., Hauad, S., Flores, R., & Heart-Brain Research Group in Argentina with the support of the Argentine Federation of Cardiology (FAC) (2018). Neurocognitive disorder in hypertensive patients. *Heart-Brain Study. Hypertension y riesgo vascular*, 35(4), 169–176. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2018.01.004>
- Vicario, A., Martínez, C. D., Baretto, D., Díaz Casale, A., & Nicolosi, L. (2005). Hypertension and cognitive decline: impact on executive function. *Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn.)*, 7(10), 598–604. <https://doi.org/10.1111/j.1524-6175.2005.04498.x>
- Vicario, A., del Sueldo, M. A., Zilberman, J. M., & Cerezo, G. H. (2011). Cognitive evolution in hypertensive patients: a six-year follow-up. *Vascular health and risk management*, 7, 281–285. <https://doi.org/10.2147/VHRM.S18777>
- Vicario, A., Del Sueldo, M., Fernández, R. A., Enders, J., Zilberman, J., & Cerezo, G. H. (2012). Cognition and vascular risk factors: an epidemiological study. *International journal of hypertension*, 2012, 783696. <https://doi.org/10.1155/2012/783696>
- von Gunten, A., Ostos-Wiechetek, M., Brull, J., Vaudaux-Pisquem, I., Cattin, S., & Duc, R. (2008). Clock-drawing test performance in the normal elderly and its dependence on age and education. *European neurology*, 60(2), 73–78. <https://doi.org/10.1159/000131895>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Tratamiento con melatonina pre-pandemia por trastornos del sueño e infección por COVID-19. Estudio de corte transversal, retrospectivo

Pre-pandemic melatonin treatment for sleep disorders and COVID-19 infection. A retrospective cross-sectional study

Stella Maris Valiensi¹, Agustín Folgueira², Vanesa Antonella Vera³, Agustín González Cardozo⁴, Daniel Pedro Cardinali⁵, Marcelo Rugiero⁶

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i155.132>

Resumen

La melatonina es una medicación segura que tiene múltiples usos en medicina del sueño para el tratamiento de insomnios, diferentes alteraciones del ritmo circadiano y trastorno del comportamiento durante el sueño REM. Dado que durante la pandemia por COVID-19 se propusieron sus propiedades antiinflamatorias como coadyuvante, nuestro objetivo fue evaluar los antecedentes de infección por COVID-19 y requerimiento de internación hospitalaria en un grupo de pacientes adultos tratados previamente al inicio de la pandemia con melatonina por diversos trastornos del sueño. Material y métodos: Estudio de corte transversal, retrospectivo. Se analizaron datos de una población cerrada de un hospital universitario de pacientes adultos tratados con melatonina por diversos trastornos del sueño, hasta el inicio de la pandemia. Se analizaron variables demográficas, variables relacionadas con melatonina: dosis indicada, tiempo de tratamiento. Se los reevaluó durante el período de pandemia, por tele-consulta programada o telefónicamente, sobre diagnóstico, requerimiento de internación, variables relacionadas a infección por COVID-19 en forma previa a vacunación específica. Se describieron a las variables categóricas con frecuencias relativas y absolutas. Resultados: N=110 pacientes. Rango de edad= 40-96 años (media= 71 años \pm 9,9), adultos mayores >65 años: N =87 (79,1%). Se registró infección por COVID-19 en 15 pacientes (13,5%) con requerimiento de internación en 5 de los infectados, sólo uno de ellos con neumonía grave. No se registraron óbitos por causa de COVID-19. No hubo diferencias entre infectados vs. no infectados en edad ($p=0,74$), índice de masa corporal ($p=0,65$) o dosis de melatonina ($p=0,10$). El rango de dosis de melatonina fue 3-150 mg/día (media=46,33 \pm 34,1) recibiendo los adultos mayores una dosis media de 50,3 \pm 35,6. El 75.5% de los pacientes fueron tratados durante de doce meses con esta droga. Conclusión: Encontramos que 13.5% de pacientes tratados previamente con melatonina por diversos trastornos del sueño se infectaron por COVID-19, requiriendo internación con posterior alta médica un tercio de ellos. La tasa de letalidad en adultos mayores en agosto 2020 según los registros nacionales era de 10,5%. Ningún paciente tratado con melatonina falleció por dicha causa en esta muestra. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a dosis de melatonina indicada, edad o índice de masa corporal, al comparar los infectados con los no infectados. Los pacientes en general, eran mayoritariamente adultos mayores, tratados con dosis media mayor a 40 mg/día de melatonina por diversos trastornos del sue-

RECIBIDO 6/11/2021 - ACEPTADO 17/1/2022

¹Médica Neuróloga. Sección Medicina del sueño. Hospital Italiano de Buenos Aires.

²Médico Neurólogo. Sección Medicina del Sueño. Hospital Italiano de Buenos Aires.

³Becaria de Perfeccionamiento en Medicina del sueño. Sección Medicina del sueño. Hospital Italiano de Buenos Aires.

⁴Becario de Perfeccionamiento en Medicina del sueño. Sección Medicina del sueño. Hospital Italiano de Buenos Aires.

⁵Facultad de Ciencias Médicas, Pontificia Universidad Católica Argentina, Buenos Aires.

⁶Médico Neurólogo. Jefe de Servicio de Neurología. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Autora de referencia:

Stella Maris Valiensi

stellamaris.valiensi@hospitalitaliano.org.ar

Lugar de realización del estudio: Sección Medicina del Sueño. Hospital Italiano de Buenos Aires.

ño, principalmente por quejas de insomnio, durante más de 12 meses. Los resultados son compatibles con un posible efecto preventivo de la melatonina en la pandemia COVID-19.

Palabras clave: Melatonina - COVID-19 – Insomnios - Trastorno comportamental del sueño REM.

Abstract

Melatonin is a safe medication with multiple uses in sleep medicine for the treatment of circadian rhythm disorders, insomnia, and REM sleep behavior disorder. In view that melatonin has been recommended as an adjuvant treatment in COVID-19 pandemic mainly due to its anti-inflammatory properties, the objective of the present study was to evaluate the history of COVID-19 infection and the requirement of hospitalization in a group of adult patients previously treated with melatonin for various sleep disorders. **Material and methods:** This is a retrospective cross-sectional study of data from a closed population of 110 adult patients at a University Hospital treated with melatonin for various sleep disorders, analyzed until the onset of COVID-19 pandemic. Demographic and melatonin-related variables (dose, treatment time) were analyzed and were reevaluated during the pandemic period, by scheduled tele-consultation regarding diagnosis, hospitalization requirements, variables related to COVID-19 infection prior to specific vaccination. Categorical variables were described as relative and absolute frequencies. **Results:** N = 110 patients. Age range = 40-96 years (mean = 71 years \pm 9.9), older adults > 65 years: N = 87 (79,1%). COVID-19 infection was recorded in 15 patients (13.5%) requiring hospitalization in 5 of those infected, only one of them with severe pneumonia. There were no deaths due to COVID-19. There were no differences between infected vs. uninfected in age ($p = 0.74$), body mass index ($p = 0.65$) or melatonin dose ($p = 0.10$). The melatonin dose range was 3-150 mg / day (mean = 46.33 ± 34.1), older adults receiving a mean dose of $50,3 \pm 35,6$. The 75.5% of the patients were treated for at least 12 months with melatonin. **Conclusion:** We found that 13.5% of patients previously treated with melatonin for various sleep disorders were infected by COVID-19, requiring hospitalization with subsequent medical discharge one third of them. According to national records the lethality rate in older adults in August 2020 was 10.5%. No patient treated with melatonin died for this cause in this sample. We did not find statistically significant differences in terms of indicated melatonin dose, age or body mass index, when comparing those infected with those not infected. The patients in general were mostly older adults, treated with a mean dose greater than 40 mg / day of melatonin for various sleep disorders, mainly for complaints of insomnia, for more than 12 months. The results are consistent with a possible preventive effect of melatonin in the COVID-19 pandemic.

Keywords: Melatonin - COVID-19 – Insomnia - REM sleep behavior disorder.

Introducción

La melatonina (N-acetil-5-metoxitriptamina) es un metoindol sintetizado a partir del triptófano y por una vía metabólica que incluye al 5-hidroxitriptófano, serotonina y N-acetil serotonina. Fue identificado inicialmente en la glándula pineal pero más tarde se verificó su síntesis en retina, tracto gastrointestinal, piel, médula espinal y los leucocitos. Hoy se ha encontrado que las mitocondrias son sitios de síntesis de melatonina, por lo que su distribución es universal en todos los tejidos del organismo. La melatonina detectada en circulación proviene de la glándula pineal y su producción presenta un máximo nocturno que disminuye con la edad (Pandi-Perumal et al., 2006). La melatonina producida en las mitocondrias no se distribuye a la circulación, sino que es utilizada por

las células que la producen (Huang et al., 2020). Esta localización es responsable de los efectos antioxidantes y antiinflamatorios reportados para la melatonina. Se atribuye que la salud de un individuo puede verse comprometida (Sedova et al., 2019) si no se generan cantidades suficientes de melatonina.

Según estudios farmacocinéticos (Rajaratnam et al., 2009) se ha visto que, tras la administración por vía oral de melatonina, ésta se absorbe desde el intestino delgado y es transportada a través de la vena porta hacia el hígado donde, antes de excretarse por vía renal, se metaboliza parcialmente a través de las enzimas CYP2A1, CYP1A2 y CYP2C19 a 6-hidroximelatonina, que es inactiva. La biodisponibilidad es sólo un 15% aproximadamente, llega a los tejidos periféricos a través de la circulación sistémica y cruza la barrera hematoencefálica (Rajaratnam et al., 2009). Las

concentraciones máximas de melatonina se observan entre los 30 y 60 minutos, tras su administración por vía oral en dosis de 2 mg, o entre los 60 y 150 minutos tras la administración de dosis de 80 mg. El tiempo de semivida oscila entre los 30 minutos y las 2 horas. Su administración produce somnolencia, disminución de la temperatura corporal y cambio en la fase del reloj biológico (sueño) (Ballester, 2015).

Durante la infección por SARS Cov2 se produce en el organismo una “tormenta” inflamatoria de citoquinas, aumenta el estrés oxidativo y disminuye la respuesta inmune (Diao et al., 2020). Todo esto produce en el enfermo por COVID-19, un aumento de la permeabilidad capilar que lleva a una falla multiorgánica. La potencialidad de la melatonina, una molécula de conservación filogenética inusual, presente en todos los organismos aeróbicos conocidos, ha sido propuesta para servir como agente preventivo y coadyuvante terapéutico en la pandemia COVID-19 (Reiter et al., 2021). La melatonina puede:

- a. prevenir la infección por SARS-CoV-2;
- b. es adecuada como agente antiinflamatorio/inmuno-rregulador/antioxidante eficaz (Cho et al., 2021);
- c. contrarresta la crono-disrupción (Cardinali et al., 2020);
- d. combate varias comorbilidades tales como diabetes, síndrome metabólico y enfermedades cardiovasculares que agravan la enfermedad COVID-19 (Cipolla-Neto et al., 2018; Prado et al., 2018; Imenshahidi et al., 2020);
- e. ejerce un efecto neuroprotector, en pacientes con SARS-CoV-2 afectados de forma aguda y crónica; y
- f. puede ser un adyuvante para potenciar las vacunas anti-SARS-CoV-2 (Reiter et al., 2021).

Mediante la implementación de una plataforma en red basada en la farmacología de sistemas, y la cuantificación de la interacción entre las proteínas de la envoltura y la nucleocápside del HCoV, se identificó a la melatonina para ser empleada en la infección por SARS-CoV-2 (Magnavita et al., 2021).

En otro estudio, se examinaron la estructura y las propiedades físico-químicas de la melatonina utilizando métodos electrónicos y herramientas de mecánica molecular como predictor de la bioactividad de la melatonina, contra las proteínas del coronavirus. Con base en las puntuaciones de acoplamiento obtenidas, se propuso que la melatonina pudiese ser eficaz para reducir la carga viral en poblaciones vulnerables (Zhou et al., 2020).

La principal proteasa del SARS-CoV-2 es una enzima conservada entre las especies de coronavirus. Mediante el uso de herramientas *in silico* para identificar nuevos posibles inhibidores de la proteasa principal del SARS-CoV-2, los estudios de acoplamiento molecular describieron los sitios de unión y las energías de interacción de 74 complejos de ligandos. La melatonina reveló una mejor energía de interacción con la proteasa principal del SARS-CoV-2 que los otros ligandos (Al-Zaqri et al., 2020).

Esta evidencia indirecta de la posible acción antiviral de la melatonina puede explicar los resultados obtenidos en un estudio de seguimiento de 11 672 pacientes con un modelo estadístico que predijo la infección por COVID-19. Los pacientes varones, afroamericanos, mayores y aquellos con exposición conocida a COVID-19 tenían un mayor riesgo de ser positivo para COVID-19, mientras que el riesgo se redujo en aquellos que estaban en tratamiento con melatonina, paroxetina o carvedilol (Feitosa et al., 2020) y así lo trataron de explicar varios autores en otras enfermedades respiratorias (Habtemariam et al., 2017; Huan et al., 2019; Schneider et al., 2020; Tan, & Hardeland, 2020).

En Argentina, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT Argentina, 2016) determinó que las indicaciones off-label de medicamentos o preparados, son de exclusiva responsabilidad del médico tratante, quien las realiza en el pleno ejercicio de su actividad profesional, basándose en experiencia y en el conocimiento científico disponible, motivados por la necesidad de evaluar una respuesta a problemas de salud. Fue en base a ello que durante la pandemia por COVID-19 nos propusimos, como objetivo primario, en pacientes tratados con melatonina antes de la pandemia por COVID-19, evaluar antecedentes de infección por COVID-19, requerimiento de internación hospitalaria por dicho virus y otras variables relacionadas con la infección por COVID-19, como objetivos secundarios nos propusimos: a) evaluar variables relacionadas al tratamiento con melatonina; b) evaluar comorbilidades en la población en estudio y c) evaluar el uso concomitante con melatonina de otros tratamientos relacionados con trastornos del sueño.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio de corte transversal, retrospectivo. Se analizaron datos de una población cerrada del Hospital Italiano de Buenos Aires, evaluada y tratada por la Sección Medicina del Sueño con melatonina por diversos trastornos del sueño.

Variables evaluadas

Demográficas

- Edad en años.
- Sexo.
- Diagnóstico del trastorno de sueño: insomnios (ya sea trastornos de conciliación del sueño; trastornos en el mantenimiento del sueño y/o despertar precoz), parasomnias del sueño REM (trastorno conductual del sueño R) o diversos trastornos del ciclo circadiano.

Comorbilidades

- Trastornos del humor: depresión y/o ansiedad.
- Cardiovasculares (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, otros).
- Trastornos metabólicos (diabetes, hipotiroidismo).
- Quejas cognitivas.
- Enfermedades neurológicas (Parkinsonismos/cefaleas, entre otros).

Comorbilidades de trastornos del sueño asociadas

- Apneas/ Ronquidos.
- Pesadillas.
- Síndrome de piernas inquietas.
- RBD (trastornos del comportamiento del sueño REM).

Medicación/tratamiento habitual relacionado con trastornos del sueño

- Dosis de melatonina indicada: mg/día.
- Medicación habitual para trastornos del sueño: medicación asociada al tratamiento con melatonina.
 - a. Benzodiazepinas (alprazolam, lorazepam, clonazepam, diazepam, bromazepam, otras).
 - b. Otros hipnóticos (antidepresivos con acción hipnótica, drogas Z).
 - c. Otras drogas antidepresivas con o sin acción hipnótica.
 - d. Antipsicóticos con acción para trastornos del sueño.
 - e. Otras drogas utilizadas en trastornos del sueño asociados a dolor (alfa 2 ligandos de canales de calcio, por ejemplo).
- Tiempo de tratamiento con melatonina: en meses.

Criterios de inclusión y de exclusión

Los criterios de inclusión fueron: a) pacientes adultos, tratados previamente al inicio de la pandemia, con melatonina en dosis \geq 3 mg por diversos trastornos del sueño y b) mínimo cumplimiento de 3 meses de tratamiento antes del inicio de la pandemia.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes de nuestra sección, medicados con melatonina, después del período considerado.

En los pacientes que se incluyeron se analizó variables demográficas, variables relacionadas con el tratamiento con melatonina como dosis indicada y tiempo de tratamiento.

Se los reevaluó a los pacientes de la sección Medicina del sueño de nuestro hospital, durante el período de pandemia, mediante la atención médica establecida por el hospital (tele-consulta médica programada o telefónicamente cuando la misma no funcionaba correctamente) durante el aislamiento social preventivo y obligatorio. Se interrogaba sobre antecedentes de infección por COVID-19 y si hubo requerimiento de internación.

Criterios de búsqueda en las historias clínicas electrónicas

Se incluyeron pacientes con cobertura de medicina prepaga del Hospital Italiano de Buenos Aires, mayores de 18 años, medicados con melatonina cuyo problema o motivo de consulta haya sido trastornos del sueño, como insomnios, parasomnias del sueño REM, diversas alteraciones del ciclo circadiano, trastornos respiratorios durante el sueño, a quienes se les indicó tratamiento con melatonina comercial o preparados magistrales antes del inicio de la pandemia.

Recolección y confidencialidad de los datos

La recolección de datos fue realizada por los investigadores y se volcaron los mismos a una base de datos creada ad hoc por y en la sección de Medicina del sueño, de un Hospital Universitario, con fines académicos. El grupo de profesionales involucrados en el estudio mantuvieron la confidencialidad de los datos sus pacientes. No se registraron los nombres que identificara a los pacientes.

Análisis estadístico

Se describió a las variables categóricas con frecuencias relativas y absolutas. Variables numéricas con media y desvío estándar. Se realizó prueba de T para diferenciar algunas características de los pacientes infectados versus no infectados. Se utilizó software IBM SPSS Statistics (versión 20.0).

Resultados

N=110 pacientes. Rango de edad= 40-96 años (media= 71 años \pm 9,9). Dosis de melatonina: 3-150 mg (me-

dia=46,33 ± 34,1). Índice de masa corporal=18,1-54,6 (media=27,5±5,3), siendo obesos: n=27 (24,5%). Tiempo de tratamiento: el 75.5% hacía más de doce meses que estaba siendo tratado con esta droga.

En la *Tabla 1* se observa características generales de la población infectada por COVID-19. Se infectaron 15, mayoritariamente fueron de género masculino, requirieron internación 5 pacientes de los 4 fueron por neumonía leve, y el caso número 5 fue por neumonía severa que fue una mujer. Todos fueron dados de alta. No se constató óbito. El rango de edad fue de 58 a 19 años y el tratamiento de melatonina osciló entre los 7,5 a los 80 mg por día.

En la *Tabla 2* se procedió a comparar diferentes características de los pacientes positivos para infección por COVID-19 con aquellos que no tuvieron.

En la *Tabla 3* se procedió a evaluar características generales de la población de pacientes tratados con melatonina por diversos trastornos del sueño previo a la pandemia. El 93,6% convivía con otras personas en su hogar. Muy pocos vivían solos. Hubo pacientes enfermos por COVID-19: 15% y 8,2% tuvieron que internarse por otra causa no COVID. Un paciente se murió por cáncer (no COVID) durante el período analizado.

Tabla 1. Características de la población confirmada de infección por COVID-19 tratada previamente con melatonina por diversos trastornos del sueño

Características de pacientes positivos para COVID-19	N	%	
Infectados por COVID-19	15	13,6	
Requerimiento de internación	5	4,5	
Requerimiento de internación por neumonía leve	4	3,6	
Requerimiento de internación por neumonía grave	1	0,9	
Óbito por COVID19	0	0	
Genero predominante de los infectados	masculino	8	7,2
Género predominante que requirió internación por COVID-19	masculino	4	3,6
Convivencia con una o más personas en el hogar	14	99,0	
Convivencia en geriátrico	1	0,9	
Otras variables relacionadas			
Rango de edad de infectados por COVID	58-89 años		
Rango de dosis de melatonina utilizada pre-infección	7,5-80 Mg/día		
Tiempo de tratamiento con melatonina	3-36 meses		

Tabla 2. Análisis comparativo de algunas variables entre pacientes positivos y negativos para COVID-19 tratados previamente con melatonina por diversos trastornos del sueño

Variables analizadas	Positivos		Negativo		P
	N=15		N=95		
	Media	DE	Media	DE	
Edad	70	8,8	71	10,2	0,74
Índice de masa corporal	26,9	4,4	27,6	5,5	0,65
Dosis de melatonina	32,9	22,2	48,4	35,3	0,10

Tabla 3. Características generales de la población general tratada previamente con melatonina por diversos trastornos del sueño

Características generales de la población	N	%
Vivían acompañado en su hogar	103	93,6
Vivían solos o no obtuvimos datos	5	4,5
Vivían en un geriátrico	2	1,8
Infectados por COVID-19	15	13,6
Fueron internados por otra causa no COVID-19	9	8,2
Fueron internados por COVID-19	5	4,5
Sin datos sobre infección y/o requerimiento de internación	7	6,3
Óbitos por causas no relacionadas a COVID-19	1	0,9
Óbitos por causas relacionadas a COVID-19	0	0

En la *Tabla 4* se muestra a variables relacionadas con tratamiento realizado con melatonina. La mayoría recibía dosis de 11 a 40 miligramos y 45% más de 40 mg. Más de 100 miligramos recibía el 10,9%. Al 96,4% se le indicó por diferentes tipos de queja sobre todo insomnios. En cuanto al tiempo de tratamiento con esta droga: el 75,5% hacía más de doce meses que estaba siendo tratado.

En la *Tabla 5* se diferenció la población en adultos y adultos mayores (mayor o igual a 65 años). Encontramos diferencia significativa en cuanto a la edad y dosis de melatonina indicada, pero no el resto de los parámetros analizados. La edad media en adultos fue de 57,9 (DE 7,3) y adultos mayores la media fue de 74,9 (DE 7,1). La dosis media de melatonina indicada en adultos fue de 31,4 mg/día (DE 22,5) y en adultos mayores la dosis fue de 50,3 mg/día (DE 35,6).

En la *Tabla 6* se expone las comorbilidades que presentaban estos pacientes a los cuales se indicó melatonina. El mayor porcentaje aparte de manifestar insomnios de diversa etiología, presentaban trastornos cardiovasculares principalmente hipertensión arterial, dislipemias, obesidad, trastornos respiratorios durante el sueño, quejas de trastornos del humor y alteraciones cognitivas (*ver Tabla 6*).

En la *Tabla 7* se muestran las drogas concomitantes para tratamiento de diversos trastornos del sueño, concomitantes al uso de melatonina. Se observa que la mayoría estaba medicada con antidepresivos, seguido de benzodiazepinas, drogas Z, antipsicóticos y análogos de canales de calcio como pregabalina. Cabe acotar, que también investigamos sobre el uso específico de beta-bloqueantes, dado que disminuye la concentración de melatonina y hemos encontramos que n=25 (22,7%) recibían ese tipo de medicación (*ver Tabla 7*).

Tabla 4. Análisis de características relacionadas con el tratamiento con melatonina pre-pandemia

VARIABLES ANALIZADAS		n	%
Dosis indicada de melatonina	< 10 mg/día	11	10,0
	11 a 40 mg/día	54	49,1
	> 40 mg/día	33	30,0
	100 mg/día	10	9,9
	>100 mg/día	2	1,8
Tiempo de uso de melatonina	< 1 año	27	24,5
	1 a 4 años	63	57,3
	> 4 años	20	18,2
Motivo de indicación de melatonina	Insomnios	106	96,4
	Trastorno comportamental del sueño REM	4	3,6
	Alteración del ritmo circadiano	2	1,8

Tabla 5. Análisis comparativo de población adulta y población adulta mayor tratadas previamente con melatonina por diversos trastornos del sueño

	Todos		< 65 años		≥ 65 años		p
	N=110		N=23 (20,9%)		N=87 (79,1%)		
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Edad	71,4	9,9	57,9	7,3	74,9	7,1	0,000
Índice de masa corporal	27,46	5,3	28,86	7,9	27,09	4,3	0,163
Dosis de melatonina	46,3	34,1	31,4	22,5	50,3	35,6	0,018
Sexo Femenino	73	66,4	16	14,5	57	51,8	0,715
Obesidad	27	24,5	7	6,4	20	18,2	0,461
Deterioro Cognitivo	29	26,4	4	3,6	25	22,7	0,272
COVID19 Positivos	15	13,6	3	2,7	12	10,9	0,926
Tratamiento con CPAP por trastornos respiratorios durante el sueño	36	32,7	6	5,5	30	27,3	0,445

Tabla 6. Comorbilidades de los pacientes tratados con melatonina por diversos trastornos del sueño pre-pandemia

Comorbilidades referidas	N	%
Cardiovasculares		
Hipertensión Arterial	46	41,8
Enfermedad Cardiovascular	5	4,5
Arritmias	6	5,5
Endócrino-metabólicas		
Dislipidemias	29	26,4
Obesidad	27	24,5
Hipotiroidismo	21	19,1
Diabetes Mellitus	14	12,7
Trastornos del sueño		
Insomnios de diversas causas	106	96,4
Trastornos respiratorios durante el sueño	28	25,5
Síndrome de piernas inquietas o movimientos periódicos de piernas	7	6,4
Parasomnias del sueño REM	4	3,6
Trastornos del humor		
Depresión / Ansiedad	17	15,5
Trastornos neurológicos / cognitivos		
Trastornos Neuro Cognitivos	12	10,9
Epilepsias	3	2,7
Parkinson / Parkinsonismos	6	5,5
Cefaleas	2	1,8
Otras comorbilidades referidas		
Enfermedad/s Oncológica/s	11	10,0
Reflujo Gastroesofágico	3	2,7

Tabla 7. Análisis de diversos tratamientos concomitantes con melatonina por diversos trastornos del sueño pre-pandemia

Tratamientos concomitantes al uso de melatonina	N	%
Antidepresivos	48	43,6
Benzodiazepinas	39	35,5
Drogas Z	30	27,3
Antipsicóticos (<i>quetiapina</i>)	15	13,6
Agonista alfa 2 ligandos (<i>pregabalina</i>)	14	12,7
Tratamiento con CPAP por trastornos respiratorios durante el sueño	36	32,7

Discusión

En este estudio de corte transversal, retrospectivo, realizado durante el período de la pandemia por COVID-19 con pacientes previamente tratados con melatonina por diversos trastornos del sueño, encontramos que en nuestra población, de más de 100 pacientes, menos del 14% fueron diagnosticados de infección por COVID-19, siendo una población constituida mayoritariamente por hombres, requiriendo internación cuatro de ellos por neumonía leve y uno por neumonía severa, no constatándose óbito en ningún caso.

Desde el inicio de la pandemia por COVID-19 se sabe que la enfermedad afecta de manera más grave a las personas mayores debido a la inmunosenescencia, la multimorbilidad y su fragilidad general. Además, la infección se consideró más frecuente en aquellas personas en condiciones de proximidad y/o hacinamiento; exposición a eventos en brotes o aquellos asistidos por personal de salud o que tenían dependencia física. A principios de agosto 2020, según el Ministerio de Salud Pública de Argentina en su página oficial, "Situación COVID-19 (SE 32), Personas Mayores, informaba que la tasa de letalidad en adultos mayores era de: 10,5%, cinco veces más que en el resto de la población donde la letalidad encontrada era del 2%. La letalidad reportada entre 60 a 69 años, en hombres versus mujeres era de 6,3/3,7%; entre los 70 a 79 años era de 14,4/10,0%; entre 80-89 años era de 22,9/13,8% y en aquellos de 90 o más años fue de 17,4/17,5% (Ministerio de Salud Pública, 2020).

Cabe destacar que la mortalidad por COVID-19, fue de 0% en nuestra población, siendo la media de edad 70 años (rango 58 a 89 años), mayoritariamente adultos mayores. Para la misma época, se informaba que los mayores de 60 años "confirmados", representaban el 14,3% del total de casos positivos para COVID-19 % (Ministerio de Salud Pública, 2020). Nosotros constatamos en nuestra población de que el 13,6% de los infectados tenía una edad media de 70 años. Sólo el 4,5% de nuestra población con COVID-19 requirió internación, de los cuales uno fue por neumonía severa y los restantes por neumonía leve. Evaluamos que más del 99% de estos pacientes, convivían en su hogar con otras personas, y uno vivía en un geriátrico. La dosis media de melatonina que recibían los pacientes confirmados fue discretamente inferior a los COVID negativos, pero no hubo diferencia significativa. Tampoco encontramos diferencia significativa al comparar el índice de masa corporal y edad, entre ambos grupos.

Hoy día, se reconoce los efectos beneficiosos de la melatonina que derivan de sus propiedades antiinfla-

matorias, su actividad antioxidante y funciones inmunomoduladoras (Famoosh et al., 2021). Se ha demostrado que los altos niveles de melatonina en la sangre juegan un papel positivo en la salud y el envejecimiento (Halderland, 2013). Estos hallazgos apoyan una justificación para el uso de melatonina en ancianos que sufren de infección por COVID-19.

Se estimaron los parámetros farmacocinéticos de altas dosis de melatonina intravenosa (10 mg / 100 mg; 10 minutos, 2.5 ml / min) en voluntarios varones sanos y no se informaron efectos adversos en el estudio (Andersen et al., 2016). Ramos y colaboradores, al extrapolar dosis efectivas, usadas en animales, para un adulto de 70 kg, sugirieron el uso de 100 o 400 mg por día de melatonina, como terapia adyuvante, especialmente si no se disponía de un tratamiento antiviral directo eficaz en pacientes infectados por COVID-19 (Ramos et al., 2020). Nuestros pacientes venían recibiendo melatonina hacía más de doce meses.

El tratamiento preventivo con melatonina, favorecería la maximización de la respuesta inmune, junto con antiinflamatorios y efectos antioxidantes en procesos infecciosos como COVID-19 (Tesarik J, 2020; Zhang et al., 2020). El virus produce una reacción inflamatoria masiva, causa daño tisular irreversible y mortalidad. La melatonina es un potente regulador antioxidante e inmunológico que no solo suprime estrés oxidativo, también controla la respuesta inmune innata y promueve la respuesta inmune adaptativa (Sedova et al., 2019; Huang et al., 2020). La infección por COVID-19 puede disminuir los niveles de melatonina en un momento en que la melatonina es la más necesaria (Grunewald et al., 2020).

Al principio de la pandemia, cuando había carencias de tratamientos efectivos o fueron insuficientes, la melatonina, debido a sus múltiples acciones resumidas por Zhang et al. (Zhang et al., 2020), se planteó como beneficiosa para prevenir o atenuar la infección por COVID19 (Wu et al., 2010).

Ya se había demostrado que la melatonina fue clínicamente útil en la sepsis (Biancatelli et al., 2020). También se demostró un papel beneficioso en el manejo de algunas infecciones virales, dado que es un regulador de la autofagia (respuesta de defensa en diferentes etapas del ciclo de vida viral), como así también se señalaron sus propiedades como potente antioxidante y supresor de estrés oxidativo (Boga et al., 2019). También se la ha asociado en el tratamiento ante el virus del Ébola, el dengue, la encefalomiocarditis, la encefalitis equina venezolana, la enfermedad hemorrágica del conejo, el papiloma humano, y, si

bien no hay evidencia de que la melatonina sea viricida, reduciría la gravedad de estas infecciones (Bartholomeusz, & Locarnini, 2006; Crepo et al., 2010; Valero et al., 2015; Paemanee et al., 2018). En cuanto al uso de melatonina en procesos infecciosos como el COVID-19, hubo estudios donde una dosis diaria de aproximadamente 40 mg o más, se planteó como dosis adecuada (Castillo et al 2020; Reiter et al 2021).

Reiter y colaboradores, propusieron que la melatonina tenía un profundo efecto en el proceso de envejecimiento probablemente debido al deterioro con la edad, a alteraciones de los ritmos circadianos y desincronización de los ritmos, hecho que se observan y contribuyen al envejecimiento (Reiter et al., 2021). La melatonina entonces, ayudaría a coordinar y sincronizar las respuestas adaptativas a los cambios ambientales, sin embargo, como agente gerontoprotectivo este autor consideró que debía utilizarse con precaución (Bubenik, & Konturek, 2011). Actualmente, se plantea con más énfasis, su función citoprotectora en adultos mayores (Cardinali, 2019). Nuestra población, por ejemplo, tenía una edad media de 71 años (adultos mayores en su mayoría) y estaba siendo tratada con melatonina con el objeto de mejorar la calidad del sueño e, indirectamente, en función citoprotectora, no como cronobiótico, por lo que la dosis media utilizada, durante varios meses, sin efectos colaterales que hayan provocado su retiro, fue superior a 40 mg/día. Un tercio, recibía tratamiento hasta de 100 miligramos/día. El promedio de tiempo de uso de la droga fue de entre 12 y 48 meses, en más de la mitad de los pacientes. Un pequeño porcentaje usaba 100 o más miligramos.

Se estimó, según cálculos derivados de estudios en animales que las dosis de melatonina citoprotectora para humanos, estaría en el rango de 40-100 mg / día, dosis utilizada en fase I, en voluntarios sanos para evaluar la tolerabilidad y la farmacocinética de las dosis orales de 20, 30, 50 y 100 mg de melatonina, donde no se observaron efectos adversos ni síntomas, salvo una somnolencia transitoria leve, sin efectos sobre los patrones de sueño. La melatonina, en este estudio, se eliminó rápidamente, con una eliminación media de 51,7 (29,5-63,2 minutos), en todas las dosis (Galley et al., 2014).

Hace años se habla de que la melatonina es una droga segura a corto plazo u uso ocasional (Buscemi et al., 2006). No se han comunicado complicaciones importantes con su uso (Gitto et al., 2006) y con infección por COVID-19, se propuso también como tratamiento (Cardinali, 2020). Nosotros encontramos que

más del 60% de los pacientes usaban dosis elevadas de melatonina, hacía más de un año previo, sin reportar efectos adversos que hayan motivado suspensión del tratamiento.

En cuanto a otros objetivos nos planteamos analizar otras comorbilidades en esta población. Encontramos que el 42% de nuestros pacientes eran hipertensos, seguidos por personas con dislipemias, trastornos respiratorios durante el sueño como apneas/hipopneas/ronquidos (téngase en cuenta que es un centro de derivación de trastornos del sueño), y trastornos endocrino-metabólicos como obesidad, hipotiroidismo y diabetes. También un porcentaje no menospreciable presentaba trastornos del humor, tales como síntomas de depresión/ansiedad, y queja cognitiva, en ese orden.

Se informó que los pacientes con hipertensión, obesidad y diabetes tienen más probabilidades de desarrollar una infección COVID-19 más grave, incluida la muerte (Madjid et al., 2020).

En cuanto a la hipertensión arterial, el efecto de la melatonina, fue estudiada en pacientes de edad avanzada en Japón, evaluándose la excreción urinaria de dicha droga y aquellos pacientes que tomaban melatonina, redujeron la presión sistólica nocturna, independiente de otros factores de riesgo cardiovascular (Obayashi et al., 2014).

En cuanto a la obesidad, la mayoría de nuestros pacientes tenían sobrepeso y un 24,5% era obesos. Se considera que la obesidad es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular. En diferentes estudios, se ha demostrado que la melatonina tiene efectos contra la obesidad (Gubin et al., 2016; Imenshahidi et al., 2020). La melatonina, reduce el depósito de grasa visceral intraabdominal y el peso corporal. Se cree que esto se debe a dos procesos: regulación de las reservas energéticas y regulación de los procesos fisiológicos de ritmo de vigilia/sueño (Prado et al., 2018). Además, la obesidad contribuye a diversas enfermedades crónicas; disminución de la inmunidad y mayor riesgo de infección (Huttunen, & Syrjänen, 2013).

Una dosis diaria de aproximadamente 40 mg de melatonina sería adecuada para pacientes con resistencia a la insulina o intolerancia a la glucosa (Reutrakul et al., 2017) en caso de COVID-19. En pacientes de edad avanzada con comorbilidades médicas, el tratamiento con melatonina es beneficioso, ya que fortalece la respuesta del sistema inmunológico (Cardinali, 2019b; Reiter et al., 2021).

En cuanto al análisis del uso concomitante de otros tratamientos relacionados con trastornos del sueño encontramos, para nuestra sorpresa, que muchos de

estos pacientes usaban otros antidepresivos asociados a la melatonina, en menor número por tratamientos con benzodiazepinas y drogas Z. La farmacoterapia de los trastornos del sueño, como insomnio, constituye un problema no resuelto hasta la fecha. El 40 % de los adultos mayores consume hipnóticos por tiempos más prolongados y dosis más elevadas que los recomendados (Cardinali 2019).

Las disfunciones y los trastornos del sueño son muy prevalentes en la población que envejece (Cardinali, 2020). Las causas comunes de alteración del sueño durante el envejecimiento incluyen, entre otras, el estilo de vida (por ejemplo, la vida en jubilación), las enfermedades médicas y mentales preexistentes, la polifarmacia, los malos hábitos de sueño, los trastornos del sueño preexistentes y la angustia psicológica (Cornelissen, 2017), por lo que se debe realizar una anamnesis detallada antes de proceder a tratar con drogas que pueden ser perjudiciales. Nosotros al querer evaluar el uso concomitante con melatonina de otros tratamientos relacionados con trastornos del sueño encontramos que el 35,5% continuaba tomando benzodiazepinas. Hay que tener en cuenta que muchos de los fármacos habitualmente usados para inducir o mantener el sueño, por ejemplo, las benzodiazepinas (BDZ) y las drogas Z (zolpiden, zopiclona, etc.) producen mayores efectos adversos en el grupo de adultos mayores, como ser: aumento de las caídas, confusión, amnesia; generan dependencia y, producen rebote del insomnio tras su interrupción (Cardinali, 2014). En el sistema nervioso central, la melatonina actúa de manera dual ya sea reseteando el reloj circadiano, como también provocando supresión de la descarga neural. Si bien el efecto cronobiótico es el principal efecto, también favorece la iniciación del sueño. Se ha registrado incremento de los niveles de serotonina y de ácido gamma aminobutírico (GABA) tras la administración de melatonina (Rosenstein & Cardinali, 1999; Pazo et al., 2000). También se informó que interacciona con benzodiazepinas, con hipnóticos, con inhibidores (como fluvoxamina, quinolonas) o inductores (carbamazepina, rifampicina) del citocromo CYP1A2, inhibidores de CYP2D (como cimetidina, anticonceptivos o con fármacos para la menopausia) (Matura et al., 2021). Los beta bloqueantes, al contrario, disminuyen la producción pineal de melatonina (Ballester, 2015) y nosotros encontramos que 22,7% de nuestros pacientes estaban medicados por trastornos cardiovasculares con dicho medicamento. Por otra parte, más del 30% de nuestros pacientes utilizaban CPAP que es un tratamiento para los trastor-

nos respiratorios durante el sueño. Se plantea que el 25% de los pacientes con apneas obstructivas durante el sueño, presentan alteración en la secreción de melatonina y presentan disminución del pico de secreción de dicha hormona (Hernández et al., 2007).

Dada la situación mundial actual y en consideración de la medicina basada en la evidencia, la eficacia de melatonina y su alto perfil de seguridad farmacológica respalda su uso en el tratamiento de alteraciones en el sueño como así también, se ha visto que podría colaborar en el tratamiento de enfermedades infecciosas, como COVID-19, por ejemplo (Brusco et al., 2021).

Sesgos

El ser un estudio retrospectivo y tener que basarse en datos aportados por la historia clínica hace que algunos detalles pudieron haberse “perdidos”; pero el hecho de contar con un número importante de pacientes, tratados hacía más de un año, con una dosis media de melatonina con propiedades antioxidantes, sin efectos colaterales de importancia, son motivos suficientes para solventar este sesgo.

Conclusión

Encontramos que 13.5% de pacientes tratados previamente con melatonina por diversos trastornos del sueño se infectaron por COVID-19, requiriendo internación con posterior alta médica un tercio de ellos. No hubo óbitos por dicha causa. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a dosis de melatonina indicada, edad o índice de masa corporal, al comparar los infectados con los no infectados. Los pacientes eran mayoritariamente adultos mayores, tratados con dosis media mayor a 40 mg/día de melatonina por diversos trastornos del sueño, principalmente por quejas de insomnios, durante más de 12 meses. Las cifras oficiales de letalidad son 5 veces mayores en el grupo etario evaluado. Los resultados son compatibles con un posible efecto preventivo de la melatonina en la pandemia por COVID-19.

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

Referencias bibliográficas

- Al-Zaqri, N., Pooventhiran, T., Alsalmeh, A., Warad, I., John, A. M., & Thomas, R. (2020). Structural and physico-chemical evaluation of melatonin and its solution-state excited properties, with emphasis on its binding with novel coronavirus proteins. *Journal of Molecular Liquids*, 318, 114082. <https://doi.org/10.1016/j.molliq.2020.114082>
- Andersen, L. P. H., Werner, M. U., Rosenkilde, M. M., Fenger, A. Q., Petersen, M. C., Rosenberg, J., & Gögenur, I. (2016). Pharmacokinetics of high-dose intravenous melatonin in humans. *Journal of Clinical Pharmacology*, 56(3), 324–329. <https://doi.org/10.1002/jcph.592>
- Bartholomeusz, A., & Locarnini, S. (2006). Ebola virus: melatonin as a readily available treatment option. *Antiviral Therapy*, 55(November 2005), 52–55. <https://doi.org/10.1002/jmv>
- Biancatelli, R. M. L. C., Berrill, M., Mohammed, Y. H., & Marik, P. E. (2020). Melatonin for the treatment of sepsis: The scientific rationale. *Journal of Thoracic Disease*, 2(Suppl 1), S54–S65. <https://doi.org/10.21037/jtd.2019.12.85>
- Boga, J. A., Caballero, B., Potes, Y., Perez-Martinez, Z., Reiter, R. J., Vega-Naredo, I., & Coto-Montes, A. (2019). Therapeutic potential of melatonin related to its role as an autophagy regulator: A review. *Journal of Pineal Research*, 66(1), 1–21. <https://doi.org/10.1111/jpi.12534>
- Brusco, L. I., Cruz, P., Cangas, A. V., Rojas, C. G., Vigo, D. E., & Cardinali, D. P. (2021). Efficacy of melatonin in non-intensive care unit patients with COVID-19 pneumonia and sleep dysregulation. *Melatonin Research*, 4(1), 173–188. <https://doi.org/10.32794/mr11250089>
- Bubenik, G. A., & Konturek, S. J. (2011). Melatonin and aging: prospects for human treatment. *Journal of physiology and pharmacology: an official journal of the Polish Physiological Society*, 62(1), 13–19.
- Buscemi, N., Vandermeer, B., Hooton, N., Pandya, R., Tjosvold, L., Hartling, L., Vohra, S., Klassen, T. P., & Baker, G. (2006). Efficacy and safety of exogenous melatonin for secondary sleep disorders and sleep disorders accompanying sleep restriction: Meta-analysis. *British Medical Journal*, 332(7538), 385–388. <https://doi.org/10.1136/bmj.38731.532766.F6>
- Cardinali, D. (2014). *Qué es el Sueño*. Ediciones Paidós.
- Cardinali, D.P. (2019). Are melatonin doses employed clinically adequate for melatonin-induced cytoprotection? *Melatonin Research*, 2(2), 106–132. <https://doi.org/10.32794/mr11250025>.
- Cardinali, D. P., Brown, G. M., & Pandi-Perumal, S. R. (2020). Can Melatonin Be a Potential “Silver Bullet” in Treating COVID-19 Patients?. *Diseases (Basel, Switzerland)*, 8(4), 44. <https://doi.org/10.3390/diseases8040044>
- Castillo, R. R., Quizon, G. R. A., Juco, M. J. M., E, A. D., Leon, D. G. de, Punzalan, F. E. R., & Guingon, R. B. L. (2020). Melatonin as adjuvant treatment for coronavirus disease 2019 pneumonia patients requiring hospitalization (MAC-19 PRO): a case series. *Melatonin Research*, 3(Mv), 297–310. <https://doi.org/10.32794/mr11250063>
- Cho, J. H., Bhutani, S., Kim, C. H., & Irwin, M. R. (2021). Anti-inflammatory effects of melatonin: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Brain, behavior, and immunity*, 93, 245–253. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.01.034>
- Cipolla-Neto, J., Amaral, F. G., Afeche, S. C., Tan, D. X., & Reiter, R. J. (2014). Melatonin, energy metabolism, and obesity: a review. *Journal of pineal research*, 56(4), 371–381. <https://doi.org/10.1111/jpi.12137>
- Cornelissen, G., & Otsuka, K. (2017). Chronobiology of Aging: A Mini-Review. *Gerontology*, 63(2), 118–128. <https://doi.org/10.1159/000450945>
- Crespo, I., Miguel, B. S., Laliena, A., Álvarez, M., Culebras, J. M., González-Gallego, J., & Tuñón, M. J. (2010). Melatonin prevents the decreased activity of antioxidant enzymes and activates nuclear erythroid 2-related factor 2 signaling in an animal model of fulminant hepatic failure of viral origin. *Journal of Pineal Research*, 49(2), 193–200. <https://doi.org/10.1111/j.1600-079X.2010.00787.x>.

