

arq

Sinopsis

DIGITAL

Número 69 | Octubre 2025 | Año 35

Revista de la Asociación
de Psiquiatras de Argentina

69



Sinopsis 69 | Octubre 2025 | Año 35 | ISSN 2313-917X

**SINOPSIS – Revista de la Asociación de
Psiquiatras de Argentina (APSA)**

Directora: *Dra. Liliana Mato*

Comité Editorial:

Dra. Diana Berrio
Dr. Daniel Izraelit
Dra. Nora Leal Marchena
Dra. Valeria Mendizábal
Dr. Ramiro Perez Martín
Dra. Viviana Peskin

Comité Asesor

Dr. Hugo Dramisino
Dra. Angeles López Geist
Dr. Hugo Pisa

Comisión Directiva de APSA

Presidente

Dr. Esteban Toro Martínez

Vicepresidente

Dr. Maximiliano Cesoni

Secretaria

Dra. Mariana Moreno

Prosecretario

Dr. José Domínguez

Tesorera

Dra. Julia Ledda

Vocales Titulares

Dra. Laura Bielli (Cuyo)
Dra. Laura Lorenzo (Buenos Aires)
Dra. Aymarà Pinsker (Patagonia)
Dr. Federico Silvestrini (Centro)
Dr. Mariano Hernán Castelli (CABA)
Dra. Bernabé Ibáñez (Litoral)
Dr. Ignacio Crespo (NOA)
Dra. Daniela Nissen (NEA)

Vocales Suplentes

Dra. Samanta Cannata (Cuyo)
Dr. Damián Gargoloff (Buenos Aires)
Dr. Nicolás Salgado (Patagonia)
Dr. Gustavo Verrone (Córdoba)
Dra. Ángeles López Geist (CABA)
Dra. Margarita Cermelli (Litoral)
Dra. Astrid Teme (NOA)
Dra. Nora Plotkin (NEA)

Tabla de contenido

Editorial	5
Presentación Sinopsis número 69.....	6
PREDICCIÓN DEL RIESGO EN PSIQUIATRÍA: ¿CÓMO NOS AYUDAN LAS MÁQUINAS DE SOPORTE VECTORIAL (SVM)?	
Dr. Daniel Serrani	8
EFICACIA DE LOS ANTIDEPRESIVOS EN LOS CUADROS DE DEPRESIÓN LEVE	
Dra. Sofía Manganiello.....	12
EPIGENÉTICA, SISTEMA NERVIOSO Y MEDIO AMBIENTE	
Dra. Alma Pollini.....	20
SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO SITUADO PARA UNA INTERVENCIÓN CON PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE	
Verónica Mora Dubuc y Kevin Leonel Viarengo.....	28
EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS EN LA INTERCONSULTA POR SALUD MENTAL DE UN HOSPITAL GENERAL DURANTE 7 MESES ENTRE 2023 Y 2024 DE CABA	
Dra. Giselle Elizabeth Kurz, Dr. Joaquín Lanuza, Dra. Lucía Liliana Grimaldi,	42
ENTREVISTA AL DR. JUAN DAVID NASIO	
Entrevistadora: Dra. Liliana Mato	53
PERFILES DE LA PSIQUIATRÍA ARGENTINA – Dr. Enrique Stein	
Por la Dra. Nora Leal Marchena	59
NEXUS. Yuval Harari - Una breve historia de las redes de información desde la Edad de Piedra hasta la IA (Penguin Random House, Bs. As., 2024)	
Reseña de Daniel Izrailit.....	60
ENTREVISTA AL DR. MARCELO MARMER: ESCRITOR Y PSIQUIATRA, ENTRE LA LITERATURA Y LA SALUD MENTAL	
Entrevistadora Dra. Nora Leal Marchena	65
ACTIVIDAD APSA/APdeBA 2025	
Dra. Diana Zalzman, Dr. Sergio Rojtenberg, Dra. Liliana Mato..	69

Editorial

Revista Sinopsis se propone como un espacio destinado a expresar las voces de las y los psiquiatras de la **Asociación de Psiquiatras de Argentina**. Su objetivo es dar lugar a la producción, al intercambio y a la discusión crítica en torno a los múltiples desafíos que atraviesa hoy nuestra práctica.