- Diao, B., Wang, C., Tan, Y., Chen, X., Liu, Y., Ning, L., Chen, L., Li, M., Liu, Y., Wang, G., Yuan, Z., Feng, Z., Zhang, Y., Wu, Y., & Chen, Y. (2020). Reduction and Functional Exhaustion of T Cells in Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Frontiers in immunology*, *11*, 827. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.00827>
- Farnoosh, G., Akbariqomi, M., Badri, T., Bagheri, M., Izadi, M., Saeedi-Boroujeni, A., Rezaie, E., Ghaleh, H., Aghamollaei, H., Fasihi-Ramandi, M., Hassanpour, K., & Alishiri, G. (2021). Efficacy of a Low Dose of Melatonin as an Adjunctive Therapy in Hospitalized Patients with COVID-19: A Randomized, Double-blind Clinical Trial. *Archives of medical research*, S0188-4409(21)00141-7. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2021.06.006>
- Feitosa, E. L., Júnior, F. T. D. S. S., Neto, J. A. D. O. N., Matos, L. F. L., Moura, M. H. D. S., Rosales, T. O., & de Freitas, G. B. L. (2020). Covid-19: Rational discovery of the therapeutic potential of melatonin as a sars-cov-2 main protease inhibitor. *International Journal of Medical Sciences*, *17*(14), 2133–2146. <https://doi.org/10.7150/ijms.48053>
- Galley, H. F., Lowes, D. A., Allen, L., Cameron, G., Aucott, L. S., & Webster, N. R. (2014). Melatonin as a potential therapy for sepsis: A phase I dose escalation study and an ex vivo whole blood model under conditions of sepsis. *Journal of Pineal Research*, *56*(4), 427–438. <https://doi.org/10.1111/jpi.12134>
- Gitto, E., Aversa, S., Reiter, R. J., Barberi, I., & Pellegrino, S. (2011). Update on the use of melatonin in pediatrics. *Journal of Pineal Research*, *50*(1), 21–28. <https://doi.org/10.1111/j.1600-079X.2010.00814.x>
- Grunewald, M. E., Shaban, M. G., Mackin, S. R., Fehr, A. R., & Perlman, S. (2020). Murine Coronavirus Infection Activates the Aryl Hydrocarbon TCDD-Inducible-PARP Expression. *Journal of Virology*, *94*(3), 1–17. <https://doi.org/https://doi.org/10.1128/JVI.01743-19>
- Gubin, D. G., Gubin, G. D., Gapon, L. I., & Weinert, D. (2016). Send Orders for Reprints to reprints@benthamscience.ae Daily Melatonin Administration Attenuates Age-Dependent Disturbances of Cardiovascular Rhythms. *Current Aging Science*, *9*(1), 5–13. <https://doi.org/10.2174/1874609809666151130220011>
- Habtemariam, S., Daglia, M., Sureda A. Melatonin and respiratory diseases: a review. *Curr Top Med Chem*. 2017;17:467–488.
- Hardeland, R. (2013). Melatonin and the theories of aging: A critical appraisal of melatonin's role in antiaging mechanisms. *Journal of Pineal Research*, *55*(4), 325–356. <https://doi.org/10.1111/jpi.12090>
- Hernández, C., Abreu, J., Abreu, P., Castro, A., Jiménez, A. (2007). Nocturnal melatonin plasma levels in patients with OSAS: the effect of CPAP. *The European Respiratory Journal*, *30*(3), 496–500. <https://doi.org/10.1183/09031936.00051906>
- Huang, H., Liu, X., Chen, D., Lu, Y., Li, J., Du, F., Zhang, C., & Lu, L. (2020). Corrigendum to “Melatonin prevents endothelial dysfunction in SLE by activating the nuclear receptor retinoic acid-related orphan receptor- α ” [Int. Immunopharmacol. 83 (2020) 106365] International Immunopharmacology (2020) 83, (S1567576919321447), (10.101. *International Immunopharmacology*, *86*(July), 106817. <https://doi.org/10.1016/j.intimp.2020.106817>
- Huang S-H, Liao C-L, Chen S-J. (2019). Melatonin possesses an anti-influenza potential through its immune modulatory effect. *J Funct Foods*, *2*(58), 189–198. <https://doi.org/10.1016/j.jff.2019.04.062>
- Huttunen, R., & Syrjänen, J. (2013). Obesity and the risk and outcome of infection. *International Journal of Obesity*, *37*(3), 333–340. <https://doi.org/10.1038/ijo.2012.62>
- Imenshahidi, M., Karimi, G., & Hosseinzadeh, H. (2020). Effects of melatonin on cardiovascular risk factors and metabolic syndrome: a comprehensive review. *Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology*, *393*(4), 521–536. <https://doi.org/10.1007/s00210-020-01822-4>
- Madjid, M., Safavi-Naeini, P., Solomon, S. D., & Vardeny, O. (2020). Potential Effects of Coronaviruses on the Cardiovascular System: A Review. *JAMA Cardiology*, *5*(7), 831–840. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2020.1286>
- Magnavita, N., Chirico, F., Garbarino, S., Bragazzi, N. L., Santacroce, E., & Zaffina, S. (2021). SARS/MERS/SARS-CoV-2 Outbreaks and Burnout Syndrome among Healthcare Workers. An Umbrella Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, *18*(8), 4361. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084361>
- Matura, J. M., Shea, L. A., & Bankes, V. A. (2021). Dietary supplements, cytochrome metabolism, and pharmacogenetic considerations. *Irish journal of medical science*, 10.1007/s11845-021-02828-4. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02828-4>
- Ministerio de Salud Pública. Situación COVID-2019 (SE2). Personas Mayores. <https://www.argentina.gob.ar>. Último acceso: 6 de noviembre de 2021.
- Obayashi, K., Saeki, K., Tone, N., & Kurumatani, N. (2014). Relationship between melatonin secretion and nighttime blood pressure in elderly individuals with and without antihypertensive treatment: A cross-sectional study of the HEIJO-KYO cohort. *Hypertension Research*, *37*(10), 908–913. <https://doi.org/10.1038/hr.2014.99>
- Paemane, A., Hitakarun, A., Roytrakul, S., & Smith, D. R. (2018). Screening of melatonin, α -tocopherol, folic acid, acetyl-L-carnitine and resveratrol for anti-dengue 2 virus activity. *BMC Research Notes*, *11*(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3417-3>
- Pandi-Perumal, S. R., Srinivasan, V., Maestroni, G. J. M., Cardinali, D. P., Poeggeler, B., & Hardeland, R. (2006). Melatonin: Nature's most versatile biological signal? *FEBS Journal*, *273*(13), 2813–2838. <https://doi.org/10.1111/j.1742-4658.2006.05322.x>
- Pazo, D., Cardinali, D. P., García-Bonacho, M., Toso, C. R., & Esquifino, A. I. (2000). Effect of Melatonin Treatment on 24-hour Variations in Hypothalamic Serotonin and Dopamine Turnover during the Preclinical Phase of Freund's Adjuvant Arthritis in Rats. *Biological Rhythm Research*, *31*(2). [https://doi.org/10.1076/0929-1016\(200004\)31:2;1-U:FT202](https://doi.org/10.1076/0929-1016(200004)31:2;1-U:FT202)
- Prado, N. J., Ferder, L., Manucha, W., & Diez, E. R. (2018). Anti-Inflammatory Effects of Melatonin in Obesity and Hypertension. *Current Hypertension Reports*, *20*(45), 1–12. <https://doi.org/10.1007/s11906-018-0842-6>
- Rajaratnam, S. M. W., Cohen, D. A., & Rogers, N. L. (2009). Melatonin and Melatonin Analogues. *Sleep Medicine Clinics*, *4*(2), 179–193. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2009.02.007>
- Ramos, E., Farré-Alins, V., Egea, J., López-Muñoz, F., Reiter, R. J., & Romero, A. (2020). Melatonin's efficacy in stroke patients; a matter of dose? A systematic review. *Toxicology and Applied Pharmacology*, *392*(February), 114933. <https://doi.org/10.1016/j.taap.2020.114933>
- Reiter, R. J., Cardinali, D., Neel, R., Dominguez Rodriguez, A., Brown, G. M., Tesarik, J. (2021). Rationale for the continued use of melatonin to combat the delta variant of SARS-CoV-2. *Melatonin Res.*, *4* (3) 495-500; [doi: 10.32794/mr112500107](https://doi.org/10.32794/mr112500107)
- Reiter, R. J., Ma, Q., & Sharma, R. (2020). Treatment of ebola and other infectious diseases: melatonin “goes viral.” *Melatonin Research*, *3*(1), 43–57. <https://doi.org/10.32794/mr11250047>
- Reutrakul, S., Sumritsopak, R., Saetung, S., Chanprasertyothin, S., Chailurkit, L. O., & Anothaisintawee, T. (2017). Lower nocturnal urinary 6-sulfatoxymelatonin is associated with more severe insulin resistance in patients with prediabetes. *Neurobiology of sleep and circadian rhythms*, *4*, 10–16. <https://doi.org/10.1016/j.nbscr.2017.06.001>
- Rosenstein, R. E., & Cardinali, D. P. (1990). Central gabaergic mechanisms as targets for melatonin activity in brain. *Neurochemistry International*, *17*(3). [https://doi.org/10.1016/0197-0186\(90\)90019-P](https://doi.org/10.1016/0197-0186(90)90019-P)
- Sedova, K. A., Bernikova, O. G., Cuprova, J. I., Ivanova, A. D., Kutaeva, G. A., Pliss, M. G., Lopatina, E. V., Vaykshnorayte, M. A., Diez, E. R., & Azarov, J. E. (2019). Association between antiarrhythmic, electrophysiological, and antioxidative effects of melatonin in ischemia/reperfusion. *International Journal of Molecular Sciences*, *20*(24), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijms20246331>
- Shneider, A., Kudriavtsev, A., & Vakhrusheva, A. (2020). Can melatonin reduce the severity of COVID-19 pandemic? *International reviews of immunology*, *39*(4), 153–162. <https://doi.org/10.1080/08830185.2020.1756284>
- Tan, D.X. and Hardeland, R. (2020). Potential utility of melatonin in deadly

infectious diseases related to the overreaction of innate immune response and destructive inflammation: focus on COVID-19. *Melatonin Research*, 3, 1 (Mar. 2020), 120-143. DOI:<https://doi.org/https://doi.org/10.32794/mr11250052>.

Tesarik, J. (2020). Melatonin to reduce death toll due to COVID-19: From innate to adaptive immune response. *Glob J Med Res K Interdisciplinary* 20 (8).

Valero, N., Mosquera, J., Alcocer, S., Bonilla, E., Salazar, J., & Álvarez-Mon, M. (2015). Melatonin, minocycline and ascorbic acid reduce oxidative stress and viral titers and increase survival rate in experimental Venezuelan equine encephalitis. *Brain Research*, 1622, 368–376. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2015.06.034>

Wu, J., Li, W., Shi, X., Chen, Z., Jiang, B., Liu, J., Wang, D., Liu, C., Meng, Y., Cui, L., Yu, J., Cao, H., & Li, L. (2020). Early antiviral treatment contributes to alleviate the severity and improve the prognosis of patients with novel coronavirus disease (COVID-19). *Journal of Internal Medicine*, 288(1), 128–138. <https://doi.org/10.1111/joim.13063>

Zhang, R., Wang, X., Ni, L., Di, X., Ma, B., Niu, S., Liu, C., & Reiter, R. J. (2020). COVID-19: Melatonin as a potential adjuvant treatment. *Life Sciences*, 250(February), 117583. <https://doi.org/10.1016/j.lfs.2020.117583>

Zhou, Y., Hou, Y., Shen, J., Huang, Y., Martin, W., & Cheng, F. (2020). Network-based drug repurposing for human coronavirus. *Cell Discovery*, 6(14). <https://doi.org/10.1101/2020.02.03.20020263>

Zhou, Y., Hou, Y., Shen, J., Mehra, R., Kallianpur, A., Culver, D. A., Gack, M. U., Farha, S., Zein, J., Comhair, S., Fiocchi, C., Stappenbeck, T., Chan, T., Eng, C., Jung, J. U., Jehi, L., Erzurum, S., & Cheng, F. (2020). A network medicine approach to investigation and population-based validation of disease manifestations and drug repurposing for COVID-19. *PLoS Biology*, 18(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.3000970>.

Frecuencia de ansiedad, estrés postraumático y “burnout” en personal de salud en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, en el contexto de la pandemia por COVID-19

Frequency of anxiety, post-traumatic stress disorder and burnout in health personnel in hospitals in Buenos Aires, Argentina, in the context of the COVID-19 pandemic

Sandra Viviana Novas¹, Maia Nahmod², Mariano Nespral², Cecilia Bori², Luz María Zappa³, Hernán Korin⁴, Federico Pena⁵

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i155.133>

Resumen

Introducción: el objetivo de esta investigación es determinar la frecuencia de ansiedad, burnout y estrés postraumático, según grado de exposición, en el personal de salud durante la pandemia por COVID-19 en tres efectores de salud de diferente complejidad del sector público de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. **Métodos:** Estudio multicéntrico, prospectivo, analítico. Muestra tomada en tres fases mediante respuesta voluntaria y anónima a un formulario online con tres inventarios: Gad 7, Inventario de Maslach y Escala de Trauma de Davidson, y un cuestionario de autopercepción de riesgo. **Resultados:** En una muestra total de n=1391 se encontró una mayor prevalencia de cuadros de ansiedad (leve: M=41%; moderada a grave: M=27%) y dificultades del sueño (M=73%), mientras que los niveles de estrés postraumático (M=36%) y burnout se mantuvieron más bajos (M=19%). Mientras que las pruebas chi-cuadrado señalaron asociaciones entre los puestos de mayor exposición y las variables de sintomatología, los modelos de regresión logística indicaron que los profesionales en formación y quienes informaron mayores niveles de riesgo autopercebido fueron quienes habrían tenido mayor presencia de sintomatología psicológica. **Discusión:** La autopercepción de riesgo es un factor significativo al considerar la presencia de sintomatología, independientemente del grado real de exposición. **Conclusiones:** Las intervenciones para promover el bienestar mental en el personal de salud deben implementarse de inmediato y de forma sostenida en el tiempo, en especial en jóvenes, personas de género femenino y en trabajadores de primera línea.

Palabras clave: COVID-19 - Personal de salud - Agotamiento psicológico - Ansiedad - Trastornos por Estrés Postraumático.

Abstract

Introduction: The aim of this research is to establish and evaluate the frequency of anxiety, burnout and post-traumatic stress disorder in health personnel during the COVID-19 pandemic according to the degree of exposure in three public healthcare facilities with different levels of complexity in Buenos Aires, Argentina. **Methods:** Multicenter, prospective,

RECIBIDO 27/12/2021 - ACEPTADO 25/2/2022

¹Jefa de la Unidad de Salud Mental del Hospital de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Profesora Adjunta, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

²Psicólogo/a de planta, Unidad de Salud Mental, Hospital de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Investigador/a UBACyT, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

³Psiquiatra de planta, Unidad de Salud Mental, Hospital de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

⁴Médico psiquiatra infante juvenil, Centro de Salud y Acción Comunitaria N°19, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

⁵Instructor de residentes, Hospital “J. M. Ramos Mejía”. Psicólogo de guardia, Hospital General de Agudos “J. A. Fernández”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Autora de referencia:

Sandra Novas

doc.sandranovas@gmail.com

Lugar de realización: Hospital de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez”, Hospital General de Agudos “J. M. Ramos Mejía”, Centro de Salud y Acción Comunitaria N°19, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

analytical study. The sample was taken through a three-step voluntary and anonymous online form with three inventories: Gad 7, Maslach Inventory and Davidson Trauma Scale and a self-perceived risk questionnaire. Results: In a total sample of n=1391, a higher prevalence of anxiety symptoms (mild: M=41%; moderate to severe: M=27%) and sleep difficulties (M=73%) was found, while levels of post-traumatic stress (M=36%) and burnout remained lower (M=19%). While the chi-square tests indicated associations between job positions with higher exposure and the presence of symptoms, the logistic regression models indicated that the professionals in training and those who reported higher levels of self-perceived risk showed a greater presence of psychological symptoms. Discussion: The self-perception of risk is an important factor when considering the presence of symptoms, regardless of the actual degree of exposure. Conclusions: Measures to promote mental well-being in healthcare workers must be implemented immediately and sustained over time, especially in young people, females and frontline workers.

Keywords: COVID-19 - Health Personnel - Burnout - Anxiety - Post-Traumatic Stress Disorder.

Introducción

La pandemia por COVID-19 implicó la reorganización de los efectores de salud, aumentando la carga de trabajo y generando nuevos estresores para su personal. Estudios internacionales demuestran que dicha población es especialmente vulnerable al sufrimiento psicológico (Kang, 2020; Carmassi et al., 2022), lo que aumenta la posibilidad de desarrollar trastornos mentales. Diversas revisiones sistemáticas constatan una prevalencia de 23.2% de ansiedad, 38.9 % de insomnio (Pappa, 2020), entre 3,1%-43.0% de *burnout* (Sanghera, 2020) y 21.5% de trastorno de estrés postraumático (Wang, 2021). Los grupos con mayor afectación son el personal de enfermería, las personas de género femenino (Lasalvia A, 2021; Danet Danet, 2021), los trabajadores más jóvenes (Sanghera, 2020) y aquellos que se desempeñan en la primera línea asistencial (Greenberg, 2021, Hao, 2021). A su vez, la autopercepción sobre el grado de riesgo al cual se está expuesto resultó predictiva de mayores niveles de ansiedad y trastorno de estrés postraumático (Cui, 2021; Danet Danet, 2021). A nivel local la literatura reporta datos similares (Giardino et al., 2020; Nahmod et al., 2020; Appiani et al., 2021; Tenconi et al., 2021).

El objetivo de esta investigación es determinar la frecuencia de ansiedad, estrés postraumático y *burnout* en el personal de salud en tres centros asistenciales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y compararlas entre los grupos que presentan mayor y menor exposición a pacientes sospechosos o confirmados COVID-19 en tres fases temporales. Los tres efectores del sistema de salud difieren respecto de la población a la que asisten, cantidad de pacientes, grados de complejidad en la atención, cantidad y especialización del personal, entre otros. A su vez, el estudio recoge los datos en tres fases diferenciadas que se co-

rresponden con momentos distintos de la pandemia, lo cual permite evaluar el comportamiento longitudinal de las variables estudiadas.

Métodos

Estudio multicéntrico, prospectivo, analítico en tres efectores del sector público de la Ciudad de Buenos Aires de diferente complejidad: Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez (HNRG), Hospital General de Agudos Ramos Mejía (HGARM) y Centro de Salud y Acción Comunitaria N°19 (CeSAC 19).

La muestra incluyó a todo el personal de salud en relación de dependencia o contratación directa con el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires del HNRG, HGARM y CeSAC 19 que se desempeñó de manera presencial durante la pandemia. Se excluyó al personal licenciado y al personal no contratado de manera directa por el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (personal de cocina, limpieza, mantenimiento y seguridad).

La muestra fue auto seleccionada mediante la respuesta voluntaria y anónima a un formulario online. La primera toma (T1) se realizó durante septiembre de 2020. La segunda toma (T2) tuvo lugar desde mitad de diciembre de 2021 hasta finales de enero de 2021. El plan de vacunación para personal de salud se inició en enero de 2021. La última toma (T3) fue en mayo de 2021.

Variables e instrumentos

Se diseñó un formulario de recolección de datos que relevó variables: sociodemográficas, Gad 7 de Ansiedad, Escala de Maslach para *burnout*, Escala de Trauma de Davidson para la evaluación del Trastorno por Estrés Postraumático (administrada sólo en T3),

Cuestionario de autopercepción de riesgo (T1 y T3) y cuestionario de dificultades del sueño (diseñado ad hoc para el estudio). La variable grado de exposición fue definida por la delimitación de áreas destinadas a la asistencia de pacientes confirmados / sospechosos de COVID-19 según las normas epidemiológicas. Las áreas de mayor grado de exposición fueron: Centro de detección de pacientes COVID-19 / Unidad Febril de Urgencia (UFU) / Área de Triage / Área de atención de Urgencias / Salas de Internación de pacientes confirmados y/o sospechosos de infección por COVID-19 / Unidad de Terapia Intensiva (UTI) / otras áreas específicas destinadas a la atención de pacientes confirmados / sospechosos de COVID-19 designadas por la institución. El resto de las áreas de desempeño fueron catalogadas como áreas de menor grado de exposición. El área asistencial fue dividida en área COVID-19 / No COVID-19. Ver *Tabla 1* para nivel de medición de las variables.

Tabla 1. Variables analizadas junto con sus niveles de medición y escalas correspondientes

Variable	Escala	Niveles de medición
Ansiedad	GAD 7	Ausencia; Leve; Moderada a grave
Burnout	Maslach	Sí; No
Dif. del sueño		Sí; No
TEPT	Davidson	Sí; No
Género		Femenino; Masculino; Otro
Edad		< 36; 36-50; >50
Efactor de salud		HNRG; HGARM; CeSAC 19
Antigüedad		< 11; 11-20; >20
Cargo		Profesional de planta; Profesional en formación
Grado de exposición		Menor; Mayor
Área asistencial		Área no COVID; Área COVID

El estudio fue aprobado por los Comité de Ética de los centros participantes. Los participantes firmaron un consentimiento informado. La recolección de datos se realizó en forma anónima. Durante el análisis se disociaron de los datos.

Se calculó el tamaño muestral con Epi Info. Se definió una frecuencia de ansiedad, *burnout* y estrés postraumático esperada del 20% (en base a la literatura y resultados preliminares de un estudio previamente realizado en la institución coordinadora (Nahmod,

2021)). Con un intervalo de confianza del 95% y un poder del 80% sobre una población de 4000 trabajadores de la salud entre los tres efectores (estimación de la población de referencia) se consideró necesario un N=460 por fase.

Análisis estadístico

Los análisis descriptivos e inferenciales se realizaron utilizando el programa R (R Core Team, 2020). Para determinar si las diferencias en las variables nominales eran estadísticamente significativas y los cambios de la incidencia de las variables de sintomatología en los tres tiempos se ejecutaron pruebas chi-cuadrado (χ^2).

La única variable ordinal -el riesgo autopercebido- presentó un comportamiento no normal en su distribución, por lo que se utilizaron pruebas no paramétricas (pruebas W de Wilcoxon y Kruskal-Wallis).

Una vez realizadas las pruebas de estadística inferencial, se efectuaron modelos exploratorios para evaluar el impacto de las variables predictoras en las variables resultado mediante modelos de regresión logística y calculando la razón de momios (OR) e intervalos de confianza al 95% para analizar los tamaños del efecto. En el caso de la variable ansiedad (variable resultado categorial de tres niveles) se realizó una regresión multi-logística.

Resultados

Datos demográficos

La distribución de las características demográficas y ocupacionales de las muestras en las tres fases se muestran en la *Tabla 2*.

Indicadores de sintomatología y variables asociadas

En la *Tabla 3* se presentan los resultados para el nivel de incidencia de los indicadores de sintomatología en las tres fases del estudio. El análisis estadístico de la incidencia de sintomatología en los tres tiempos fue significativo para la variable dificultades del sueño ($\chi^2=7.18$, $df=2$, $p < .05$), pero tanto los niveles de ansiedad ($\chi^2=1.35$, $df=2$, $p > 0.05$) como de *burnout* ($\chi^2=4.46$, $df=2$, $p > 0.05$) no tuvieron cambios estadísticamente significativos en las diferentes tomas. Como se observa en la *Tabla 3* el cambio en las dificultades del sueño se debe a un descenso de su incidencia luego de la primera toma de datos.

Sin embargo, pueden observarse cambios en la incidencia de sintomatología en los diferentes grupos analizados en las distintas fases de relevamiento (*Tablas 4, 5, 6 y 7*). En el caso de la ansiedad, los indica-

dores más consistente de mayores niveles de sintomatología fueron el grado de exposición (T1, $\chi^2=8.32$, $p < .05$; T2, $\chi^2=7.80$, $p < .05$; T3, $\chi^2=7.83$, $p < .05$), el trabajo en el área asistencial dedicada a pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 (T1, $\chi^2=11.73$, $p < .005$; T2, $\chi^2=24.22$, $p < .001$; T3, $\chi^2=11.63$, $p < .005$) y el riesgo autopercebido (T1, Kruskal-Wallis $\chi^2=63.94$, $p < 0.001$; T3, Kruskal-Wallis $\chi^2=76.95$, $p < 0.001$). Por otro lado, la edad y cargo se encontraron asociadas con los niveles de ansiedad en T1 y T3 (edad T1, $\chi^2=13.65$, $p < 0.01$; edad T3, $\chi^2=12.40$, $p < 0.05$; cargo T1, $\chi^2=9.29$, $p < 0.01$; cargo T3, $\chi^2=15.45$, $p < 0.001$). Por último, las personas de género femenino y del HGARM estuvieron asociadas a mayores niveles de ansiedad en T3 (género, $\chi^2=16.17$, $p < 0.001$; efector de salud, $\chi^2=10.881$, $p < 0.05$).

Tabla 2. Características demográficas y ocupacionales en las tres fases de relevamiento

	T1 N (%)	T2 N (%)	T3 N (%)
Efactor de salud			
HNRG	279 (60)	252 (55)	257 (55)
HGARM	165 (35)	177 (38)	175 (38)
CeSAC 19	24 (5)	31 (7)	31 (7)
Género			
Femenino	376 (80)	380 (83)	367 (79)
Masculino	92 (20)	80 (17)	96 (21)
No binario	0 (0)	1 (0)	0 (0)
Edad (años)			
< 36	162 (35)	222 (48)	158 (34)
36-50	165 (35)	116 (25)	144 (31)
> 50	141 (30)	122 (27)	161 (35)
Antigüedad (años)			
< 11	258 (55)	301 (65)	245 (53)
11-20	100 (21)	82 (18)	87 (19)
> 20	110 (24)	77 (17)	131 (28)
Ocupación			
Médicos y otras disciplinas	368 (79)	354 (77)	344 (74)
Técnicos	43 (9)	37 (8)	62 (14)
Enfermeros	33 (7)	34 (7)	38 (8)
Administrativos	24 (5)	35 (8)	19 (4)

Tabla 3. Indicadores de sintomatología de salud mental en las tres fases de relevamiento

	T1 N (%)	T2 N (%)	T3 N (%)
Ansiedad			
Ausencia	144 (31)	155 (34)	144 (31)
Leve	197 (42)	184 (40)	188 (41)
Moderada a grave	127 (27)	121 (26)	131 (28)
Burnout			
No	392 (84)	361 (78)	370 (80)
Sí	76 (16)	99 (22)	93 (20)
Dificultad del sueño			
No	107 (23)	141 (31)	124 (27)
Sí	361 (77)	319 (69)	339 (73)
TEPT			
No	294 (64)		
Sí	169 (36)		

En el caso del *burnout*, la pertenencia al área COVID-19 (T1, $\chi^2=11.13$, $p < 0.001$; T2, $\chi^2=9.60$, $p < 0.05$; T3, $\chi^2=4.77$, $p < 0.05$) y el riesgo autopercebido (T1, $W=11708$, *Cliff's D*=0.21, $p < 0.005$; T3, $W=11964$, *Cliff's D*=0.30, $p < 0.001$) mostraron una relación significativa con la presencia de sintomatología en todas las fases en las que fueron evaluadas y el nivel de exposición (T1, $\chi^2=8.77$, $p < 0.005$; T3, $\chi^2=4.17$, $p < 0.05$) en dos de ellas. Esta variable resultado, además, se encontró asociada con las variables ligadas a la edad de los participantes (su cargo, edad y antigüedad), donde los más jóvenes presentaron más frecuentemente sintomatología (ver Tablas 4, 5 y 6), y con el efector de salud en el cual se trabajaba (T2, $\chi^2=9.60$, $p < 0.005$; T3, $\chi^2=8.68$, $p < 0.05$), donde el HGARM y el CeSAC 19 tuvieron mayores valores de incidencia de *burnout*.

La última variable sintomatológica evaluada en las tres fases, las dificultades del sueño, se encontró asociada con el trabajo en el área COVID-19 (T1, $\chi^2=6.84$, $p < 0.01$; T2, $\chi^2=6.39$, $df=1$, $p < 0.05$) y el género (T1, $\chi^2=7.62$, $p < 0.01$; T3, $\chi^2=7.10$, $p < 0.01$) en dos de los tres relevamientos, de forma tal que quienes pertenecían al sector COVID-19 o de género femenino tuvieron mayores niveles de dificultades del sueño. Además, la autopercepción de riesgo tuvo una asociación con las dificultades del sueño en ambas fases en las que fue evaluada (T1, $W=14066$, *Cliff's D*=0.27, $p < 0.001$; T3, $W=14136$, *Cliff's D*=0.33, $p < 0.001$). Por último, la edad y cargo de los participantes sólo se vio asociada a esta variable en T1 (edad, $\chi^2=8.30$, $p < 0.05$; cargo, $\chi^2=4.91$, $p < 0.05$).

Tabla 4. TI: cantidad de casos y porcentajes de sintomatología para variables demográficas y ocupacionales

Categoría de severidad	Total, No. (%)	Efecto de salud No. (%)			p	Género No. (%)		p	Edad (años) No. (%)			p
		HNRG	HGARM	CeSAC 19		F	M		< 36	36-50	> 50	
Ansiedad												
Ausencia	144(31)	93(33)	41(25)	10(42)	>.05	113(30)	31(34)	>.05	34(21)	53(32)	57(40)	<.01
Leve	197(42)	120(43)	70(42)	7(29)		160(43)	37(40)		77(48)	68(41)	52(37)	
Moderada a grave	127(27)	66(24)	54(33)	7(29)		103(27)	24(26)		51(31)	44(27)	32(23)	
Burnout												
No	392(84)	251(90)	120(73)	21(88)	+	317(84)	75(82)	>.05	115(71)	145(88)	132(94)	<.001
Sí	76(16)	28(10)	45(27)	3(12)		59(16)	17(18)		47(29)	20(12)	9(6)	
Dificultades del sueño												
No	107(23)	68(24)	33(20)	6(25)	>.05	76 (20)	31 (34)	<.01	29 (18)	34 (21)	44 (31)	<.05
Sí	361(77)	211(76)	132(80)	18(75)		300(80)	61(66)		133(82)	131(79)	97(69)	
Conocimiento del ASM												
No	190(41)	121(43)	61(37)	8(33)	>.05	38 (41)	152(40)	>.05	57(35)	75(45)	58(41)	>.05
Sí	278(59)	158(57)	104(63)	16(67)		54(59)	224(60)		105(65)	90(55)	83(59)	
Categoría de severidad												
Categoría de severidad		Cargo No. (%)		p	Grado de exposición No. (%)		p	Área asistencial No. (%)		p		
		Profesional de planta	Profesional en formación		Menor	Mayor		Área no COVID	Área COVID			
Ansiedad												
Ausencia		114 (35)	30 (21)	<.01	80 (33)	64 (28)	<.05	107 (35)	18 (18)	<.01		
Leve		133 (41)	64 (45)		108 (45)	89 (39)		124 (41)	47 (47)			
Moderada a grave		80 (24)	47 (33)		51 (28)	76 (33)		71 (24)	35 (35)			
Burnout												
No		291 (89)	101 (72)	<.001	212 (89)	180 (79)	<.01	259 (86)	71 (71)	<.01		
Sí		36 (11)	40 (28)		27 (11)	49 (21)		43 (14)	29 (29)			
Dificultades del sueño												
No		84 (26)	23 (16)	<.05	54 (23)	53 (23)	>.05	81 (27)	14(14)	<.05		
Sí		243 (74)	118 (84)		185 (77)	176 (77)		221 (73)	86(86)			

Nota: Se resaltan en negrita aquellos valores con diferencias significativas en la prueba chi-cuadrado. Se indican con el símbolo “+” aquellas variables que no pudieron ser analizadas con el estadístico chi-cuadrado por no cumplir con los supuestos de frecuencia necesaria para cada grupo ($n > 5$). Debido a la extensa cantidad de variables se omite la visualización de las variables antigüedad y ocupación, los resultados de las mismas pueden enviarse escribiendo al mail de contacto.

Tabla 5. T2: cantidad de casos y porcentajes de sintomatología para variables demográficas y ocupacionales

Categoría de severidad	Total, No. (%)	Efactor de salud No. (%)			p	Género No. (%)		p	Edad (años) No. (%)			p
		HNRG	HGARM	CeSAC 19		F	M		< 36	36-50	> 50	
Ansiedad												
Ausencia	155(34)	84(33)	62(35)	9(29)	>.05	129(34)	26(32)	>.05	72(32)	38(33)	45(37)	> .05
Leve	184(40)	104(41)	65(37)	15(48)		151(40)	33(41)		91(41)	42(36)	51 (42)	
Moderada a grave	121(26)	64(25)	50(28)	7(23)		100(26)	21(26)		59(27)	36 (31)	26(21)	
Burnout												
No	361(78)	215(85)	123(69)	23(74)	<.001	306(81)	55(69)	<.05	168(76)	86(74)	107(88)	< .05
Sí	99(22)	37(15)	54 (31)	8(26)		74(19)	25(31)		54 (24)	30 (26)	15 (12)	
Dificultades del sueño												
No	141(31)	85(34)	48(27)	8(26)	>.05	116(31)	25(31)	>.05	71(32)	29(25)	41(34)	> .05
Sí	319(69)	167(66)	129(73)	23(74)		264(69)	55(69)		151(68)	87(75)	81(66)	

Categoría de severidad	Profesional de planta	Profesional en formación	p	Grado de exposición No. (%)		p	Área asistencial No. (%)		p
				Menor	Mayor		Área no COVID	Área COVID	
Ansiedad									
Ausencia	101(35)	54(32)	> .05	50(34)	105(33)	<.05	104(40)	31(25)	<.001
Leve	120(42)	64(37)		69(47)	115(37)		114(44)	45(36)	
Moderada a grave	68(24)	53(31)		27(18)	94(30)		44(17)	49(39)	
Burnout									
No	230(80)	131(77)	< .05	122(84)	239(76)	>.05	215(82)	85(68)	<.01
Sí	59(20)	40(23)							
Dificultades del sueño									
No	92(32)	49(29)	> .05	44(30)	97(31)	>.05	92(35)	28(22)	<.05
Sí	197(68)	122(71)		102(70)	217(69)		170(65)	97(78)	

Nota: Se resaltan en **negrita** aquellos valores con diferencias significativas en la prueba chi-cuadrado. Se indican con el símbolo “+” aquellas variables que no pudieron ser analizadas con el estadístico chi-cuadrado por no cumplir con los supuestos de frecuencia necesaria para cada grupo (n > 5). Debido a la extensa cantidad de variables se omite la visualización de las variables antigüedad y ocupación, los resultados de las mismas pueden enviarse escribiendo al mail de contacto.

Tabla 6. T3: cantidad de casos y porcentajes de sintomatología para variables demográficas y ocupacionales

Categoría de severidad	Total, No. (%)	Efactor de salud No. (%)			p	Género No. (%)		p	Edad (años) No. (%)			p
		HNRG	HGARM	CeSAC 19		F	M		< 36	36-50	> 50	
Ansiedad												
Ausencia	144(31)	93(36)	41(23)	10(32)	< .05	9(29)	46(48)	< .001	40(25)	42(29)	62(39)	< .05
Leve	188(41)	104(40)	72(41)	12(39)		157(43)	31(32)		61(39)	60(42)	67(42)	
Moderada a grave	131(28)	60(23)	62(35)	9(29)		112(31)	19(20)		57(36)	42(29)	32(20)	
Burnout												
No	370(80)	218(85)	129(74)	23(74)	< .05	77(80)	293(80)	> .05	105(66)	124(86)	141(88)	< .001
Sí	93(20)	39(15)	46(26)	8(26)		19(20)	74(20)		53(34)	20(14)	20(12)	
Dificultades del sueño												
No	124(27)	73(28)	42(24)	9(29)	> .05	88(24)	36(38)	< .01	42(27)	34(24)	48(30)	> .05
Sí	339(73)	184(72)	133(76)	22(71)		179(76)	60(62)		116(73)	110(76)	113(70)	
TEPT												
No	294(63)	171(67)	106(61)	17(55)	> .05	71(74)	223(61)	< .05	99(63)	96(67)	99(61)	> .05
Sí	169(37)	86(33)	69(39)	14(45)		25(26)	144(39)		59(37)	48(33)	62(39)	

Categoría de severidad	p	Cargo No. (%)		p	Grado de exposición No. (%)		p	Área asistencial No. (%)		p
		Profesional de planta	Profesional en formación		Menor	Mayor		Área no COVID	Área COVID	
Ansiedad										
Ausencia	< .05	118(34)	26(22)	< .001	83(37)	61(25)	< .05	96(36)	31(22)	< .005
Leve		147(42)	41(35)		85(38)	103(43)		115(43)	59(43)	
Moderada a grave		82(24)	49(42)		55(25)	76(32)		57(21)	48(35)	
Burnout										
No	< .001	294(85)	76(66)	< .001	187(84)	183(76)	< .05	221(82)	101(73)	< .05
Sí		53(15)	40(34)		36(16)	57(24)		47(18)	37(27)	
Dificultades del sueño										
No	> .05	98(28)	26(22)	> .05	64(29)	60(25)	> .05	82(31)	30(22)	> .05
Sí		249(72)	90(78)		159(71)	180(75)		186(69)	108(78)	
TEPT										
No	> .05	229(66)	65(56)	> .05	146(65)	148(62)	> .05	185(69)	80(58)	< .05
Sí		118(34)	51(44)		77(35)	92(38)		83(31)	58(42)	

Nota: Se resaltan en **negrita** aquellos valores con diferencias significativas en la prueba chi-cuadrado. Se indican con el símbolo “+” aquellas variables que no pudieron ser analizadas con el estadístico chi-cuadrado por no cumplir con los supuestos de frecuencia necesaria para cada grupo (n > 5). Debido a la extensa cantidad de variables se omite la visualización de las variables antigüedad y ocupación, los resultados de las mismas pueden enviarse escribiendo al mail de contacto.

Tabla 7. Mediana, rangos intercuartiles y resultados de pruebas no paramétricas de riesgo autopercebido para los niveles de sintomatología

	Puntaje total, mediana (RIQ)	Ansiedad Mediana (RIQ)			<i>p</i>	Burnout Mediana (RIQ)		<i>p</i>
		Ausencia	Leve	Moderada a grave		No	Sí	
Riesgo autoperc. (T1)	4.0(3.0-6.0)	3.0(2.0-5.0)	4.0(3.0-6.0)	5.0(4.0-6.0)	< .001	4.0(3.0-6.0)	5.0(4.0-6.0)	< .005
Riesgo autoperc. (T3)	4.0(3.0-6.0)	3.0(2.0-4.5)	5.0(3.0-6.0)	5.0(4.0-6.0)	< .001	4.0(3.0-5.0)	5.0(4.0-6.0)	< .001

	Puntaje total, mediana (RIQ)	Dificultades del sueño Mediana (RIQ)			<i>p</i>	TEPT Mediana (RIQ)		<i>p</i>
		No	Sí			No	Sí	
Riesgo autoperc. (T1)	4.0(3.0-6.0)	4.0(3.0-5.0)	5.0(3.0-6.0)		< .001			
Riesgo autoperc. (T3)	4.0(3.0-6.0)	3.5(3.0-5.0)	5.0(3.0-6.0)		< .001	4.0(3.0-5.0)	5.0(4.0-6.0)	< .001

Nota.: Se resaltan en negrita aquellos valores con diferencias significativas en la prueba chi-cuadrado.

Los análisis ligados al TEPT (únicamente evaluado en T3) indicaron una asociación de su incidencia con pertenecer al sector COVID-19 ($\chi^2=4.91$, $p < 0.05$), niveles más elevados de riesgo autopercebido ($W=15414$, $Cliff's D=0.38$, $p < 0.001$) y pertenecer al género femenino ($\chi^2=5.72$, $p < 0.05$).

A modo de resumen, la pertenencia al sector COVID-19 y el riesgo autopercebido fueron las variables con mayor asociación con la presencia de sintomatología psicológica. En segundo lugar, quienes son profesionales en formación también habrían tenido mayores niveles de ansiedad y *burnout*. Por último, el efector de salud mostró mayor relevancia en la incidencia del *burnout* y el género de los participantes se vio principalmente relacionado con la presencia de dificultades del sueño.

Regresión logística

Para analizar de manera exploratoria el impacto de cada una de las variables con efectos significativos se realizaron modelos de regresión logística para los resultados de T1, la cual se corresponde con el momento de mayores medidas de aislamiento y su toma fue previa al inicio de la vacunación del personal de salud (Tabla 8). Para evitar complicaciones relacionadas con la colinealidad de las variables predictoras se utilizó la variable cargo como variable relacionada

con la edad y se priorizó el uso de la variable grado de exposición por sobre área COVID-19 por tratarse de una determinación de grado de riesgo por el área de Epidemiología del HNRG. En el caso de la ansiedad, una vez evaluada en conjunto con las variables cargo y riesgo autopercebido, el impacto del grado de exposición no fue significativo u obtuvo un intervalo de confianza incluyendo valores cercanos a 1. Tanto para la ansiedad leve como la moderada a grave, el cargo como profesional en formación fue el mayor predictor de sintomatología. Por otro lado, en el caso del TEPT las variables género y área COVID no obtuvieron resultados significativos al ser analizadas en conjunto con el nivel de riesgo autopercebido.