El campo de la salud mental enfrenta actualmente una situación decisiva: la insuficiencia presupuestaria, las dificultades en la organización de los dispositivos asistenciales y la sobrecarga de las y los profesionales configuran un escenario complejo que impacta tanto en la calidad de la atención como en las posibilidades de desarrollo de la disciplina. La Psiquiatría, en consecuencia, se encuentra interpelada a revisar sus modos de intervención y a sostener, en condiciones adversas, su compromiso con la sociedad.

Nuestra práctica también transcurre en un escenario contemporáneo atravesado por fuertes transformaciones comunicacionales. La denominada *cibercomunicación* ha modificado de manera profunda las formas de vinculación tanto en ámbitos laborales y educativos como en todas las relaciones sociales; tenemos hoy una vida mediada por apps; gran parte de la vida adolescente también transcurre actualmente en entornos digitales. Este fenómeno replantea las modalidades del lazo social y requiere de investigaciones acerca de los efectos de la *cibercomunicación* sobre la salud mental.

Reafirmamos nuestro compromiso con una mirada abierta, interdisciplinaria y en diálogo permanente con otros saberes contemporáneos. Entendemos que la salud mental no se construye en soledad, sino en conversación con la Filosofía, la Sociología, la Antropología, las Ciencias políticas y, por supuesto, con las voces de pacientes, familias y comunidades.

Los artículos reunidos en este nuevo número de **Sinopsis** reflejan una Psiquiatría en movimiento, que se renueva a través de la apertura a nuevos enfoques y campos de investigación. Desde el uso de técnicas de inteligencia artificial, como las Máquinas de Soporte Vectorial para la predicción de riesgo, hasta los avances en Epigenética y la articulación de la clínica tanto desde perspectivas neurobiológicas como desde las determinaciones socioculturales. Se evidencia una disciplina en diálogo constante con el conocimiento contemporáneo. Al mismo tiempo, se resalta la vigencia del Psicoanálisis y la potencia de las prácticas comunitarias en salud mental como vectores de transformación y cambio psíquico. Finalmente, este número se enriquece con trabajos que exploran las vinculaciones entre Psiquiatría y Literatura, reafirmando el valor de estos entrecruzamientos como aportes centrales para la comprensión de la subjetividad.

Esta nueva gestión de **Revista Sinopsis** asume el compromiso de consolidarse como un ámbito de reflexión, intercambio y construcción colectiva, donde confluyan distintas miradas capaces de iluminar problemas y abrir horizontes. Por ello, convocamos a todas y todos los colegas a participar activamente con sus producciones, experiencias y reflexiones, para que este espacio sea verdaderamente representativo de la riqueza y diversidad de nuestra Asociación. Estamos convencidos de que, con el aporte de cada uno, podremos fortalecer nuestra práctica profesional y contribuir al desarrollo de una salud mental más justa, inclusiva y humana.

Liliana Mato

Presentación Sinopsis número 69

En el número 69 de la Revista Sinopsis contamos con varios artículos en cada una de las secciones: en **Investigación en Psiquiatría** el Dr Serrani, comparte el artículo llamado: [“Predicción del Riesgo en Psiquiatría: ¿Cómo nos Ayudan las Máquinas de Soporte Vectorial \(SVM\)?”](#), las cuales, se encuentran en bibliotecas de aprendizaje automático en lenguajes como Python o R. Las Máquinas de soporte vectorial sirven para identificar a tiempo a los pacientes en alto y bajo riesgo de acuerdo a los datos que se les proporcionan. Constituyen una técnica prometedora que puede complementar nuestra práctica clínica.

En esta misma sección, se encuentra el artículo: [“Eficacia de los antidepresivos en los cuadros de depresión leve”](#) de la Dra Sofia Manganiello, psiquiatra en el Servicio de Salud Mental del Hospital Saturnino Unzué, 25 de Mayo, Buenos Aires. Los cuadros depresivos leves se presentan con gran frecuencia, especialmente en los servicios ambulatorios. El objetivo de este artículo es conocer la respuesta de los fármacos antidepresivos en los cuadros de depresión leve y evaluar si en los casos en que se dificulta la remisión hay alguna variable sociodemográfica o clínica, que pudiera influir.

Para finalizar esta primera sección contamos con el aporte de dos expertos en Psiconeurofarmacología: la Dra Alma Pollini y el Dr Sebastián Estenssoro, quienes en su artículo: [“Epigenética, sistema nervioso y medio ambiente”](#), definen la Epigenética como el conjunto de procesos que modifican la actividad del ADN sin alterar su secuencia. Los cambios epigenéticos derivan en alteraciones fenotípicamente estables para el organismo. El medio ambiente y especialmente el cuidado materno en la primera etapa del desarrollo tiene una influencia crucial en los cambios de la expresión génica como lo demuestran los estudios en psicobiología y fisiología del desarrollo.

En la sección **Clínica Compartida** encontramos el artículo: [“Salud Mental y Derechos Humanos: la importancia del diagnóstico situado para una intervención con personas en situación de calle”](#) de la Dra. Veronica Mora Dubuc y el Lic. Kevin Leonel Viarengo. En este artículo se destaca la importancia de un diagnóstico (DX) situado; que pretende atender la experiencia del sujeto de atención y de derecho, la cual debe ser integrada en el plan de intervención. El DX situado se presenta como un instrumento

de carácter multidimensional. Se utilizan observaciones entre el 2021 y el 2023 del equipo de asistencia a personas con TMS en situación de calle (ASIC) que está orientado a una estrategia de Salud Mental Comunitaria y Territorial.

Los residentes del Hospital Ramos Mejia, Dra. Giselle Elizabeth Kurz, Dr. Joaquín Lanuza y Dra. Lucía Liliana Grimaldi complementan esta sección con el artículo: [“El consumo problemático de sustancias en la interconsulta por Salud Mental de un hospital general, durante 7 meses, entre 2023 y 2024 de CABA”](#). Uno de los principales motivos de interconsulta por salud mental y cuyo abordaje implica gran complejidad es el consumo problemático de sustancias. Su atención conjuga aspectos clínicos, hospitalarios, sociales, comunitarios y de disponibilidad de recursos que se organizan bajo el paradigma biomédico. En este artículo se proponen analizar características clínicas y estadísticas de las interconsultas vinculadas al consumo problemático de sustancias y las medidas terapéuticas implementadas.

En la sección de **Entrevistas** [la Dra Liliana Mato entrevista al Dr Juan David Nasio](#), psiquiatra y psicoanalista argentino egresado de la Universidad de Buenos Aires, quien realizó su residencia en Psiquiatría en el Servicio dirigido por el Dr. Mauricio Goldenberg en el Hospital “Evita” de Lanús. Vive y realiza su práctica clínica y docente en Francia desde 1969. Algunos de sus libros en español son: *“El magnífico niño del psicoanálisis”*. *“La mirada en psicoanálisis”*. *“El Acto Psicoanalítico: teoría y clínica”*. *“Los Gritos del Cuerpo”*. *“Psicosomática”*. *“El inconsciente es un nudo entre analista y paciente”*. *“Presentaciones Clínicas”*. *“Grupos clínicos de Buenos Aires”*. *“¿Por qué repetimos siempre los mismos errores?”*

En **Perfiles de la Psiquiatría** compartimos el [perfil del Dr Enrique Stein](#), escrito por la Dra. Nora Leal Marchena y el Dr Daniel Moldavsky. El Dr Stein falleció el 13 de junio de 2025, reconocido por su compromiso en la Salud Pública y como docente universitario. El enfoque de su labor eran los consumos problemáticos, además de ser un defensor de la atención integral en salud mental.