Por último, en cuanto a los niveles de riesgo autopercebido según las variables demográficas y ocupacionales, la única categoría que tuvo relación con el mismo en las T1 y T3 fue: el efector de salud en el que trabajaban los participantes; quienes desempeñan sus funciones percibieron mayores riesgos que el personal de salud que se desempeña en los otros dos efectores (T1, Kruskal-Wallis $\chi^2(2)=8.07$, $p < 0.05$; T3, Kruskal-Wallis $\chi^2(2)=12.24$, $p < 0.005$). En contraste, ni el grado de exposición ni el desempeño en el área COVID-19 tuvieron una asociación significativa con la percepción de mayores riesgos.

Tabla 8. Regresiones logísticas y multilogísticas exploratorias para las variables de sintomatología

Contrastes	OR (95%CI)	p
ANSIEDAD: Ausencia vs. Leve		
Profesionales en formación	2.05(1.22-3.44)	< .005
Mayor grado de exposición	0.99(0.63-1.55)	> .05
Riesgo autopercebido	1.43(1.24-1.65)	< .001
ANSIEDAD: Ausencia vs. Moderada a grave		
Profesionales en formación	2.67(1.48-4.83)	< .005
Mayor grado de exposición	1.71(1.01-2.90)	< .05
Riesgo autopercebido	1.96(1.65-2.32)	< .001
BURNOUT: No vs. Sí		
HNRG vs. HGARM	3.00(1.75-5.22)	< .001
HNRG vs. CESAC	1.18(0.26-3.86)	> .05
Profesionales en formación	3.31(1.94-5.67)	< .001
Mayor grado de exposición	1.88(1.10-3.26)	< .05
Riesgo autopercebido	1.24(1.07-1.45)	< .01
DIFICULTADES DEL SUEÑO: No vs. Sí		
Género femenino	2.43(1.39-4.26)	< .005
Profesionales en formación	2.01(1.16-3.60)	< .05
Área COVID-19	1.94(1.04-3.84)	< .05
Riesgo autopercebido	1.32(1.15-1.52)	< .001
TEPT: No vs. Sí		
Género femenino	1.47(0.85-2.61)	> .05
Área COVID-19	1.56(0.99-2.46)	> .05
Riesgo autopercebido	1.60(1.39-1.85)	< .001

Discusión

Se obtuvo una prevalencia elevada de cuadros de ansiedad (ansiedad leve, M=41%; ansiedad moderada a grave, M=27%) y dificultades del sueño (M=73%), mientras que los niveles de TEPT (36%) y *burnout* se mantuvieron más bajos (M=19%). Estas cifras se encuentran dentro de lo descrito en la bibliografía internacional: 22.1% de ansiedad moderada, 38.9% de insomnio (Pappa, 2020) entre 3,1%-43.0% de *burnout* (Trumello, 2020; Sanguera, 2020) y 21,5% de TEPT (Wang, 2021). Si bien los resultados del presente estudio son más elevados que las prevalencias internacionales reportadas, al compararlos con los estudios disponibles a nivel local, resultan similares o incluso menores (Gierdino, 2020; Appiani, 2021). Más allá de algunas diferencias metodológicas entre los estudios locales, resulta claro que el personal de salud presenta prevalencias significativamente altas de los indicadores psicológicos.

A lo largo de las tres tomas los resultados indican un leve descenso en las dificultades del sueño; por otro lado, no se observaron cambios en los niveles de ansiedad y *burnout*. Simultáneamente al transcurrir de la investigación las medidas de distanciamiento social y cuarentena se fueron flexibilizando y el proceso de vacunación avanzó. Si bien esto podría pensarse como menor exposición del personal de salud a situaciones de estrés, no se evidenció una disminución en la frecuencia de ansiedad y de *burnout*. Esta observación podría ser explicada, entre otras causas, por la extensión de la pandemia, la demora en la disponibilidad de vacunas, la dificultad para la toma de las licencias habituales así como también por el aumento en la carga de trabajo en el equipo de salud debido a la demanda contenida durante el período de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio. A su vez, situaciones tales como la posibilidad de contagio en la atención de pacientes sospechosos o el uso continuo de elementos de protección personal son estresores que aún se mantienen. En un estudio longitudinal comparativo entre personal de salud y población general se encontraron resultados similares al observarse que los niveles de sintomatología psíquica fueron más elevados y permanecieron más estables a lo largo de la pandemia en el personal de salud que en la población general (Sasaki, 2021). El estudio de las razones más específicas por las cuales el personal de salud presenta este comportamiento resulta de gran interés para futuras investigaciones.

En las tres fases del presente estudio se observa que el mayor grado de exposición, el desempeño en área asistencial COVID-19 y la autopercepción de riesgo se asocian con la presencia de mayor frecuencia de ansiedad. El análisis de estas variables a través de una regresión logística señala un descenso de la influencia del grado de exposición y una mayor incidencia de las variables de cargo y riesgo autopercebido. Esto último podría deberse a que gran parte de los profesionales en formación se desempeñan en áreas de alta exposición al COVID-19 y por ende ambas variables podrían encontrarse relacionadas.

Con respecto a las dificultades del sueño se encontró que esta variable estaba asociada con el trabajo en el área COVID-19 y el género en dos de los tres relevamientos. Quienes pertenecían al sector COVID-19 o pertenecían al género femenino tuvieron mayores niveles de dificultades del sueño. Estos resultados coinciden con los hallados por Giardino et al. (2020) y por Valiensi, Folgueira y Garay (2021). Estos últimos estudiaron la calidad de sueño en población general; quienes refirieron trabajar en salud presentan mayor

ansiedad y mala calidad de sueño. Las mujeres y los menores de 55 años también se asociaron a ser *mal dormidor*. A su vez, la autopercepción de riesgo tuvo una asociación con las dificultades del sueño en ambas fases en las que fue evaluada.

En el caso del *burnout*, la pertenencia al área COVID-19 y el riesgo autopercebido mostraron una relación significativa con la presencia de sintomatología en todas las fases en las que fueron evaluadas y el nivel de exposición en dos de ellas. Esta variable, además, se encontró asociada con las ligadas a la edad de los participantes (cargo, edad y antigüedad), donde los más jóvenes presentaron más frecuentemente sintomatología y con el efector de salud en el cual se trabajaba donde el HGARM y el CeSAC 19 tuvieron mayores valores de prevalencia de *burnout*.

Los análisis ligados al TEPT indican que su prevalencia fue mayor de la esperada. Un estudio multicéntrico de varios países describe una prevalencia de TEPT en personal de salud durante la pandemia por COVID-19 de 7,4% (Chew, 2020). Otros estudios encuentran cifras por arriba del 10% (Walton, 2020). En cuanto a la relación con las variables evaluadas se observó una asociación de su incidencia con pertenecer al sector COVID-19, niveles más elevados de riesgo autopercebido y pertenecer al género femenino. Sin embargo, una vez analizadas en conjunto, la única variable que predeciría mayores niveles de TEPT sería el riesgo autopercebido. Más de diez estudios resaltan el rol del nivel de exposición durante la pandemia por COVID-19 como uno de los mayores factores de riesgo para desarrollar estrés postraumático (Chong, 2004; Wu, 2009; Kang, 2020; Park, 2020).

Se puede observar que la autopercepción de riesgo es un factor clave a considerar, independientemente del grado real de exposición. Este resultado indica la importancia de la susceptibilidad individual al estrés y la percepción del riesgo como un posible blanco de las intervenciones destinadas a dar apoyo al personal de salud durante su labor.

Por último, en el HGARM se observó una autopercepción de riesgo más elevada al igual que con la presencia de *burnout*. Esto podría estar relacionado con el hecho de que el personal de salud se desempeña en un efector cuya población objetivo (pacientes adultos) fue afectada en mayor grado por la pandemia. Sería de interés evaluar las distintas variables relacionadas con la percepción de riesgo en futuras investigaciones.

Como se ha descrito, dentro de la población del personal de salud encontramos grupos más vulnerables al estrés: profesionales en formación, personal de salud de género femenino, personal perteneciente al sector COVID-19 o con riesgo autopercebido elevado. Este estudio permite considerar la importancia de focalizar en dichos grupos intervenciones concretas de prevención de salud mental en el periodo post-pandemia para intentar mitigar y prevenir las consecuencias psíquicas a mediano y largo plazo.

Limitaciones

Con respecto al diseño de la investigación, si bien el hecho de que los datos fueran autoinformados, a través de un formulario online fue lo que permitió llevar adelante este estudio en el contexto de la pandemia, puede haber una distorsión de la autorrepresentación debido justamente a esta implementación.

Por otro lado, cabe destacar que existe diferencia en la composición por ocupación entre lo recabado en la muestra y la población de los tres efectores acorde a la distribución del recurso humano en función a las oficinas de personal de los centros intervinientes. Por lo tanto, si bien se realizaron descripciones socio-demográficas, los datos de ocupación no se pudieron utilizar para hacer inferencias como estaba previsto, ya que los porcentajes por ocupación de cada efector no fueron representativos de los porcentajes de la población del personal de salud de cada efector y la participación del personal de enfermería fue baja.

En adición, la realización de tres tomas y los análisis transversales permiten dar cuenta de la consistencia entre las asociaciones entre variables en tres tiempos diferentes; sin embargo, el nivel de análisis muestral en lugar de individual puede haber reducido la potencia del diseño para detectar cambios en la frecuencia de las manifestaciones psíquicas a través de las tomas.

Si bien el tamaño muestral de los tres tiempos fue acorde al diseño, debe tenerse en cuenta que podría haber tenido lugar un sesgo de autoselección con mayor participación de sujetos que consideraran relevante transmitir su estado de salud o bien que quienes dispusieron más tiempo para participar fueran las personas con menor incidencia de manifestaciones psíquicas.

Finalmente cabe destacar que no se contó con datos basales previos a la pandemia o información sobre la población general para ser comparados con los resultados expuestos.

Conclusiones

El estudio realizado evidencia frecuencias de manifestaciones psíquicas considerables en el personal de salud durante el periodo evaluado. Las intervenciones para promover el bienestar mental en los trabajadores de la salud expuestos o potencialmente expuestos al COVID-19 deben implementarse de inmediato y de forma sostenida en el tiempo, en especial en el personal de salud más joven, en las personas de género femenino y en trabajadores de primera línea.

Futuras investigaciones deben considerar el riesgo autopercibido como componente clave para desarrollar intervenciones más eficaces de Salud Mental en el personal de salud.

Se considera de vital importancia la implementación de intervenciones eficaces y oportunas de Salud Mental, a través de dispositivos de apoyo, tanto para la prevención frente a las tareas habituales del personal de salud como frente a situaciones de emergencia.

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

Agradecimientos: agradecemos a la Dra. Marina Rojo y a la Lic. Agustina Pesce del “Laboratorio de innovación en salud pública, FMED-UBA” por su colaboración en el análisis metodológico y estadístico.

Referencias bibliográficas

Appiani, F.J., Rodríguez Cairoli, F., Sarotto, (h) L., Yaryour, C., Basile, María E; Duarte, Juan M. (2021). Prevalencia de estrés, síndrome de desgaste profesional, ansiedad y depresión en médicos de un hospital universitario durante la pandemia de COVID-19. *Arch Argent Pediatr*;119(5), 317-324.

Carmassi, C., Dell’Oste, V., Bui, E., Foghi, C., Bertelloni, C. A., Atti, A. R., Buselli, R., Di Paolo, M., Goracci, A., Malacarne, P., Nanni, M. G., Gesi, C., Cerveri, G., & Dell’Osso, L. (2022). The interplay between acute post-traumatic stress, depressive and anxiety symptoms on healthcare workers functioning during the COVID-19 emergency: A multicenter study comparing regions with increasing pandemic incidence. *Journal of Affective Disorders*, 298(Pt A), 209–216. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.128>

Chew, N., Lee, G., Tan, B., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N., Yeo, L., Ahmad, A., Ahmed Khan, F., Napoleon Shanmugam, G., Sharma, A. K., Komalkumar, R. N., Meenakshi, P. V., Shah, K., Patel, B., Chan, B., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J., Paliwal, P. R., Sharma, V. K. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 559–565. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>

Chong, M. Y., Wang, W. C., Hsieh, W. C., Lee, C. Y., Chiu, N. M., Yeh, W. C., Huang, O. L., Wen, J. K., & Chen, C. L. (2004). Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 185, 127–133. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.2.127>

Cui, S., Jiang, Y., Shi, Q., Zhang, L., Kong, D., Qian, M., & Chu, J. (2021). Impact of COVID-19 on Anxiety, Stress, and Coping Styles in Nurses in Emergency Departments and Fever Clinics: A Cross-Sectional Survey. *Risk management and healthcare policy*, 14, 585–594. <https://doi.org/10.2147/RMHPS289782>

Danet, A. (2021). Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. *Medicina clinica*

(English ed.), 156(9), 449–458. <https://doi.org/10.1016/j.medcle.2020.11.003>

Giardino, D. L., Huck-Iriart, C., Riddick, M., & Garay, A. (2020). The endless quarantine: the impact of the COVID-19 outbreak on healthcare workers after three months of mandatory social isolation in Argentina. *Sleep medicine*, 76, 16–25. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.09.022>

Greenberg, N., Weston, D., Hall, C., Caulfield, T., Williamson, V., & Fong, K. (2021). Mental health of staff working in intensive care during COVID-19. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 71(2), 62–67. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa220>

Hao, Q., Wang D., Xie, M., Tang, Y., Dou, Y., Zhu, L., Wu, Y., Dai, M., Wu, H. & Wang, Q. (2021). Prevalence and Risk Factors of Mental Health Problems Among Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry* 12:567381. [doi: 10.3389/fpsy.2021.567381](https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.567381)

Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Xiang Yang, B., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C., & Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>

Lasalvia, A., Amadeo, F., Porru, S., Carta, A., Tardivo, S., Bovo, C., Ruggeri, M., & Bonetto, C. (2021). Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ open*, 11(1), e045127. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045127>

Nahmod, M., Zappa, L., Nespral, M., Bori, C., Novas, S. (2020). Descripción del impacto en la salud mental en personal de salud del Hospital de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez” en el contexto de la pandemia COVID-19. Póster ganador del Premio Anual AAPI 2020, Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto Juvenil y Profesiones Afines.

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>

Park, J. S., Lee, E. H., Park, N. R., & Choi, Y. H. (2018). Mental Health of Nurses Working at a Government-designated Hospital During a MERS-CoV Outbreak: A Cross-sectional Study. *Archives of psychiatric nursing*, 32(1), 2–6. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.006>

Sanghera, J., Pattani, N., Hashmi, Y., Varley, K. F., Cheruvu, M. S., Bradley, A., & Burke, J. R. (2020). The impact of SARS-CoV-2 on the mental health of healthcare workers in a hospital setting-A Systematic Review. *Journal of occupational health*, 62(1), e12175. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12175>

Sasaki, N., Asaoka, H., Kuroda, R., Tsuno, K., Imamura, K., Kawakami, N. (2021). Sustained poor mental health among healthcare workers in COVID-19 pandemic: A longitudinal analysis of the four-wave panel survey over 8 months in Japan. *J Occup Health.*; 63: e12227.

Tenconi, J. C., Justo, Á., & Stewart Harris, M. (2021). Evaluación de aspectos de la salud mental en trabajadores hospitalarios en el contexto de la pandemia de COVID-19. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 37(151), 15–24. <https://doi.org/10.53680/vertex.v32i151.4>

Trumello, C., Bramanti, S. M., Ballarotto, G., Candelori, C., Cerniglia, L., Cimino, S., Crudele, M., Lombardi, L., Pignataro, S., Viceconti, M. L., & Babore, A. (2020). Psychological Adjustment of Healthcare Workers in Italy during the COVID-19 Pandemic: Differences in Stress, Anxiety, Depression, Burnout, Secondary Trauma, and Compassion Satisfaction between Frontline and Non-Frontline Professionals. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 8358.

Valiensi, S., Folgueira, A., & Garay, A. (2021). Calidad de sueño, síntomas depresivos y de ansiedad durante el confinamiento por COVID-19 en Argentina. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*. 37(151): 6-14. <https://doi.org/10.53680/vertex.v32i151.3>

Walton, M., Murray, E., & Christian, M. D. (2020). Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European heart journal. Acute cardiovascular care*, 9(3), 241–247. <https://doi.org/10.1177/2048872620922795>

Trastorno depresivo mayor y depresión resistente al tratamiento: un análisis epidemiológico en Argentina del estudio de Depresión resistente al tratamiento en América Latina

Major depressive disorder and treatment-resistant depression: an epidemiological analysis in Argentina of the Study of Treatment-Resistant Depression in Latin America

Gerardo García Bonetto¹, Ricardo Marcelo Corral², Christian Lupo³, Manuel Vilapriño Duprat⁴, Hernán Alessandria⁵, Gabriela Kanevsky⁶, Patricia Cabrera⁷

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i155.134>

Resumen

La prevalencia de la Depresión Resistente al Tratamiento (DRT) varía considerablemente entre regiones, y la Argentina carece de una epidemiología de la DRT. En función del estudio de Depresión resistente al tratamiento en América Latina (*Treatment-Resistant Depression in Latin America*, TRAL), en este documento se informa la epidemiología y la carga de la DRT en pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM) en Argentina. Se incluyó una muestra de pacientes adultos con diagnóstico clínico de TDM (n = 396) de 5 centros en Argentina. Se excluyó a los pacientes con psicosis, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo, demencia, dependencia química grave o que estaban participando en otro ensayo clínico. Los resultados informados por el paciente y las escalas de evaluación clínica se usaron como resultados. La prevalencia de la DRT en pacientes con TDM en Argentina es del 33,2%, basado en datos TRAL. Los pacientes con DRT son mayores en comparación con los pacientes sin DRT y es más evidente en pacientes con TDM que están casados o tienen una unión consensuada. En pacientes con DRT, se identificó una mayor tendencia suicida, mayor comorbilidad en MINI, los peores resultados en la escala MADRS y el cuestionario PHQ-9. La prevalencia identificada en el estudio TRAL para Argentina es sustancial en comparación con otros países de Latinoamérica y con la prevalencia mundial. La DRT representa una carga desproporcionada para la sociedad. Se requieren esfuerzos para reducir la carga del TDM y la DRT en Argentina; para ello es necesario mejorar el diagnóstico temprano y el tratamiento terapéutico y garantizar que todos los pacientes tengan un mejor acceso a la atención de salud mental.

Palabras clave: Argentina - Trastorno depresivo mayor - Trastorno depresivo resistente al tratamiento - Epidemiología.

Abstract

Treatment-Resistant Depression (TRD) prevalence varies considerable between regions and epidemiology of TRD in Argentina is lacking. Based on the Treatment-Resistant Depression in America Latina (TRAL) study, epidemiology and burden of TRD in MDD patients from Argentina is reported in this paper. A sample of adult MDD patients (n=396) from 5 sites

RECIBIDO 15/11/21 - ACEPTADO 18/1/22

¹Médico especialista en Psiquiatría, Instituto Médico DAMIC - Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba, Argentina.

²Médico especialista en Psiquiatría; Presidente Fundación Estudio y Tratamiento de las Enfermedades Mentales.

³Médica Psiquiatra; Directora CIAP: Rosario, Provincia de Santa Fe, Argentina.

⁴Médico Psiquiatra; Centro de Estudios Asistencia e Investigación en Neurociencias (CESASIN), Mendoza, Argentina.

⁵Médico especialista Jerarquizado en Psiquiatría, Investigador Principal Clínica Privada de Salud Mental "Santa Teresa de Ávila", La Plata, Argentina.

⁶Janssen-Cilag Farmacéutica Argentina, Argentina.

⁷Janssen, Pharmaceutical Companies, Titusville, New Jersey, EE. UU.

Autora de referencia:

Gabriela Kanevsky

gkanevsk@its.jnj.com

Lugares de realización del estudio: Instituto DAMIC, Fundación para el Estudio y Tratamiento de las Enfermedades Mentales, Centro de investigación y Asistencia en Psiquiatría - C.I.A.P., Clínica Privada de Salud Mental "Santa Teresa de Ávila" y CESASIN, Argentina.

in Argentina, with clinical diagnosis were included. Patients with psychosis, schizophrenia, bipolar disorder, schizoaffective disorder, dementia, with severe chemical dependence or currently participating in another clinical trial were excluded. Patient reported outcomes and clinical assessment scales were used as outcomes. The prevalence of TRD in MDD patients in Argentina is 33.2%, based on TRAL data. Patients in TRD are older compared to those without TRD, and was more evident in married/consensual union MDD patients. Higher suicidality, greater comorbidity based on MINI, and worse scores in MADRS and PHQ-9 were identified in TRD patients. The prevalence identified in TRAL study for Argentina is substantial comparing with other LatAm countries and worldwide prevalence. TRD represents a disproportional burden to society, and efforts should be placed on reducing the burden of MDD and TRD in Argentina by improving early diagnosis, therapeutic management and ensuring that all patients have better access to mental healthcare.

Keywords: Argentina - Major Depressive Disorder - Treatment-Resistant Disorder - Epidemiology.

Introducción

El trastorno depresivo mayor (TDM) es una afección grave potencialmente mortal y es la enfermedad psiquiátrica más frecuente alrededor del mundo (Kraus et al., 2019; World Health Organisation, 2017). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 300 millones de personas en todo el mundo tienen depresión (World Health Organisation, 2017, Di Bernardo et al., 2018). Además, en los Estados Unidos aproximadamente 16 millones de personas sufren de depresión (Pilon et al., 2019; National Institute of Mental Health, 2021), lo que representa casi al 6,7% de la población total (Pilon et al., 2019). En Europa, la prevalencia estimada a lo largo de la vida del TDM fue del 12,8%, lo que representa también la enfermedad de salud mental más frecuente en la Unión Europea (UE) (Jaffe et al., 2019). En Argentina, de acuerdo con los resultados del “Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina” en el marco de la Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental, el TDM se identificó como el trastorno con la mayor prevalencia a lo largo de la vida (8,7%) entre otras enfermedades de salud mental (Stagnaro et al., 2018).

Con respecto a la carga, el TDM se asocia a un aumento de las tasas de mortalidad y a una mediana de 10 años de vida perdidos (Walker et al., 2015). Además, la enfermedad se relaciona con altas tasas de morbilidad dentro de su curso crónico, y es una de las principales causas de años vividos con discapacidad en todo el mundo (World Health Organisation 2017; Kraus et al., 2019). El TDM está relacionado con un deterioro funcional que ha demostrado ser igual o superior al que se observa en otras afecciones generales crónicas (Jaffe et al., 2019), lo que demuestra efectos más debilitantes sobre el funcionamiento físico, social y emocional (Di Bernardo et al., 2018). El diagnóstico de TDM también está relacionado con hospitalizacio-

nes y tendencias suicidas (Walker et al., 2015; Kraus et al., 2019). En Argentina, el total de años vividos con discapacidad (*Years Lived with Disability*, YLD) para trastornos depresivos globales fue del 8,5% (World Health Organisation, 2017).

A pesar de ser un problema conocido de salud pública a nivel mundial (Johnston et al., 2019) con muchas alternativas para su tratamiento farmacológico que se fueron desarrollando a lo largo de los años, el TDM continúa siendo una enfermedad que no se diagnostica ni se trata lo suficiente (Kraus et al., 2019; Borges et al., 2019). Aproximadamente la mitad de los pacientes con TDM no responden a la primera línea de tratamiento, y una proporción significativa de ellos no responden a las líneas posteriores de farmacoterapia (Di Bernardo et al., 2018; Pilon et al., 2019; Rush et al., 2016; Chen, 2019), incluidos los antidepresivos orales de todas las clases (Rush et al., 2016). Esta incapacidad de responder adecuadamente al menos a dos tratamientos antidepresivos con una dosis y una duración adecuadas se conoce, con frecuencia, como depresión resistente al tratamiento (DRT) (Conway et al., 2017; Gaynes et al., 2018; Pilon et al., 2019; Chen, 2019).

La DRT, la ausencia de respuesta al tratamiento en pacientes con TDM, ha demostrado tener un efecto sustancial en los pacientes, sus familias, sus comunidades y la sociedad (Gaynes et al., 2018). Además, los pacientes con DRT presentan un aumento de las tendencias suicidas y una menor calidad de vida relacionada con la salud en comparación con los pacientes con TDM sin DRT (Mrazek et al., 2014; Di Bernardo et al., 2018; Johnston et al. 2019).

La DRT se ve influenciada por diversos factores, como subtipos depresivos, comorbilidades psiquiátricas y enfermedades médicas coexistentes (Gaynes et al., 2018). Asimismo, el incumplimiento terapéutico, un menor funcionamiento y una peor calidad de

vida, menores recursos económicos y un apoyo social y familiar deficiente también contribuyen a la DRT (Di Bernardo et al., 2018). Por último, tanto para los médicos psiquiatras como para los de atención primaria, la TRD representa una presentación común pero desafiante del TDM (Gaynes et al., 2018). Por lo tanto, se considera una necesidad significativa insatisfecha en el contexto del manejo del TDM (Johnston et al., 2019).

La prevalencia y la carga de la DRT en América Latina (Latam) no se conocen del todo. Se requieren esfuerzos para comprender el impacto del TDM y la DRT en las tendencias suicidas y la calidad de vida en regiones fuera de los EUA y Europa. Teniendo esto en cuenta, el TRAL (Depresión resistente al tratamiento en América Latina) fue un estudio multinacional que se centró principalmente en estimar la prevalencia de la DRT entre los pacientes con TDM en los países de Latam (Soares et al., 2021). El estudio también recopiló datos sobre la utilización de recursos sanitarios relacionados con la depresión entre los pacientes con TDM y DRT. Se describieron las características clínicamente relevantes, entre ellas, las comorbilidades, los patrones de tratamiento, la intensidad de los síntomas y el nivel de discapacidad vinculado a esta afección. También se estableció una comparación entre los pacientes con DRT y sin DRT. El presente artículo recoge los resultados provisionales de la parte transversal de este estudio para Argentina.

Métodos

Diseño y población del estudio

Este estudio fue un estudio observacional, multicéntrico y multinacional que se llevó a cabo entre octubre de 2017 y diciembre de 2018 en centros psiquiátricos de referencia procedentes de los siguientes países de América Latina: Argentina, Brasil, Colombia y México. El estudio TRAL tuvo dos componentes: un componente transversal, para una caracterización completa de las dimensiones psiquiátricas, de discapacidad, de calidad de vida y del deterioro del trabajo, junto con la recopilación de antecedentes médicos y terapéuticos y la utilización de recursos sanitarios; y un segundo componente que implica una evaluación prospectiva de 1 año de la muestra de DRT para evaluar los resultados clínicos y de seguridad y los cambios en las dimensiones mencionadas anteriormente. El análisis informado por el presente hace referencia a la parte transversal de la muestra argentina, que se llevó a cabo en 5 centros de referencia privados (Instituto DAMIC, Fundación para el Estudio y Tratamiento de

las Enfermedades Mentales, Centro de investigación y Asistencia en Psiquiatría - C.I.A.P., Clínica Privada de Salud Mental "Santa Teresa de Ávila" y CESASIN).

Los pacientes que cumplieron con los criterios de elegibilidad se inscribieron de forma consecutiva en el estudio de acuerdo con sus visitas de rutina programadas. Fueron elegibles los adultos hombres o mujeres con diagnóstico de TDM según los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, 5ª edición, confirmado mediante la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (*MINI International Neuropsychiatric Interview*, MINI), versión 7.02 (Sheehan et al., 1997). En el día de la visita, los pacientes debían estar experimentando un episodio de depresión nuevo o persistente, independientemente de si recibían tratamiento o no. Los diagnósticos de psicosis, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo, demencia o dependencia grave de sustancias (según el criterio del médico) fueron criterios de exclusión. Se excluyó a los pacientes que no pudieron completar las evaluaciones del protocolo o que estaban participando en estudios experimentales.

Datos y evaluaciones

Durante la visita del estudio, la MINI se utilizó para realizar una entrevista psiquiátrica y para determinar el diagnóstico de TDM, trastorno del comportamiento suicida, aparición de tendencias suicidas y estrés post-traumático durante el último mes. El trastorno de comportamiento suicida es un diagnóstico propuesto por el DSM 5 atribuido a las personas que han realizado un intento de suicidio en los últimos dos años. Todos los pacientes fueron evaluados por un médico con respecto a la intensidad de su depresión por medio de la escala de calificación de la depresión de Montgomery-Åsberg (*Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale*, MADRS) (Montgomery, & Åsberg, 1979), una escala de 10 puntos utilizada en ensayos y en la práctica clínica habitual, que muestra una buena discriminación entre los pacientes que responden y los que no responden a los antidepresivos. La gravedad de la depresión, incluida la tendencia suicida, se evaluó utilizando el cuestionario autoadministrado de salud del paciente (*Patient Health Questionnaire*, PHQ-9) que se utiliza frecuentemente para realizar diagnósticos, basados en criterios de trastornos depresivos y otros trastornos mentales en la atención primaria (Kroenke, 2001).

El diagnóstico de DRT se basó en los siguientes criterios: los pacientes debían ser objeto de un seguimiento adecuado y debían recibir tratamiento con ≥ 2 antidepresivos en el episodio actual, con ausencia de respuesta completa al tratamiento según la MADRS (Conway et al., 2017).

Además, en su encuesta de calidad de vida, los pacientes informaron: 5 dimensiones de EuroQol [EQ-5D-5L]) (Herdman et al., 2011), que son movilidad, cuidado personal, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión; un nivel de discapacidad (según la escala de discapacidad de Sheehan [Sheehan Disability Scale, SDS]) (Sheehan, & Sheehan, 2008) que abarcó tres dominios de deterioro funcional: trabajo/escuela, vida social y vida familiar, cada uno evaluado a través de una escala visual analógica de 10 puntos; y deterioro laboral (según el Cuestionario de productividad laboral y deterioro de las actividades [Work Productivity and Activity Impairment, WPAI]) (Reilly et al., 1993), que incluye el ausentismo (% de días), el presentismo (escala de Likert de 11 puntos), el deterioro general del trabajo (presentismo y ausentismo) y las dimensiones del deterioro de la actividad (% de días), todo lo cual hace referencia a los últimos 7 días.

El médico registró los datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil y años de educación formal) y las características clínicas (edad al momento del diagnóstico, duración de la enfermedad y comorbilidades), así como los tratamientos psiquiátricos actuales/pasados y la utilización de recursos sanitarios (atención ambulatoria y cantidad total de días, servicios de atención primaria, psicológica y psiquiátrica, y visitas al departamento de emergencias), en referencia al último año.

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Independiente o la Junta de Revisión Institucional local.

Análisis estadístico

El estudio en Argentina forma parte de un estudio multinacional a mayor escala realizado en cuatro países de Latinoamérica. La muestra general reclutada

en Argentina, entre diciembre de 2017 y diciembre de 2018, fue de 220 pacientes con TDM. El tamaño de la muestra del estudio TRAL se calculó para ser representativo de la región (América Latina). El tamaño de la muestra no consideró ni pretendía permitir el análisis inferencial para el subconjunto argentino de la muestra del estudio TRAL, pero se siguieron realizando comparaciones para aumentar el grado de evidencia. Por lo tanto, esta muestra no debe considerarse una muestra representativa de Argentina.

Las variables cuantitativas se resumieron como media, mediana, desviación estándar, mínimo y máximo; y las variables cualitativas se resumieron como frecuencia y porcentaje absolutos, valor general y por subgrupos de pacientes con DRT y sin DRT.

La prevalencia de la DRT entre los pacientes con TDM se resumió como frecuencia y porcentaje absolutos con un intervalo de confianza del 95% (IC del 95%). No se imputaron datos faltantes. La importancia estadística se fijó en el 5%. El análisis estadístico se realizó utilizando SAS® (versión 9.4, SAS Institute Inc, Cary).

Resultados

Muestras y prevalencia de DRT en Argentina

En total, se incluyeron 1475 pacientes con TDM en los cuatro países de Latinoamérica. En Argentina, se incluyó una muestra total de 220 pacientes con TDM, que corresponde al 14,9% de la muestra total del estudio TRAL. Aproximadamente el 89% de los pacientes estaban recibiendo tratamiento para esta afección en Latam en el momento de la visita (97,7% en Argentina). La DRT se identificó en el 33,2% [IC del 95%: 27,0%; 39,4%] de los pacientes con TDM en Argentina (ver *Tabla 1*).

Tabla 1. Prevalencia de la depresión resistente al tratamiento (DRT) entre pacientes con TDM, en general y por tipo de entorno privado, en el subconjunto argentino de la muestra del estudio TRAL

Distribución de pacientes con TDM/DRT	N (%); [IC]
Muestra general, N	220
Pacientes con TDM en tratamiento al momento de la visita del estudio	215 (97,7%)
DRT entre pacientes con TDM	73 (33,2%)–[27,0%; 39,4%]
DRT entre pacientes con TDM tratados	73 (34,1%)–[27,8%; 40,5%]
DRT entre pacientes con TDM por tipo de entorno privado	
Centro clínico privado	15 (22,7%)–[12,6%; 32,8%]
Centro clínico psiquiátrico privado	58 (37,7%)–[30,0%; 45,3%]

Los datos se expresan como un número absoluto (porcentaje) y como intervalos de confianza del 95% TDM = trastorno depresivo mayor; DRT = depresión resistente al tratamiento.

Características sociodemográficas

La edad media de los pacientes con TDM fue de 52,2 ($\pm 16,1$) años, y la mayoría (68,6%) eran mujeres (ver Tabla 2). Casi la mitad (45,0%) de los pacientes estaban casados o en una unión consensuada, y el 30,3% eran solteros. Aproximadamente el 88,4% de los pacientes tenían más de diez años de educación formal. La media de edad fue mayor entre pacientes con DRT que entre pacientes sin DRT (54,9% frente al 50,8%), con una proporción similar de mujeres (diferencia $<2\%$). La proporción de pacientes divorciados/separados combinados con los pacientes viudos (32,4% con DRT frente a 20,7% sin DRT) también fue mayor en el grupo de pacientes con DRT. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($p > ,05$).

Características psiquiátricas y clínicas

En general, los pacientes con TDM tuvieron una media del puntaje de la MADRS del 18,1, y un 6,4% se clasificó como con depresión grave (MADRS ≥ 35) (véase la Tabla 3). Los pacientes con DRT obtuvieron puntajes significativamente más altos ($p < ,001$) en la MADRS ($25,5 \pm 7,4$) que los pacientes sin DRT ($14,5 \pm 10,6$). La proporción de pacientes con depresión grave, según la MADRS, fue significativamente mayor ($p < ,001$) entre los pacientes con DRT (13,7% frente al

2,7%), según la MADRS. Todos los pacientes con DRT presentaban síntomas depresivos.

La media del puntaje del PHQ-9 para los pacientes con TDM fue del 11,4%, y un 16,4% se clasificó como con depresión grave (puntaje del PHQ-9 entre 20 y 27). Los pacientes con DRT mostraron resultados significativamente más altos en el PHQ-9 ($15,7 \pm 5,3$) que los pacientes sin DRT ($9,2 \pm 7,1$). La proporción de pacientes con depresión grave, según el PHQ-9, fue significativamente mayor ($p < ,001$) entre los pacientes con DRT (26,0 % frente al 11,6 %).

Según la MINI, el 9,5% de la muestra general cumplió con los criterios de tendencias suicidas actuales (último mes), mientras que los intentos de suicidio durante toda la vida mostraron una proporción de alrededor del 8,2%. Todos los pacientes incluidos tienen un diagnóstico de TDM clínicamente validado, ya sea pasado o actual. Por lo tanto, no se requirió que los pacientes tuvieran un nuevo diagnóstico de TDM o episodio depresivo mayor al inicio del estudio. Esto justifica por qué algunos pacientes en el grupo sin TRD no tienen criterios actuales para el episodio depresivo mayor en Mini. Los pacientes con DRT tenían significativamente más probabilidades de presentar tendencias suicidas actuales (15,1% frente al 6,8%) o intentos de suicidio durante toda la vida (13,7% frente al 5,4%)

Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes con TDM en general y por DRT (pacientes con DRT frente a pacientes sin DRT) en el subconjunto argentino de la muestra del estudio TRAL

	TDM (n = 220)	Sin DRT (n = 147)	Con DRT (n = 73)	p-value (sin DRT vs. DRT)
Edad (años), media \pm DE	52,2 \pm 16,1	50,8 \pm 17,0	54,9 \pm 13,8	TT: 0,067
Mujeres, n (%)	151 (68,6%)	100 (68,0%)	51 (69,9%)	CS: 0,734
Estado civil				
Soltero	64 (30,3%)	47 (33,6%)	17 (23,9%)	CS: 0,104
Casado/unión consensuada	95 (45,0%)	64 (45,7%)	31 (43,7%)	
Divorciado/separado	33 (15,6%)	16 (11,4%)	17 (23,9%)	
Viudo	19 (9,0%)	13 (9,3%)	6 (8,5%)	
Falta	9	7	2	
Años de educación formal				
0	0	0	0	FS: 0,378
1–4 años	1 (0,9%)	0	1 (2,4%)	
5–9 años	12 (10,7%)	6 (8,6%)	6 (14,3%)	
10–12 años	17 (15,2%)	10 (14,3%)	7 (16,7%)	
≥ 13 años	82 (73,2%)	54 (77,1%)	28 (66,7%)	
Falta	108	77	31	

A menos que se indique lo contrario, los datos se expresan como número y porcentaje.* diferencias estadísticamente significativas

TDM = trastorno depresivo mayor; DRT = depresión resistente al tratamiento; sin DRT = pacientes con TDM sin DRT; DE = desviación estándar. TT – T-student muestras independientes; CS – Chi-cuadrado; FS – Test exacto de Fisher; MW – Mann-Whitney

que los pacientes sin DRT ($p = ,05$ and $p = ,035$, respectivamente). En cuanto al trastorno de comportamiento suicida, una mayor proporción de pacientes con DRT estaba en remisión temprana en comparación con los pacientes sin DRT (4,1% frente al 1,4%).

Calidad de vida (EQ-5D-5L) y discapacidad (SDS)

La mayoría de los pacientes con TDM comunicaron que no tenían problemas para caminar (74,5%) ni para lavarse/vestirse (84,5%) (ver Tabla 4). Aproximadamente, el 21% informó estar gravemente deprimido o extremadamente deprimido o ansioso. Los pacientes con DRT presentaron una mediana de la puntuación de salud actual significativamente menor que los pacientes sin DRT ($p < ,001$). Una mayor proporción de pacientes con DRT informó problemas moderados o graves para caminar (13,7% frente al 7,5%) y problemas significativamente mayores ($p = ,001$) para lavarse/vestirse (17,8% frente al 3,4%). Asimismo, los resultados muestran que significativamente ($p < ,001$) más pacientes con DRT informaron problemas de moderados a graves para realizar sus actividades habituales (56,2% frente al 15,7%). El 42,5% de los pacientes con DRT describió un dolor moderado e intenso en comparación con el 27,2% de los pacientes sin DRT ($p = ,021$).

Aproximadamente el 27% de los pacientes con DRT informó estar gravemente deprimido o extremadamente deprimido o ansioso, una significativamente

mayor proporción ($p < ,001$) en comparación con los pacientes sin DRT (18,4%).

Según el WPAI, la mediana del porcentaje de deterioro laboral general debido a depresión fue del 40,0%, y el porcentaje de deterioro de la actividad fue del 50,0%. Los pacientes con DRT tuvieron una significativamente mayor mediana del porcentaje de deterioro laboral general debido a depresión (50,0% frente al 20,0% sin DRT, $p = ,009$), porcentaje medio de discapacidad mientras trabaja (50,0% vs. 20,0% non-TRD, $p = ,009$), y la mediana del porcentaje de deterioro de la actividad (DRT: 60,0% frente a sin DRT: 30,0%, $p = ,001$).

De acuerdo con la escala de discapacidad de Sheehan, el 31,2% y el 29,1% de los pacientes con TDM informaron que sus síntomas alteraron de forma notable/extrema la escuela/el trabajo y sus actividades sociales/de ocio, respectivamente. Los pacientes con DRT obtuvieron un puntaje significativamente mayor ($p < ,001$) en la SDS en comparación con los pacientes sin DRT (17,0% frente al 11%). Los resultados muestran que el 44,1% y el 49,3% de los pacientes con DRT informaron que sus síntomas alteraron de forma notable/extrema su escuela/el trabajo y sus actividades sociales/de ocio, respectivamente; un resultado significativamente más alto ($p = ,001$ and $p < ,001$, respectivamente) que el de los pacientes sin DRT (24,0% y 19,0%). Además, los pacientes con DRT puntuaron significativamente más

Tabla 3. Evaluación de la depresión y la ansiedad (MADRS, MINI y PHQ-9) entre participantes con TDM, desglosado por DRT, en el subconjunto argentino de la muestra del estudio TRAL

	TDM (n = 220)	Sin DRT (n = 147)	Con DRT (n = 73)	p-value (sin DRT vs. DRT)
Escala de depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)				
Puntuación media \pm DE	18,1 \pm 10,9	14,5 \pm 10,6	25,5 \pm 7,4	MW <0,001*
Puntuaciones de corte				
Ausencia de síntomas (0-6)	47 (21,4%)	47 (32,0%)	0 (0,0%)	CS <0,001*
Depresión leve (7-19)	67 (30,5%)	49 (33,3%)	18 (24,7%)	
Depresión moderada (20-34)	92 (41,8%)	47 (32,0%)	45 (61,6%)	
Depresión grave (35-60)	14 (6,4%)	4 (2,7%)	10 (13,7%)	
MINI entrevista neuropsiquiátrica internacional, v. 7.0.2 (MINI)				
Episodio depresivo mayor				
Cumple con los criterios				
Actualmente (2 semanas)	188 (85,5%)	115 (78,2%)	73 (100,0%)	CS <0,001*
En el pasado	69 (31,4%)	52 (35,4%)	17 (23,3%)	CS: 0,069
Recurrente	169 (76,8%)	106 (72,1%)	63 (86,3%)	CS: 0,019*
Tendencias suicidas				
Actualmente (último mes)	21 (9,5%)	10 (6,8%)	11 (15,1%)	CS: 0,050*

Tabla 3. Evaluación de la depresión y la ansiedad (MADRS, MINI y PHQ-9) entre participantes con TDM, desglosado por DRT, en el subconjunto argentino de la muestra del estudio TRAL (Continuación tabla 3 - página 34)

	TDM (n = 220)	Sin DRT (n = 147)	Con DRT (n = 73)	p-value (sin DRT vs. DRT)
Intentos de suicidio durante toda la vida	18 (8,2%)	8 (5,4%)	10 (13,7%)	
Bajo	21 (9,5%)	11 (7,5%)	10 (13,7%)	CS: 0.035*
Moderado	3 (1,4%)	0	3 (4,1%)	
Alto	7 (3,2%)	3 (2,0%)	4 (5,5%)	
Trastorno de comportamiento suicida				
Actual	1 (0,5%)	0	1 (1,4%)	FS: 0.332
En remisión temprana	5 (2,3%)	2 (1,4%)	3 (4,1%)	FS: 0.336
Trastorno de pánico				
Actualmente (último mes)	5 (2,3%)	5 (3,4%)	0	FS: 0.173
Durante toda la vida	10 (4,5%)	5 (3,4%)	5 (6,8%)	FS: 0.306
Agorafobia				
Actual	2 (0,9%)	2 (1,4%)	0	
Trastorno de ansiedad social (fobia social)				
Actualmente (último mes)	1 (0,5%)	0	1 (1,4%)	FS: 0.332
Trastorno obsesivo-compulsivo				
Actualmente (último mes)	5 (2,3%)	3 (2,0%)	2 (2,7%)	FS >0,999
Trastorno de estrés posttraumático (TEPT)				
Cumple con los criterios				
Actualmente (último mes)	1 (0,5%)	1 (0,7%)	0	FS >0,999
Trastorno por consumo de alcohol				
Cumple con los criterios				
Últimos 12 meses	1 (0,5%)	0	1 (1,4%)	FS: 0.332
Trastorno por consumo de sustancias (no alcohol)				
Cumple con los criterios				
Últimos 12 meses	1 (0,5%)	1 (0,7%)	0	FS >0.999
Trastorno de ansiedad generalizado				
Cumple con los criterios				
Actualmente (últimos 6 meses)	4 (1,8%)	3 (2,0%)	1 (1,4%)	FS >0.999
Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)–Argentina				
Puntuación media ± DE	11,34 ± 7,23	9,16 ± 7,07	15,74 ± 5,30	MW <0.001*
Puntuaciones de corte				
Ninguna (0–4)	53 (24,1%)	52 (35,4%)	1 (1,4%)	CS <0.001*
Leve (5–9)	43 (19,5%)	35 (23,8%)	8 (11,0%)	
Moderado (10–14)	45 (20,5%)	23 (15,6%)	22 (30,1%)	
Moderadamente grave (15–19)	43 (19,5%)	20 (13,6%)	23 (31,5%)	
Grave (20–27)	36 (16,4%)	17 (11,6%)	19 (26,0%)	

A menos que se indique lo contrario, los datos se expresan como número y porcentaje.* diferencias estadísticamente significativas.

TDM = trastorno depresivo mayor; DRT = depresión resistente al tratamiento; sin DRT = pacientes con TDM sin DRT; DE = desviación estándar. TT – T-student muestras independientes; CS – Chi-cuadrado; FS – Test exacto de Fisher; MW – Mann-Whitney

alto que los sin DRT en la interrupción de la vida familiar/responsabilidades del hogar ($p < ,001$), días escolares/laborales perdidos debido a la enfermedad ($p = ,002$) y número de días con el trabajo / escuela con productividad reducida ($p < ,001$).

Utilización de recursos sanitarios entre los pacientes con TDM

Casi el 35% de los pacientes con TDM acudió a la atención ambulatoria (sin DRT: 36,7%; con DRT: 30,1%), de los cuales el 78,9% recibió hasta 30 días de

atención durante el último año. Además, el porcentaje de pacientes con hasta 7 días de atención ambulatoria es bajo, con un 11,8% para la muestra del TDM (13% para los pacientes sin DRT frente al 9,1% para los pacientes con DRT). El número de días en atención ambulatoria fue significativamente mayor para los pacientes con DRT ($p = ,004$). La media de la cantidad de visitas de emergencia para los pacientes con TDM en el último año fue de $0,1 \pm 0,3$ (la cantidad es mayor entre los pacientes con DRT [$0,2 \pm 0,5$]). La media de la cantidad de consultas con psicólogos fue de 1,4, y

Tabla 4. Calidad de vida (EQ-5D-5L), productividad laboral y deterioro de las actividades (WPAI:D) y discapacidad (Escala de discapacidad de Sheehan, SDS) entre participantes con TDM, desglosado por DRT, en el subconjunto argentino de la muestra del estudio TRAL

	Todo TDM (n = 220)	Sin DRT (n = 147)	Con DRT (n = 73)	p-value (sin DRT vs. DRT)
Calidad de vida (EQ-5D-5L)				
Movilidad, n (%)				
No tengo problemas para caminar	164 (74,5%)	117 (79,6%)	47 (64,4%)	FS: 0,074
Tengo problemas leves para caminar	34 (15,5%)	18 (12,2%)	16 (21,9%)	
Tengo problemas moderados para caminar	18 (8,2%)	10 (6,8%)	8 (11,0%)	
Tengo problemas graves para caminar	3 (1,4%)	1 (0,7%)	2 (2,7%)	
No puedo caminar	1 (0,5%)	1 (0,7%)	0	
Cuidados personales, n (%)				
No tengo problemas para lavarme o vestirme	186 (84,5%)	133 (90,5%)	53 (72,6%)	FS: 0,001*
Tengo problemas leves para lavarme o vestirme	15 (6,8%)	8 (5,4%)	7 (9,6%)	
Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme	18 (8,2%)	5 (3,4%)	3 (17,8%)	
Tengo problemas graves para lavarme o vestirme	0	0	0	
No puedo lavarme ni vestirme	1 (0,5%)	1 (0,7%)	0	
Actividades habituales, n (%)				
No tengo problemas para realizar mis actividades habituales	82 (37,3%)	74 (50,3%)	8 (11,0%)	CS <0,001*
Tengo problemas leves para realizar mis actividades habituales	68 (30,9%)	46 (31,3%)	22 (30,1%)	
Tengo problemas moderados para realizar mis actividades habituales	48 (21,8%)	17 (11,6%)	31 (42,5%)	
Tengo problemas graves para realizar mis actividades habituales	16 (7,3%)	6 (4,1%)	10 (13,7%)	
No puedo realizar mis actividades habituales	6 (2,7%)	4 (2,7%)	2 (2,7%)	
Dolor/malestar, n (%)				
No tengo dolor ni malestar	79 (35,9%)	55 (37,4%)	24 (32,9%)	FS: 0,021*
Tengo dolor o malestar leve	68 (30,9%)	52 (35,4%)	16 (21,9%)	
Tengo dolor o malestar moderado	58 (26,4%)	34 (23,1%)	24 (32,9%)	
Tengo dolor o malestar grave	13 (5,9%)	6 (4,1%)	7 (9,6%)	
Tengo dolor o malestar extremo	2 (0,9%)	0	2 (2,7%)	

Tabla 4. Calidad de vida (EQ-5D-5L), productividad laboral y deterioro de las actividades (WPAI: D) y discapacidad (Escala de discapacidad de Sheehan, SDS) entre participantes con TDM, desglosado por DRT, en el subconjunto argentino de la muestra del estudio TRAL (Continuación tabla 4 - página 36)

	Todo TDM (n = 220)	Sin DRT (n = 147)	Con DRT (n = 73)	p-value (sin DRT vs. DRT)
Ansiedad/depresión, n (%)				
No me siento ansioso ni deprimido	38 (17,3%)	38 (25,9%)	0	CS <0,001*
Me siento ligeramente ansioso o deprimido	55 (25,0%)	40 (27,2%)	15 (20,5%)	
Me siento moderadamente ansioso o deprimido	80 (36,4%)	42 (28,6%)	38 (52,1%)	
Me siento muy ansioso o deprimido	33 (15,0%)	21 (14,3%)	12 (16,4%)	
Me siento extremadamente ansioso o deprimido	14 (6,4%)	6 (4,1%)	8 (11,0%)	
Estado de salud actual^{a)}				
Mediana (mín.-máx.)	65,0 (0,0–100)	70,0 (0,0–100)	50,0 (10–85)	MW <0,001*
Productividad laboral y deterioro de las actividades (WPAI: D): Últimos 7 días*				
Porcentaje de tiempo de trabajo perdido debido a la depresión (%)				
N	96	65	31	MW: 0,603
Media ± DE	24,5 ± 35,9	24,6 ± 37,5	24,3 ± 33,0	
Mediana	0,00	0,00	0,00	
Valores faltantes	10	6	4	
Porcentaje de deterioro al trabajar debido a la depresión (%)				
N	85	56	29	MW: 0,009*
Media ± DE	34,4 ± 31,8	28,4 ± 31,6	45,9 ± 29,2	
Mediana	30,0	20,0	50,0	
Valores faltantes	21	15	6	
Porcentaje de deterioro laboral general debido a la depresión (%)				
N	85	56	29	MW: 0,009*
Media ± DE	39,4 ± 34,6	32,5 ± 34,4	52,7 ± 31,5	
Mediana	40,00	20,00	50,00	
Valores faltantes	21	15	6	
Porcentaje de deterioro de las actividades debido a la depresión (%)				
N	219	147	72	MW <0,001*
Media ± DE	44,0 ± 30,9	34,5 ± 29,9	63,5 ± 22,8	
Mediana	50,00	30,00	60,00	
Valores faltantes	1	0	1	
Escala de discapacidad de Sheehan (SDS)				
Los síntomas han interrumpido su trabajo/escuela, n (%)				
Para nada	25 (15,0%)	23 (21,3%)	2 (3,4%)	CS: 0,001*
Levemente	37 (22,2%)	30 (27,8%)	7 (11,9%)	
Moderadamente	53 (31,7%)	29 (26,9%)	24 (40,7%)	
Notablemente	35 (21,0%)	17 (15,7%)	18 (30,5%)	
Extremadamente	17 (10,2%)	9 (8,3%)	8 (13,6%)	
Mediana (mín.-máx.)	5,0 (0,0–10,0)	4,0 (0,0–10,0)	6,0 (0,0–10,0)	

Tabla 4. Calidad de vida (EQ-5D-5L), productividad laboral y deterioro de las actividades (WPAI:D) y discapacidad (Escala de discapacidad de Sheehan, SDS) entre participantes con TDM, desglosado por DRT, en el subconjunto argentino de la muestra del estudio TRAL (Continuación tabla 4 - página 37)

	Todo TDM (n = 220)	Sin DRT (n = 147)	Con DRT (n = 73)	p-value (sin DRT vs. DRT)
Los síntomas han interrumpido sus actividades de vida social/ocio, n (%)				
Para nada	40 (18,2%)	38 (25,9%)	2 (2,7%)	CS <0,001*
Levemente	50 (22,7%)	43 (29,3%)	7 (9,6%)	
Moderadamente	66 (30,0%)	38 (25,9%)	28 (38,4%)	
Notablemente	50 (22,7%)	23 (15,6%)	27 (37,0%)	
Extremadamente	14 (6,4%)	5 (3,4%)	9 (12,3%)	
Mediana (mín.-máx.)	5,0 (0,0–10,0)	3,0 (0,0–10,0)	6,0 (0,0–10,0)	
Los síntomas han interrumpido su vida familiar/sus responsabilidades en el hogar, n (%)				
Para nada	53 (24,1%)	50 (34,0%)	3 (4,1%)	CS <0,001*
Levemente	51 (23,2%)	37 (25,2%)	14 (19,2%)	
Moderadamente	64 (29,1%)	37 (25,2%)	27 (37,0%)	
Notablemente	44 (20,0%)	20 (13,6%)	24 (32,9%)	
Extremadamente	8 (3,6%)	3 (2,0%)	5 (6,8%)	
Mediana (mín.-máx.)	4,0 (0,0–10,0)	3,0 (0,0–10,0)	6,0 (0,0–10,0)	
Puntuación global de la SDS				
Mediana (mín.-máx.)	14,0 (0,0–30,0)	11,0 (0,0–30,0)	17,0 (0,0–30,0)	MW <0,001*
Valores faltantes	53	39	14	
¿Cuántos días en los últimos 7 días tuvo que faltar a la escuela o al trabajo o no pudo llevar a cabo sus responsabilidades diarias normales debido a sus síntomas?				
Media ± DE	1,3 ± 2,1	0,9 ± 1,8	2,1 ± 2,5	MW: 0,002*
Valores faltantes	0	0	0	
¿Cuántos días en los últimos 7 días se sintió tan afectado por sus síntomas que, incluso a pesar de haber acudido a la escuela o al trabajo, o de haber tenido otras responsabilidades diarias, su productividad se redujo?				
Media ± DE	2,2 ± 2,3	1,7 ± 2,1	3,2 ± 2,3	MW <0,001*
Valores faltantes	0	0	0	

A menos que se indique lo contrario, los datos se expresan como número y porcentaje.* diferencias estadísticamente significativas.

a) El estado de salud en el día de la visita del estudio se evaluó mediante una escala analógica visual (con un rango de 0 = peor estado de salud a 100 = mejor estado de salud).

TDM = trastorno depresivo mayor; DRT = depresión resistente al tratamiento; sin TRT = paciente con TDM sin DRT; DE = desviación estándar. * Las diferencias en N entre las dimensiones del WPAI:D se explican mediante las preguntas filtro “¿Tiene un empleo actualmente?” y “En los últimos 7 días, ¿cuántas horas trabajó realmente?”. TT – T-student muestras independientes; CS – Chi-cuadrado; FS – Test exacto de Fisher; MW – Mann-Whitney

fue superior entre los pacientes con DRT que entre los pacientes sin DRT (3,82 frente a 0,60, respectivamente). La media de la cantidad de consultas de atención primaria también fue mayor para los pacientes con DRT (0,29 frente a 0,10 sin DRT) (ver Tabla 5). Por último, la cantidad de consultas psiquiátricas fue similar (sin DRT: 2,53 frente a DRT: 2,47).

Discusión

El presente trabajo comunica los datos epidemiológicos de pacientes con DRT en Argentina en el ámbito

del estudio TRAL. La prevalencia de la DRT encontrada en Argentina (33,2%) se ajusta a la prevalencia general del 29,1% que se identificó para todos los pacientes de Latam con TDM incluidos (Soares et al., 2021). Asimismo, la alta prevalencia de DRT que se observó en el estudio TRAL corrobora los hallazgos de grandes estudios internacionales, como STAR-D (Novick et al., 2005; Gaynes et al., 2009).

Se descubrió que las características demográficas de Latam, y específicamente de Argentina, eran coherentes con estudios anteriores. Varios estudios epi-

Tabla 5. Utilización de recursos sanitarios en el último año entre los pacientes con TDM, desglosado por DRT, en el subconjunto argentino de la muestra del estudio TRAL

	Todo TDM (n = 220)	Sin DRT (n = 147)	Con DRT (n = 73)	p-value (sin DRT vs. DRT)
Atención ambulatoria, n (%)				
No	144 (65,5%)	93 (63,3%)	51 (69,9%)	CS: 0,333
Sí	76 (34,5%)	54 (36,7%)	22 (30,1%)	
Cantidad de días (atención ambulatoria), n (%)				
7 días	9 (11,8%)	7 (13,0%)	2 (9,1%)	FS: 0,004*
30 días	60 (78,9%)	45 (83,3%)	15 (68,2%)	
60 días	1 (1,3%)	1 (1,9%)	0	
90 días	5 (6,6%)	0	5 (22,7%)	
Total	76	54	22	
Valores faltantes	0	0	0	
Cantidad de visitas al departamento de emergencias				
N	71	52	19	
Media ± DE	0,02 ± 0,3	0,02 ± 0,02	0,2 ± 0,5	MW: 0,113
Cantidad de consultas psiquiátricas				
N	72	53	19	
Media ± DE	2,51 ± 7,40	2,53 ± 8,27	2,47 ± 4,34	MW: 0,083
Cantidad de consultas con psicólogos				
N	69	52	17	
Media ± DE	1,39 ± 5,26	0,60 ± 1,99	3,82 ± 9,82	MW: 0,079
Cantidad de consultas con otros especialistas				
N	69	52	17	
Media ± DE	0,17 ± 1,21	0,02 ± 0,14	0,65 ± 2,42	MW: 0,086
Cantidad de consultas de atención primaria				
N	68	51	17	
Media ± DE	0,15 ± 0,65	0,10 ± 0,57	0,29 ± 0,85	MW: 0,245

* diferencias estadísticamente significativas.

TDM = trastorno depresivo mayor; DRT = depresión resistente al tratamiento; sin DRT = pacientes con TDM sin DRT; DE = desviación estándar. TT – T-student muestras independientes; CS – Chi-cuadrado; FS – Test exacto de Fisher; MW – Mann-Whitney

demográficos llegaron a la conclusión de que el sexo, la edad y el estado civil se asocian con la depresión. Las mujeres presentan un mayor riesgo de depresión que los hombres. Además, las personas separadas o divorciadas tienen tasas significativamente más altas de TDM que las personas casadas (Kessler, & Bromet, 2013). En el subconjunto de Argentina, la media de edad fue mayor entre los pacientes con DRT, y hubo una proporción de mujeres ligeramente mayor, pero no significativa. La DRT fue más prevalente entre las personas que estaban casadas o en una unión consensuada que entre las personas solteras o divorciadas.

Desde el punto de vista clínico, los síntomas depresivos graves fueron sistemáticamente más fre-

cuentes en pacientes con DRT que en pacientes sin DRT, independientemente de que se hayan evaluado con la MADRS, la MINI o el PHQ-9. En particular, la tendencia suicida fue marcada en la Argentina, y el grupo de DRT mostró una significativamente mayor proporción de tendencias suicidas que el grupo sin DRT. Estos resultados de tendencias suicidas para los pacientes con DRT coinciden con lo informado anteriormente en otros estudios que detectaron mayores problemas relacionados con la salud mental en pacientes con DRT, como conductas suicidas (Gaynes et al., 2018; Jaffe et al., 2019; Demyttenaere & Van Duppen, 2019). Además, la evidencia indica que una respuesta o incluso una reducción moderada de los

síntomas de DRT podría llegar a reducir de forma eficaz el riesgo de conducta suicida (Demyttenaere & Van Duppen, 2019). Por otro lado, se comunica que la esperanza de vida de los pacientes con TDM y DRT se reduce principalmente a través de la mortalidad no suicida (Demyttenaere & Van Duppen, 2019).

Hay un gran número de pruebas que respaldan la afirmación de que la DRT aumenta significativamente la carga de la enfermedad en varias dimensiones (Mrazek et al., 2014; Chow et al., 2019), desde económicas hasta psicosociales. En dos revisiones sistemáticas, la DRT se asoció a una menor salud mental, a un mal funcionamiento físico, a una reducción de la calidad de vida relacionada con la salud y a un peor estado de salud (Mrazek et al., 2014; Johnston et al., 2019). En el presente estudio, los pacientes con DRT presentaron resultados significativamente desfavorables, en comparación con sin DRT: menor calidad de vida, una mayor discapacidad, una mayor pérdida de productividad laboral y un mayor uso de atención sanitaria. Los resultados de la SDS fueron diferentes entre los pacientes con DRT y sin DRT para todas las dimensiones en análisis (alteración sintomática del trabajo o la escuela; actividades sociales o de ocio; vida familiar o responsabilidades en el hogar; puntuación total; y días escolares o laborales perdidos o en los que fue imposible realizar tareas habituales debido a los síntomas). Las pérdidas de productividad relacionadas con el trabajo fueron mayores entre los pacientes con DRT que entre los pacientes sin DRT, según el puntaje del WPAL. Los resultados del uso de atención sanitaria demostraron que los pacientes con DRT informaron una mayor cantidad de consultas que los pacientes sin DRT, coherente con investigaciones anteriores sobre la carga económica de la enfermedad, pero no significativa

(Crown et al., 2002; Fujii et al., 2012; Amos et al., 2018; Jaffe et al., 2019; Johnston et al., 2019; Chow et al., 2019).

A pesar de los avances realizados, el TDM tiene una gran carga tanto en las personas como en la sociedad. A nivel mundial, estos pacientes no reciben el tratamiento suficiente o reciben un tratamiento que no cumple con las recomendaciones basadas en la evidencia (Kraus et al., 2019; Borges et al., 2019). La situación empeora en países en los que los pocos recursos disponibles se suelen destinar a profesionales de la salud mental altamente especializados que actúan en entornos de atención terciaria, mientras que los médicos de atención primaria carecen de forma-

ción y recursos para el tratamiento de enfermedades mentales (Borges et al., 2019). El sistema sanitario de Argentina es uno de los más fragmentados y segmentados de toda América. Se han implementado medidas para aumentar la disponibilidad de la respuesta de salud mental con una nueva ley promulgada en 2010. Sin embargo, los recursos humanos calificados no están lo suficientemente capacitados en la atención de enfermedades psiquiátricas, y la mayoría están concentrados en las capitales de cada provincia. Además, existe un desarrollo limitado de la salud mental en la atención primaria en Argentina, similar a lo observado en otros países. Los hospitales psiquiátricos siguen disponiendo de la mayor parte de los recursos humanos (World Health Organization, 2009).

Teniendo en cuenta el sistema de salud mental de Argentina mencionado anteriormente, deben tomarse medidas para mejorar el acceso y la atención de los trastornos mentales, incluido el TDM. Asimismo, el diagnóstico temprano y la identificación de los factores de resistencia podrían orientar la selección del tratamiento, cambiar el curso de la enfermedad y mejorar la atención del TDM para mitigar el riesgo de DRT. Los datos del estudio TRAL sugieren que, en Argentina, las personas con DRT tienen una carga desproporcionada de la DRT en comparación con aquellas con TDM que responden al tratamiento. La afección también es una causa importante de morbilidad.

Otro punto fuerte de este estudio es el uso de medidas estandarizadas para el diagnóstico del TDM y la DRT y de criterios acordados entre los países para la DRT. Esto indica mejores estimaciones epidemiológicas y simplifica la comparación entre países.

Los datos sobre la utilización de recursos sanitarios también son una característica positiva del TRAL, lo que permitirá que las personas a cargo de la toma de decisiones sanitarias tomen decisiones informadas y que las autoridades sanitarias locales realicen una asignación más deliberada de los recursos. Además, este estudio resalta las áreas de inversión, de conformidad con la legislación disponible en Argentina.

Limitaciones

El tamaño de la muestra para Argentina no tenía el poder de mostrar diferencias entre DRT y sin DRT. Además, la muestra se basa en pacientes previamente diagnosticados con TDM, lo que puede ser ligeramente menos representativo de la prevalencia de DRT. Por lo tanto, la generalización de los resultados debe hacerse con precaución, ya que la muestra no es representativa de Argentina.

Además, en Argentina, los centros de referencia seleccionados, en función de los recursos disponibles y las condiciones generales, eran instituciones privadas. Por lo tanto, las investigaciones adicionales en Argentina deben incluir entornos públicos y privados.

Por último, el nivel de detalle en cuanto a los costos sanitarios y los tratamientos previos debe revisarse en futuros protocolos, ya que hubo una cantidad considerable de valores faltantes en relación con las variables obtenidas.

Observaciones finales

El proyecto TRAL retrató la DRT y proporcionó datos epidemiológicos únicos en Latam (Soares et al., 2021). En Argentina, la muestra tenía un tamaño adecuado, lo que sugiere una buena precisión en las estimaciones de la prevalencia, el objetivo principal del estudio. A nivel mundial, el estudio TRAL proporcionó una descripción precisa de la realidad de cada país, y todos los centros en el estudio eran referencias regionales sobre el tratamiento de afecciones psiquiátricas. La parte prospectiva del estudio deber proporcionar más información relevante sobre la carga de la enfermedad y los resultados del tratamiento.

Contribuciones de los autores: todos los autores cumplen con los criterios de autoría del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE), lo que aporta una contribución sustancial a la concepción y el diseño del trabajo, la adquisición y el análisis de los datos, la redacción o revisión del trabajo para contenido intelectual y la aprobación final de la versión a publicar. Los autores se comprometen a responsabilizarse de todos los aspectos del trabajo para garantizar que se investiguen y se resuelvan las preguntas relacionadas con la exactitud o la integridad de cualquier parte del trabajo.

Agradecimientos: *Clinical Trial & Consulting Services (CTI)* proporcionó apoyo de análisis estadístico al estudio TRAL financiado por Janssen LatAm.

Diego Morais de *Clinical Trial & Consulting Services (CTI)* proporcionó apoyo editorial y asistencia en la redacción médica de este manuscrito, financiado por Janssen LatAm. Janssen LatAm participó en la interpretación de los datos, la revisión y la aprobación del contenido. Todos los autores tuvieron acceso a todos los datos relevantes y participaron en la escritura, la revisión y la aprobación de este manuscrito.

El estudio TRAL (*Depresión resistente al tratamiento en América Latina*) fue financiado por Janssen LatAm,

una subsidiaria de Janssen, Inc. CTI proporcionó apoyo editorial y asistencia en la redacción médica del estudio, financiado por Janssen LatAm, una subsidiaria de Janssen, Inc.

Conflicto de intereses: **Gerardo García Bonetto:** se ha desempeñado como investigador principal en numerosos estudios clínicos, en particular, tres estudios patrocinados por Janssen. Ha integrado, o integra hasta el presente, equipos de asesoramiento y es conferencista para distintas compañías farmacéuticas, incluida Janssen; **Christian Lupo:** ha sido investigador principal actual en estudios de investigación de Janssen Pharmaceutical e investigador principal de los laboratorios: Novartis, Eli Lilly, Lundbeck, Servier, Astra Zeneca, Bago, Wyeth, Pfizer, Otsuka, Takeda, Sunovion, Janssen Pharmaceutical. Además, participó como orador para los laboratorios: Eli Lilly, Servier, Lundbeck, Chobet y Janssen Pharmaceutical. **Manuel Vilapriño Duprat:** ha sido disertante, asesor y participante en simposios, cursos, talleres y congresos, invitado por Janssen, habiendo recibido, por tales funciones, los honorarios profesionales correspondientes. Disertante en la Jornada de Actualización sobre Trastornos del Animo, auspiciada por Laboratorios Gador, y realizada en Buenos Aires en el año 2019. Tal participación implicó honorarios profesionales por sus funciones. Disertante, con honorarios pautados previamente, en el simposio organizado por Laboratorios Lundbeck sobre Actualización en Depresión, en las jornadas realizadas en Tandil, Provincia de Buenos Aires, en el año 2019. La edición por parte de la Editorial Polemos del libro sobre “Depresión de Difícil Manejo”, realizado en colaboración con otros autores en el año 2017, fue auspiciada por Laboratorios Raffo; **Ricardo Marcelo Corral:** declara haber recibido apoyo para investigación y honorarios como disertante de Janssen Cilag Argentina; **Hernán Alesandria:** participó en estudios de investigación clínica patrocinados por Astra Zeneca, Glaxo Smith Kline, Janssen, Lundbeck, Novartis, Otsuka, Pfizer, Servier y Shire; **Gabriela Kanavsky:** es empleada de Janssen Pharmaceutical; **Patricia Cabrera:** es empleada de Janssen Pharmaceutical.

Referencias bibliográficas

- Amos, T. B., Tandon, N., Lefebvre, P., Pilon, D., Kamstra, R. L., Pivneva, I., & Greenberg, P. E. (2018). Direct and Indirect Cost Burden and Change of Employment Status in Treatment-Resistant Depression: A Matched-Cohort Study Using a US Commercial Claims Database. *The Journal of clinical psychiatry*, 79(2), 17m11725. <https://doi.org/10.4088/JCP.17m11725>
- Borges, G., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L., Benjet, C., Cia, A., Kessler, R. C., Orozco, R., Sampson, N., Stagnaro, J. C., Torres, Y., Viana, M. C., & Medina-Mora, M. E. (2019). Twelve-month mental health service use in

- six countries of the Americas: A regional report from the World Mental Health Surveys. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e53. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000477>
- Conway, C. R., George, M. S., & Sackeim, H. A. (2017). Toward an Evidence-Based, Operational Definition of Treatment-Resistant Depression: When Enough Is Enough. *JAMA psychiatry*, 74(1), 9–10. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2586>
- Crown, W. H., Finkelstein, S., Berndt, E. R., Ling, D., Poret, A. W., Rush, A. J., & Russell, J. M. (2002). The impact of treatment-resistant depression on health care utilization and costs. *The Journal of clinical psychiatry*, 63(11), 963–971. <https://doi.org/10.4088/jcp.v63n1102>
- Di Bernardo, A., Lin, X., Zhang, Q., Xiang, J., Lu, L., Chen P. (2019). Optimized Treatment Strategy for Depressive Disorder. *Advances in experimental medicine and biology*, 1180, 201–217. https://doi.org/10.1007/978-981-32-9271-0_11
- Chow, W., Doane, M. J., Sheehan, J., Alphas, L., & Le, H. (2019). Economic Burden Among Patients With Major Depressive Disorder: An Analysis of Healthcare Resource Use, Work Productivity, and Direct and Indirect Costs by Depression Severity. *Am J Manag Care*. [doi:10.4088/JCP.14m09298](https://doi.org/10.4088/JCP.14m09298)
- Demyttenaere, K., & Van Duppen, Z. (2019). The Impact of (the Concept of) Treatment-Resistant Depression: An Opinion Review. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 22(2), 85–92. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyy052>
- Gaynes, B. N., Warden, D., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Fava, M., & Rush, A. J. (2009). What did STAR*D teach us? Results from a large-scale, practical, clinical trial for patients with depression. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 60(11), 1439–1445. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.11.1439>
- Gaynes, B. N., Asher, G., Gartlehner, G., Hoffman, V., Green, J., Bolland, J. LL., Weber, R. P., Randolph, C., Bann, C., Coker-Schwimmer, E., & Viswanathan, M. L. K. (2018). *Definition of Treatment-Resistant Depression in the Medicare Population. Technology Assessment Program - Technology Assessment; Project ID: PSYT0816*.; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526366/>
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., Bonnel, G., & Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 20(10), 1727–1736. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9903-x>
- Jaffe, D. H., Rive, B., & Denee, T. R. (2019). The humanistic and economic burden of treatment-resistant depression in Europe: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1–11. [doi:10.1186/s12888-019-2222-4](https://doi.org/10.1186/s12888-019-2222-4)
- Jamieson, C., Benson, C., Lee, K., Bodén, R., Brandt, L., Brenner, P., Reutfors, J., & Li, G. (2018). Humanistic outcomes in treatment resistant depression: a secondary analysis of the STAR*D study. *BMC psychiatry*, 18(1), 352. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1920-7>
- Johnston, K. M., Powell, L. C., Anderson, I. M., Szabo, S., & Cline, S. (2019). The burden of treatment-resistant depression: A systematic review of the economic and quality of life literature. *Journal of affective disorders*, 242, 195–210. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.045>
- Fujii, R. K., Goren, A., Annunziata, K., & Mould-Quevedo, J. (2012). Prevalence, Awareness, Treatment, and Burden of Major Depressive Disorder: Estimates from the National Health and Wellness Survey in Brazil. *Value in health regional issues*, 1(2), 235–243. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2012.09.011>
- Kraus, C., Kadriu, B., Lanzenberger, R., Zarate, C. A., Jr, & Kasper, S. (2019). Prognosis and improved outcomes in major depression: a review. *Translational psychiatry*, 9(1), 127. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0460-3>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lepine, B. A., Moreno, R. A., Campos, R. N., & Couttolenc, B.F. (2012). Treatment-resistant depression increases health costs and resource utilization. *Rev Bras Psiquiatr*, 34(4), 379–388. [doi:10.1016/j.rbp.2012.05.009](https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.05.009)
- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 134, 382–389. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
- Mrazek, D. A., Hornberger, J. C., Altar, C. A., & Degtiar, I. (2014). A review of the clinical, economic, and societal burden of treatment-resistant depression: 1996–2013. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 65(8), 977–987. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300059>
- National Institute of Mental Health (s/d). *Major Depression*. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression> Último acceso: 6 de septiembre de 2021.
- Novick, J. S., Stewart, J. W., Wisniewski, S. R., Cook, I. A., Manev, R., Nierenberg, A. A., Rosenbaum, J. F., Shores-Wilson, K., Balasubramani, G. K., Biggs, M. M., Zisook, S., Rush, A. J., & STAR*D investigators (2005). Clinical and demographic features of atypical depression in outpatients with major depressive disorder: preliminary findings from STAR*D. *The Journal of clinical psychiatry*, 66(8), 1002–1011. <https://doi.org/10.4088/jcp.v66n080>
- Pilon, D., Sheehan, J. J., Szukis, H., Singer, D., Jacques, P., Lejeune, D., Lefebvre, P., & Greenberg, P. E. (2019). Medicaid spending burden among beneficiaries with treatment resistant depression. *Journal of comparative effectiveness research*, 8(6), 381–392. <https://doi.org/10.2217/ceer-2018-0140>
- Reilly, M. C., Zbrozek, A. S., & Dukes, E. M. (1993). The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. *Pharmaco Economics*, 4(5), 353–365. <https://doi.org/10.2165/00019053-199304050-00006>
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Stewart, J. W., Warden, D., Niederehe, G., Thase, M. E., Lavori, P. W., Lebowitz, B. D., McGrath, P. J., Rosenbaum, J. F., Sackeim, H. A., Kupfer, D. J., Luther, J., & Fava, M. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *The American journal of psychiatry*, 163(11), 1905–1917. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.11.1905>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M. F., & Dunbar, G. C. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiatry*, 12(5), 232–241. [doi:10.1016/S0924-9338\(97\)83297-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83297-X)
- Sheehan, K. H., & Sheehan, D. V. (2008). Assessing treatment effects in clinical trials with the discan metric of the Sheehan Disability Scale. *International clinical psychopharmacology*, 23(2), 70–83. <https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e3282f2b4d6>
- Soares, B., Kanevsky, G., Teng, C. T., Pérez-Esparza, R., Garcia Bonetto, G., Lacerda, A. L. T., Saucedo Uribe, E., Córdoba, R., Christian Lupo, C., Medeiros Samora, A., & Cabrera, P. (2021). Prevalence and Impact of Treatment-Resistant Depression in Latin America: a Prospective, Observational Study *Psychiatric Quarterly*, 92, 1797–1815. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09930-x>
- Stagnaro, J.C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Sustas, S. E., Medina Mora, M. E., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S., Kessler, R. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 142(29), 275–299.
- World Health Organization. (2009). Instrumento de evaluación para los sistemas de salud mental -IESM-OMS versión 2.1 (Argentina). *World Health Organ*.:1–52.
- World Health Organisation (s/d). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates 2017*. [doi:10.1002/mas](https://doi.org/10.1002/mas). Último acceso: 6 de septiembre de 2021.

Carga en cuidadores familiares de personas con esquizofrenia: una revisión bibliográfica

Burden in family caregivers of people with schizophrenia: a literature review

Maricel Estela Gulayín¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i155.135>

Resumen

Introducción: el presente trabajo revisó en la literatura los desarrollos en cuanto a la carga del cuidador familiar de pacientes con esquizofrenia, con foco en los conceptos de “carga objetiva” y “carga subjetiva”. **Materiales y métodos:** se efectuó una búsqueda bibliográfica en idioma inglés, con la base de datos PubMed. Se utilizaron los descriptores: “Family Caregiver”, “Schizophrenia” y “Burden”. El rango temporal empleado fue 2015 a 2021. **Resultados y discusión:** la búsqueda arrojó un total de 51 artículos completos. En toda la bibliografía se señala la importancia de la carga tanto objetiva como subjetiva sobre la salud del cuidador de pacientes con esquizofrenia, y las posibilidades de su abordaje como un aspecto del plan de tratamiento. Se discute la importancia de diseñar estrategias centradas en la comunidad, donde el psiquiatra pueda dar indicaciones no sólo en relación con el paciente que padece esquizofrenia, sino también brindar herramientas a sus cuidadores familiares para una evolución favorable.

Palabras clave: Cuidador familiar – Esquizofrenia – Carga.

Abstract

Introduction: the present work reviewed the literature on the developments regarding the burden of family caregivers of patients with schizophrenia, focusing on the concepts of “objective burden” and “subjective burden”. **Materials & Methods:** a bibliographic search was carried out in English, using the PubMed database. The following descriptors were used: “Family Caregiver”, “Schizophrenia” and “Burden”. The time range used was 2015 to 2021. **Results & Discussion:** the search yielded a total of 51 full articles. Throughout the literature, the importance of both objective and subjective burden on the health of the caregiver of patients with schizophrenia and the possibilities of addressing it as an aspect of the treatment plan are noted. The importance of designing community-centered strategies is discussed, where the psychiatrist can give indications not only in relation to the patient suffering from schizophrenia, but also provide tools to their family caregivers for a favorable evolution.

Keywords: Family caregiver - Schizophrenia - Burden.

RECIBIDO 15/11/21 - ACEPTADO 22/1/22

¹Médica especialista en psiquiatría.

Correspondencia:

maricel.gulayin@gmail.com

Lugar de realización del trabajo: Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).

Introducción

Uno de los objetivos de la reforma de la atención psiquiátrica en el mundo ha sido lograr que las personas con trastorno mental permanezcan en los ámbitos cotidianos de vida, para su inclusión social y su acceso al estatuto de ciudadano, lo que implica, entre otras cosas, la transformación de las modalidades de atención (Gómez, 2009). Asimismo, en las políticas de desinstitucionalización de las personas con trastornos psiquiátricos, una de las tareas ha consistido en la “recuperación” de las familias de los pacientes crónicamente institucionalizados. En este aspecto, las asociaciones de familiares han sido un actor importante, pues su origen se dio como respuesta a la política de desinstitucionalización, además de ser un intento por retirar la culpa generada por algunas teorías familiares sobre el origen de la enfermedad y contribuir a la desestigmatización.

Es importante señalar que estas políticas de desinstitucionalización –en ciertos contextos más que en otros– se dieron, en realidad, como formas de deshospitalización, traspasando la responsabilidad del manejo de la situación exclusivamente a las familias, sin mayor apoyo institucional. Este hecho ha conducido a que muchas personas con trastornos psiquiátricos hayan quedado en situación de calle o de abandono. La carga de la familia no puede ser ignorada y las familias, para poder apoyar, requieren apoyo, sobre todo del Estado.

En Argentina, con la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, aprobada en 2010 y reglamentada en 2013, se debió priorizar la sustitución de los hospitales psiquiátricos por un modelo de atención comunitaria (Infoleg, en línea). En este proceso, se hace necesario afrontar la transformación y reorganización de los servicios, y la creación de nuevos dispositivos. Sin embargo, los recursos que se destinan a los programas de salud mental aún no son suficientes para responder a la carga que significan los trastornos mentales, y como consecuencia hay una brecha importante en cuanto al tratamiento (Cohen, 2009).

El término “carga familiar” se refiere al impacto físico, psicológico y social que tiene en las familias el cuidado de familiares con trastornos crónicos. Algunos autores prefieren el término “consecuencias del cuidado familiar” porque muchos miembros de la familia expresan emociones positivas sobre la experiencia. La carga objetiva se define como los costos observables para la familia que resultan de la enfermedad. La carga subjetiva incluye la percepción que

tiene el cuidador con respecto al cuidado. Aunque la carga experimentada por las familias de las personas con esquizofrenia ha sido reconocida durante mucho tiempo como una de las consecuencias más importantes del trastorno, existe una divergencia de opiniones sobre los factores asociados y la eficacia de las medidas de intervención (Zahid & Ohaeri, 2010).

El problema de la carga familiar adquiere un estatus similar en importancia al de la propia patología del paciente cuidado. Los cuidadores precisan más ayuda e información de los profesionales de la salud y de la administración sociosanitaria para gestionar adecuadamente sus tareas y las exigencias emocionales de los cuidados. Se trata, pues, de un fenómeno creciente que repercute sobre la salud mental y física de los cuidadores, no siempre visibilizado de forma completa (Quesada Rojas, 2018).

Dentro de este contexto, resulta relevante revisar el estado actual del problema con vistas a integrarlo en una mirada psiquiátrica contemporánea.

Con la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y el nuevo paradigma de atención con foco en la comunidad, en la Argentina se intenta gestionar distintos apoyos a los pacientes, la mayoría brindados por las autoridades sanitarias estatales, ya que dichos internos no cuentan con empleo y sus ingresos son a través de pensiones nacionales y provinciales, o algún otro tipo de subsidio brindado por el gobierno.

Por otro lado, como parte del tratamiento, el equipo interdisciplinario trabaja en la re-vinculación con sus familiares que por diversos factores han dejado de visitarlos. En los primeros contactos con la familia se vislumbra que en algún momento de la historia familiar las relaciones interpersonales disfuncionales han sido el motivo de reacciones emocionales negativas y formas de afrontamiento ineficaces como la actitud crítica, la resignación, la negación y el escape. Desde la práctica cotidiana el escaso recurso económico con que se cuenta y, como consecuencia, la escasa cantidad de dispositivos alternativos a la internación, han sido importantes barreras que entorpecen el trabajo con el paciente y su familia de manera integral e integrada; si bien desde los distintos organismos se está trabajando al respecto.

Claramente esta problemática no está visibilizada y es mucho más compleja que la patología en sí ya que, sin el acompañamiento de sus vínculos más cercanos en una forma “saludable”, los tratamientos suelen fracasar. Todo esto incrementa el interés por revisar el fenómeno de la carga familiar en estos casos.

La esquizofrenia se asocia con una disfunción social y laboral significativa. Los progresos académicos y la conservación de un empleo a menudo se ven dificultados por la abulia u otras manifestaciones del trastorno, incluso cuando las habilidades cognitivas son suficientes para realizar las tareas requeridas. La mayoría de los sujetos consigue un empleo de categoría inferior al de sus padres y la mayoría, en especial los hombres, no se casa o tiene escasos contactos sociales más allá de su familia.

El concepto de “cuidador familiar” en el campo de la salud mental

En el campo de la psiquiatría, la actividad de cuidar se ha realizado y se realiza desde diferentes instituciones sociales: el Estado (residencias, hospitales, etc.), la familia u otras organizaciones con o sin fines de lucro. El tipo de cuidado viene dado por la institución o personas que lo proveen, por la situación de quien lo recibe, y por el contexto en el que se desarrolla (Rogero García, 2010).

Según la Organización Mundial de la Salud, los cuidados de larga duración son llevados a cabo mayoritariamente por cuidadores informales (familiares, amigos o vecinos), profesionales (sanitarios) o por ambos, con el objetivo de que la persona dependiente pueda tener la mejor calidad de vida posible, atendiendo siempre a sus preferencias individuales, a la autonomía y por último, aunque no menos importante, a la dignidad humana (Sánchez Reinón, 2012). El cuidado de personas con trastornos mentales implica una participación heterogénea de diversos actores. Es posible apreciar distintos criterios en la clasificación del cuidador para pacientes con enfermedades mentales severas, tal cual ilustra la *Tabla 1*.

Cuidador principal o primario versus cuidador secundario

Siguiendo la *Tabla 1*, por “cuidador principal” se entiende a aquella persona que dedica la mayor parte de su tiempo a atender las necesidades de la persona dependiente durante un mínimo de seis semanas y sin recibir remuneración alguna. Por lo general, es un familiar quien asume estas tareas del cuidado, con la responsabilidad que ello implica, y es percibido por los restantes miembros de la familia como el responsable de la persona dependiente. Estas personas son descritas habitualmente como segundas víctimas de la enfermedad, debido a que el problema de la dependencia no solo afecta a quien la padece, sino también a quienes tienen que facilitar las ayudas necesarias para

Tabla 1. Criterios para tipos de cuidadores en el campo de la psiquiatría

Criterios	Clasificación
Grado de responsabilidad	Principal / Secundario
Remuneración	Informal / Formal
Tipo de vínculo	Familiar / No familiar
Capacitación	No capacitado / Capacitado
Lugar de desempeño	Domiciliario / Institucional

que pueda seguir viviendo dignamente (Fernández de Larrinoa Palacios et al., 2011).