En la sección de **Letras y psiquiatras**, se comparte la [reseña realizada por el Dr Daniel Izrailit, del libro “Nexus” de Yuval Harari](#), publicado en 2024 como una breve historia de las redes de información desde la edad de piedra hasta la inteligencia artificial.

También encontraremos en esta sección la [“Entrevista al Dr. Marcelo Marmer: escritor y psiquiatra, entre la Literatura y la Salud Mental”](#) realizada por la Dra Nora Leal Marchena. El Dr Marmer nació en Buenos Aires, en 1956 y es un destacado médico psiquiatra, psicoanalista y escritor, además de ser presidente del Capítulo de Violencia, Redes Sociales y Salud Mental de APSA y publicó el libro: *Informe preliminar sobre Delia Santos* (Editorial Leviatán), el 20 de agosto de 2024.

Por último en la sección de **Capítulos** se publica la [reseña de la actividad APSA-APdeBA: “Sobre las adolescencias: riesgos y desbordes. Propuestas de prevención”](#), que tuvo lugar en el marco de la Jornada Internacional: “Múltiples escenarios en el Psicoanálisis de las infancias y adolescencias”, en junio pasado, en la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA). Los expositores de dicha actividad fueron la Dra. Diana Zalzman, el Dr. Sergio Rojtenberg y la Dra. Liliana Mato, quienes nos ofrecen un resumen de su participación.

I INVESTIGACIÓN EN PSIQUIATRÍA

PREDICCIÓN DEL RIESGO EN PSIQUIATRÍA: ¿CÓMO NOS AYUDAN LAS MÁQUINAS DE SOPORTE VECTORIAL (SVM)?

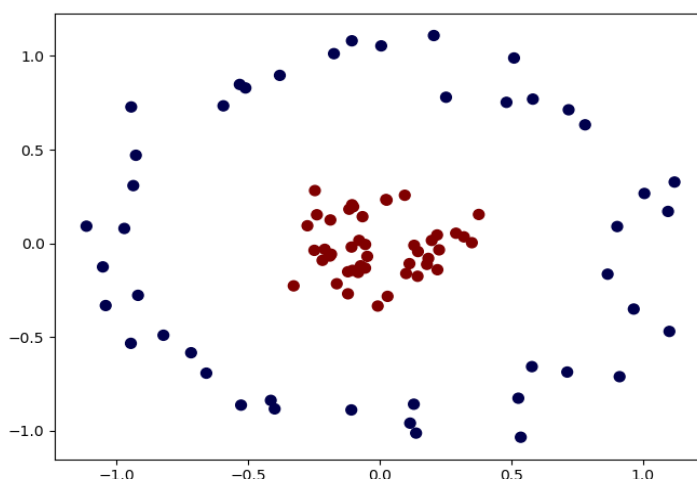
Autor: Daniel Serrani.

Médico psiquiatra y Geriatra. Dr. en psicología. Mg en Salud Mental. Presidente Honorario del Capítulo de Investigación en Psiquiatría de APSA.

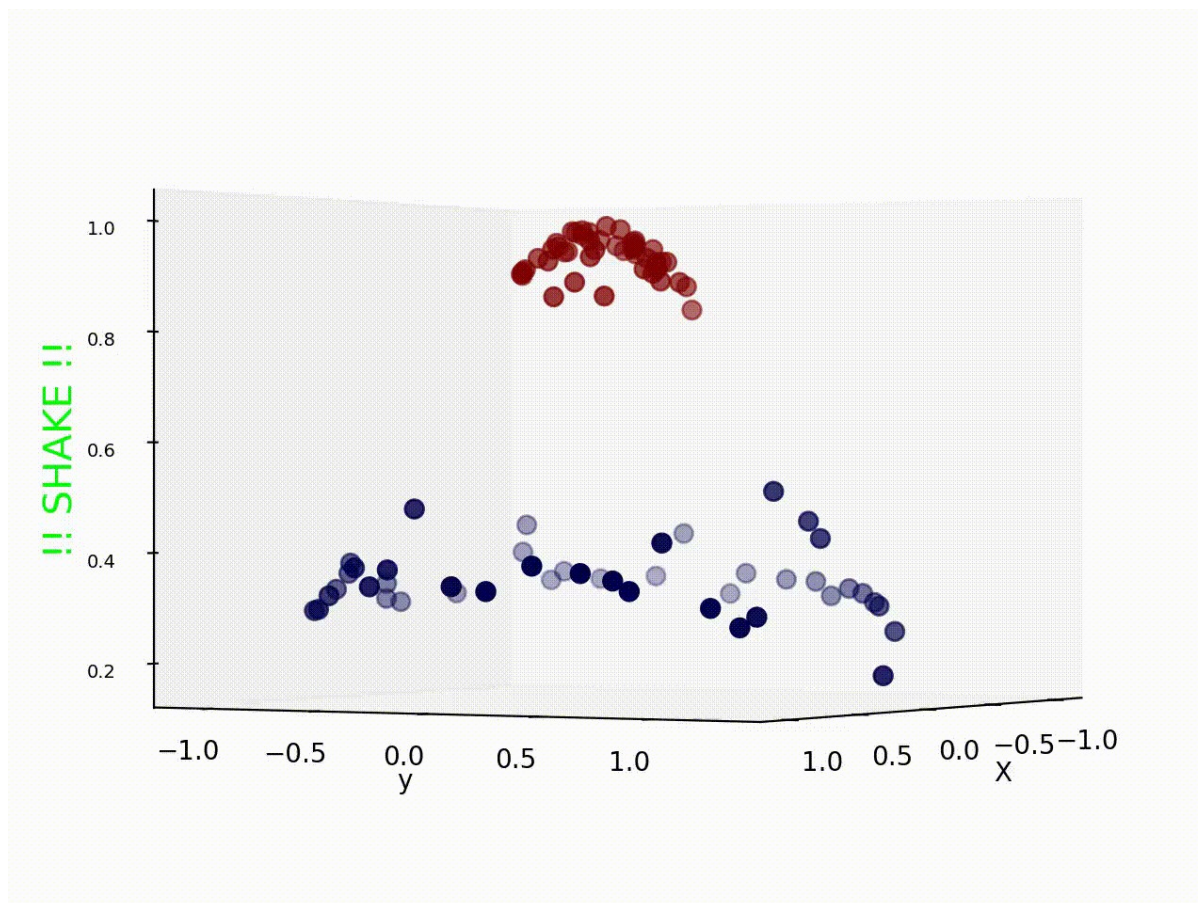
En psiquiatría identificar a tiempo a los pacientes en riesgo (ya sea de suicidio, recaídas en el consumo, etc.) es fundamental. Las herramientas tradicionales, aunque útiles, a menudo no son lo suficientemente precisas. Aquí es donde las técnicas de inteligencia artificial pueden marcar una gran diferencia.

Imagina que tienes puntos azules y rojos mezclados en un gráfico (por ejemplo, pacientes con y sin riesgo).

Ejemplo 1: Gráfico.



Los puntos rojos y azules desparramados por todo el espacio, ¡al menos así parece! Lo que hacen las SVM es encontrar la mejor "línea" o "plano" que separe estos puntos de la manera más clara posible, dejando el mayor espacio entre ellos.



Después de “sacudir” los datos de la muestra parece que hay una gran posibilidad de clasificación. Cuánto más grande sea ese espacio (llamado margen), más confianza tendremos en que la separación es buena. Esto permite a la SVM diferenciar entre pacientes con alto y bajo riesgo, basándose en la información que le proporcionamos.