El cuidador secundario está dedicado a cuestiones generalmente direccionadas por los cuidadores primarios, consistentes en proveer ayuda, en forma indirecta, al paciente. En tanto son los encargados de realizar gestiones ante las entidades prestadoras de salud como pedir turnos, reclamar por sus exámenes médicos, conseguir medicamentos, realizar compras diversas y, en algunas oportunidades, ayudar con la atención directa del paciente si el cuidador primario estuviera ausente (Peñaranda Castro, 2015).

Cuidador informal versus cuidador formal

El concepto de “cuidado informal” ha sido utilizado para aludir a un tipo de apoyo que se caracteriza porque: a) es desarrollado por personas de la red social del receptor del cuidado y b) se provee de forma voluntaria, sin que medie ninguna organización ni remuneración. Este cuidado informal suele distinguir entre tres categorías de apoyo: 1) apoyo instrumental, que hace referencia a la ayuda para realizar tareas o actividades de la vida diaria, 2) apoyo informativo, que consiste en el consejo que se ofrece para solucionar problemas concretos, y 3) apoyo emocional, referido al apoyo para la expresión de emociones (Rogero García, 2009).

El “cuidado formal” se ha definido como aquellas acciones que un profesional oferta de forma especializada, y que va más allá de las capacidades que las personas poseen para cuidar de sí mismas o de los demás. Existen dos tipos básicos de cuidado formal: el que se provee desde las instituciones públicas y el que se contrata a través de las familias. Los cuidadores formales son un grupo de profesionales cuyo trabajo es de alto riesgo y necesitan atención ya que su labor les puede generar problemas tanto físicos como emocionales (Rueda & Sánchez, 2018).

El cuidador familiar

Según revisiones sobre la temática una de las opciones más frecuentes implica que el cuidador tenga un vínculo familiar con el paciente cuidado. Al mismo

tiempo, el familiar suele ocupar el rol de cuidador principal, que dedica gran parte de su tiempo medido en horas, sin percibir remuneración ni estar debidamente capacitado para la tarea. Por último, las tareas de cuidado tienen lugar, mayoritariamente, en el ámbito domiciliario (Flores et al., 2012).

De esta forma, y siguiendo la clasificación ilustrada en la *Tabla 1*, lo más habitual consiste en que una misma figura ocupe el rol de cuidador: a) principal, b) informal, c) familiar, d) no capacitado y e) domiciliario. Esta situación genera una relativa superposición entre las categorías de “cuidador informal” y “cuidador familiar”. Así, en el marco del presente trabajo, dichos términos se han considerado prácticamente como sinónimos, si bien la revisión se ha focalizado en el cuidador familiar y se ha utilizado “cuidador familiar” como descriptor de búsqueda, tal cual se detalla en el marco metodológico.

El cuidador familiar como actor vulnerable

Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cobra la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar, la etnia y la cultura, etcétera. La condición de cronicidad puede evolucionar a situaciones de estrés crónico en el sistema, que no sólo impactan el funcionamiento de la familia, sino también la evolución de la propia enfermedad.

Durante todo este proceso, la familia sufre al igual que el paciente y se pueden generar cambios catastróficos dentro del seno familiar; ante esto el médico debe prevenir, diagnosticar e intervenir ya sea directamente o a través del equipo multidisciplinario de salud. No sólo la familia puede impactar de manera positiva o negativa en la evolución de la enfermedad, sino que es ésta última quien de forma directa afecta a las esferas: afectiva, física, económica y social de la familia, produciendo entonces un círculo vicioso que hace más severa la crisis y dificulta su manejo (Fernández Ortega, 2004).

Tal cual desarrollan Tripodoro y equipo (2015) en nuestro medio, es importante reconocer que dentro de la familia, la prestación de cuidados no acostumbra a repartirse por igual entre sus miembros. Hay un “cuidador principal”, sobre el que recae la mayor responsabilidad de los cuidados, en su mayoría sin una experiencia previa, un conocimiento o la guía de una

persona competente para orientarlo, entregando en ese intento, su salud y su vida. El cuidador es considerado un enfermo silente al acumular una serie de malestares que son enmascarados detrás del alto nivel de exigencia del familiar enfermo, obviando en su empeño la necesidad de su autocuidado para la conservación de su salud.

Se trata de un trabajo de gran responsabilidad no remunerado, sin precio en el mercado, y esto se confunde con una carencia de valor. El cuidado se basa en relaciones afectivas y de parentesco, perteneciente al terreno de lo privado; se trata de “asuntos de familia”, en los que el resto de la sociedad no se implica. Se desarrolla en el ámbito doméstico y, como tal, queda oculto a la arena pública. Finalmente, es una función adscrita generalmente a las mujeres como parte del rol de género: es “cosa de mujeres”.

Sin duda el cuidar también implica dar apoyo social y emocional, entendido éste como la provisión instrumental y/o expresiva, real y percibida, aportada por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. Las condiciones en que se desarrollan las actividades diarias del cuidador familiar lo hacen un ser vulnerable desde el punto de vista sanitario. Este rol de cuidador “responsable” dentro del núcleo familiar del paciente es asumido con mayor preponderancia por alguno de los miembros de la red socio-familiar, siendo identificado como el “cuidador principal” tanto por el paciente como por la propia persona que cuida, ya que suele ser quien coordina las acciones de organización y gestión del cuidado (Tripodoro et al., 2015).

La carga en el cuidador familiar como problema en psiquiatría

En la literatura científica “carga familiar” define los efectos y consecuencias de vivir con una persona afectada de una enfermedad mental grave. Los primeros estudios tuvieron como objetivo determinar la viabilidad de desinstitucionalizar a los pacientes (ver la revisión de Larrea, 2002).

El concepto de carga se remonta a principios de los años '60, utilizado para estudiar los efectos que tenía sobre las familias el hecho de mantener en la comunidad a pacientes con enfermedades mentales, como parte de la asistencia psiquiátrica comunitaria que se estaba implantando, a la sazón, en Gran Bretaña. El problema principal residía en las diferencias entre lo que los investigadores, por un lado, y los familiares, por otro, consideraban carga.

Estas diferencias en cuanto al significado del término fueron el origen de la primera distinción entre

carga “objetiva”, o efectos concretos sobre la vida doméstica, y carga “subjetiva”, definida como sentimientos subjetivos o actitudes hacia el hecho de la convivencia con un familiar con problemas psiquiátricos. Más adelante se volverá sobre esta distinción, eje de la revisión bibliográfica efectuada.

Los trabajos sobre la carga de los familiares referida al ámbito de la salud mental continuaron durante los años '70, desarrollándose para su evaluación diversos instrumentos de medida que incluían aspectos tan diversos como conductas específicas potencialmente molestas para la familia, contenidos sobre carga objetiva y subjetiva, y evaluaciones globales de la carga realizadas por el evaluador (Franqueza Roca, 2003).

Dentro de este contexto, la carga se entiende como el grado en que la persona cuidadora percibe que el cuidado ha influido sobre diferentes aspectos de su salud, su vida social, personal y económica (Fernández de Larrinoa Palacios et al., 2011). Es posible desarrollar este fenómeno de “carga” por la tarea asumida, conjugando diversas variables:

1. desatención de la propia salud, proyecto vital y vida social;
2. deterioro familiar, relacionado con dinámicas culposas y manipuladoras, y
3. ansiedad o frustración por falta de preparación y conocimiento técnico en el cuidado de las personas dependientes.

Además, el cuidador tiende a no buscar ayuda médica, postergándose y priorizando los problemas de su familiar, manteniendo la mayoría de sus propias patologías sin diagnosticar, tornándose casi “invisible” para el sistema de salud. Por lo expuesto es necesario evaluar esta situación en nuestro medio (Tripodoro et al., 2015).

Diversos estudios han evidenciado que ser cuidador principal puede traer consigo problemas en el ámbito laboral, económico, problemas en la esfera familiar, social y en la salud física y mental (ver por ejemplo: Revuelta Gómez-Martinho, 2016). Entre las consecuencias que puede tener el cuidado en el ámbito laboral destaca que las personas cuidadoras tienen que organizar su vida en función de la persona cuidada, es decir, tienen que organizar su horario personal y laboral para poder compaginar el trabajo dentro y fuera de casa. Además, algunos cuidadores llegan a abandonar sus trabajos, afectando el ingreso económico. En el ámbito familiar, la tarea de cuidar es una fuente de estrés y malestar emocional, no solo para el cuidador principal, sino también para la familia, puede haber desacuerdo por el cuidado, problemas conjugales o tensión con los hijos.

El ámbito social también puede verse afectado, ya que ser cuidador principal conlleva mucho tiempo de trabajo, disminuyendo el ocio y el tiempo libre. En el ámbito de la salud, pueden darse consecuencias graves como: contracturas, problemas al caminar, dolor crónico, síntomas digestivos o cansancio. Entre las consecuencias psicológicas que puede tener el cuidado destaca el malestar emocional, pudiéndose manifestar como: sentimiento de culpa y soledad o negación de sentimientos, frustración frente a expectativas no realistas, ansiedad y/o depresión.

La distinción entre carga objetiva y carga subjetiva

Como se verá más adelante, uno de los objetivos del presente trabajo fue analizar la distinción entre carga objetiva y subjetiva como eje en la literatura especializada. La carga objetiva puede definirse como cualquier alteración potencialmente verificable y observable de la vida del cuidador y la calidad del cuidado causada por la enfermedad del paciente. Cubre aquellos aspectos que el cuidador y su familia hacen por el enfermo (ayudar, supervisar, controlar, pagar, etcétera), experimentan (alteraciones en la rutina y relaciones interpersonales en la familia) y restringen en las actividades laborales, sociales y uso del tiempo libre (como ir de vacaciones o al club, practicar deportes, ir al trabajo, etcétera), como consecuencia de las tareas de cuidado (Cruz-Ortiz et al., 2013).

Por su parte, la carga subjetiva puede definirse como las preocupaciones, actitudes, reacciones emocionales y sentimientos ante la experiencia de cuidar. La carga subjetiva hace referencia a la sensación de soportar una obligación pesada y opresiva con mucha responsabilidad originada en las tareas propias del cuidador y en el hecho mismo de que un familiar sufra una enfermedad de estas características. La carga subjetiva se relaciona con la tensión propia del ambiente que rodea las relaciones interpersonales entre el paciente y sus familiares y las preocupaciones generales por la salud, seguridad, tratamiento y futuro del paciente (Cruz-Ortiz et al., 2013; Martínez et al., 2000)

Objetivos y métodos del presente trabajo

El objetivo del presente trabajo fue revisar en la literatura los desarrollos sobre la carga del cuidador familiar de las personas con esquizofrenia, analizando los conceptos de “carga objetiva” y “carga subjetiva” en cuidadores familiares de personas con esquizofrenia. Se efectuó una búsqueda bibliográfica en idioma inglés, con la base de datos PubMed. Se utilizaron los

descriptores: “Family Caregiver”, “Schizophrenia” y “Burden”. Se apuntó a que estos descriptores estuvieran en el título del artículo. Se aceptaron sólo artículos completos. El rango temporal empleado fue 2015 a 2021. La búsqueda efectuada en la base de datos PubMed siguiendo los criterios detallados en el marco metodológico, arrojó un total de 51 artículos completos. De ese primer total, 20 artículos no trataban la distinción entre carga objetiva y subjetiva, mientras que los restantes 31 sí lo hicieron, constituyendo el foco de la presente revisión.

Resultados

Artículos que no hacen distinción entre carga objetiva y subjetiva

El país que más producciones tiene en este grupo de 20 artículos es China (40%). Luego, siguen trabajos de los Estados Unidos (20%), Taiwán (10%) y, finalmente, un grupo heterogéneo de países de distintos continentes. Si bien estos artículos no dividen a la carga en objetiva y subjetiva, sino que aportan un concepto general de la misma, no se observan grandes diferencias en la manera en que se la define en la mayoría de los artículos, coincidiendo incluso con los seleccionados en el apartado siguiente. Por ejemplo, el trabajo de Yu y equipo (2019) plantea que las personas con esquizofrenia a menudo requieren cuidados intensivos, y los miembros de la familia asumen abrumadoramente la tarea de brindar cuidados, lo que impone una carga significativa a los cuidadores, con impactos físicos, mentales, sociales y financieros negativos, conocidos como “carga del cuidador”. Además, los cuidadores de personas con esquizofrenia se enfrentan a desafíos sustanciales debido al estigma social omnipresente asociado a la enfermedad mental, que agrava aún más su carga. Del mismo modo, Sunera y colegas (2017) analizan que la carga del cuidador se refiere a la experiencia total de cuidar al familiar enfermo, incluidos los efectos sobre el bienestar físico, psicológico y social, así como la capacidad de afrontar y adaptarse a esa circunstancia.

Entre los seis dominios de la carga familiar evaluados por FBIS 24, la carga financiera fue la carga más común (76%), mientras que la interrupción de las interacciones familiares fue la menos mencionada (37%) en un trabajo de Yu et al. (2017).

Por otra parte se observó que el uso de atención de salud psiquiátrica, principalmente debido a la ansiedad y los trastornos afectivos, mostró una tendencia fuertemente creciente para los padres de pacientes con esquizofrenia durante un período de observación

y fue comparativamente mayor que en los padres con hijos que padecen otras patologías crónicas o con hijos sanos; además la carga medida como el uso de la atención de la salud psiquiátrica empeoró con el aumento de la gravedad de la enfermedad de la descendencia con esquizofrenia y con el tiempo (Mittendorfer-Rutz et al., 2019).

Con respecto a la repercusión en la salud del cuidador, se halló en un trabajo realizado por Yu et al. (2019) que una puntuación de corte de 48 en ZBI-22 tiene una validez predictiva significativa para identificar a los cuidadores en riesgo de depresión y ansiedad. Esta puntuación de corte permitiría a los proveedores de atención médica evaluar a los cuidadores familiares en riesgo y proporcionar las intervenciones necesarias para mejorar su calidad de vida en este importante papel.

El género femenino y, en cierta medida, el estigma relacionado con la revelación de enfermedades mentales por parte de los cuidadores, se identificaron como predictores de la carga. Reducir el estigma mencionado, tiene el potencial de reducir la carga del cuidador (Sunera et al., 2017).

Según Rhee y colaboradores (2019), los síntomas del paciente no se asociaron significativamente con cambios en la carga del cuidador familiar, probablemente porque pequeños cambios clínicos en los adultos con enfermedades crónicas son insuficientes para aliviar las experiencias de carga establecidas desde hace mucho tiempo. En un artículo escrito por Peng et al. (2019), el aumento del apoyo social subjetivo del paciente mostró correlación con un menor grado de síntomas psicóticos, lo que se relacionó con un menor nivel de sobrecarga del cuidador.

Con respecto a las estrategias de abordaje para reducir la carga, la distribución porcentual de las intervenciones nombradas en los 20 artículos analizados son en un 12% intervenciones terapéuticas farmacológicas sobre el paciente y en un 7,5% no farmacológicas; además representan el 46% las intervenciones psicosociales y el 7,5% el apoyo financiero. En un 27% no se menciona ningún tipo de intervención.

Por ejemplo, según Lencer y equipo (2021), es una buena práctica la indicación de antipsicóticos de acción prolongada, ya que reducir la frecuencia de administración manteniendo a los pacientes estabilizados por la mejor adherencia al tratamiento, contribuye a la reducción en la carga del cuidador. En la publicación de Szkultecka-Dębek et al. (2016) se concluye que la farmacoterapia, la psicoeducación y la terapia cognitivo-conductual dirigida al paciente para

disminuir sus síntomas con el acompañamiento del familiar, reducen la carga en éste último. En el trabajo de Zhou y colegas (2016) se resalta la importancia de que el paciente reciba apoyo general además del tratamiento específico de su cuadro psicopatológico y en el caso del cuidador apoyo práctico y emocional.

Con respecto a las intervenciones psicosociales, Hsiao et al., (2020) recomiendan intervenciones centradas en la familia para los cuidadores familiares que incluyan apoyo psicológico y grupos de apoyo de pares para mejorar la reciprocidad y las estrategias de afrontamiento familiar. Además, los proveedores de atención de la salud mental deben reconocer que los cuidadores familiares primarios desempeñan un papel importante como socios en la prestación de atención de la salud mental orientada a la recuperación del paciente.

A su vez Hsiao y colegas (2015) destacan realizar intervenciones centradas en la familia para reforzar el sentido de coherencia y la resistencia familiar adquiriendo así mayor resiliencia y logrando disminuir la carga. Por otra parte, según Peng et al. (2019) las intervenciones psicosociales específicas de la cultura para aumentar la percepción del apoyo social en el paciente, también contribuyen con esta finalidad. Sunera et al. (2017) recomiendan intervenciones para reducir el estigma, el empoderamiento de los pacientes y sus familiares y la autonomía del cuidador, por ejemplo a través de Grupos de Defensa para vencer barreras socio-estructurales y de actitud en la sociedad.

Según Chen et al. (2019), las principales cargas fueron las económicas y de las tareas domésticas diarias, la comunicación social limitada y el estrés psicológico; y las necesidades de los cuidadores eran más apoyo financiero, instituciones de rehabilitación y mayor respeto.

Artículos que hacen la distinción entre carga objetiva y subjetiva

La presente revisión encontró 31 artículos que hacen la distinción entre carga objetiva y subjetiva. Se observa que una gran variedad de países son sede de estudios sobre carga familiar en cuidadores de pacientes con esquizofrenia. En China fueron realizados seis (19%). En cuanto a Turquía, Estados Unidos e India compartieron un segundo lugar, con tres publicaciones (10%) por país. Respecto del ámbito latinoamericano, se hallaron dos trabajos de Colombia (6%), dos de Brasil (6%), uno de Jamaica (3%) y otro de Chile (3%). El resto de las investigaciones fue llevado a cabo en países de Europa (España, Portugal, Suecia y Grecia), otros países de Asia

(Jordania, Irán e Indonesia) y países de África (Ghana y Nigeria). Es de notar aquí que no se encontraron artículos con sede en Argentina.

Un primer resultado, alude al fenómeno de la carga del cuidador como central y característico en el cuidado de pacientes con esquizofrenia. Así, los 31 artículos revisados, indagan mediante diversas estrategias la carga, y se observa que en diversos contextos y regiones del mundo, en un 90% de los mismos, los cuidadores están afectados tanto objetiva como subjetivamente o en algunas de éstas subcategorías por la tarea de cuidar.

Distinción entre ambos tipos de carga

De los 31 artículos resultantes de la búsqueda, veinticinco nombran la distinción de carga objetiva y subjetiva (81%), tres enfatizan sobre el aspecto subjetivo de la carga (9,5%) y el resto (9,5%) no la definen ni hacen esta diferenciación aunque aluden a aspectos subjetivos.

En sentido amplio, los artículos definen la carga objetiva como todos aquellos aspectos “tangibles” vinculados con la carga, tales como: poca disposición de tiempo, problemas financieros, pérdida de trabajo, disminución de la vida social, descuido personal y de la salud, entre los más frecuentes. Por su parte, la carga subjetiva es abordada en la literatura como aquellas emociones, y sentimientos negativos experimentados por el cuidador y percepciones de angustia y estigma. Entre los más mencionados, se observan: culpa, vergüenza, ira, impotencia y preocupación acerca del futuro.

Según Bademli y colaboradores (2018), la carga objetiva se describe como los cambios concretos y observables que resultan de la enfermedad y la carga subjetiva incluye las dificultades emocionales que surgen de las valoraciones individuales del cuidador sobre el comportamiento perturbador de los pacientes. En el trabajo de Ribé et al. (2018), la carga objetiva se refiere a las consecuencias de las tareas de cuidado sobre las actividades del hogar, los recursos económicos, la salud y las actividades de tiempo libre de los cuidadores y la carga subjetiva incluye la valoración negativa del cuidador como sentimientos de pérdida, culpa, vergüenza e ira; en particular, las reacciones emocionales afectan más claramente la calidad de vida de los cuidadores. Según Yu, et al. (2020), la carga de cuidar se describe en dos partes: carga objetiva como la realización de tareas manuales y domésticas y, carga subjetiva como las percepciones del cuidador de angustia emocional y estigma. En combinación, ambas abarcan los aspectos físicos, mentales, económicos y sociales de la prestación

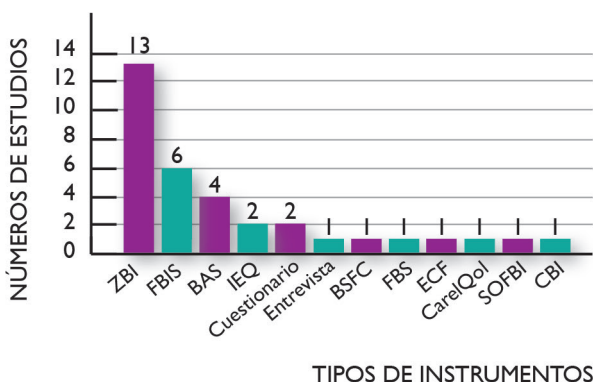
de cuidados. Estos conceptos se describen en forma similar en la publicación de Inogbo y colegas (2017), en donde se dice que la carga objetiva son las demandas aparentemente cuantificables, como el costo financiero de la enfermedad, la interrupción de las rutinas familiares y la dependencia del paciente de la familia tanto para el apoyo económico como para las actividades de la vida diaria, mientras que la carga subjetiva es la respuesta emocional del cuidador a las dificultades sociales y de comportamiento del familiar enfermo.

Esta tendencia a la distinción en dos aspectos de la carga complementarios, y la manera de definirlos, se observa en otros artículos de la revisión, tanto en el plano sudamericano (Caqueo-Urizar et al., 2016; Mantovani et al., 2016; Ramírez et al., 2017), como en otros países del mundo (De Mamani et al., 2016; Flyckt et al., 2015; Ghannamet al., 2017; Gonçalves-Pereira et al., 2017; Grover et al., 2015; Hernández et al., 2015; Ribé et al., 2018; Villalobos et al., 2017).

Mora-Castañeda et al. (2018), destacan que algunos autores señalan inconsistencias en su definición y en la manera en que el constructo se operacionaliza. En este sentido, se ha llamado la atención acerca de la connotación negativa del concepto de carga, que invisibiliza posibles consecuencias positivas que podrían acompañar a la experiencia del cuidado, así como acerca de la variabilidad existente en la medición de la carga. No obstante en esta revisión se señalan los efectos adversos del cuidado.

Por último, en el trabajo de VonKardorff et al. (2016), se define a la carga de una forma más general refiriéndose a las consecuencias sociales, psicológicas, conductuales, funcionales, médicas y económicas de la prestación de cuidados, y pone énfasis en la carga subjetiva. En la *Figura 1* se representan los instrumentos nombrados en los 31 artículos para el análisis de la carga familiar en sus dos aspectos.

Figura 1. Instrumentos para analizar la carga familiar en los 31 artículos seleccionados



La revisión bibliográfica muestra que la investigación previa se ha dedicado de manera equitativa al estudio de los aspectos objetivos y subjetivos de la carga. En cuanto a las operacionalizaciones más frecuentemente utilizadas, la *Figura 1* ilustra cómo la mayoría de los artículos (42%) apelaron a la entrevista de carga de Zarit (ZBI por su sigla en inglés) para evaluar carga. Desarrollada por Zarit y colegas (1985), la ZBI original consta de 22 ítems puntuados en una escala Likert de 5 puntos, de 0 (nunca) a 4 (casi siempre), excepto el ítem final sobre la carga global, puntuado de 0 (nada) a 4 (extremadamente). La puntuación total oscila entre 0 y 88, y las puntuaciones más altas indican una mayor carga. La ZBI ha sido ampliamente utilizada y bien validada en numerosos estudios anteriores y en diversos contextos. También se han generado versiones más breves. En la presente revisión, surgen versiones adaptadas en Brasil, China, Colombia, España, Estados Unidos, Ghana, India, Indonesia, Jamaica, Nigeria y Turquía.

El segundo instrumento más utilizado resultó ser, en un porcentaje del 19%, la entrevista de carga para familiares (FBIS por su sigla en inglés). La FBIS fue originalmente desarrollada por Pai y Kapur (1981), y consta de 24 ítems valorados en una escala Likert de 3 puntos que va de 0 (ninguna carga) a 2 (carga grave). La puntuación total oscila entre 0 y 48, y las puntuaciones más altas indican una mayor carga. La FBIS-24 ha sido ampliamente utilizada y validada en numerosos estudios anteriores. En esta revisión bibliográfica, la FBIS fue empleada en Brasil, China, Grecia, Estados Unidos e India. En muchos de estos estudios, el uso de la FBIS implica un análisis del funcionamiento familiar como un todo, en donde se inserta el cuidado del paciente esquizofrénico.

Aunque se han desarrollado una cantidad de medidas para evaluar la carga del cuidador, según se explica en el trabajo de Yu et al. (2020), estas dos han sido validadas en estudios internacionales y se han utilizado con mayor frecuencia entre los cuidadores de personas con esquizofrenia. Este estudio halló que tanto el FBIS-24 como el ZBI-22 tienen un desempeño psicométrico comparable en términos de consistencia interna, validez convergente y validez de grupo conocida, a pesar de medir aspectos ligeramente diferentes del mismo constructo, la carga del cuidador. Las propiedades psicométricas sólidas y comparables de FBIS-24 y ZBI-22 indican que las dos escalas pueden usarse indistintamente en la evaluación de la carga del cuidador. La elección entre FBIS-24 y ZBI-22 puede depender de la pregun-

ta de investigación e interés en función de las diferencias observadas, como la sensibilidad, la especificidad y el contenido. FBIS-24 se centra en la carga objetiva a nivel familiar y ZBI-22 se dirige principalmente a la carga subjetiva a nivel individual. Otra implicación de los presentes hallazgos es que el uso de ambas medidas en el mismo estudio, puede estar justificado ya que el FBIS-24 y el ZBI-22 se complementan entre sí en la comprensión de la carga del cuidador, y ofrecen una correspondencia consistente entre sí a factores sociodemográficos relacionados y medidas clínicas de una población en estudio. Identificar una medida para evaluar la carga, no solo es un paso vital para comprender los tipos de apoyo que necesitan los cuidadores, sino que también es fundamental para desarrollar programas de intervención eficaces que se dirijan a las necesidades específicas de los cuidadores.

En otro estudio en el que se comparó la Escala de Zarit (ZBI) y el Cuestionario de Evaluación de la Participación (IEQ por sus siglas en inglés), se concluyó que ambas muestran propiedades psicométricas satisfactorias para evaluar la sobrecarga del cuidador. Se proporcionó una evidencia adicional sobre el desempeño de la ZBI como una medida general de carga subjetiva (Gonçalves-Pereira et al., 2017).

Hallazgos empíricos vinculados con la carga objetiva y subjetiva

La cuestión financiera es especialmente resaltada por la literatura en términos de carga objetiva (Dewi et al., 2019; Xu et al., 2019; Flyckt, et al., 2015; Caqueo Urizar et al., 2016). Por otra parte, la carga subjetiva en el cuidador familiar ha sido indagada en términos de sus vínculos con diversas variables psicológicas, entre las que se pueden mencionar: los niveles de ira, las conductas sumisas y los síntomas depresivos (Bademli et al., 2017, Bademli et al., 2018); el autorregistro y la expresión de emociones (Villalobos et al., 2017; Ghannam et al., 2017; Zanetti et al., 2018); la vergüenza, la culpa y la autocrítica (De Mamani et al., 2016) y la percepción del estigma (Von Kardorff et al., 2016).

La carga objetiva más grande y principal es la financiera y aunque algunas familias pueden superar la carga de cuidar a la persona con enfermedad mental, sin combinar la psicofarmacología con la terapia, la carga financiera no se puede abordar (Dewi et al. 2019). La esquizofrenia es una enfermedad crónica, por lo tanto, la duración de la misma influye en la carga familiar, ya que la necesidad de cuidados a largo plazo podría aumentar la carga subjetiva para el cuidador principal.

En China, en una zona rural y de bajos recursos, se realizó un estudio observacional durante tres meses en sujetos con esquizofrenia que habían sido previamente inmovilizados en sus hogares por sus comportamientos violentos y por razones financieras, y que accedieron a participar en la intervención de “desbloqueo y tratamiento” (asistencia médica después de la liberación y seguimiento comunitario). Luego de participar en la intervención, resultó que el 85% de los pacientes continuó recibiendo servicios de salud mental y la familia informó una reducción significativa de la carga de cuidado. Sin embargo la carga indirecta financiera debida a la enfermedad continuó siendo un problema económico importante que debería abordarse mejorando el tratamiento y el funcionamiento del paciente (Xu et al., 2019).

En un trabajo realizado en Suecia por Flyckt y colaboradores (2015), se analizaron los determinantes de la carga de cuidadores informales de pacientes con trastornos psicóticos, dentro de un proyecto de colaboración multicéntrico nacional. El estudio se diseñó como una fase de evaluación transversal (visita 1) seguida de una fase de seguimiento observacional prospectivo de cuatro semanas. En la visita 1, se realizaron todas las evaluaciones de los determinantes y una de las variables de resultado en relación a como el cuidador percibía la carga (carga subjetiva). A partir de entonces, en estrecha relación con la visita 1, los cuidadores informales recibieron folletos virtuales (o en papel) para las evaluaciones de otras variables de resultado (la carga objetiva: tiempo y dinero gastado) durante un período de seguimiento de cuatro semanas. Se concluyó que la carga subjetiva era significativamente menor cuando los pacientes tenían niveles más altos de funcionamiento y cuando el estado de salud de los cuidadores informales era bueno. El sexo masculino del paciente y la menor edad del cuidador predijeron una mayor carga subjetiva del cuidador. Las cuidadoras tuvieron una mayor carga subjetiva, y la carga subjetiva aumentó con la edad para cuidadores de ambos sexos. No se encontraron determinantes significativos para la carga objetiva, sin embargo la variable económica mostró que más apoyo público y mayores ingresos totales del paciente redujeron el apoyo económico brindado por el cuidador y su carga. Además, si el cuidador tenía mayores ingresos, se incrementaba el apoyo económico al paciente.

En América del Sur, la mayoría de los pacientes con trastornos psicóticos conviven con un cuidador familiar por falta de recursos comunitarios (residen-

cias, centros de día y hospitales psiquiátricos). Además la pobreza empeora la salud de los pacientes con esquizofrenia y aumenta la carga del cuidador, lo que podría afectar la salud de los cuidadores y su capacidad para cuidar a los pacientes. Por ejemplo, en Chile algunos pacientes reciben niveles muy bajos de apoyo económico en relación con el salario mínimo y atención en un hospital público durante la fase aguda de su enfermedad, con atención ambulatoria que implica la entrega mensual de medicamentos por parte de enfermeras. Sin embargo la atención que reciben estos pacientes la brindan principalmente sus familiares y no existe un apoyo sistemático para las familias, que recurren a redes de apoyo informales, como iglesias o grupos de autoayuda. En un estudio realizado en Arica (norte de Chile) se examinó la carga con la Entrevista de Carga Familiar Subjetiva y Objetiva (SOFBI-II), y el perfil de carga experimentada por 65 familiares de pacientes con esquizofrenia, que utilizaron los servicios de salud mental; se planteó la hipótesis de que el perfil de sobrecarga de los cuidadores chilenos sería diferente al de los cuidadores de países desarrollados debido a las dificultades económicas vividas. Los resultados apoyaron parcialmente la hipótesis del estudio, ya que los cuidadores chilenos reportaron una mayor carga, sin embargo, los factores que definieron el perfil de carga fueron similares. En ambos grupos, una mayor carga se asoció con preocupaciones generales, actividades diarias y el impacto de la prestación de cuidados en sus rutinas diarias. El perfil del cuidador fue similar, es decir, madres con bajo nivel educativo y sin ocupaciones. En contraste, hubo diferencias en la carga entre los cuidadores de pacientes con esquizofrenia en el sur y norte de Chile, ya que las ciudades del sur de Chile gozan de servicios superiores con un alcance más amplio (con unidades psiquiátricas, residencias, hospitales de día y mayor número de profesionales) que en la ciudad de Arica, que se encuentra en la frontera peruano-boliviana. Con base en lo anterior, es recomendable que los cuidadores participen en grupos de autoayuda y se les brinde terapias multifamiliares y apoyo comunitario, con el fin de reducir el aislamiento social, el estigma y la carga psicológica de los miembros de la familia (Caqueo-Urizar et al., 2016).

Kumar y otros (2015), estudiaron la carga utilizando el Programa de Evaluación de la Carga (BAS por sus siglas en inglés) de 40 ítems que evalúa tanto la carga objetiva (por ejemplo, el tiempo de cuidado, los recursos económicos para cuidar al paciente, etc.) como la carga subjetiva (por ejemplo, el cariño del

cónyuge, los sentimientos de depresión o ansiedad y el sentimiento de aislamiento del cuidador) que enfrentan los cuidadores que viven en una comunidad rural del sur de la India. Se encontró que el sexo masculino de los pacientes, la menor duración del tratamiento, el cuidador siendo cónyuge, el mayor nivel de psicopatología y la mayor discapacidad en los pacientes, se asociaron con mayor sobrecarga entre los cuidadores. La discapacidad experimentada por el paciente pareció ser el factor más importante asociado con la carga del cuidador en esta comunidad. Otro predictor importante de sobrecarga fue la edad del cuidador familiar, parece natural que la carga aumente con el envejecimiento de los cuidadores. Los cónyuges experimentaron más carga cuando los hombres son pacientes, ya que las esposas tendrían que asumir la doble función de administrar el hogar y de ser el sostén de la familia. Se concluye que el tratamiento a nivel comunitario con intervenciones psicosociales parece reducir tanto la discapacidad como la carga familiar, y no sólo los síntomas.

Se realizó un estudio descriptivo y correlacional en 426 cuidadores primarios de un Centro Comunitario de Salud Mental en Antalya (Turquía), con el objetivo de responder a la pregunta: ¿en qué medida se relacionan el enojo de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia y su nivel de sobrecarga percibido? Se utilizaron para ello, un cuestionario sociodemográfico, el "Inventario de Carga de Cuidadores" (CBI-24) y la "Escala Rasgo de Ira y Estilo de Expresión de Ira (TAAES)". Este estudio encontró que los niveles de ira eran altos para los cuidadores masculinos, los cuidadores solteros y aquellos cuya duración del cuidado había durado entre uno y cinco años. Halló también que la carga de tiempo y dependencia, la carga emocional, la carga social y la carga física de los cuidadores están relacionadas con los niveles de ira, es decir que experimentan una carga objetiva y subjetiva, y que más de la mitad de ellos tratan de lidiar con la ira (Bademli et al., 2017). En otro estudio realizado en el mismo Centro Comunitario que incluyó a 101 familiares, se buscó comprender las consecuencias del cuidado. Los datos se recopilaron mediante un formulario sociodemográfico, la Escala de carga del cuidador de Zarit de 22 ítems (ZBI-22), la Escala de actos sumisos y el Inventario de depresión de Beck. Las características sociodemográficas del estudio mostraron que la mayoría de los cuidadores eran mujeres, casadas, graduadas de la escuela primaria y desempleadas. Con respecto a la duración del tiempo dedicado al cuida-

do del paciente, los resultados indicaron que cuanto mayor era la duración del contacto para cuidar a su familiar enfermo, mayor carga experimentaban los cuidadores. Se mostró que las mujeres, en particular las madres, se consideraban a sí mismas con niveles más altos de carga de cuidado y exhibían un comportamiento más sumiso y síntomas de depresión. Estas diferencias de género pueden estar relacionadas con la cultura tradicional turca. Dado que las mujeres están social y culturalmente predispuestas a asumir el papel de cuidadoras y realizar una mayor variedad de tareas domésticas, son más vulnerables a sentirse abrumadas y sobrecargadas con la "carga" de cuidar. Estos hallazgos apoyaron la conclusión de que las cuidadoras exhibían comportamientos sumisos como un método de afrontamiento ineficaz que las lleva a experimentar estrés crónico y como resultado, pueden deprimirse (Bademli, et al., 2018).

En el trabajo de Villalobos y colegas (2017), se examinaron a 60 cuidadores familiares primarios de origen mexicano que vivían en el sur de California. La carga del cuidador se evaluó al inicio del estudio y un año después mediante la Escala de evaluación de la carga (BAS) de 19 ítems que se divide en dos sub-escalas, carga objetiva y carga subjetiva. Los elementos de la sub-escala de carga objetiva incluyeron "Tuve problemas económicos" y "Tuve menos tiempo para pasar con amigos". Los elementos de la sub-escala de carga subjetiva incluyen "Te sientes atrapado por tu función de cuidador" y "Encontró el estigma de la enfermedad molesto". Se concluyó que una postura emocional crítica de los cuidadores es el predictor familiar más importante del nivel de carga y de los malos resultados de las personas con esquizofrenia. Por lo tanto, es importante que las intervenciones familiares aborden dicha postura emocional.

Los musulmanes, que representan la mayoría de la población en Jordania, deshonran a quienes abandonan o rechazan el cuidado de sus familiares, especialmente en situaciones críticas como una enfermedad. La carga de los cuidadores se evaluó mediante el programa BAS de 40 ítems agrupados en nueve dominios: relacionados con el cónyuge, salud física y mental, apoyo externo, rutina del cuidador, apoyo al paciente, asunción de responsabilidades, otras relaciones, comportamiento del paciente y estrategia del cuidador. Se encontró que la mayoría de los cuidadores sufrían de un nivel de carga de moderado a severo. El dominio de la carga relacionada con el cónyuge fue el más alto entre todos los dominios de la escala de carga, seguido

de los dominios "asumir la carga de responsabilidad" y luego los dominios de "carga de salud física y mental". El estudio no encontró una relación significativa entre la carga y la Emoción Expresada (EE), lo que no está de acuerdo con informes anteriores que dicen que las EE están asociadas con un mayor nivel de carga y angustia psicológica. Por otro lado, se encontró que la carga de salud física y mental de los cuidadores es el único dominio que se asocia con la EE. Los resultados mostraron que los cuidadores que tienen una baja tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento efectivas tienen más probabilidades de expresar un mayor nivel de carga. Además, los cuidadores con disfunciones de personalidad, en particular el neuroticismo, tienden a usar ideas distorsionadas, comportamientos inapropiados y sentimientos desagradables que, en consecuencia, afectan su capacidad para manejar las necesidades de sus pacientes y aumentan su nivel de carga (Ghannam et al., 2017).

En un gran hospital en la región sureste de Brasil, se evaluó la relación entre la EE (con sus tres componentes: comentarios críticos, sobre implicación emocional y hostilidad), y la carga familiar. Se concluyó que los miembros de la familia experimentan mayores niveles de carga cuando están más involucrados emocionalmente, y la comprensión de esta relación es fundamental para la planificación de la atención de las personas con esquizofrenia y sus familias (Zanetti et al., 2018).

Según De Mamani, et al., (2016), se encontró que los grados más altos de propensión a la vergüenza se asociaron con una mayor angustia emocional general en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia. Esto sugiere que las intervenciones dirigidas a los procesos de evaluación que subyacen a la vergüenza y la culpa de los cuidadores pueden reducir los niveles posteriores de carga para los cuidadores.

Dado que la enfermedad mental es un tabú en algunas sociedades como la iraní, no es de extrañar que exista una falta de información sobre las necesidades especiales de los personas con esquizofrenia y un alto riesgo de estigma, especialmente el estigma de cortesía, no solo para los pacientes sino para la familia como un todo (VonKardorff et al., 2016).

Asimismo el constructo "calidad de vida" es usualmente vinculado con el constructo "carga", donde diversos estudios analizan la correlación entre ambas variables. Se observaron altos niveles de sobrecarga, mayor angustia psicológica (con respecto a los estados emocionales de depresión, ansiedad y estrés) y una mala calidad de vida en los cuidadores de personas con esquizofrenia. En sentido amplio, mejores

niveles de calidad de vida, tanto en el paciente como en su cuidador, se asocian con menor grado de carga, tanto objetiva como subjetiva (Stanley et al., 2017). En el trabajo de Ribé y equipo (2018), se mostró que los mejores predictores de la calidad de vida fueron la carga de cuidado, el apoyo social y el apoyo profesional, siendo la carga la variable que mejor predice una menor calidad de vida.

Las variables clínicas y sociodemográficas son determinantes importantes de la carga familiar en la esquizofrenia. Según Mantovani et al. (2016), la carga objetiva se predice por los síntomas, particularmente los negativos: esto sugiere que los cuidadores pueden dedicar más tiempo y energía a compensar los problemas de motivación de los pacientes que a superar la incompetencia o el comportamiento perturbador. La carga subjetiva se predice por los síntomas y las variables sociodemográficas, en particular la edad de inicio de la enfermedad.

Sin embargo, en un estudio colombiano de Mora-Castañeda y otros (2018), se evidenció que la carga se asocia al deterioro del funcionamiento de los pacientes, más que a los síntomas positivos y negativos que puedan sufrir. Igualmente, muestra que el alto nivel educativo del cuidador podría ser un factor protector contra el estrés ya que se asocia con el uso de estrategias de afrontamiento eficaces y adaptativas como el interés social y las amistades, en contraposición con las estrategias de afrontamiento disfuncionales (resignación, coerción y escape), que se relacionan con el deterioro del funcionamiento ocupacional y social del paciente. En un estudio de Nigeria se encontró que los cuidadores familiares de primer grado de pacientes con esquizofrenia, son madres y tienen una carga asistencial elevada, que se asocia al bajo nivel educativo, al mal funcionamiento del paciente y a la presencia de morbilidad psiquiátrica en los propios cuidadores debido a su predisposición genética (Inogbo et al., 2017).

En China, se examinó cómo la gravedad de la esquizofrenia, el funcionamiento social y el comportamiento agresivo del paciente se asociaban con la carga del cuidador a través del tipo de parentesco. Resultó que un mayor nivel de carga (entendida como la percepción de una presión psicológica negativa o dañina), se asoció significativamente con las mujeres cuidadoras, un mayor tamaño de la familia, menores ingresos, peores síntomas, peor estado funcional y comportamientos más agresivos. Las madres cuidadoras mostraron mayor carga que los padres. Los cónyuges tendían a percibir una mayor carga si los pacientes tenían un mejor funcionamiento marital, un funcionamiento

ocupacional más deficiente o comportamientos más agresivos hacia la propiedad. Esto tiene importancia para los profesionales de la salud a la hora de desarrollar una intervención más específica para mejorar la carga de acuerdo con los tipos de parentesco y tratar los problemas funcionales y de comportamiento en la esquizofrenia (Peng et al., 2019). Se analizó el nivel de sobrecarga percibida y los determinantes sociales de la misma en los cuidadores de pacientes adultos con esquizofrenia de ascendencia africana residentes en Jamaica. La carga de atención se evaluó mediante ZBI-22. Los resultados identificaron que la incapacidad del paciente para el autocuidado, un mayor número de episodios psicóticos en el año anterior, una menor duración del cuidado y un parentesco más cercano aumentaron la probabilidad de carga. En este estudio, los cuidadores de pacientes con esquizofrenia experimentaron niveles leves a moderados de sobrecarga del cuidador y contrasta con otros estudios realizados en sociedades predominantemente desarrolladas que informan niveles de moderados a altos. Esto se debe a que las características étnicas son importantes en la percepción de la carga del cuidador con una tendencia de los cuidadores de pacientes de ascendencia africana, en comparación con las poblaciones no negras, a informar niveles de carga algo más bajos. Se ha demostrado que las intervenciones comunitarias psicosociales y los servicios de rehabilitación reducen la carga de los cuidadores (Alexander et al., 2016).

Apoya estas diferencias culturales y étnicas una investigación de Hernández y colaboradores realizada en el año 2015, con sede en California en la que se exploró como se perciben las responsabilidades del cuidado y como se conceptualiza a la carga subjetiva entre los familiares latinos de habla hispana y origen mexicano que brindan atención a un ser querido con esquizofrenia. Se recopilaron datos de centros de salud mental comunitarios para pacientes ambulatorios y se incluyeron a sus familiares. Se aplicó FBIS que no solo examina la carga objetiva, sino que también contiene una sección abierta que abarca la carga subjetiva. Se identificaron cinco temas sobresalientes que abordan las percepciones de la carga subjetiva entre todos los participantes del estudio: a) relaciones familiares interpersonales, b) efecto sobre la salud física y emocional del cuidador, c) pérdida de las expectativas del rol, d) uso de la religión y la espiritualidad para hacer frente a la enfermedad y e) estigma. Las relaciones familiares interpersonales son un componente destacado de la cultura latina y los cuidadores identi-

ficaron que las dificultades en las mismas son la principal fuente de carga subjetiva, y su efecto en la salud física y emocional del cuidador son áreas importantes a considerar. Además, sería beneficioso considerar los otros factores relevantes como la pérdida de expectativas de rol, religión y espiritualidad y estigma. La creación de un entorno de aceptación y sin prejuicios puede facilitar la comunicación entre los proveedores y los miembros de la familia y permitir que las familias expresen los desafíos y recompensas asociados con la experiencia de brindar cuidados. Tal apertura también puede contribuir a cambios en la política de salud para asegurar un mayor reconocimiento de las familias como recursos importantes en la vida de las personas con esquizofrenia.

Discusión y conclusiones

Consistentemente con el estado del arte, en un 81% de los artículos seleccionados, se hace la distinción explícita entre carga objetiva y subjetiva y un 9,5% hace esta distinción implícitamente al focalizar en la carga subjetiva. Se estudian diversos aspectos de las mismas, entre los que se destacan: a) factores que las determinan, b) características del cuidador que se encuentra sobrecargado, c) estrategias de afrontamiento ineficaces, d) mal funcionamiento familiar, e) dependencia o discapacidad del paciente que empeoran su situación, y e) diferencias étnicas y culturales que impactan en el cuidado.

En este marco, también se señalan factores que afectan a ambos tipos de carga, tales como: a) desconocimiento sobre la enfermedad, su evolución y tratamiento, b) temor a nuevas crisis, c) dependencia del paciente y su discapacidad (que toman más relevancia que los síntomas en sí), d) preocupación sobre el futuro del familiar enfermo, e) percepción del estigma y f) disfunción familiar que genera esta problemática. Dentro de la carga objetiva, la financiera es la más nombrada y, dentro de ella, la indirecta es la más difícil de modificar. Sin embargo, también son observables los problemas de salud en el cuidador, en especial los trastornos de ansiedad y depresión. Dentro de la carga subjetiva, se citan las reacciones emocionales y sentimientos variados, que tienen relación directa con el mayor involucramiento afectivo.

Otro aspecto es que los factores determinantes de la carga son muy variados y están claramente influenciados por la etnia y la cultura. El medio cultural conlleva así una percepción de la carga de manera muy variada. La cultura también impacta en una mayor o menor tolerancia de aquellos aspectos que pueden

ser objetivados por un profesional en forma directa o indirecta, en este último caso cuando aparecen los olvidos, conductas disruptivas, ira, resignación, etc. También se observan divergencias según sean países desarrollados o subdesarrollados.

Las intervenciones destinadas a aliviar la carga se deben enfocar de acuerdo al tipo de carga predominante para comprender las necesidades y los tipos de apoyo que requieren los cuidadores.

Existen escalas que miden la carga en forma más general (ZBI-22) y otras que discriminan entre carga objetiva y subjetiva (FBIS-24, BAS-19 entre otras). Usar estas últimas no solo servirían para la investigación sino que también para aplicar en los pacientes y así poder dirigir los esfuerzos a las estrategias de abordaje adecuadas.

Lo más común en el acto de cuidar es no cuidarse, entonces podría usarse una escala auto aplicable de carga para que el cuidador aprenda a monitorearse.

El perfil del cuidador en los 31 artículos es semejante. En cuanto a la relación de parentesco, en la totalidad de los mismos se señala que ocupan el primer lugar los padres, le siguen la pareja, los hermanos, los hijos u otros parientes, en porcentajes muy variados de acuerdo al estudio. La mayoría son mujeres (68%), casadas, y salvo excepciones, su nivel de instrucción es bajo al igual que sus ingresos. El porcentaje de empleo es variable, dependiendo del país que se trate, las costumbres y el posicionamiento de la mujer.

En cuanto al paciente, se observa en la literatura que en general son varones, con una edad temprana de comienzo de la enfermedad y un grado de disfunción importante que lo hace más dependiente y lo asocia con la producción de mayor carga en el cuidador. Si bien los síntomas negativos se atribuyen más frecuentemente a la carga objetiva, esto no es un dato constante y se hace más hincapié en aspectos que tienen que ver con el autovalimiento y el grado de discapacidad del paciente que impacta en la salud y en las actividades de la vida diaria del cuidador.

Los resultados de la presente revisión sugieren que las familias deben ser destinatarias de ayuda profesional, mediante intervenciones de apoyo a los "cuidadores informales", que faciliten la permanencia y estabilidad de los pacientes esquizofrénicos en la comunidad. Asimismo, es necesario considerar el impacto y las consecuencias que supone para la familia el cuidado de su familiar. Es por ello que, desde una comprensión más integral de las variables asociadas con la "carga del cuidador", e investigando el contexto

desde un enfoque biopsicosocial, se pueden proponer intervenciones multidisciplinarias a fin de mejorar la calidad de vida del cuidador y por consiguiente la del paciente y su núcleo familiar.

La investigación y el desarrollo de una oferta rigurosa con programas sanitarios de cuidados profesionales a los cuidadores son absolutamente necesarios, ya que sin la ayuda de estos cuidadores “invisibles” para el actual sistema sanitario, no se puede hacer frente a las demandas. Además, es la presencia de este tipo de “apoyo informal” el que mantiene en la mayoría de los casos a los pacientes vinculados a la comunidad, estabilizados a nivel psicopatológico y disminuye, aunque es algo que no se contabiliza, los gastos sanitarios estatales. Por todo esto, se debe considerar a la familia y sus cuidados como complementarios al tratamiento del familiar enfermo, con la intención de aminorar todo tipo de carga y en definitiva lograr una evolución favorable en la diada cuidador-cuidado.

En sentido amplio, esta revisión tuvo como intención ofrecer un punto de partida para realizar futuras estrategias centradas en la comunidad, donde el psiquiatra pueda dar indicaciones no sólo en relación con el paciente que padece esquizofrenia, sino también brindar herramientas a sus cuidadores familiares para una evolución favorable. Al mismo tiempo, se buscó problematizar la distinción entre aspectos “objetivos” y “subjetivos” de la carga, y sus probabilidades de abordaje en psiquiatría.

El mayor número de necesidades insatisfechas en el grupo de esquizofrenia se asocia con una mayor carga percibida en el cuidador, por lo tanto el familiar es parte del tratamiento y se debe considerar a la hora de planificar el abordaje terapéutico. Usar escalas y distinguir entre carga objetiva y subjetiva es buena práctica como para desarrollar un tratamiento específico para cada situación teniendo en cuenta muchas variables que van más allá de la evolución de la enfermedad como por ejemplo el contexto socio demográfico, económico, étnico y cultural.

Lo anterior no solo es un paso vital para comprender los tipos de apoyo que necesitan los cuidadores, sino también fundamental para desarrollar programas de intervención eficaces por parte de las autoridades sanitarias que incluyan entre las intervenciones a la psicoeducación familiar.

Teniendo en cuenta lo desarrollado hasta aquí, futuras investigaciones podrían seguir profundizando esta problemática, tanto desde un punto de vista teórico como desde la indagación empírica. Esto incluye revisiones bibliográficas más extensas, así como también el es-

tudio del estado de salud del cuidador de pacientes crónicos en nuestro medio, haciendo viables la aplicación de escalas de medición de carga validadas para nuestro país. Por lo tanto, es necesario capacitar a los profesionales sobre la psicoeducación y el empleo de instrumentos de medición para aplicar en los cuidadores.

En este sentido, algunas preguntas que podrían ser punto de partida de nuevos estudios aluden a: ¿cómo hacer más visible el problema de la carga del cuidador en nuestro medio? ¿Cómo incluir la psicoeducación familiar dentro de la rutina de atención al paciente? ¿Qué saben los profesionales de psicoeducación? ¿Cómo detectar a tiempo cuando una persona está por enfermarse como consecuencia del cuidado? ¿Cómo concientizar al cuidador familiar para su propio autocuidado? ¿Cómo incluir dentro de la reflexión y planificación sanitaria este complejo fenómeno?

Agradecimientos: la autora agradece la orientación y sugerencias recibidas de los Dres. María Delia Michat y Pedro Rafael Gargoloff, para la realización de su trabajo final del Curso Superior de Médico Especialista en Psiquiatría de la Asociación de Psiquiatras Argentinos, sobre la cual se basa este trabajo.

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

Referencias bibliográficas

- Alexander, G., Bebee, C. E., Chen, K. M., Vignes, R. D., Dixon, B., Escoffery, R., Francis, C., Francis, D., Mendoza, Z., Montano, S., Nelson, M., Ramcharan, S., Richards, S., & Jackson, M. D. (2016). Burden of caregivers of adult patients with schizophrenia in a predominantly African ancestry population. *Quality of life research: an international journal of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 25(2), 393–400. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1077-5>
- Bademli, K., Lök, N., & Kılıç, A. K. (2017). Relationship Between Caregiving Burden and Anger Level in Primary Caregivers of Individuals With Chronic Mental Illness. *Archives of psychiatric nursing*, 31(3), 263–268. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.12.001>
- Bademli, K., Lök, N., & Kılıç, A. K. (2018). The Relationship Between the Burden of Caregiving, Submissive Behaviors and Depressive Symptoms in Primary Caregivers of Patients With Schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 32(2), 229–234. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.007>
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., Jamett, P. R., & Irazabal, M. (2016). Objective and subjective burden in relatives of patients with schizophrenia and its influence on care relationships in Chile. *Psychiatry research*, 237, 361–365. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.01>
- Chen, L., Zhao, Y., Tang, J., Jin, G., Liu, Y., Zhao, X., Chen, C., & Lu, X. (2019). The burden, support and needs of primary family caregivers of people experiencing schizophrenia in Beijing communities: a qualitative study. *BMC psychiatry*, 19(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2052-4>
- Cohen, H. (2009). *Salud mental y derechos humanos: vigencia de los estándares internacionales*. Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Cruz-Ortiz, M., Pérez-Rodríguez, M. C., Villegas-Moreno, E. L., Flores-Robaina, N., Hernández-Ibarra, E. y Reyes-Laris, P. (2013). Carga ob-

- jetiva y subjetiva en personas con enfermedad mental: evidencias empíricas. *Pensando Psicología*, 9(16), 77-88.
- De Mamani, A. W., &Suro, G. (2016).The effect of a culturally informed therapy on selfconscious emotions and burden in caregivers of patients with schizophrenia: A randomized clinical trial. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 53(1), 57–67. <https://doi.org/10.1037/pst0000038>
- Dewi, A. R., Daulima, N., &Wardani, I. Y. (2019).Managing family burden through combined family psychoeducation and care decision without pasungtherapies. *Enfermería clinica*, 29Suppl 2, 76–80. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.012>
- Fernández de Larrinoa Palacios, P, Martínez Rodríguez, S., Ortiz Marqués, N., Carrasco Zabaleta, M., Solabarrieta Eizaguirre, J. & Gómez Marroquín, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*,23(3), 388-393.<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718925008>
- Fernández Ortega, M. Á. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la facultad de medicina de la UNAM*, 47(6), 251-254.<https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>
- Flores, E., Rivas, E., &Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 18(1), 29-41.<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004>
- Flyckt, L., Fatouros-Bergman, H., &Koernig, T. (2015).Determinants of subjective and objective burden of informal caregiving of patients with psychotic disorders. *The International journal of social psychiatry*, 61(7), 684– 692. <https://doi.org/10.1177/002076401557308>
- Franqueza Roca, M. C. (2003). ¿Quién cuida al cuidador?.*Infpsiquiatr*, 172, 221-240.Ghannam, B. M., Hamdan-Mansour, A. M., & Al Abeiat, D. D. (2017). Psychological Correlates of Burden Among Jordanian Caregivers of Patients With Serious Mental Illness. *Perspectives in psychiatric care*, 53(4), 299– 306. <https://doi.org/10.1111/ppc.12179>
- Gómez, S. A. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1), 114-125. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000100009&lng=en&tlng=es.
- Gonçalves-Pereira, M., González-Fraile, E., Santos-Zorrozúa, B., Martín-Carrasco, M., Fernández-Catalina, P., Domínguez-Panchón, A. I., Muñoz-Hermoso, P., & Ballesteros, J. (2017). Assessment of the consequences of caregiving in psychosis: a psychometric comparison of the Zarit Burden Interview (ZBI) and the Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ). *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0626-8>
- Grover, S., Chakrabarti, S., Ghormode, D., &Dutt, A. (2015).A comparative study of caregivers' perceptions of health-care needs and burden of patients with bipolar affective disorder and schizophrenia. *Nordic journal of psychiatry*, 69(8), 629– 636. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1033010>
- Hernandez, M., & Barrio, C. (2015). Perceptions of Subjective Burden Among Latino Families Caring for a Loved One with Schizophrenia. *Community mental health journal*, 51(8), 939–948. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9881-5>
- Hsiao, C. Y., Lu, H. L., & Tsai, Y. F. (2020). Caregiver burden and health-related quality of life among primary family caregivers of individuals with schizophrenia: a cross-sectional study. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 29(10), 2745–2757. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02518-1>
- Hsiao, C. Y., & Tsai, Y. F. (2015).Factors of caregiver burden and family functioning among Taiwanese family caregivers living with schizophrenia. *Journal of clinical nursing*, 24(11-12), 1546–1556. <https://doi.org/10.1111/jocn.12745>
- Infoleg (en línea). Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm> Último acceso: 6 de octubre de 2021.
- Inogbo, C. F., Olotu, S. O., James, B. O., &Nna, E. O. (2017).Burden of care amongst caregivers who are first degree relatives of patients with schizophrenia. *The Pan African medical journal*, 28, 284. <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.28.284.11574>
- Kumar, C. N., Suresha, K. K., Thirthalli, J., Arunachala, U., &Gangadhar, B. N. (2015). Caregiver burden is associated with disability in schizophrenia: results of a study from a rural setting of south India. *The International journal of social psychiatry*, 61(2), 157-163. <https://doi.org/10.1177/0020764014537637>
- Larrea, A. M. (2002). Sobrecarga de los familiares en el tratamiento de los pacientes con trastornos esquizofrénicos. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, (168), 127-145.
- Lencer, R., Garcia-Portilla, M. P., Bergmans, P., Gopal, S., Mathews, M., Wooller, A., & Pungor, K. (2021).Impact on carer burden when stable patients with schizophrenia transitioned from 1-monthly to 3-monthly paliperidone palmitate. *Comprehensive psychiatry*, 107, 152233. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152233>
- Mantovani, L. M., Ferretjans, R., Marçal, I. M., Oliveira, A. M., Guimaraes, F. C., & Salgado, J. V. (2016). Family burden in schizophrenia: the influence of age of onset and negative symptoms. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 38(2), 96– 99. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0082>
- Martínez, A., Nadal, S., Beperet, M., &Mendióroz, P. (2000). Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 23, Supl. 1, 101-110. <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/6419>
- Mittendorfer-Rutz, E., Rahman, S., Tanskanen, A., Majak, M., Mehtälä, J., Hoti, F., Jedenius, E., Enkusson, D., Leval, A., Sermon, J., Taipale, H., &Tiihonen, J. (2019). Burden for Parents of Patients With Schizophrenia-A Nationwide Comparative Study of Parents of Offspring With Rheumatoid Arthritis, Multiple Sclerosis, Epilepsy, and Healthy Controls. *Schizophrenia bulletin*, 45(4), 794–803. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby130>
- Mora-Castañeda, B., Márquez-González, M., Fernández-Liria, A., de la Espriella, R., Torres, N., & Arenas Borrero, Á. (2018). *Clinical and Demographic Variables Associated Coping and the Burden of Caregivers of Schizophrenia Patients. Variables demográficas y clínicas relacionadas con la carga y el afrontamiento de los cuidadores de personas diagnosticadas de esquizofrenia. Revista Colombiana de psiquiatría*, 47(1), 13–20. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.005>
- Pai, S., &Kapur, R. L. (1981). The burden on the family of a psychiatric patient: development of an interview schedule. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 138, 332–335. <https://doi.org/10.1192/bjp.138.4.332>
- Peng, M. M., Zhang, T. M., Liu, K. Z., Gong, K., Huang, C. H., Dai, G. Z., Hu, S. H., Lin, F. R., Chan, S., Ng, S., & Ran, M. S. (2019). Perception of social support and psychotic symptoms among persons with schizophrenia: A strategy to lessen caregiver burden. *The International journal of social psychiatry*, 65(7-8), 548– 557. <https://doi.org/10.1177/0020764019866230>
- Peng, M. M., Chen, H. L., Zhang, T., Yao, Y. Y., Li, Z. H., Long, L., Duan, Q. Q., Lin, F. R., Zen, Y., Chen, J., Ng, S. M., Chan, C. L., & Ran, M. S. (2019). Disease-related stressors of caregiving burden among different types of family caregivers of persons with schizophrenia in rural China. *The International journal of social psychiatry*, 65(7-8), 603-614. <https://doi.org/10.1177/0020764019866224>
- Peñaranda Castro, N. (2015). Implicancias del rol del cuidador principal del paciente oncológico. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. CABA. Argentina.Quesada Rojas, M. (2018). Factores asociados a la calidad de vida del cuidador informal de pacientes terminales: impacto de la información sanitaria. *Tesis doctoral, Universidad de Murcia*. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/56537/1/Macarena%20Quesada%20Rojas%20Tesis%20Doctoral.pdf>
- Ramírez, A., Palacio, J. D., Vargas, C., Díaz-Zuluaga, A. M., Duica, K., Agudelo Berruecos, Y., Ospina, S., & López-Jaramillo, C. (2017). Emociones expresadas, carga y funcionamiento familiar de pacientes con esquizo-

- frenia y trastorno afectivo bipolar tipo I de un programa de intervención multimodal: PRISMA. *Revista colombiana de psiquiatría*, 46(1), 2–11. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.02.004>
- Revuelta Gómez-Martinho, M. (2016). Cuidado formal e informal de personas mayores dependientes. *Tesis de Maestría, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad de Comillas*. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/13437>
- Rhee, T. G., & Rosenheck, R. A. (2019). Does improvement in symptoms and quality of life in chronic schizophrenia reduce family caregiver burden? *Psychiatry research*, 271, 402–404. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.005>
- Ribé, J. M., Salamero, M., Pérez-Testor, C., Mercadal, J., Aguilera, C., & Cleris, M. (2018). Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 22(1), 25–33. <https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1360500>
- Rogero García, J. (2010). Los tiempos del cuidado: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. *IMSERSO*.
- Rueda, A. V., & Sánchez, M. W. (2018). La presencia del cuidador formal e informal en el envejecimiento poblacional: atención a personas con enfermedad de Alzheimer. *Revista de ciencias y orientación familiar*, 56(1), 101–109.
- Sánchez Reinón, M. (2012). Los cuidados informales de larga duración en el marco de la construcción ideológica, societal y de género de los servicios sociales de cuidado. *Cuadernos de relaciones laborales*, 30(1), 185–210.
- Stanley, S., Balakrishnan, S., & Ilangovan, S. (2017). Psychological distress, perceived burden and quality of life in caregivers of persons with schizophrenia. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 26(2), 134–141. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1276537>
- Sunera, F. M., Deane, F. P., McLeod, H. J., & Davis, E. L. (2017). A carer burden and stigma in schizophrenia and affective disorders: Experiences from Sri Lanka. *Asian journal of psychiatry*, 26, 77–81. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.01.023>
- Szkulicka-Dębek, M., Miernik, K., Stelmachowski, J., Jakovljević, M., Jukić, V., Aadamsoo, K., Janno, S., Bitter, I., Tolna, J., Jarema, M., Jankovic, S., Pecenek, J., Vavrusova, L., Tavčar, R., Walczak, J., Talbot, D., & Augustyńska, J. (2016). Schizophrenia causes significant burden to patients' and caregivers' lives. *Psychiatry Danubina*, 28(2), 104–110. www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol28_no2/dnb_vol28_no2_104.pdf
- Tripodoro, V., Veloso, V., & Llanos, V. (2015). Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. *Argumentos. Revista de crítica social*, 17. Disponible en: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1324>
- Villalobos, B. T., Ullman, J., Krick, T. W., Alcántara, D., Kopelowicz, A., & López, S. R. (2017). Caregiver criticism, help-giving, and the burden of schizophrenia among Mexican American families. *The British journal of clinical psychology*, 56(3), 273–285. <https://doi.org/10.1111/bjc.12137>
- Von Kardorff, E., Soltaninejad, A., Kamali, M., & EslamiShahrababaki, M. (2016). Family caregiver burden in mental illnesses: The case of affective disorders and schizophrenia - a qualitative exploratory study. *Nordic journal of psychiatry*, 70(4), 248–254. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1084372>
- Xu, L., Xu, T., Tan, W., Yan, B., Wang, D., Li, H., Lin, Y., Li, K., Wen, H., Qin, X., Sun, X., Guan, L., Bass, J. K., Ma, H., & Yu, X. (2019). Household economic burden and outcomes of patients with schizophrenia after being unlocked and treated in rural China. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e81. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000775>
- Yu, W., Chen, J., Hu, J., & Hu, J. (2019). Relationship between Mental Health and Burden among Primary Caregivers of Outpatients with Schizophrenia. *Family process*, 58(2), 370–383. <https://doi.org/10.1111/famp.12340>
- Yu, Y., Liu, Z. W., Li, T. X., Zhou, W., Xi, S. J., Xiao, S. Y., & Tebes, J. K. (2020). A comparison of psychometric properties of two common measures of caregiving burden: the family burden interview schedule (FBIS-24) and the Zarit caregiver burden interview (ZBI-22). *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 94. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01335-x>
- Yu, Y., Liu, Z. W., Tang, B. W., Zhao, M., Liu, X. G., & Xiao, S. Y. (2017). Reported family burden of schizophrenia patients in rural China. *PloS one*, 12(6), e0179425. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179425>
- Zahid, M. A., & Ohaeri, J. U. (2010). Relationship of family caregiver burden with quality of care and psychopathology in a sample of Arab subjects with schizophrenia. *BMC psychiatry*, 10, 71. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-71>
- Zanetti, A., Souza, T., Tressoldi, L. S., de Azevedo-Marques, J. M., Corrêa-Oliveira, G. E., Silva, A., Martin, I., Vedana, K., Cardoso, L., Galera, S., & Gherardi-Donato, E. (2018). Expressed emotion and family burden in relatives of patients in first-episode psychosis. *Archives of psychiatric nursing*, 32(3), 390–395. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.12.003>
- Zarit S. H., Orr N. K., Zarit J. M. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress*. New York University Press.
- Zhou, Y., Ning, Y., Rosenheck, R., Sun, B., Zhang, J., Ou, Y., & He, H. (2016a). Effect of living with patients on caregiver burden of individual with schizophrenia in China. *Psychiatry research*, 245, 230–237. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.0>

La psiquiatría tiene futuro

Psychiatry has a future

Santiago Levin¹, Daniel Matusevich²

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i155.136>

Resumen

En este trabajo reflexionamos críticamente acerca de la psiquiatría y sus diversas posibilidades en un mundo en transformación permanente. Realizamos un breve recorrido por algunos de los cambios que ha sufrido a través de aportes narrativos, filosóficos y epistemológicos, planteándonos la pregunta por el futuro de la especialidad en tiempos en los que la información nos quita libertad haciéndonos sentir, al mismo tiempo, falsamente libres. Finalmente proponemos una “refilosofización” que nos coloque de nuevo en el mundo de quienes piensan y se piensan, de quienes se preocupan por preguntarse cotidianamente por las herramientas disponibles para la clínica, sin dar a ninguna de ellas como algo ya dado, devenido doctrina o religión.

Palabras clave: Psiquiatría - Clínica - Futuro.

Abstract

In this work we critically reflect on psychiatry and its various possibilities in a world in permanent change. We make a brief tour of some of the changes it has undergone through narrative, philosophical and epistemological contributions, asking ourselves the question of the future of the specialty in times when information takes away our freedom, making us feel, at the same time, falsely free. Finally, we propose a “rephilosophization” that places us once again in the world of those who think and think, of those who worry about asking themselves daily about the tools available for the clinic, without considering any of them as something already given, turned into doctrine or religion.

Keywords: Psychiatry - Clinic - Future.

RECIBIDO 12/12/2021 - ACEPTADO 14/2/2022

1. Médico Psiquiatra, Universidad de Buenos Aires. Miembro del equipo de redacción de Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, Buenos Aires, Argentina.

2. Médico Psiquiatra, Hospital Italiano de Buenos Aires. Miembro del equipo de redacción de Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, Buenos Aires, Argentina.

Autor de referencia:

Santiago Levin

santiagolevin@gmail.com

Introducción

Quien aspire a convertirse en psiquiatra debe saber que buena parte de su vida profesional deberá dedicarla a la reflexión crítica sobre la propia disciplina. Casi ninguna otra especialidad de la medicina comparte ese destino, con las excepciones, muy recientes, de la tanatología y el paliativismo. Sus objetos respectivos de trabajo, estudio y análisis –locura y muerte–, eficaces generadores de tabú y de controversia, garantizan una práctica clínica plena de polémica, encrucijadas bioéticas, y búsqueda permanente de los fundamentos teóricos, históricos y filosóficos que sustenten una práctica en la que la incertidumbre es una compañera permanente. Nadie escuchó hablar jamás de la anti-traumatología ni de la existencia de neumonólogos críticos; en cambio, las polémicas instaladas en referencia a la antipsiquiatría acompañan nuestra práctica desde la lejana década del sesenta del siglo pasado, tiempos en los cuales la especialidad fue severamente cuestionada incluso por algunos de quienes la ejercían.

Por añadidura, vivimos un presente de profundos cambios en la cultura en general, cambios que además parecieran estarse acelerando sin cesar, dándonos cada vez menos tiempo para comprender qué es lo que nos está sucediendo, y dejando obsoletas gran cantidad de herramientas intelectuales con las que creemos que aún contamos. En el prólogo de su último libro, Byung Chul Han plantea que en esta época desaparecen cosas continuamente delante de nuestros ojos sin que nos percatemos de ello, inmersos como estamos en un frenesí de información y comunicación. La información, es decir, la no-cosa, protagoniza todo y hace palidecer a lo que antes llamábamos las cosas. Vivimos, así, en un reino de información que nos quita libertad haciéndonos sentir, al mismo tiempo, falsamente libres (Chul Han, 2021).

Se ha criticado a la psiquiatría desde su mismo nacimiento, a fines del siglo XVIII. Por ir retrasada con respecto a la medicina científico-naturalista, por el barroquismo taxonómico del siglo XIX, por el manicomio, por la terapia electroconvulsiva, por la etiqueta social que supone el diagnóstico, por la falta de una etiología fundamentada en lo material, por la multiplicidad de teorías psicopatológicas, por la colaboración con regímenes represivos (en la Alemania nazi, la Rusia soviética y en lugares más cercanos también), por el uso de psicofármacos o por el no uso de los mismos, por la duración prolongada de muchas psicoterapias... Ninguna otra especialidad médica ha sido objeto de tanto reproche ni de tanto escrutinio.

Método

La larga crisis de paradigma científico en la que se halla sumida desde hace al menos cuatro décadas no hace más que empeorar el panorama. Sumemos a esto que la salud mental queda, sistemáticamente, como última prioridad a la hora de asignar partidas presupuestarias y de planificar en salud. Y es que, también dentro de la medicina misma y de la propia salud pública, la psiquiatría ha sido, tradicionalmente, un asunto de segunda importancia. Mucha retórica, muchos fuegos de artificio, poca transformación real. Hacer salud mental en serio es costoso, lleva tiempo, y reditúa poco en materia de agenda política. Para las almas biempensantes siempre ha sido mucho más sencilla la crítica que la comprensión real de lo que implica trabajar en un campo proclive a las contradicciones y a las paradojas.

Los diversos y variados actores del campo de la salud mental no estaríamos colaborando demasiado en la construcción de un futuro promisorio al presentar un permanente estado de confrontación por cuestiones de poca relevancia histórica. Estas rencillas ideológicas casi siempre toman como rehenes a los pacientes y sus familias, que en no pocas ocasiones quedan prisioneros de las contradicciones epistemológicas de profesionales más atentos al devenir de sus doctrinas que a dar cuenta de la singularidad de un sufrimiento que escapa a los marcos teóricos. Ponerse de acuerdo entre todos los que participamos en este campo no parece ser tarea sencilla.

En 1978 Henri Ey publicó *En defensa de la psiquiatría*, obra finalizada apenas cuatro meses antes de su muerte, en la que intenta dar respuesta a las contradicciones y las críticas del momento. En ese breve texto Ey fundamenta la pertenencia de la psiquiatría a la ciencia médica –“...la psiquiatría es médica o no es”–, y deja como una de las grandes lecciones que el objeto específico de la psiquiatría no es el cerebro, la neurona, la hendidura sináptica, la molécula, la conciencia o el inconsciente o sino el ser humano como totalidad. Si la enfermedad mental es ante todo deshumanización y pérdida del Ser, entonces todo aquello que deshumaniza concierne al psiquiatra (Ey, 1978).

Resultados

Ey nos ayuda a comprender que a pesar de todas las críticas parece haber allí algo irreductible, algo que él llamó el hecho psicopatológico. Un núcleo duro que se resiste a la fragmentación, a la apropiación por parte de otras disciplinas y otros campos del saber, más allá de

las nomenclaturas y los cambios de época (Ey, 1978). La locura existe. Existen los suicidios. Existen las descompensaciones psicóticas. Existen las crisis de ansiedad, bajo mil formas y mil nombres. Existen las adicciones. La abstinencia a drogas, la intoxicación aguda, la falla cortical en el contexto de trastornos orgánicos. La manía franca, la hipomanía algo menos evidente pero imparable. La impulsividad y las compulsiones. Las fobias, algunas inaccesibles a las psicoterapias. Existen las crisis en los vínculos, que con frecuencia crecientemente derivan en violencia. Existen los desafíos cognitivos que atraviesan aquellas o aquellos que están perdiendo la memoria y existe también la expresión psíquica del agotamiento civilizatorio en un mundo inequitativo y despiadado, que cada minuto produce sufrimiento que deviene síntoma, dolor inexplicable e inclasificable desde la taxonomía puramente disciplinar.

La época en que escribía Henri Ey, hace poco más de cuarenta años, era epistemológicamente más estable. En cambio, tanto los textos actuales de estudio como los papers apenas alcanzan a dar cuenta de los cambios en un mundo en constante transición en el que algunos ya no hablan de clínica sino de postclínica. Cualquier práctica o saber deberá ocupar, por imperativo ético y en este contexto, un lugar de humildad epistemológica. Y desde esta humildad acompañar al dolor sin otra certeza que centralidad del vínculo humano, tomando nuestras teorías como apoyaturas tan necesarias como transitorias. Porque los conocimientos que se cierran en sí mismos solo producen narcisismo teórico —espejismo tan gozoso como inútil—, sin posibilidad de salida ni para quienes los sostienen ni para sus pacientes.

Peter Rock describe esta encerrona con las siguientes palabras: "...los animales, como los humanos, cometen en la vida los errores que finalmente los conducen a la muerte, sea física, espiritual o emocional. Las personas y los animales que en la vida hacen siempre el mismo camino eventualmente harán un surco. Pronto los surcos se hacen tan profundos que las personas no pueden ver hacia los costados. No ven el peligro ni la belleza, solo el camino que tienen delante, porque temen perder su seguridad y temen entrar en terreno desconocido" (Rock, 2021).

Discusión

Hace ya unos años Norberto Conti se lamentaba por la "desfilosofización" de la psiquiatría contemporánea, es decir, la notoria renuncia de esta a la reflexión sobre sus propios fundamentos y alcances, abandonándose así a

la comodidad empobrecedora de una nosografía simplista y mentecata (Conti, 2008). Como en la película *Tiempos modernos*, de Chaplin, el psiquiatra queda convertido en operador repetitivo de una maquinaria que lo hace trabajar en serie y sin apenas pensar.

El camino inverso es urgente: una "refilosofización" que nos coloque de nuevo en el mundo de quienes piensan y se piensan, de quienes se preocupan por preguntarse cotidianamente por las herramientas disponibles para la clínica, sin dar a ninguna de ellas como algo ya dado, devenido doctrina o religión. La pregunta por los fundamentos —las genealogías, las epistemologías— de nuestro quehacer no obedece solo a la inquietud intelectual o a las necesidades prácticas que plantea una clínica cambiante, sino que constituye, sobre todo, un posicionamiento ético, más necesario que nunca cuando escasean las certidumbres.

Cerebro, biología, psicología, psicoanálisis, sociedad, cultura. Neurotransmisión, transferencia, biografía, sistema límbico, tabú, historia, epistemología. Vínculos, grupos, proyecto de vida. Endocrinología, hormonas. Hemisferio subdominante. Lesiones focales. Diagnóstico por imágenes. Electroencefalograma, oncología, deseo de muerte. Sexualidades, muerte, infancia. Derechos humanos, ética, bioética y ecología. Arte y creación. Suicidios. Envejecimiento. Epistemología, historia y filosofía. Psicofármacos. Epidemiología. Planificación en salud. Integración —palabra que sintetiza todo un proyecto filosófico en occidente— entre lo corporal, lo psíquico y lo social.

Creemos que muy pocas disciplinas pueden plantear una síntesis de esta compleja trama. Y casi ninguna una recapitulación clínico-teórico-práctica que haga las veces de bitácora o de guía para (no) perderse en un territorio que no es otra cosa que el espejo del mundo en el que nos toca vivir, con todas sus contradicciones y abismos. Es tan cierto que es imposible no perderse en la aventura terapéutica que casi podríamos afirmar que quien jamás se perdió es porque nunca atendió un paciente. La crisis del psicoanálisis, la neurologización de la psiquiatría, la decadencia de la clínica y la muerte de las grandes narrativas tiende a convertir el espacio de encuentro con el otro en un páramo yermo regido por algoritmos estadísticos o por teorías momificadas. Atentos a este panorama es que proponemos una semiología que permita pensar y habitar el planeta Tierra de una forma diferente, evitando caer en las trampas de la repetición acrítica y desactualizada o de la originalidad vacía y superficial.

Allí está, sin dudas, el futuro de la psiquiatría. Modesta, apedreada, pero de enorme potencia como pla-

taforma de pensamiento y de ayuda al sujeto asediado por aquello que podríamos llamar el insoportable peso de todo aquello que no encaja. De todo aquello que no encaja en este mundo tan moderno, tan brillante, tan transparente, tan tecnológico, y tan intolerante con la diferencia, esencia humana que deberíamos empezar a dejar de tolerar para aprender a amar.

Conflicto de intereses: *los autores, que forman parte del equipo de la revista, declaran no tener conflictos de intereses en relación con el contenido del presente artículo.*

Referencias bibliográficas

- Chul Han, B. (2021). *No-cosas*. Taurus.
- Conti, N. (2008). Filosofía y Psiquiatría, *Sinopsis, Revista de la Asociación de Psiquiatras Argentinos*, 21(40), 17-22.
- Ey, H. (1978). *En defensa de la Psiquiatría*. Huemul.
- Rock, P. (2021). *Klickitat*. Godot.

Déficits en el procesamiento anafórico en personas con enfermedad de Alzheimer: el rol de la memoria de trabajo

Anaphoric processing deficits in Alzheimer's disease: the role of working memory

Carlos Gelormini Lezama¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i155.137>

Resumen

Estudios experimentales han mostrado que los pacientes con enfermedad de Alzheimer manifiestan dificultades en el procesamiento del lenguaje. En particular, suelen fallar en la identificación del referente de los pronombres personales y de otras expresiones anafóricas. En individuos sanos, la repetición de los nombres propios genera una demora en el procesamiento conocida como la “penalidad del nombre repetido”. Sin embargo, en las personas con Alzheimer tales repeticiones los ayudan a establecer conexiones entre frases y les permiten procesar el lenguaje con mayor facilidad. El estudio del procesamiento anafórico en pacientes con déficits cognitivos muestra: a) la existencia de rasgos de diseño de la facultad del lenguaje, independientemente del idioma; b) la interdependencia del lenguaje y otros procesos cognitivos; c) el rol clave de la memoria de trabajo en la resolución de pronombres; d) la contribución de la psicolingüística al mejoramiento de la comunicación entre pacientes con Alzheimer y el equipo de salud.

Palabras clave: Alzheimer - Memoria de trabajo - Procesamiento lingüístico - Referencia anafórica.

Abstract

Empirical studies have shown that Alzheimer's patients have language-processing difficulties. In particular, they frequently fail to identify the referent of pronouns and other anaphoric expressions. In healthy individuals, the explicit repetition of proper names elicits a processing delay known as the repeated name penalty. However, in Alzheimer's patients, such repetitions help them establish connections between phrases and allow them to process language more easily. The study of anaphoric processing in patients with cognitive deficits shows: (a) the existence of design features of the language faculty independent of the language in question; (b) the interdependence of language and other cognitive processes; (c) the involvement of working memory in the resolution of pronouns; (d) the contribution of psycholinguistics to the improvement of communication between Alzheimer's patients and health care professionals.

Keywords: Alzheimer's Disease - Working memory - Language-processing - Anaphoric reference.

RECIBIDO 10/12/2021 - ACEPTADO 28/1/2022

¹Profesor Asociado de la Universidad de San Andrés. Licenciado en Psicología (Universidad de Buenos Aires). Doctor en Lingüística (University of South Carolina). Posdoctorado en Psicología del Lenguaje (INECO/CONICET) <https://orcid.org/0000-0002-1605-229X>

Correspondencia:

cgelormini@udesa.edu.ar

Introducción

Una anáfora es una expresión lingüística que se refiere a un elemento previamente mencionado en el discurso. Por ejemplo, en “Juan se encontró con María; él se puso contento”, el pronombre “él” es una anáfora y “Juan” es su antecedente. La resolución de la anáfora consiste en la identificación por parte del lector u oyente, del antecedente correspondiente.

Un tipo particular de anáfora es, simplemente, la repetición del antecedente. Por ejemplo: “Juan se encontró con María y Juan se puso contento”. Este uso de un nombre repetido como anáfora genera una demora en el procesamiento de la oración, un efecto conocido como la RNP (del inglés *repeated name penalty*) que ha sido ampliamente demostrado con una variedad de metodologías y en diferentes lenguas como el inglés (Gordon et al., 1993) español (Gelormini-Lezama & Almor, 2011), portugués (Leitão et al., 2012; Almor et al., 2017), italiano (Maia et al., 2017) y japonés (Shoji et al., 2017), entre otras.

Una posible explicación de la RNP se fundamenta en que la resolución de una anáfora requiere de la permanencia del antecedente en la memoria de trabajo. En las personas sanas, la repetición del nombre propio brinda información que resulta redundante, y esta RNP se manifiesta empíricamente, en una lectura más lenta. Esto predice, entonces, que las personas con déficits de memoria deberían verse favorecidas por la repetición del nombre.

Método y resultados

Almor et al. (1999) estudiaron la RNP en inglés en personas sanas y en personas con enfermedad de Alzheimer y comprobaron efectivamente que a medida que se deteriora la memoria de trabajo, se observa una disminución de la RNP. Dos Santos et al. (2021) estudiaron la RNP en portugués y encontraron que las personas sanas leen las oraciones con pronombres más rápido que las oraciones con nombres repetidos. Pero, coincidentemente con Almor, encontraron que las personas con Alzheimer manifiestan un patrón opuesto ya que no penalizan la repetición del nombre.

Ambos estudios informan a la psicolingüística porque permiten demostrar que este tipo de penalidad no depende de pautas particulares de algún idioma, modos de adquisición o diferencias culturales. Fenómenos como la RNP reflejan rasgos de diseño de la facultad del lenguaje en sí y su vínculo con otros pro-

cesos cognitivos, en este caso, la memoria de trabajo. En este sentido, el estudio de personas con Alzheimer nos posibilita, como es usual en la historia de la psicología, el entendimiento del funcionamiento normal a partir de sus manifestaciones patológicas.

Conclusiones

El estudio del procesamiento anafórico en personas con demencias nos brinda elementos concretos para allanar la comunicación con ellas, mediante un diálogo que no suponga una exigencia mayor que la que pueden afrontar. Como hemos visto, la reiteración que en personas sanas puede generar una demora en el procesamiento, es bienvenida por las personas con Alzheimer ya que esta repetición aliviana las demandas cognitivas implicadas en la resolución de la anáfora. La psicolingüística, así, es capaz de brindar pautas muy concretas para modificar nuestro discurso en pos de mejorar el procesamiento del lenguaje en personas con demencias y facilitar su diálogo con el equipo de salud y familiares.

Conflicto de intereses: el autor declara no tener conflictos de intereses.

Referencias bibliográficas

- Almor, A., De Carvalho Maia, J., Cunha Lima, M. L., Vernice, M., & Gelormini-Lezama C. (2017). Language processing, acceptability, and statistical distribution: A study of null and overt subjects in Brazilian Portuguese. *Journal of Memory and Language*, 92, 98-113. <https://doi.org/10.1016/j.jml.2016.06.001>
- Almor, A., Kempler, D., Macdonald, M., Andersen, E., & Tyler, L. (1999). Why do Alzheimer patients have difficulty with pronouns? Working memory, semantics, and reference in comprehension and production in Alzheimer's Disease. *Brain and Language*, 67(3), 202-27. <https://doi.org/10.1006/brln.1999.2055>
- de Carvalho Maia, J., Vernice, M., Gelormini-Lezama, C., Lima, M. L., & Almor, A. (2017). Co-referential Processing of Pronouns and Repeated Names in Italian. *Journal of psycholinguistic research*, 46(2), 497-506. <https://doi.org/10.1007/s10936-016-9450-2>
- Dos Santos Alves, G. A., Coêlho, J., & Leitão, M. M. (2021). Processamento correferencial em idosos com e sem doença de Alzheimer. *CoDAS*, 33(5), 1-8. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202020127>
- Gelormini-Lezama, C., & Almor, A. (2011). Repeated names, overt pronouns, and null pronouns in Spanish. *Language and Cognitive Processes*, 26(3), 437-454. <https://dx.doi.org/10.1080%2F01690965.2010.495234>
- Gordon, P. C., Grosz, B. J., & Gilliom, L. A. (1993). Pronouns, names, and the centering of attention in discourse. *Cognitive Science*, 17(3), 311-47. https://doi.org/10.1207/s15516709cog1703_1
- Leitão, M. M., Ribeiro, A. J. C., & Maia, M. (2012). Penalidade do nome repetido e rastreamento ocular em português brasileiro. *Revista Linguística*, 8(2), 35-55.
- Shoji, S., Dubinsky, S., & Almor, A. (2017). The repeated name penalty, the overt pronoun penalty, and topic in Japanese. *Journal of Psycholinguistic Research*, 46, 89-106. <https://doi.org/10.1007/s10936-016-9424-4>

“Efecto ZOOM”. El signo de la TV en pacientes con demencia: ¿Hubo un aumento en la incidencia durante la pandemia debido al mayor aislamiento y la virtualidad?