¿Cómo Funcionan las SVM en la Práctica?

Datos de Entrada (Características): Para que la SVM aprenda necesitamos darle mucha información relevante sobre los pacientes. Piensa en esto como las "pistas" que nos ayudan a entender el riesgo. Estas pistas pueden ser:

Datos clínicos: Edad, sexo, diagnósticos previos (depresión, ansiedad), historial de intentos de suicidio (¡una pista muy importante!), consumo de sustancias, tratamientos, etc.

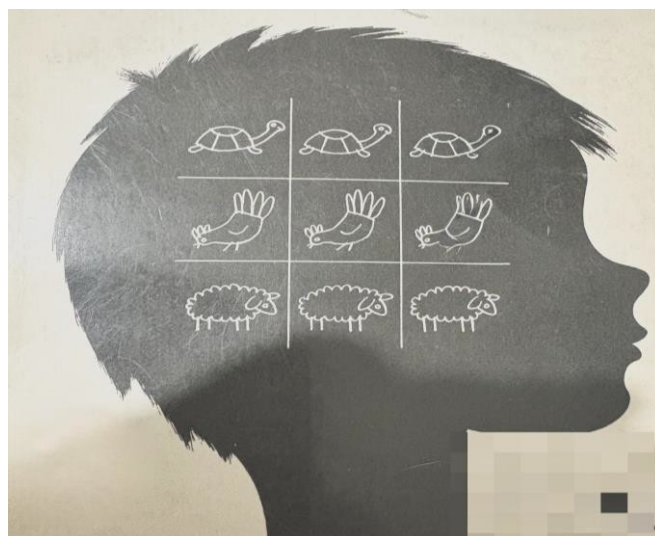
Datos biológicos: Información de resonancias cerebrales (si hay cambios en ciertas áreas del cerebro), análisis genéticos, marcadores en sangre.

Incluso texto: En el futuro, podríamos analizar lo que los pacientes escriben o dicen (siempre con mucho cuidado ético y de privacidad) para buscar patrones. * El "Truco" para Datos Complejos: A veces, las pistas son tan complicadas que no podemos trazar una línea recta para separar los grupos. Las SVM tienen un "truco" llamado "truco del kernel". Básicamente, toman esos datos complejos y los "elevan" a un espacio donde sí pueden ser separados por un plano. Es como si tus puntos azules y rojos estuvieran en una mesa y no pudieras separarlos con una línea, pero si los levantas y los ves desde arriba, de repente puedes pasar un cartón para separarlos. Esto permite que las SVM manejen relaciones muy complejas en los datos.

Ajuste Fino del Modelo (Hiperparámetros): Las SVM tienen ciertos "botones" que podemos ajustar para que funcionen mejor. Los más importantes son:

"C" (Tolerancia a errores): Este botón controla cuánto permitimos que el modelo cometa errores al separar los grupos. Un "C" alto significa que somos muy estrictos y queremos pocos

errores.



Portada editorial kapeluz 1980. Antes del cálculo. Foto

"Gamma" (Sensibilidad a los datos cercanos): Si usamos el "truco del kernel", "gamma" nos dice qué tan sensibles somos a los puntos que están muy cerca unos de otros. Un "gamma" alto puede hacer que el modelo sea demasiado "detallista" y aprenda los datos específicos, pero no generalice bien a nuevos pacientes (lo que llamamos sobreajuste).

Validación y Métricas de Rendimiento: No basta con que el modelo funcione bien con los datos que ya tenemos. Queremos asegurarnos de que sea útil para pacientes nuevos. Para eso:

Validación Cruzada: Dividimos nuestros datos en varias partes. Entrenamos el modelo con algunas partes y lo probamos con las que no habíamos visto. Así nos aseguramos de que no solo memorice.