“ZOOM effect”. *The TV sign in patients with dementia: Is there an increase incidence during pandemic due to rise in isolation and virtuality?*

Guido Dorman¹, Florencia Vallejos¹, Ignacio Flores¹, Franco Appiani¹, Julián Bustin¹, Santiago O’Neill¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i155.138>

Resumen

Los síndromes de falsas identificaciones delirantes consisten en percepciones erróneas de estímulos externos con una creencia o elaboración asociada que se sostiene con una intensidad delirante. Dentro de ellos el signo de la TV consiste en que el paciente imagina que los eventos televisivos observados están ocurriendo en un espacio tridimensional real, es una manifestación poco frecuente en pacientes con demencia. Presentamos una serie de 7 casos clínicos de pacientes con demencia que han manifestado el signo de la TV durante la pandemia COVID-19. La edad promedio fue de 77 años. Dos pacientes tuvieron diagnóstico de demencia tipo Alzheimer, dos de demencia tipo Alzheimer atípico, uno de demencia vascular y tres de causa mixta (2 con demencia tipo Alzheimer + vascular y 1 demencia con cuerpos de Lewy + vascular). Tres presentaron otros síntomas psicóticos y uno se asoció también con la presencia de síndrome de Capgras. Esta serie de casos plantea la posibilidad de un aumento de la incidencia del signo de la TV en pacientes con demencia durante la pandemia precipitado por el aumento de la exposición a dispositivos con pantallas y el aislamiento social durante este período.

Palabras clave: Demencia - Síndrome de falsas identificaciones delirante - pandemia de COVID-19 - Comunicación virtual - Signo de la TV.

Abstract

Delusional misidentification syndromes are misperceptions of external stimuli with an associated belief or elaboration that is held with delusional intensity. In the TV sign patient believes that the observed television events are occurring in a real three-dimensional space. It is one of the very rare forms of delusional misidentification syndrome in patients with dementia. We report 7 patients with cognitive impairment cases who have presented TV sign during the COVID-19 pandemic. Two patients had Alzheimer’s dementia type diagnosis, 1 atypical Alzheimer dementia, 1 vascular dementia and 3 of them had mixed etiology (2 Alzheimer dementia + vascular and 1 dementia with Lewy bodies + vascular). Three presented other psychotic symptoms and 1 patient also had Capgras syndrome. These 7 cases series raise the possibility of an increase incidence of TV sign in patients with dementia during pandemic triggered by the rise in exposure to screen devices and a social isolation during this period.

Keywords: Dementia - Delusional misidentification syndrome - Covid-19 pandemic - Virtual communication - TV sign.

RECIBIDO 25/11/2021 - ACEPTADO 10/1/2022

¹Instituto de Neurociencias Cognitivas y Traslacional (INCYT), Fundación INECO, Universidad Favaloro, CONICET, Buenos Aires, Argentina.

Autor de referencia:

Guido Dorman

guido.dorman@gmail.com

Lugar de realización del estudio: Instituto de Neurociencias Cognitivas y Traslacional (INCYT).

Introducción

Dentro de los síntomas psicóticos de las demencias, se encuentran los síndromes de falsas identificaciones delirantes (SFID), definidos como percepciones erróneas de estímulos externos con una creencia o elaboración asociada que se sostiene con una intensidad delirante (Christodoulou et al., 2009)

Existen varios subtipos de SFID. Uno de ellos es la identificación errónea de eventos en la televisión o signo de la TV (STV) en el cual el paciente imagina que los eventos televisivos observados están ocurriendo en un espacio tridimensional real (Christodoulou et al., 2009). El STV, es una manifestación muy poco frecuente en pacientes con demencia. La prevalencia descrita es de 4% en Demencia con cuerpos de Lewy (DCL) y de 1.5% en Demencia tipo Alzheimer (DTA) (Nagahama et al., 2020).

Las medidas de aislamiento social instruidas a fin de impedir el avance de la pandemia COVID-19 han tenido consecuencias negativas en las manifestaciones psicológicas y conductuales de las personas con demencia (Tsapanou et al., 2021).

El objetivo de este artículo es reportar una serie de casos de pacientes con demencia que han manifestado el STV durante la primera ola de la pandemia.

Resultados

Presentamos una serie de 7 casos clínicos de pacientes con demencia que han manifestado el STV durante la pandemia COVID-19. La edad promedio fue de 77 años. Tres de los pacientes ya se encontraban en seguimiento por deterioro cognitivo, mientras que en los otros cuatro se realizó el diagnóstico a partir de estos síntomas. Dos pacientes tuvieron diagnóstico de demencia tipo Alzheimer, dos de DTA atípica, uno de demencia vascular y tres de causa mixta (2 DTA + vascular y 1 DCL + vascular). Tres pacientes presentaron otros síntomas psicóticos y un caso se asoció también con síndrome de Capgras. Ningún paciente presentó complicaciones clínicas que justificasen las manifestaciones. Las principales características demográficas, clínicas e imagenológicas se describen en la *Tabla 1* (ver *Tabla 1*).

A pesar de que el STV es una manifestación poco frecuente en los pacientes con demencias (Nagahama et al., 2020), en nuestra serie de casos describimos 7 pacientes que han presentado este fenómeno sobre un total aproximado de 250 pacientes con demencia, evaluados entre mayo 2020 y abril 2021 en nuestros servicios de neurología cognitiva y neuropsiquiatría. Esta frecuencia estimada de alrededor del 3%, en contexto de una prevalencia de etiologías similar a lo descrito en la literatura (Garre-Olmo, 2018), podría indicar

un posible aumento en la incidencia de este fenómeno durante este periodo.

Desde el punto de vista neurobiológico se ha relacionado con el compromiso de regiones temporales y frontales bilaterales en pacientes con demencia (Cipriani et al., 2014). Acorde a esta evidencia, los pacientes de nuestra serie de casos presentaban alteraciones neuropsicológicas e imagenológicas predominantes en regiones frontales y/o temporales

Aún no se conoce con exactitud la fisiopatogenia del SFID, pero probablemente exista una interacción compleja de factores biológicos, psicológicos y factores ambientales como el grado de estimulación y tipo de interacción con los cuidadores (Tible et al., 2017).

Conclusión

Esta serie de casos plantea la posibilidad de un aumento de la incidencia del STV en pacientes con demencia durante la pandemia COVID-19 precipitado posiblemente por el aumento de la exposición a dispositivos con pantallas y el aislamiento social durante este periodo, el cual proponemos como "efecto ZOOM", parafraseando el nombre de la aplicación de conexión.

Consideramos la importancia de desarrollar estudios observacionales que aporten evidencia sobre este fenómeno.

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

Referencias bibliográficas

- Christodoulou, G. N., Margariti, M., Kontaxakis, V. P., & Christodoulou, N. G. (2009). The delusional misidentification syndromes: strange, fascinating, and instructive. *Current psychiatry reports*, 11(3), 185–189. <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0029-6>
- Cipriani, G., Danti, S., Vedovello, M., Nuti, A., & Lucetti, C. (2014). Understanding delusion in dementia: a review. *Geriatrics & gerontology international*, 14(1), 32–39. <https://doi.org/10.1111/ggi.12105>
- Garre-Olmo J. (2018). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias [Epidemiology of Alzheimer's disease and other dementias]. *Revista de neurología*, 66(11), 377–386.
- Nagahama, Y., Fukui, T., Akutagawa, H., Ohtaki, H., Okabe, M., Ito, T., Suga, H., & Fujishiro, H. (2020). Prevalence and Clinical Implications of the Mirror and TV Signs in Advanced Alzheimer's Disease and Dementia with Lewy Bodies. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 10(1), 56–62. <https://doi.org/10.1159/000506510>
- Tible, O. P., Riese, F., Savaskan, E., & von Gunten, A. (2017). Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Therapeutic advances in neurological disorders*, 10(8), 297–309. <https://doi.org/10.1177/1756285617712979>
- Tsapanou, A., Papatriantafyllou, J. D., Yiannopoulou, K., Sali, D., Kalligrou, F., Ntanasi, E., Zoi, P., Margioti, E., Kamtsadeli, V., Hatzopoulou, M., Koustimpi, M., Zagka, A., Papageorgiou, S. G., & Sakka, P. (2021). The impact of COVID-19 pandemic on people with mild cognitive impairment/dementia and on their caregivers. *International journal of geriatric psychiatry*, 36(4), 583–587. <https://doi.org/10.1002/gps.5457>

Tabla I. Características demográficas, clínicas y exámenes complementarios en los pacientes con demencia que desarrollaron signo de la TV.

	Edad	Sexo	Diagnóstico (tiempo de evolución en años)	Otros síntomas psicóticos o SFID	Examen Neurológico	Evaluación cognitiva	Neuroimagen	Tratamiento farmacológico (mg. por día)*
Caso 1	71	M	DTA atípica (4)	Alucinaciones visuales Ideas delirantes. Capgras	EP	Fallas multidominio a predominio disejecutivo-atencionales	Atrofia difusa (F +). MTA 1. Fazekas 1. MS corticales.	Memantina 28 Rivastigmina 9.5 Quetiapina 100
Caso 2	68	F	DTA + vascular (5)	No	SHR	Fallas multidominio	Atrofia difusa (FP +). Secuela isquémica F izquierda	Rivastigmina 13.3 Memantina 28
Caso 3	74	M	DCL + vascular (0.5)	Alucinaciones visuales. Ideas delirantes.	Alerta fluctuante EP	No evaluable	Atrofia difusa, MTA 3 Fazekas 3	Ninguno
Caso 4	83	F	DTA + vascular (1)	No	SHR	Fallas multidominio	Atrofia difusa, MTA 3-4 Fazekas 3	Ninguno
Caso 5	84	F	DTA (3)	No	SHR	Fallas multidominio a predominio ejecutivo-atencional y amnésico.	Atrofia difusa, MTA 3 Fazekas 1	Ninguno
Caso 6	81	F	Demencia vascular (1)	Alucinaciones auditivas.	Hiperreflexia generalizada. Marcha alterada	Fallas multidominio	Atrofia difusa (P +) MTA 1 Fazekas 3	Rivastigmina 9.5 Venlafaxina 75
Caso 7	78	F	DTA (5)	No	SHR	Fallas multidominio	Atrofia difusa MTA 3 Fazekas 2	Donepecilo 10

SFID= Síndrome de Falsas Identificaciones Delirantes, DTA= Demencia tipo Alzheimer; DCL= Demencia con cuerpos de Lewy; M= masculino, F= femenino; SHP= sin hallazgos relevantes; EP= extrapiramidales; MTA= Escala de atrofia temporal medial (de 0 a 4), Fazekas: Escala cualitativa de magnitud de daño de sustancia blanca (de 0 a 3). MS= microsangrados. F= frontal, P= parietal, T= temporal, += predominante. * al momento del inicio del STV.



Gonzalo Bosch (1885-1965)

EL RESCATE Y LA MEMORIA

El Hospicio de las Mercedes en 1930

Juan Carlos Stagnaro, Norberto Conti

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i155.143>

Domingo Cabred fue designado Director del Hospicio de Las Mercedes en 1892 y profesor titular de Patología Mental en 1893, asumiendo de esta manera la continuación del proyecto iniciado por Lucio Meléndez, el iniciador de la especialidad psiquiátrica en la Argentina. Luego de una intensa labor sanitaria sus problemas de salud lo fueron alejando de la función pública: en 1916 dejó la Dirección del Hospicio, en 1918 la cátedra de psiquiatría, en 1921 renunció a la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales y, finalmente, falleció en Buenos Aires en 1929.

Con la jubilación de Cabred se cerró un importante ciclo de la historia del Hospicio de Las Mercedes, durante el cual se consolidó como una institución sanitaria y científica organizada según los estándares europeos de la época.

El año 1916, en el que Cabred abandona la dirección del Hospicio, marca el ocaso del desarrollo del modelo agro-exportador dominante en la economía argentina desde 1880. El desarrollo de los procesos económicos que benefició enormemente a las clases dominantes generó una gran asimetría en la distribución de los ingresos que se tradujo en el crecimiento de grandes bolsones de pobreza y marginalidad en los sectores más desfavorecidos de la población, engrosados por la fuerte corriente inmigratoria de la época.

El Hospicio incrementó enormemente su población en esos años: si entre 1869 y 1914 la población del país se multiplicó por 4.3, en el Hospicio entre 1867 y 1922 se multiplicó por 6, a pesar de que para esa fecha ya existían diferentes instituciones para los pacientes crónicos bajo la modalidad de colonias asilo (el Open Door de Luján, provincia de Buenos Aires y la Colonia de Oliva, en Córdoba) adonde eran derivados los pacientes que no se recuperaban.

A partir del retiro de Cabred por primera vez, desde su creación, la cátedra de psiquiatría y la dirección del Hospital dejaron de estar conducidas por la misma persona. En 1916 se hizo cargo del Hospicio, en forma interina, su subdirector Javier Brandam quien ocupó el cargo hasta la designación en 1922 de Alfredo Scarano; mientras que el cargo de profesor titular de la cátedra fue asignado, recién en 1922 a José Tiburcio Borda. Para esa época el hacinamiento de pacientes en el Hospicio era el problema fundamental a resolver; Scarano realizó una serie de modificaciones en los pabellones existentes y habilitó, 700 nuevas camas de psiquiatría y una Sala de Cirugía con capacidad para 70 pacientes llevando así la capacidad total de la institución a 2000 camas.

El 27 de abril de 1931 fue nombrado director Gonzalo Bosch, quien llegaba al Hospicio luego de una experiencia innovadora en la ciudad de Rosario donde había organizado el primer núcleo institucional de la psiquiatría rosarina.

Bosch había egresado como médico en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1913 con una tesis intitulada "Examen morfológico del alienado". En 1922 fue nombrado profesor titular de psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Litoral con sede en Rosario. Allí trabajó con Lanfranco Ciampi, psiquiatra italiano, junto a quien organizó la primera Cátedra de Psiquiatría Infantil del mundo. En 1929, cuando en el seno de la Sociedad de Neurología y Psiquiatría, una de las filiales de la Asociación Médica Argentina, se creó la Liga Argentina de Higiene Mental, Bosch fue elegido como su primer Presidente.

Al igual que Lucio Meléndez, 55 años antes, Gonzalo Bosch inició su tarea con un artículo que publicó en la revista *La Medicina Argentina* 5 de abril de 1931, 22 días antes de asumir la dirección del Hospicio. En ese texto, "El pavoroso estado de la locura en la República Argentina", que se reproduce a continuación, Bosch se manifestó muy crítico respecto al estado de la institución y anunció los ejes programáticos de lo que esperaba modificar durante su gestión.

Apenas iniciada la misma inauguró los Consultorios Externos de Psiquiatría y Neurología con el apoyo de la Liga Argentina de Higiene Mental, y organizó los Servicios de Oftalmología, Piel y Sífilis, Otorrinolaringología y Vías Urinarias, para dar una atención integral a los internados.

En 1932 inauguró la Escuela de Enfermeras (en su segunda época luego de la experiencia de Cabred), que funcionó hasta 1941. En 1935 comenzó la formación de Visitadoras Sociales en el Hospicio con un curso dependiente de la Liga Argentina de Higiene Mental, que funcionó hasta 1946. Con las egresadas de ese curso se creó el primer Servicio Social de Buenos Aires en la Liga Argentina de Higiene Mental, en 1938, y el primer Servicio Social de un hospital psiquiátrico, en 1942, en el Hospicio.

Mientras tanto el crecimiento incesante del número de pacientes puso, nuevamente, a la institución al borde del caos producido por el hacinamiento: el censo anual de 1935 se contabilizaron 2592 pacientes y en el de 1939, 3039. A fin de paliar a esa situación en 1937, luego de una larga gestión legislativa, se aprobó la construcción de los Pabellones A y B, con capacidad para 900 pacientes, los cuales fueron inaugurados

el 30 de noviembre de 1940. A lo largo de toda esta década Gonzalo Bosch intentó la modernización del viejo Hospicio sobre el modelo del hospital psiquiátrico esbozado en su artículo inaugural, para ello se apoyó en el marco teórico del movimiento de higiene mental, en el acompañamiento local de la Liga Argentina y en la colaboración de médicos del hospital, algunos formados por él y otros con recorrido propio que lo acompañaron en el proyecto.

José T. Borda fue sucedido como profesor titular de psiquiatría por Arturo Ameghino quien ocupó el cargo hasta 1943, año en el que accedió al mismo Bosch y durante un lustro nuevamente el hospital y la cátedra estuvieron dirigidos por la misma persona, como había sucedido con Meléndez y Cabred.

En 1942, por solicitud de Bosch y a instancias de Osvaldo Loudet, el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina creó el Curso Superior de Médicos Psiquiatras, bajo la dirección del primero, el cual constituyó la primera instancia universitaria de formación y habilitación de psiquiatras de la Argentina. En el plano de la modernización de los métodos terapéuticos con Bosch llegó al Hospicio la psicoterapia, no solo en los consultorios externos para los cuadros leves, sino también para los cuadros de psicosis graves en la internación. Probablemente, fue Enrique Pichon-Rivière, cercano colaborador de Bosch, el primero que utilizó herramientas del psicoanálisis para la atención individual y grupal de pacientes psicóticos en el Hospicio.

Otros métodos de reciente aparición que llegaron en esa época fueron las técnicas convulsivantes, en especial el electroshock, como puede evidenciarse en las publicaciones de Bosch, Pichon Riviere, quien inició la práctica del electroshock en el Hospicio a instancias de Bosch, y Peluffo y, con mucha originalidad, la combinación del electroshock con la psicoterapia que propusieron Sbarbi y Goldenberg.

En 1947 más de 1000 pacientes fueron trasladados a las Colonias de Alienados de Luján y de Oliva, se demolieron los pabellones más viejos, y se inició la construcción del nuevo Pabellón Central. Ese mismo año se creó el Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil, cuyo primer jefe fue Enrique Pichon-Rivière y Gonzalo Bosch renunció a la Dirección del Hospicio, continuando a cargo de la cátedra de psiquiatría hasta 1952.

Bibliografía

- AA.VV. (1965). *Historia del Hospital Nacional Neuropsiquiátrico de Hombres*, en Cuadernos de ACHON (Asociación Cooperadora de Hospitales Nacionales), Agosto 1965, pp. 3-11.
- Conti, N. (2015). *Ciencia y Política en la Argentina del Centenario: El Congreso Científico Internacional Americano de 1910*. En Casas, A. y Congote, J. (Coord.) Actualizando discursos, Trazos de historia de la psiquiatría y de la salud pública en el contexto iberoamericano, Universidad de Antioquia.
- Conti, N. (2014). *Historia de la Psiquiatría Argentina: ideas, instituciones y prácticas*. En PROAPSI, Programa de actualización en Psiquiatría. APSA/Editorial Médica Panamericana, Ciclo 3, Módulo 1, pp. 9-42.
- Conti, N. (2010). Domingo Cabred y las Instituciones de Salud Pública en la Argentina, *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 21(90), 154-155.
- Conti, N. (2004). *Aspectos sociales políticos y culturales en torno a la Organización Nacional (1880 - 1910)*. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 21.
- Chichilnisky, S. (2005). Aventuras pampeanas en Salud Mental. *Electro-neurobiología*, 13(2), 14-160.
- Gentile, A. (1998). La psiquiatría en Rosario, *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 5.
- Guerrino, A. (1982). *La psiquiatría argentina*, Ed. Cuatro.
- Klappenbach, H. (1999). El movimiento de la higiene mental y los orígenes de la Liga Argentina de Salud Mental. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 10.
- Loudet, O. (1971). *Historia de la Psiquiatría Argentina*, Ed. Troquel.
- Malamud, M. (1972). *Domingo Cabred*. Ministerio de Cultura y Educación, Buenos Aires.
- Navarraz, V. (2011). La creación de establecimientos públicos de asistencia psiquiátrica en la Argentina. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Facultad de Psicología, UBA.
- Rocchi, F. (2000). *El péndulo de la riqueza: la economía argentina en el período 1880-1916*, en Lobato, M. (Dir.) El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916), Nueva Historia Argentina, Tomo V, Sudamericana.
- Stagnaro, J.C. (2005). "Lucio Meléndez y el nacimiento de la psiquiatría como especialidad médica en la Argentina, 1870-1890". Tesis doctoral, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
- Volmer, M.C. (2010). *Historia del Hospital Neuropsiquiátrico José T. Borda*, Salerno.
- Zito Lema, V. (1985). *Conversaciones con Enrique Pichon Riviere sobre el arte y la locura*, Ediciones Cinco.

El pavoroso estado de la locura en la República Argentina¹

Gonzalo Bosch

La República Argentina, que ha conquistado un puesto sobresaliente, en lo que se refiere a organización hospitalaria, digna de las naciones más cultas, se encuentra actualmente abocada a problemas de asistencia social de la más grande importancia.

En efecto, el paludismo, que azota a varias provincias, la lepra, que va insidiosamente infiltrándose hasta en la Capital Federal y la tuberculosis, que hace verdaderos estragos en todo el país, especialmente en las ciudades más pobladas e industriales, ocupan y preocupan a los gobiernos bien intencionados y previsoros.

Para quienes seguimos de cerca los problemas sanitarios y sociales, sabemos que a esta noble lucha en contra de la tuberculosis, de la lepra y del paludismo debe agregarse la campaña en contra de la locura: otro flagelo, que va pavorosamente aumentando año tras año, entre nosotros, como en todo país civilizado.

¿La locura aumenta, o aumenta como otros quienes, la sensibilidad social a la misma?

El problema de interés analítico que importa esta premisa no altera el hecho indiscutible y demostrable del aumento en el número de alienados que necesitan ser internados en establecimientos especiales: capítulo este, digno de la consideración más atenta de nuestras autoridades.

En Inglaterra, por ejemplo, según una estadística de 1859, había 1,86 alienados por cada mil habitantes, mientras que otra del año 1906, arroja la cifra de 353 alienados por cada mil habitantes. También las estadísticas del año 1927 y 1928, presentadas por el departamento de comercio de EE.UU. de Norte América, se verifica un aumento notable de las enfermedades mentales, asistidas en los hospitales psiquiátricos. En ese país, el número de enfermos internados, en 1928 representaban el 2,21 por cada mil habitantes de la población total (221,4 por cien mil). En comparación con los enfermos hospitalizados en 1880, hay un aumento de un 300 por ciento de enfermos mentales, naturalmente, sin contar los psicópatas, que por cualquier razón no fueron internados en los hospitales estaduales o en los federales, porque a estos se refiere únicamente la estadística.

De la misma manera en Italia, en 1874 se asistían en los diversos manicomios, 0,5 alienados por cada mil habitantes. Cuarenta años más tarde, en 1914, la relación se había elevado a 1,5 por mil y en un reciente trabajo estadístico del año 1930, hecho sobre el movimiento de alienados del mismo país, el Doctor Modena observó que cada año aumentan allí 2.000 enfermos en los hospitales psiquiátricos y precisamente, en 1926, eran internados 60.306 alienados, en 1927, 62.127; en 1928, 64.268; y en 1929, 66.292 alienados.

Siendo el aumento de enfermos mentales una comprobación corriente, en todas las naciones civilizadas, se ha calculado que si el aumento de la locura, en los principales países de alta civilización, tuviese que ascender en la misma proporción verificada en la segunda mitad del siglo XIX, en menos de tres siglos esos países estarían poblados por alienados (Tamburini, Ferrari, Antonini).

Frente a estos hechos, se nos ocurre preguntar: ¿Qué hizo la República Argentina para detener el incremento de la locura?... Organizó un número suficiente de establecimientos, en donde todos los enfermos mentales del país puedan recibir el tratamiento adecuado?... ¿Las providencias para la asistencia de alienados, responden a los criterios científicos aconsejados por la psiquiatría?

Tenemos que responder categóricamente que no.

No obstante, el hecho de que varios distinguidos colegas (recuerdo aquí solamente a Borda, Ciampi, Ameghino, Esteves Balado, D'Oliveira Esteves, Belbey, Rojas, Merzbacher, Martínez, Obarrio, Gorriti, Mó, etc.) hayan levantado su voz de alarma y tratado diversas cuestiones relacionadas con la asistencia a los enfermos mentales, en la Argentina, estamos convencidos de que, relativamente poco se ha hecho en este campo y mucho queda por hacer y sin demora.

Es por esto y porque sabemos que "el problema de más trascendental importancia que hoy debe solucionar toda nación civilizada es, según F. Farnell (1930) aquel del cuidado y de la asistencia a los alienados y a los delincuentes", que volvemos hoy a plantear los tópicos que están ligados al tratamiento y a la profilaxis de

1. Publicado en *La Medicina Argentina*, X, pp. 216y subs., 1931.

las enfermedades mentales en la República Argentina, no ya con la idea de marcar rumbos nuevos, sino con la intención de estimular con la prédica y con el recuerdo de cosa juzgada y conocida, la realización de todas aquellas medidas que contribuyan a resolver e implantar la asistencia de los alienados: *Gutta cavat lapidem*.

Para que no se nos tilde de exagerados, cuando hemos dicho que mucho hay que hacer, y sin demora, en nuestro país, en beneficio de los alienados, vamos a resumir lo que está realizado y lo que falta por realizar, hasta que podamos decir que la Argentina ha organizado la asistencia a los enfermos mentales en forma inteligente y acabada.

Ante todo, es menester precisar el número de enfermos mentales existentes en el país.

Según el censo de 1869, contábamos con 4.003 alienados y 4.223 idiotas, lo que de acuerdo a la estadística oficial, daba una cifra para los primeros de 2,3 por cada mil habitantes y, para los segundos 2,4 por mil. Se rectificaron esas relaciones oficiales y se encontró que había 4,30 por mil en aquel entonces, de los cuales 2,13 por mil dementes y 2,25 idiotas: los internados eran solamente el 0,02 por mil.

Desde entonces hasta la fecha, no tenemos informes que nos proporcionen datos fehacientes sobre el número de enfermos mentales existentes en la República, pues el censo de 1895 que rebaja a la mitad el número de los censados en 1869, dice que no puede hacer comparaciones internacionales (con nuestras cifras) por que algunos países, entre los alienados, incluyen a los idiotas, cretinos, etc.

Esta explicación inhibe de tomar en cuenta esas cifras pues indica que no se han considerado alienados todos aquellos que padecían trastornos mentales.

El censo de 1914 dice que dada la poca importancia que se le asignó a este capítulo en el censo anterior (1895) ha resuelto no tratarlo y en consecuencia nuestro tercer censo nacional no registró el número de alienados existentes en el país.

No despreciaremos, sin embargo, un dato importante que contiene en el comentario de las cifras que nos ocupan, el censo de 1895, cuando establece que de los alienados censados, los extranjeros figuran en una proporción equivalente al doble de los argentinos.

Tenemos, sin embargo, estudios prolijos sobre el número de alienados que están internados, en asistencia, en los establecimientos manicomiales.

En la revista de la Liga Argentina de Higiene Mental (Nº1, 1930), publicamos el dato: en los diversos establecimientos psiquiátricos se asisten alrededor de 14.000 enfermos mentales, lo que significa que en ese

año los alienados representaban aproximadamente el 1,26 por cada mil habitantes. Nos falta todavía por conocer el número de enfermos que no se asisten en los establecimientos de la especialidad y que creemos superior al primero.

Si no tomamos en consideración el fenómeno verificado en todos los países, en aquello que se refiere al incremento de la locura en los últimos cincuenta años y nos atenemos a la relación establecida en los datos del censo de 1869, más arriba referido, tendremos que, globalmente, entre alienados (enfermos mentales propiamente dichos) e idiotas, asistidos y no asistidos, su número debe oscilar actualmente en alrededor de 43.000, si calculamos nuestra población en diez millones de habitantes, y, llega a 51.600, si consideramos que aquella alcanza a los doce millones.

A esta cifra se aproximan las calculadas hace ya algunos años por los Dres. Meléndez y Coni –citados por Ingenieros en su libro “La locura en la Argentina”– quienes llegaban a establecer que existían 4,5 alienados por cada mil habitantes: relación que con la población actual haría ascender a 54.000 el número de alienados.

Como se ve, la cantidad de alienados en nuestro país es respetable. Si se estima exagerado ese cálculo, que sin embargo se basa sobre un censo oficial del año 1869, y no se tiene en cuenta, como hemos dicho, el aumento de la locura, notado en todas las naciones en estos últimos tiempos, y se quiere reducirlo, tomando como comparación el de otros países (Suiza tiene 3,94 alienados por cada mil habitantes, Dinamarca 2,30; y, EE.UU. de N. América 2 por mil (según referencias del Dr. Ameghino), podríamos computar, quedándonos seguramente muy lejos de la realidad, con 2 alienados por cada mil habitantes: un total de 24.000 alienados.

Ahora bien: para esa enorme población de insanos, contamos solamente con las siguientes instituciones manicomiales: Hospicio de las Mercedes, Hospital Nacional de Alienados, Hospital Melchor Romero, Colonia Nacional de Alienados “Dr. Domingo Cabred”, Asilo Colonia de Oliva, Hospital de Alienados de Rosario, Asilo-Colonia para Retardados de Torres y una decena de sanatorios privados.

Hemos visto ya que en todos estos establecimientos se asisten alrededor de 14.000 enfermos mentales, ¿los otros alienados, más de diez mil, como minimum, en dónde se asisten?

De lo dicho resulta claro que, por lo menos, diez mil alienados no encuentran en el país asistencia psiquiátrica de ninguna clase y si tenemos en cuenta que todos los establecimientos públicos tienen internados

actualmente una cantidad de enfermos superior a la capacidad de cada uno, el problema de la asistencia a los enfermos mentales en el país cobra caracteres trágicos, no de acuerdo, por cierto, con la cultura nacional.

Pero aquí no puede ni debe terminar nuestra preocupación; no solamente el país está obligado a proporcionar a cada enfermo mental que lo necesite, una cama en un establecimiento adecuado, sino también que entrado en este, encuentre la asistencia hospitalaria, correspondiente a sus necesidades. En otros términos: deben existir instituciones suficientemente organizadas, de acuerdo a la técnica manicomial moderna, pues no pueden satisfacernos los refugios, los depósitos, los asilos, los hospicios...; el país reclama y exige hospitales psiquiátricos.

La Argentina, que, como hemos dejado señalado, no llega, por falta de establecimientos, a prestar asistencia psiquiátrica a todos los alienados, cuando la proporciona, ¿lo hace de acuerdo a los adelantos de la medicina? Si así fuera, tal vez este modesto trabajo no habría salido a buscar la opinión y la solidaridad públicas.

La casualidad nos ha puesto en condiciones de poder emitir un juicio fundado en la observación detenida de uno de los establecimientos más grandes en donde tiene su asiento la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Buenos Aires; nos referimos al Hospicio de las Mercedes, a donde la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales me enviara, como Director Interventor, el 2 de Diciembre del año pasado.

Estamos convencidos que es obra patriótica levantar el nivel de la asistencia a los enfermos mentales, porque la experiencia nos enseña que los países más adelantados, son aquellos que más han gastado y gastan el dinero público para mejorar el tratamiento y las condiciones hospitalarias, de esa categoría de enfermos, a tal punto que, hubo un autor que sostuvo que la civilización de un pueblo se puede juzgar por el cuidado tenido para con sus enfermos mentales. Pero ¿cómo levantar ese nivel, si ignoramos hasta su posición?

Nos parece llegada la oportunidad de hablar claro y de descender un velo tupido que cubre insuficiencias y miserias, si que también una organización primitiva, en desacuerdo con la civilización de que hacemos gala, para satisfacción de una ridícula vanidad, y, lo haremos atentos al respeto que nos merecen las autoridades que nos han ofrecido su inteligente y eficaz ayuda en nuestros propósitos, mostrando las cosas como son en la realidad y para los fines humanitarios que perseguimos, y lo haremos –repetimos– después que hayamos puesto de relieve las vicisitudes de la evolución psiquiátrica en todos los países, inclusive en el nuestro.

No hay duda que la psiquiatría es, entre las ramas de la medicina, la que hoy está menos adelantada. Extenso nos sería sentar discusión sobre la multiplicidad de las causas; nos basta recordar que la especialidad psiquiátrica, durante siglos, fue, diríamos, casi abstraída a la medicina y que vivió después al margen de la misma.

El enfermo mental, decía un ilustre autor, desde hace poco tiempo, ha merecido el honor de ser considerado entre los enfermos. Damaye, en 1923, escribía, que entre todas las especialidades, la psiquiatría es la que el público y los médicos más desdeñan, desconocen e ignoran, y este desdén y esta incompreensión derivan del “*manque d'orientation médicale de cette specialité*”.

Efectivamente, si quisiéramos elaborar una reconstitución histórica de esa rama de la medicina, encontraríamos, por un lado, que durante varios siglos, el enfermo mental no fue considerado un enfermo, y por el otro, que cuando se encerró al alienado detrás de las pesadas puertas del manicomio, también la psiquiatría quedó apresada dentro de sus muros y no pudo adelantar sino cuando traspasando nuevamente el umbral, en forma tímida primero, y resueltamente después, se aproximó a la medicina general y empezó a seguirla en sus métodos, en sus conocimientos y adelantos. Por lo que se refiere a la técnica asistencial, argumento que más nos preocupa en este trabajo, haremos una rápida reseña, limitándonos a recordar los pensamientos emitidos al respecto por los autores que se interesaron en estas cuestiones.

Dejando de un lado los recuerdos griegos y romanos, nos encontramos con Celso (Año 5) que se ocupó en su “*de re medica*” de la locura y sobre todo, de su tratamiento: él creía que el enfermo mental debía ser tratado con severidad y dureza, tal como aconseja en su célebre receta, que comprendía sus criterios terapéuticos: *ubi perperam ali quid dixit aut fecit, fame, vinculis, plagis coercendus est*.

C. Aureliano (Año 230) que completa la obra de Areteo, diferencia la frenitis de la alienación, describe la manía y la melancolía, localizando aquella en una afección del cerebro y esta en una del estómago (*in melancholicis stomachus, in furiosis vero caput afficitur*) tiene consejos, casi diríamos modernos, sobre el tratamiento. En efecto, aconseja para los enfermos agitados el aislamiento, la obscuridad, modera el uso del vino, encomienda la dieta y, en fin, se levanta en contra del abuso de los medios de contención y escribe esta frase, la cual, como dice Marcé, “*semble contenir toute la doctrine du no-restraint*”: *facilius fit aegros ministrantium manibus quam inertibus vinculis retinere*.

Desde esa época hasta el renacimiento, en la literatura médica, no se habla de las enfermedades mentales, y desde el renacimiento hasta hace casi un siglo y medio, la sana tradición médica de Hipócrates, Areteo, C. Aureliano, Celso y Galeno, fue del todo desconocida, para dar lugar a las interpretaciones sobrenaturales e intervención de las ideas religiosas en los hechos puramente patológicos; las alucinaciones no fueron más un fenómeno morboso, ellas se explicaban universalmente por la existencia de seres sobrenaturales, de potencias activas e inteligentes, puestas entre Dios y el hombre, y allí, en donde el médico reconoce actualmente un fenómeno solamente subjetivo, no se veían sino los efectos perniciosos de una potencia infernal, hostil a la potencia divina y que debía ser combatida por los exorcismos, torturas y las llamas del fuego. Todo el mundo conoce cuáles fueron las consecuencias prácticas de esa teoría (L. V. Marcé). No obstante fuere esa la opinión general, se encuentran en este extenso período de tiempo, autores que consideraron la locura como una enfermedad, entre los cuales es mi deber recordar: Sylvius, Zacchias, Sydenham, Willis, Vieussens, Boerhaave, Pomme, Morgagni, Cullen.

Willis (1622-1675), aconsejó diversas fórmulas medicamentosas, pero no se abstuvo de prescribir procedimientos de rigor: *juriosi nonnun quam citius per supplicia et cruciatus, quan phannacia aut medicamentis curantur*.

Pomme fue el primero en aconsejar los baños prolongados a los alienados. A Morgagni (1682-1771) no escaparon las lesiones anatomo-patológicas del cerebro, en las enfermedades mentales, y la utilidad de las distracciones agradables y conversaciones alegres, y a Cullen los saludables efectos de la aplicación del enfermo al trabajo.

Entre los que merecen ser considerados como precursores de la técnica manicomial moderna, hay que destacar la figura de A. M. Valsalva, el ilustre discípulo de Malpighi, quien vio, poco después de 1700, como dice Bilancioni, la vasta complejidad del problema en sus elementos sociales y médicos.

Valsalva, médico en un establecimiento en Bolonia en donde se asilaban dementes, estudió clínicamente las diversas formas de frenitis, parafrenitis, delirio, manía, melancolía, etc., y siendo profesor de anatomía tuvo oportunidad de practicar diversas autopsias de alienados, como lo recuerda su discípulo Morgagni. Valsalva fue tenaz opositor a la doctrina y consejos de Celso, que en aquella época todavía imperaban y según los cuales, el enfermo mental debía ser tratado con rigor (*tormentis quibusdam optime curatur*).

“No cadenas, no tormentos, no violencia, sino moderación, afabilidad, como la del padre que aconseja a sus hijos, y cuando la agitación violenta, hiciera necesario el medio de contención, no ya las cadenas pesadas y molestas, ni el cuero duro que lastima, pero sí el paño o tela de lino debe sujetar las manos de los enfermos”. Al par que hermosos consejos, Valsalva suministraba remedios, tales como la sangría (en el pie, mano y frente), las decocciones o jarabe de papaver, los fomentos calientes, el eléboro o el antimonio, y parece también que utilizaba la transfusión sanguínea.

No obstante estas voces aisladas, que señalaban un nuevo rumbo a seguir en la asistencia a los enfermos mentales, el prejuicio que se había generalizado, alrededor de la naturaleza de la locura, dominaba por completo la sociedad. De aquí el tratamiento despiadado y bárbaro: quien opinaba que debíanse condenar a muerte; quien prefería la cárcel; quien las cadenas; quien los tormentos (suplicia) o la intimidación y las amenazas. Era la receta de Aulo Cornelio Celso que imperaba: *Fame, vinculis, plagis, coercendus*, receta que no se apartaba mucho de la que en tiempo pretérito ordenaba la *Lex praetoria* romana: secuestro en la cárcel para el enfermo mental.

Este concepto de la locura, desgraciadamente duró hasta las postrimerías del año 1700. En efecto, Heinrich, director de un manicomio y que vivió entre los años 1773-1843, sostenía aún que la locura era una enfermedad del alma, confundida con el pecado, siendo secundarias las desviaciones patológicas, en lo que se refiere a lesiones de los órganos.

Entretanto, durante los siglos a los que aludimos, ya fuere por la influencia del cristianismo o, en parte, por el grado de civilización alcanzado, aunque la medicina no interviniera, empezaron a surgir, acá y allá, establecimientos, refugios, y otros asilos para los enfermos mentales. En algunos hospitales comunes se admitían enfermos tranquilos en sitios especiales –en general se elegían los sótanos–.

Célebre fue el hospital de Granada, Hospital de San Juan de Dios que fue abierto merced a la propaganda del portugués Juan Ciudad (1435-1550), quien, después de haber experimentado la pesadez de las cadenas y la atrocidad de las torturas por haberse enfermado mentalmente, al salir curado de un establecimiento de alienados, fundó a tal efecto una orden religiosa y fue considerado como el patrono de los locos (Portigliotti).

Amaldi, en un reciente e importante trabajo sobre los institutos manicomiales, nos hace conocer un dato interesante, que nos indica la finalidad de estos establecimientos: en una medalla acuñada en 1561, en

homenaje al Papa Pío IV, por haber fundado el hospital “para recibir a los dementes” de Roma, se leen las siguientes palabras: *Mendicis psycotrophio redactis*. Aunque el neologismo *psycotrophio*, dice Amaldi, sea impropio e incompleto, explica netamente la esencial función alimenticia que tenían estas instituciones.

De lo dicho resulta que, no obstante haber surgido establecimientos para alienados, estos tenían por finalidad aislarlos y se asemejaban, más que a hospitales, a cárceles, provistas de los instrumentos que utilizaban habitualmente, como ser: esposas, cadenas, sillas de hierro, cepos, jaulas de madera, etc.

Así las cosas, en el año 1785, en una pequeña ciudad de Italia –Florenia– su príncipe Leopoldo I° ordenó que se levantara un hospital destinado a los enfermos mentales, por inspiración de un médico, que merece ser recordado en forma especial: Vincenzo Chiarugi, quien indicó al príncipe la forma en que debía llevarse a término la obra. En 1788, dicho hospital, al cual se le denominó Bonifacio, abrió sus puertas a 126 alienados florentinos. Constaba de 202 habitaciones, bien ventiladas y que disponían de todas las comodidades y útiles necesarios. “Estaba construido con elegancia y magnificencia verdaderamente de realeza. Había depósitos, baños, salas para divertirse, corredores, oratorio y senderos de hierba y árboles para paseos. Allí los alienados encontraban un Asilo, una custodia, asistencia y tratamiento”.

Tal es la descripción que el mismo Chiarugi hace de su hospital, en el reglamento del mismo, que contiene, además, los nuevos principios que debían guiar la asistencia de los enfermos: principios nuevos –repetimos– nuevos en aquella época y que en la actualidad pueden aplicarse.

Según el pensamiento de Chiarugi, la dirección del hospital debía confiarse a “un enfermero médico” y a un “sub enfermero cirujano”, los cuales debían vivir en el establecimiento, “para los casos de urgencia y para vigilar que los sirvientes desempeñaran cuidados y exactamente las incumbencias”. El “enfermero médico” debía investigar las causas, los indicios y períodos de la enfermedad: los enfermos debían separarse, de acuerdo a la enfermedad que padecían; el médico de cabecera debía dejar un certificado de donde se desprendiera si la enfermedad era congénita o cuándo se inició y en dónde se descubrieran los síntomas, las circunstancias que la acompañan y la evolución”.

Es muy interesante conocer los deberes que atribuye Chiarugi al “enfermero médico”: “vigilar que los alienados gocen de los senderos herbosos y que durante el paseo no vieran, ni fuesen vistos por personas

no pertenecientes al hospital; vigilar con escrupulosidad que ningún ministro, profesor, asistente, sirviente o cualquier otra persona del hospital o extraña, ose jamás, en ninguna ocasión o bajo ningún pretexto, pegar a los dementes, dirigirle injurias, provocarlos, especialmente en sus períodos de mayor agitación, darles bromas, obligarlos a servir al hospital, sin el permiso expreso del enfermero médico, el cual podrá, a veces, hacerlo como prueba, pero sin dejarlos nunca a disposición y capricho de sus subalternos”.

Debemos, escribía Chiarugi, evitar la fuerza permanente de los hombres para contener a los agitados... la presencia de los objetos de contención les irrita siempre más y aumenta su excitación, en manera especial la de las cadenas de hierro: solamente el ruido de aquellas despierta un horror indecible y provoca la cólera más intensa... Los alienados son hombres, tal vez más que cualesquier otros, dignos de consideración... Quien debe asistirles, debe tratarles *instar parrentis qui coercent liberos, non lictoris qui in damnatis desviat*.

La eficacia de ese tratamiento fue puesta de relieve por el mismo Chiarugi, según el cual salían curados del hospital las tres quintas partes de los enfermos.

Nos hemos detenidos a propósito en la descripción del hospital de Bonifacio, de Florenia, porque, como dice Amaldi, fue el primero en Italia y en el mundo que mereciera el nombre de hospital y porque su organizador Vincenzo Chiarugi fue también el primero que en verdad libertó a los alienados de las torturas y cadenas; que inició el tratamiento verdaderamente médico a esa categoría de enfermos y que, en fin estableció por primera vez los criterios que deben servir de base para una asistencia netamente psiquiátrica proclamando que el médico y el enfermero deben asistir al alienado, como el padre asiste al hijo enfermo.

Fruto de su experiencia y dedicación constante, como director del hospital “Bonifacio”, Chiarugi, unos años más tarde, 1793-94, publicó su “Tratado médico analítico de la locura”, el primer tratado de psiquiatría, según nuestros propios conocimientos.

Tres años después que Chiarugi inaugurara el hospital Bonifacio, precisamente en 1791, la Academia de Ciencias de París, propuso un premio para quien alcanzara a solucionar la grave cuestión del tratamiento de los alienados.

Un médico de Bicêtre, Felipe Pinel, en 1792, aterrorizado por la lamentable situación por que atravesaban los alienados y, al mismo tiempo, lleno de ideas democráticas, triunfantes en su país en aquel entonces, al proponer reformas en los procedimientos de asistencia de los enfermos mentales y el derecho de

estos, a ser tratado como hombres enfermos, pidió que se abandonara el uso inhumano de las cadenas y malos tratos.

El grito libertador de Pinel fue escuchado, no solo en París, sino también en todo el mundo, por donde se propagó, aunque no con la rapidez que mereciera y las cadenas dejaron de teñirse con la sangre de los alienados brutalmente contenidos y lesionados hasta entonces.

En homenaje a la verdad, debemos reconocer que dos años antes que Pinel en París, otro psiquiatra, José Daquin, había pedido la reforma del manicomio de Chambery y la supresión de los malos tratos.

No sabemos si como efecto de este movimiento en favor de una asistencia humana y médica para los enfermos mentales, en 1793 entró en vigencia, en el manicomio de Charenton, confiado a la orden de San Juan de Dios –orden de que ya nos hemos ocupado en su fundación– y por la cual “los frailes debían lavar los pies a los enfermos alienados, lavarles las manos (después que aquellos hubieran comido) suministrarles el alimento, y tratarles con mucha dulzura”.

Contemporáneamente, una campaña parecida se realizaba en Inglaterra y Alemani, por obra de Tuke, Reil y Langermann, respectivamente. Así comenzó a formarse la conciencia social, que estimuló a los gobiernos a pensar seriamente en la cuestión asistencia de los alienados y legislación correspondiente, surgiendo luego en todos los países, en el siglo pasado, los establecimientos manicomiales por todos conocidos y las leyes que a ese respecto promulgaron las naciones de sólida cultura. Debemos hacer constar aquí –amantes siempre de la verdad– que es con dolor que confesamos nuestro pesimismo de la hora presente, en cuanto se refiere a la solidaridad humana, y esto lo decimos aludiendo a algunos países adonde la voz libertadora de Pinel aún no ha llegado. Leámos, no hace mucho tiempo en “L’Higiene Mentale”, 1928, la descripción que Lincoln Mac Cartney hace de la asistencia psiquiátrica en China: “En los casos de agitación, se usan todavía las cadenas, puestas en el cuello, las manos y los pies, llegando a veces hasta quemarles los dedos pulgares a los enfermos”.

La República Argentina siguió, como era natural, las vicisitudes que experimentaron la mayoría de los países. No hemos de repetir aquí todo lo que han escrito otros autores al respecto, especialmente José Ingenieros, en su “Historia de la Locura en la República Argentina”. Este autor nos informa que en el “Hospital General de Hombres” y en el “Hospital General de Mujeres” de esta Capital existían el “Cuadro de dementes” en el primero y el “Patio de dementes” en el segundo de

los citados hospitales. En ambos se usaba el “calabozo”, las “cadenas y el capataz con vara y azote”.

El primer manicomio de la República fue el Hospicio de las Mercedes, fundado por el Doctor Ventura Bosch e inaugurado en el año 1863, con el nombre de Hospicio San Buenaventura, nombre que mantuvo hasta 1873.

Desde esa época, hasta la fecha, se han multiplicado los establecimientos de esta índole, contándose en la actualidad con ocho dependencias nacionales, y se ha llegado a ello por obra de legisladores como el Doctor Eliseo Cantón, quien presentó al parlamento, en 1897, el proyecto de creación de la actual Colonia de “Open-Door”, de médicos como el Dr. Domingo Cabred y de instituciones de beneficencia.

Intentaremos, ahora, considerar el estado actual de la organización y asistencia psiquiátrica en que se encuentra nuestro país. No nos es posible hoy hacer la descripción de cada uno de los establecimientos manicomiales argentinos, tanto porque muchos de ellos escapan en la actualidad a nuestra experiencia personal, cuanto porque hemos de ocuparnos de aquellos en donde actuamos y que son, precisamente, el más antiguo: el Hospicio de las Mercedes y el más moderno: el Hospital de Alienados de Rosario.

El Hospicio de las Mercedes, tal cual es hoy, por el hacinamiento de enfermos (hay aproximadamente 2.300, mientras tiene capacidad solamente para 1.000), por la insuficiente asistencia médica (tiene solo ocho médicos internos), por el número limitado de enfermeros o ayudantes (la proporción entre estos, en relación con los enfermos, por prestar servicios en tres turnos, es de 1:33), por la falta de preparación de los mismos (en todo el Hospicio solo 14 tienen diploma), por la carencia de higiene general, que ha permitido la difusión de enfermedades contagiosas y parasitarias, por la inadaptabilidad de los locales destinados a dormitorios, la falta de camas y colchones, de ropa interior y exterior (muchos alienados dormían en el suelo o sobre los duros elásticos de hierro de las camas y catres), por la falta de buena alimentación, ninguna selección de enfermos, ni distribución de los mismos en diversos servicios, como no fuera la que se hacía con los pensionistas o “considerados”, por la carencia del diagnóstico necrópsico (no se practicaban autopsias); por todos estos motivos, decíamos, el Hospicio de las Mercedes no es un establecimiento modelo, que merezca el nombre de hospital. *Conveniunt rebus nomina saepe suis*: es un hospicio, pero no es un hospital.

Si quisiéramos hacer un parangón con instituciones de otra época, tendríamos que leer las páginas

palpitantes de humanidad que escribiera allá por el año 1818 el ilustre Esquirol, después de haber sido designado por las autoridades de su país, para informar sobre el estado de los manicomios de Francia e inspeccionado veinte de estos.

En los 112 años transcurridos desde esa fecha, pocos adelantos ha experimentado nuestro Hospicio. Nos trasladaremos a las propias palabras de Esquirol:

“He aquí lo que he visto, en todas partes de Francia: desnudos los he visto, vestidos de andrajos, tendidos en el suelo, de cuya fría humedad les defendía pequeña cantidad de paja. Les he visto escasamente alimentados, privados de aire para respirar, de agua para refrescarse y de las cosas más necesarias para la vida. Les he visto confiados a las manos de verdaderos carceleros, abandonados a la brutal vigilancia de estos. Los he visto en pequeñas habitaciones, sucias, infectadas, faltas de aire y de luz...”

Pero, en honor a la verdad, podemos asegurar que si el Hospicio de las Mercedes no responde a los criterios que han formado la organización manicomial moderna, tenemos en cambio otros establecimientos que pueden considerarse modelos en su género, unos por su edificación, otros por su organización, otros por ambas cosas; insistimos en que hemos de referirnos solamente a aquellos en los que actuamos, y hemos de referirnos al más moderno –como ya dijimos–, al Hospital de Alienados de Rosario, que es una dependencia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Litoral y, para satisfacción de nuestra cultura médica, comparable a los mejores de los países más adelantados.

Se trata de un establecimiento que todavía no está terminado y consta actualmente de seis pabellones que funcionan y de uno que será habilitado muy en breve.

He aquí la descripción sumaria que su director, nuestro distinguido compañero en tareas docentes, el Profesor L. Ciampi, hiciera en su oportunidad:

“Cada pabellón, de los pisos, consta: de varias salas para dormitorios, la más grande de las cuales tiene capacidad para ocho camas; de salas para comedores y para que se entretengan los enfermos en los días de lluvia; de cuartos de baños, en la proporción de una bañera para cada 10 enfermos; de lavatorios (uno para cada dos enfermos); de calefacción central. La capacidad global de cada pabellón es solamente para 40 enfermos.

Numerosos patios pequeños facilitan la división entre los diversos tipos de enfermos, durante las horas del día.

Un pabellón está destinado a los laboratorios, con instalación completa para las investigaciones de Histopatología del sistema nervioso, de Bioquímica, de Psi-

cología, y al Museo de Anatomía Patológica del cerebro. Funcionan allí también los consultorios externos y dispensarios para enfermos mentales, niños y adultos.

Otro pabellón está destinado a la escuela para niños retardados, neuropáticos y psicopáticos, se corrigen en esta los trastornos del lenguaje (ortofonía) y las desviaciones del carácter; se imparte la enseñanza elemental por procedimientos especiales y con personal especializado y, en fin, se trata de reeducar para su utilización social a esos niños aminorados en sus funciones intelectuales, mediante el trabajo educativo y profesional. A tal efecto, funcionan pequeños talleres de encuadernación, escobería, cepillería, alfombrería, mimbrería, costura, etc., etc. Los otros pabellones están destinados a la asistencia clínica.

El personal médico se compone de un director y tres médicos auxiliares: los enfermos están en la proporción de cincuenta para cada médico”.

Quien visita la institución rosarina, no obstante que la obra no está terminada, recibe la impresión de encontrarse en un verdadero hospital y al mismo tiempo se da cuenta de lo que debe ser un establecimiento moderno, para enfermedades mentales.

De lo que hemos dicho, se desprende evidentemente que nuestro país necesita de muchas instituciones destinadas al tratamiento de los enfermos mentales y al mismo tiempo requiere una organización y asistencia de los mismos, más en armonía con los criterios modernos, sustentados por la ciencia psiquiátrica, tal como lo hemos comprobado en algunos viajes de estudio, realizados en las naciones europeas y en los Estados Unidos de Norte América.

Estamos convencidos de que la República Argentina, en lo que se refiere a la asistencia de los enfermos mentales, no tardará en ponerse a la altura en que se encuentran los países más adelantados. Es por esto y para evitar que se repitan errores en realizaciones de carácter hospitalario, que se nos ha de permitir algunos comentarios respecto a determinadas normas que han sido descuidadas entre nosotros.

Hasta hace poco tiempo, relativamente, el manicomio en los países cultos había alcanzado su finalidad, cuando proporcionaba un tratamiento adecuado a los internados y era un medio eficiente de seguridad social. Hoy, además de la función hospitalaria propiamente dicha, desempeña también la de proteger al enfermo que salió curado, y la otra todavía más importante, de impedir que los predispuestos caigan en la enfermedad. Ayer la función se cumplía dentro del hospital, hoy el campo de acción es más vasto: dentro y fuera del hospital.

Como se ve, con el progreso de la especialidad, evoluciona y se engrandece también la finalidad que persigue el Hospital Psiquiátrico. Para alcanzar y satisfacer esos ideales, ha tenido necesidad de recurrir a nuevos medios de asistencia y es así que han surgido los Consultorios, los Dispensarios, los Preventorios y los Patronatos Psiquiátricos.

No hace mucho el Dr. Ciarla, que nos diera oportunidad de leer interesantes trabajos sobre las relaciones entre enfermedades mentales e infecciones generales, especialmente la tuberculosis, propuso entre las medidas profilácticas de la locura, los "Preventorios neuro-protobacilares". Se trata de asistir en estos servicios a aquellos que una tuberculosis incipiente, provoca pequeños trastornos psíquicos: la curación precoz de aquella, condiciona para el Dr. Ciarla, la desaparición de los trastornos psíquicos por protobacilosis.

Desgraciadamente, estos modernos medios de asistencia escasean, si no faltan por completo entre nosotros y los hemos señalado en hora oportuna a propósito de nuevas orientaciones que hemos tenido oportunidad de subrayar con cruda verdad como lo exige el cumplimiento de una comisión de carácter técnico en el desempeño de una tarea con que nos honrara la "Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales".

Es verdad que el Hospital Nacional de Alienadas tiene un consultorio externo de la especialidad y que en el Hospital de Alienados de Rosario funciona, desde el año 1922, uno para los enfermos mentales adultos y otro para los niños, además de un Dispensario, pero, es también verdad, que las necesidades de una ciudad de 2.000.000 de habitantes no pueden ser llenadas por un solo consultorio y que otros deben surgir, por lo menos, en cada provincia.

Para coadyuvar e intensificar la acción de estas nuevas instituciones para-hospitalarias, nació no hace mucho la "Liga de Higiene Mental" que actualmente tiene ramificaciones en todos los países del mundo.

Si bien nuestro país ha tardado en dar vida a ese nuevo organismo, que tanto promete para contrarrestar el avance de la locura y disminuir sus perjuicios, sobre la sociedad y la raza humanas -pues la Liga Argentina de Higiene Mental cuenta apenas con un año de existencia- ya tiene una floreciente filial en Rosario de Santa Fe, que contribuye eficazmente, bajo el impulso animador del Profesor Ciampi, -su organizador- a solucionar las diversas cuestiones de orden económico, con que tropieza la asistencia de los enfermos mentales de aquella ciudad. El profesor S. Mazza, organizará en breve los comités regionales en Salta y Jujuy. Están ya en vísperas de iniciarse en la Capital

Federal, las realizaciones de asistencia, que se han reconocido mundialmente más importantes para las finalidades que se persiguen. En efecto, dentro de poco tiempo, merced al apoyo y a la confianza que la "Liga Argentina de Higiene Mental" ha sabido encontrar en un espíritu inteligente, entusiasta y realizador, cual es el del Dr. Roberto Acosta, Director General de la Asistencia Pública de Buenos Aires, tendrá consultorios externos, dispensarios y laboratorios anexos, para enfermos mentales, en los locales adecuados, además de un servicio destinado a los pequeños psicópatas.

Los servicios abiertos para los llamados pequeños psicópatas, que según cálculos recientes llegan a 1 ½ por cada mil habitantes, están mereciendo una especial atención en aquellos países, en donde la Higiene Mental, más ha fructificado.

De aquí nuestra satisfacción y reconocimiento a quien con profunda comprensión de la importancia que merecen estos servicios, ha dispuesto que la "Liga Argentina de Higiene Mental" figure en el gran Instituto de Profilaxis de la Municipalidad de Buenos Aires, próximo a inaugurarse, con sus consultorios, dispensarios y servicios abiertos, para adultos y niños.

Bajo estos auspicios, hay que esperar una solución del problema psiquiátrico, en todas sus ramificaciones, harto descuidado entre nosotros.

Muchos opinan que los neuropsicópatas, no llegados aún a la verdadera enfermedad mental, huyen de esos consultorios o dispensarios por temor de ser reclusos. Citaremos a ese respecto, el párrafo de un artículo debido a la pluma de nuestro compañero, el Prof. Ciampi, contestando a ese prejuicio: "lo que se ve en los países donde se cultiva el consultorio, es todo lo contrario: los enfermos acuden a esos lugares porque saben que van a encontrar al Profesor universitario de Psiquiatría, al especializado, al hombre habituado a tratar esa clase de afecciones; acuden, pues, empujados por la fe en quien va a atenderles". Y en todo caso, si la difusión de los consultorios alcanzara las debidas proporciones, la instalación se ejecutaría al propio tiempo que en las clínicas, fuera de ellas; con lo cual se alejaría en los enfermos la desconfianza de una posible internación.

Ahora se preguntará: ¿de qué categoría de enfermos habría de ocuparse el consultorio?... "de los alienados inofensivos", contestó en Francia un miembro del consejo superior de la Asistencia Pública; "de los pequeños psicópatas", respondió H. Claude.

Sobre la utilidad de estas instituciones parece superfluo insistir, dado que todo el mundo psiquiátrico, hasta los apenas iniciados en psiquiatría, están hoy convencidos de que este nuevo organismo está desti-

nado a evitar o aminorar un sinnúmero de internaciones. No se olvide al respecto que Ballet sostenía que instituyendo el tratamiento precoz a los enfermos mentales se podía llegar, en la mayoría de los casos (80-90%) a impedir la necesidad de la reclusión y que Tamburini, Antonini y Ferrari, en su importante libro sobre “la asistencia de los alienados” observan que, cuando precozmente se inicia el tratamiento, la enfermedad mental requiere el aislamiento en un manicomio, solo durante seis u ocho semanas en la mitad de los casos y, en muchos, también menos.

Pero no hay que pensar que organizando estos nuevos servicios, estos nuevos recursos de asistencia, hayamos resuelto todo el problema que plantea gravemente en nuestro país la alienación mental. Ante todo, es menester aumentar la capacidad hospitalaria hasta que se cubran las necesidades, no queriendo significar con esto que haya que aumentar la capacidad de cada hospital psiquiátrico, porque, como veremos, la corriente psiquiátrica actual, diferencia en los establecimientos respectivos, a los enfermos, de acuerdo a su curabilidad y adaptabilidad al trabajo, mientras que, en épocas anteriores, la división era motivada más bien por estados de agitación, tranquilidad, etc., etc.

Siguiendo esta directiva, fundamentada por el hecho que hemos puesto en evidencia más arriba, de la correlación entre tratamiento precoz y curabilidad, se propició la organización de dos tipos de establecimientos: uno, prevalentemente destinado a los enfermos afectados de psicosis agudas, llamado por algunos, Clínica Mental, en donde más del 50% de los casos se curarían (Busquet) y otro, a los enfermos crónicos, y los de larga evolución o convalecencia. A esta distribución se atribuye hoy extraordinaria importancia, por estar relacionada a la cuestión terapéutica (laborterapia en los crónicos; clinoterapia en los agudos), no obstante, la distinción, por múltiples razones, no puede mantenerse rígidamente en virtud de que muchos enfermos, aunque crónicos, no pueden enviarse a las colonias y otros son inutilizables para el trabajo. Por esto, además de las colonias agrícolas situadas habitualmente lejos del hospital, se organizan en este oficinas y talleres para ergoterapia.

Por lo que se refiere al Hospicio de las Mercedes, tenemos ya instalada una colonia de tipo moderno, dependiente del hospicio, donde pueden ser enviados los enfermos crónicos que se encuentren en condiciones de aplicarse al trabajo y aquellos otros que, convalecientes de una enfermedad mental, tengan necesidad de permanecer bajo vigilancia médica, antes de reintegrarse al seno de la sociedad.

Es posible orientar las disposiciones del Hospicio, en cuanto se refiere a su organización, en forma de que todos los enfermos agudos internados estén en pabellones especiales para su tratamiento médico y que, más tarde, desaparecida la fase aguda, se envíen a sus domicilios –si resultasen curados– o a otro pabellón, si convalecientes; lo mismo que deben tener un lugar especial aquellos en que ha sido manifiesta la imposibilidad de su sanación.

De modo que, y sucesivamente: los convalecientes, así como los incurables, según los casos, se enviarían a los talleres o a la Colonia, hasta la curación completa, de acuerdo a la determinación de los facultativos que les asisten.

Lo que quiere decir que, con una reorganización de los servicios que responda a las orientaciones mencionadas, se puede rápida y científicamente transformar al hospicio en un verdadero hospital psiquiátrico, en donde se trate a los enfermos agudos y a los crónicos, se les asista.

No es aconsejable –salvo necesidades perentorias exigidas por causa mayor– propiciar, recurriendo a las autoridades competentes, el aumento de capacidad de los hospitales existentes. No lo es hasta por una razón de economía. Parece, si estamos con las estadísticas confeccionadas al respecto, de que nos hablan Tamburini, Ferrari, Antonini y otros, que los manicomios demasiado grandes o demasiado pequeños son los que más cuestan, mientras que los de mediana capacidad gravitan menos onerosamente en los presupuestos.

Además, existen razones de naturaleza técnica que se oponen a los frenocomios demasiado grandes; necesitan estos un número elevado de personal administrativo; la Dirección se ve generalmente absorbida, casi por completo, en la tarea fiscalizadora de aquel, descuidando así la función técnica propiamente dicha, que es la más importante. Todos los males que observamos en los manicomios, advierte Rebizzi, derivan de su excesiva grandeza: cada ciudad de cierta importancia debe poseer su hospital autónomo para enfermos mentales, de 200 a 500 camas como existen para enfermos comunes.

De la misma opinión son: Scholtz, que protestaba de la ampliación de los establecimientos existentes y aconsejaba la creación de nuevos con la capacidad reducida a unos 300 enfermos. Sommer, que también es autor de hospitales de 50 a 200 camas, quiere verlos surgir en cada ciudad de 80 a 100.000 habitantes (Asilos de Ciudad o Asilos Urbanos). Cazzamalli que no admite hospitales para alienados con capacidad superior a 500 camas, etc., etc.

Este criterio ha dominado la organización psiquiátrica en Holanda, donde es convicción común que un establecimiento no puede funcionar regularmente si recibe más de 500 alienados. De lo que se desprende que, para reparar la falta de capacidad para la normal asistencia que hemos puesto de relieve, en nuestro país, hay que gestionar la edificación de nuevos hospitales y colonias, de dimensiones reducidas y estratégicamente distribuidos en el vasto territorio de la República.

Otra deficiencia de nuestros manicomios reside, pues, en la centralización de la asistencia psiquiátrica.

En efecto, si estudiamos la ubicación asignada a los pocos establecimientos que poseemos en el país, comprobamos de inmediato que de las 14 provincias y 10 territorios federales, solamente tres tienen el privilegio de poseer hospitales psiquiátricos: Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe.

El de Santa Fe, ubicado en Rosario, del que ya nos hemos ocupado, es demasiado pequeño, en relación con el número de habitantes de la ciudad y está en vías de formación.

Evidentemente a esos hospitales deben volcarse los alienados de toda la República; lo que acarrea serios perjuicios materiales y morales. La distancia obliga en la mayoría de los casos a que los enfermos sufran la primera evolución de su enfermedad en el seno de sus familias, y están en general mal observados y carentes del tratamiento correspondiente; esto en el mejor de los casos, pues acontece a menudo que van a parar a la comisaría del pueblo, donde el sable reemplaza al bromuro, o a la alcaldía de la ciudad, donde quedan encerrados en calabozos, a la espera de ser trasladados al hospital psiquiátrico, cuando el número suficiente de enfermos facilite el envío. El perjuicio que esta organización del servicio psiquiátrico determina es evidente, por las razones más arriba expuestas y, además, la separación obligada, casi, entre los enfermos y sus familias. La vecindad de la familia no solamente es favorable para el enfermo, en muchos casos, sino también para el médico, pues solamente así podrá llegar al conocimiento completo de los antecedentes personales y familiares.

La concentración de los enfermos mentales en nuestro país deriva, a nuestro juicio, del concepto equivocado que dirige la función social en la asistencia de los mismos. Tan es así que todos los establecimientos psiquiátricos gravitan sobre el presupuesto nacional, excepción hecha del Hospital Melchor Romero, que sostiene el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, por lo que en nuestro país el Estado tiene la obligación de sufragar los gastos que requiere la asistencia psiquiátrica.

Estando dispuestas así las cosas, el Estado no alcanza con sus recursos a organizar todas las providencias que se necesitan para el normal funcionamiento de ese mecanismo, pero esta obligación de parte del Estado la creemos excesiva.

En primer lugar, así como las provincias y las municipalidades se ocupan de proporcionar a sus habitantes pobres, que tienen la desventura de enfermarse, una cama en un Hospital o un especialista en un consultorio externo, por las mismas razones tienen el deber de suministrar una cama y organizar consultorios externos con especialistas apropiados, para los enfermos mentales.

No hay causa apreciable que motive la separación entre unos y otros enfermos: entre los que merecen los cuidados y atenciones de los poderes provinciales y municipales y los que han perdido el derecho a la asistencia, por haber caído en la locura, que como dijera muy bien Kraepelin, es el mayor exponente del dolor humano.

Lo que sucede, en las naciones más adelantadas del mundo, confirma lo ilógico de lo que ocurre en nuestro país.

Ya la ley francesa de 1830 legislando sobre los alienados, en su artículo 1° decía: "Chaque departement est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné a recevoir et soigner les aliénés".

Sobre unos 70 departamentos, existen en Francia alrededor de 60 asilos departamentales.

En Alemania también, casi todos los establecimientos psiquiátricos son provinciales y, precisamente, los gastos de edificación y ampliación de los manicomios corren por cuenta de las provincias y los de mantención por cuenta de las localidades vecinas.

En Suiza, cada cantón tiene su frenocomio; lo mismo pasa en Norte América para cada estado y en Italia para cada provincia –Manicomios provinciales– o conjunto de provincias –Manicomios consorciales o interprovinciales–. En Escocia existen siete Asilos reales, 16 distrituales, 3 parroquiales y 15 secciones de refugio, para una población que corresponde a la mitad de la nuestra.

En otro país más pequeño que la Argentina, Holanda, funcionan 51 instituciones para alienados, de las cuales solamente dos son del Estado, una es provincial y las demás pertenecen a las municipalidades.

En fin, recordaremos la nueva ley sobre los manicomios y alienados de Italia, de hace dos años, en donde expresamente se dice (como por otra parte lo establecía la ley de 1904) que "la asistencia y tratamiento de los alienados pobres de cada provincia debe efec-

tuarse en un hospital psiquiátrico público, que tenga su ubicación en la provincia misma” (Art. 2).

En el Art. 10 se precisa aún más, sobre quiénes deben recaer los gastos de mantención del enfermo en el hospital, a la provincia y los de transporte al hospital, a la municipalidad, en cuya jurisdicción el enfermo se encuentre. Los gastos que ocasionare la reintegración a la familia, del enfermo que se hubiere curado, están a cargo de la provincia, que tiene el deber de mantenerlo. Por último, los gastos relativos a los alienados extranjeros y a los condenados están a cargo del Estado.

Si se obligara, por consiguiente, como debería hacerse, a nuestras provincias y municipalidades más pobladas, a crear sus hospitales psiquiátricos o a contribuir por lo menos a pagar los gastos que requiere la asistencia de los alienados (como se practica para con todos los enfermos pobres) en muy poco tiempo desaparecerían todas o las principales deficiencias que hemos expuesto.

Es, por lo tanto, de imperiosa necesidad la promulgación de una ley que contemple todas estas cuestiones y que tienen todos los países progresistas de la tierra.

Una ley, sabiamente presentada (existen ya proyectos, por ejemplo, el del Dr. Juan Obarrio, enviado al Congreso) ordenando las fuentes de recursos para la creación de establecimientos. Obligando a las Provincias al cuidado de sus alienados; estableciendo las normas directrices de su organización; creando una Comisión de vigilancia de parte del Estado sobre las instituciones nacionales, provinciales y privadas.

Todo esto nos pondría, finalmente, en condiciones de no desmerecer, frente a los adelantos de los países civilizados, en cuyo concierto merece figurar el nuestro.

Muchos son todavía los renglones que, íntimamente vinculados con los puntos que acabamos de tratar, nos quedarían por pasar en revista y estos son: la edificación manicomial, que ha creado nuevos tipos de hospitales; la asistencia familiar (desconocida casi entre nosotros y muy desarrollada en otros países), la organización moderna de las colonias agrícola-industriales, en donde el “enfermo encuentra la salud, y las administraciones, la ganancia económica”; los servicios psiquiátricos en los grandes hospitales comunes, que muchos consideran aún ventajosos, y nosotros, en tres ocasiones (un congreso y dos conferencias psiquiátricas), formulamos un voto al respecto; las colonias especiales para alcohólicos, epilépticos, inmorales constitucionales, que existen en muchos países; la praxiterapia, etc., etc., pero si entráramos en este campo y en sus consideraciones nos iríamos demasiado lejos y no siendo ese nuestro propósito, prometemos tratar

el tema en otra oportunidad, dándole la amplitud e importancia que merece, a objeto de contribuir en la medida y forma que nos sea posible, hasta que llegue para el país, el feliz día de ocuparse seria y prácticamente del grave problema que significa la asistencia psiquiátrica en la República.

No obstante, no podemos, antes de terminar, pasar por alto dos tópicos que interesan especialmente para la buena organización de los nosocomios psiquiátricos: los médicos especializados y sus auxiliares, los enfermeros.

Griesinger, con la autoridad que todos le reconocemos, hace ya muchos años había establecido que las malas disposiciones o las malas condiciones de un manicomio, deben preocupar mucho menos que un personal malo.

Respecto a los médicos especializados que trabajan en nuestros hospitales psiquiátricos, hay que reconocerles preparación, aptitudes y entusiasmo; lo que no quiere decir que su labor sea eficiente cuanto sería deseable. Pero de ello no podemos responsabilizar a los médicos sino a la falta de organización científica de los establecimientos. En efecto, en el Hospicio de las Mercedes –nos referimos siempre a los establecimientos en donde actuamos–, un médico debe atender a un número de enfermos que oscila entre 250 a 350; agréguese a esto que el movimiento mensual de internados nuevos es de 80 a 100 enfermos y la convicción de que la asistencia es deficiente, surge por sí sola.

Ahora bien, si la tarea del médico en el hospital psiquiátrico es la bosquejada recientemente por el Dr. Ciarla “y precisamente: para llegar a verdaderos progresos en el diagnóstico y tratamiento es menester estudiar a los enfermos en todos sus órganos, penetrar el mecanismo morboso mediante una exploración completa, que nos permita descubrir el órgano primitivamente afectado, cuya afección repercute en la psiquis, y es el origen de la psicosis y establecer al mismo tiempo el estado de los otros órganos que concurren a la defensa orgánica”... no hay buena voluntad de parte del médico, ni entusiasmo para la especialidad que pueda vencer la dificultad opuesta por el poco tiempo de que el médico dispone. No es posible que se pueda atender, como el arte de la medicina prescribe, un número tan elevado de enfermos, si se toma en cuenta que el examen del enfermo mental está lleno de dificultades; requiere tranquilidad, no puede realizarse con apuro, y, muy a menudo, por la sintomatología incierta y proteiforme, necesita varias sesiones para concluirlo y, debe agregarse, todavía, las pésimas condiciones de los locales, que obstaculizan la realiza-

ción de un trabajo ordenado y cuidados. No creemos tampoco que el Hospicio de las Mercedes represente la excepción, por cuanto una publicación del Dr. C. O. Ferrer denuncia que en el Asilo Colonia Regional de Oliva había, en 1927, un médico para cada 580 enfermos.

En honor a la verdad, hay que reconocer que el número exiguo de médicos, aunque no en la proporción anotada entre nosotros, es una deficiencia que se hace sentir en casi todos los países.

Sin embargo, recorriendo las descripciones hechas sobre los hospitales psiquiátricos, hemos comprobado que, por ejemplo, en el manicomio de Monbello (Milán) son 24 los médicos que atienden unos 3.000 enfermos y que, en la "Phypps Clinic" de Baltimore, existen servicios de 12 enfermos asistidos por un médico.

Es evidente que la tarea del médico varía según esté destinado a un servicio de agudos o de crónicos; a un servicio de admisión u observación o a uno para enfermos tranquilos, que hayan pasado la fase aguda de su psicopatía. En general, los autores que se han interesado en esta cuestión opinan que para cada mil enfermos se necesitan no menos de ocho médicos.

Otro aspecto digno de ser considerado lo constituye, a nuestro juicio, la selección de los médicos. Leíamos recientemente un artículo del Profesor V. Scarpini, en el que sostiene que para llegar a ser jefe de un servicio psiquiátrico se requiere una práctica manicomial no menor de cuatro años. ¿Y cómo podríamos nosotros realizar esta selección, si no hemos creado la carrera de médicos manicomiales?

Es, pues, contestando a esta pregunta y en el deseo de ver el florecimiento en los hospitales psiquiátricos, de núcleos de jóvenes facultativos, con verdadera vocación para la especialidad, que proponemos crear entre nosotros una carrera para los médicos alienistas. Comenzarían por ser adscriptos o voluntarios agregados a los servicios psiquiátricos; continuarían, más tarde, como médicos auxiliares, ganando el puesto por curso y, en fin, terminarían por ser jefes de servicios.

Con estas medidas se estimularía a la especialización y llegarían a los más altos cargos sólo los facultativos mejor preparados.

Ya en el Hospicio de las Mercedes, debido a nuestras sugerencias, se han agregado como auxiliares un buen número de distinguidos jóvenes facultativos, quienes actuarán como especialistas de las diversas ramas que requiere la policlínica o se especializarán en psiquiatría, si su vocación por esa disciplina los conduce a la misma.

Por las especiales condiciones del enfermo mental, débese practicar también una selección muy prolija de los auxiliares de los médicos: los enfermeros.

Hay pocos enfermeros y mal preparados. En efecto, en nuestro país, en la actualidad, no existen, como sucede en casi todos los demás países y en todos los buenos hospitales psiquiátricos, escuelas en donde se prepare al personal que se destina al cuidado de los alienados, y, en lo que respecta al número de los enfermeros, estamos en condiciones de verdadera inferioridad, si hacemos un parangón con lo que ocurre en los hospitales extranjeros. La proporción entre enfermeros y enfermos, en las instituciones bien organizadas, no debe superar la de uno por ocho enfermos. En Estocolmo, por ejemplo, para cada 5,7 enfermos, hay un enfermero y en Monbello, para 3.000 enfermos hay 555 enfermeros y 144 asistentes, es decir: uno por 4,3.

Esquirol ya advertía en su época que: "las administraciones que no concedían más que un sirviente para cada diez locos, no siendo un número suficiente y teniendo demasiadas cosas que hacer, no hacían nada".

Urge, por tanto, que las autoridades que deben asignar los recursos para el sostenimiento de los institutos psiquiátricos, mediante economías mal entendidas, no obstaculicen el progreso de aquello que significa el adelanto de nuestro país y su cultura, ya que planteando y resolviendo tales problemas, se aboga por el porvenir de la raza, se selecciona la inmigración, se aminora el trágico aspecto de la delincuencia, culpabilidad y estados peligrosos, procurando así el engrandecimiento de una patria sana y vigorosa.

No escapará al criterio de nuestros lectores, aún al de aquellos menos prevenidos, que el pensamiento del autor de este trabajo es tocar la campana de alarma, usando de la más dolorosa verdad, a objeto de despertar interés entre la generación activa de la época actual, para colaborar al modo y manera que cada cual considere eficaz y conveniente.

Los enfermos mentales, cuya precaria situación económica los arroja al hospital común no pueden, ni deben, ser tratados como lo han sido hasta hoy, pues lo imponen elementales leyes humanas; la solidaridad social y las obligaciones contraídas por el hombre culto para con sus semejantes.

Los enfermos mentales, más indefensos que las mujeres y los niños, reclaman auxilio solo exhibiéndose en medio de la desorientación que da la niebla en la cual se debaten; no pueden, no deben ser abandonados, ciegos, en los caminos oscuros y peligrosos que recorren, a merced –digámoslo sin cobardía– de la negligencia, miseria y brutalidad.



LECTURAS

Daniel Matusevich

La vanguardia permanente

Martin Kohan

Paidós, 2021, 232 páginas.

En esta ocasión hemos decidido reseñar el más reciente ensayo de Martín Kohan, prolífico narrador y docente de Teoría Literaria en la Universidad de Buenos Aires.

Como venimos haciendo hace bastante tiempo en esta columna, a partir de comentarios y reseñas de autores de disciplinas diversas, intentamos extrapolar, con mayor o menor fortuna, conceptos e ideas de otros ámbitos (narrativa, filosofía, arte, historia) al campo de la Salud Mental. El motivo por el cual llevamos adelante esta operación es evidente: cualquier observador atento del mundo *psi* habrá tomado nota de que los y las pacientes son atendidos y pensados a partir de autores y autoras y teorías antiguas (lo que de por sí no tendría nada de malo) que son repetidas de manera acrítica (lo que sí tiene mucho de malo), generación tras generación de terapeutas.

Para constatar esta realidad basta con echar un vistazo a las currículas de nuestras residencias, en las cuales se repiten los mismos textos, camada tras camada, generándose la fuerte sospecha de que la complejidad de nuestra realidad queda por fuera de las estrategias de formación y enseñanza. Es fácil imaginar que la realidad del conurbano es diferente a la Viena de principios del siglo pasado, o que las teorías que nos permitirán comprender la complejidad del suicidio en Villa Crespo deberán ser diferentes a aquellas útiles en Oklahoma, París o Valladolid, y así podríamos seguir. Continuando con Kohan, es de nuestro interés poner en entredicho las convenciones establecidas, las lecturas domesticadas y el reino mustio del psicoanálisis y las neurociencias; para intentar llevar adelante esta tarea es necesario mezclar géneros, revisar críticamente la práctica en forma permanente, utilizar de manera libre pero rigurosa un amplio abanico de citas y no tener miedo a alejarse de la corrección política.

Al ser la psiquiatría la más cultural de todas las especialidades médicas, es central la influencia del clima de época en cómo se va constituyendo; en definitiva, es sorprendente que los referentes teóricos sigan siendo los mismos (o que prácticamente no cambien) mientras el mundo y otras ramas de la ciencia y el arte no paran de sorprendernos con sus reformulaciones de todo tipo. Es como si la Salud Mental estuviera atrapada en un continuo de *remakes*, secuelas y precuelas, sin poder comenzar a descubrir y procesar a los autores y las autoras que están arbolando los tiempos que nos tocan vivir.

Es entonces que pedimos ayuda a sociólogos, antropólogos, escritores, críticos de la cultura, filósofos y a cualquiera que haya pensado algo nuevo y rompedor en y para su disciplina, para pedírselo prestado e intentar aplicarlo (con las salvedades y la responsabilidad epistemológica que la cuestión merece) en el atribulado mundo de nuestra especialidad.

En el texto que nos ocupa, Martín Kohan analiza y explora las vanguardias artísticas, poniendo el eje especialmente en la literaria, examinando en detalle varios de los autores más significativos de las últimas décadas (Puig, Walsh, Saer, Cortázar, Borges, Aira y otros) a fin de trazar un mapa muy preciso de cómo, según él, es verdad que existe un futuro, pero el mismo ya ocurrió, está en el pasado: "...esa ambición de futuridad, sin dejar de serlo, cobra el carácter de lo pretérito. Lo nuevo, sido. Como si conviniese fusionar el prefijo 'neo' con el prefijo 'post', lo nuevo con lo concluido, lo pasado con lo pendiente, para mejor escrutar cuál puede ser la significación actual del vanguardismo".

Este dilema está presente en nuestro campo de muy diferentes maneras -ya sea en el enfoque de la post psiquiatría o psiquiatría crítica (Bracken, Thomas, Ortiz Lobo), ya sea en ciertos enfoques salud menta-

listas deudores de una cierta antipsiquiatría (Laing, Cooper, Szasz- un dilema que implica la pregunta de cómo seguir avanzando, cómo procesar el pasado en un precipitado que sea contemporáneo con las alternativas que debemos atravesar en estos tiempos.

En este sentido vale la pena reconocer aquí el trabajo que se viene llevando adelante en España, con investigaciones y publicaciones que recogen el guante de esa pregunta por la vanguardia y permiten comenzar a imaginar algunas de las nuevas semiologías. Huertas, Ortiz Lobo, Vispe, Valdecasas, Villasante y otros piensan, investigan y escriben en referencia a los nuevos feminismos, el activismo en primera persona, los suicidios, el lugar de la historia en la clínica, los psicofármacos (medicar versus medicalizar), las narrativas, etc. de una forma diferente, completamente alejada de la “retromanía” tan en boga en nuestro medio.

Kohan también se aleja y diferencia de la “retromanía” cuando plantea que las vanguardias atacan la institución *arte* con el objeto de restablecer la unión de arte y vida: “...liquidar esa separación que la propia institución arte produce y sostiene, reintegrar el arte a la praxis vital”.

Plantea, así, claramente, que las vanguardias ponen en cuestión la noción misma de arte, sino no son vanguardias; las semejanzas con las crisis que están atravesando las instituciones de Salud Mental y las hipótesis que las sostienen son instantáneas. El fantasma de la canonización y la museificación ataca a las teorías y a los lugares en donde esas ideas se aplican, más preocupados sus epígonos por hacerlas sobrevivir que por preguntarse cuál es el sentido de que sigan existiendo. Para los interesados en algunas de estas conjeturas vale la pena asomarse a la sátira de Ricardo Strafacce, “La escuela neolacanianana de Buenos Aires”,

en la que ajusta las cuentas con ciertos espacios y ciertas formas de transmisión de (des)conocimiento muy propios del Río de La Plata.

Apropiándonos de conceptos e ideas Kohanianos (casi Khunianos) pareciera que en nuestro medio existe una especie de falla geológica que implica una condena a repetir una y otra vez la misma teoría más allá de que el tiempo pase y los pacientes se renueven y muchos viejos maestros hayan dado paso a nuevas generaciones de maestros, que siguen cultivando las mismas referencias como si cambiar equivaliera a traicionar el legado.

Es cierto que lo nuevo presenta muchas dificultades: “...hay quienes por desesperación a esas dificultades se aferran a lo viejo... las obras con mas fuerza de ruptura generadas por las vanguardias (vanguardias clásicas, vanguardias históricas, vanguardias con tradición) no dejan de plantear una exigencia singular a los parámetros más aceptados de la recepción artística”. Las nuevas ideas, las que fueran, ya sean narrativas, cambio de lugar de nuestros pacientes, psiquiatría crítica no se dejan “absorber dócilmente” por los códigos de los consumos psiquiátricos y psicológicos masivos siempre atentos a mantener un estatus quo que también debe ser leído desde la variable de los intereses económicos en juego.

Hay muchas más ideas en las doscientas paginas del libro de Martín Kohan, ideas que esperan a aquellas o aquellos dispuestos a despojarse de preconceptos e intentar llevar adelante una práctica menos condicionada por la estética del más de lo mismo. Dicha práctica inevitablemente deberá comenzar por lecturas como la que proponemos en esta reseña, más atentas a generar reflexiones incómodas que a confirmar certezas momificadas.