Métricas Clave: Para medir qué tan bien lo hace, no solo miramos la "precisión" general. Es crucial ver: Sensibilidad: ¿Cuántos pacientes de alto riesgo el modelo identificó correctamente? (Queremos que este número sea alto para no pasar por alto a nadie en peligro).

*Especificidad: ¿Cuántos pacientes sin riesgo el modelo identificó correctamente?

Curva ROC (AUC): Nos da una idea general de qué tan bien el modelo distingue entre los dos grupos. Un valor cercano a 1 es excelente.

Desafíos y Consideraciones Éticas

Eventos Raros: El suicidio, afortunadamente, es un evento poco frecuente. Esto hace que sea difícil recolectar suficientes datos para entrenar modelos robustos.

Privacidad: La información de los pacientes es muy sensible. El manejo de los datos debe ser extremadamente cuidadoso, garantizando la anonimización y la privacidad.

"Caja Negra": A veces, las SVM pueden ser un poco como una "caja negra"; nos dan una predicción, pero no siempre es fácil entender exactamente por qué. Sin embargo, existen herramientas (como SHAP o LIME) que pueden ayudar a "abrir" esa caja y ver qué pistas fueron más importantes para la decisión del modelo.

Herramienta de Apoyo, No Reemplazo: Es vital entender que estas herramientas de inteligencia artificial no reemplazan el juicio clínico. Son un apoyo valioso que nos ayuda a identificar a pacientes que podrían necesitar una evaluación más profunda o intervenciones preventivas, liberando tiempo y recursos para quienes más los necesitan.

Software y Herramientas

La implementación de SVMs se realiza comúnmente con bibliotecas de aprendizaje automático en lenguajes como Python o R:

- * Python: scikit-learn (clases SVC y LinearSVC), numpy, pandas, matplotlib, seaborn para preprocesamiento y visualización.

- * R: Paquetes como e1071 (para SVM), caret (para entrenamiento de modelos y validación cruzada).

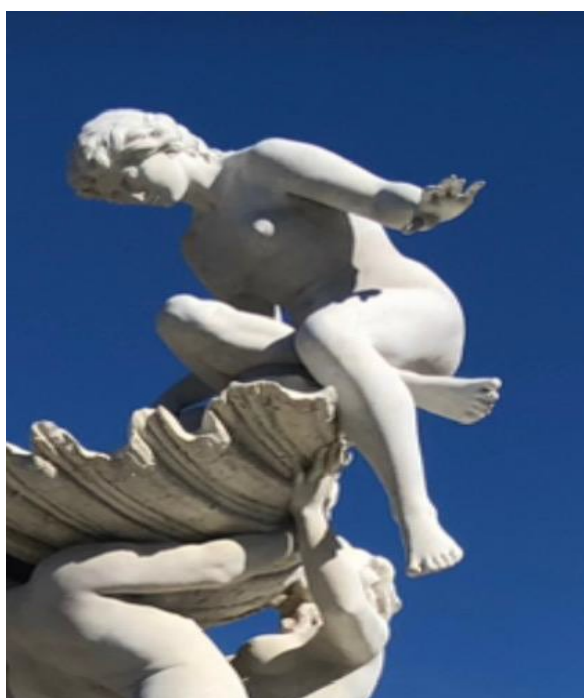
En resumen, las SVM son una prometedora técnica que puede complementar nuestra práctica clínica al ofrecer predicciones de riesgo más precisas, ayudándonos a intervenir de manera más oportuna y, en última instancia, a mejorar la atención de nuestros pacientes.

EFICACIA DE LOS ANTIDEPRESIVOS EN LOS CUADROS DE DEPRESIÓN LEVE

Dra. Sofía Manganiello

Médica Psiquiatra, Magister en Neuropsicofarmacología Clínica.

Servicio de Salud Mental del Hospital Saturnino Unzué, 25 de Mayo, Buenos Aires.



Fotografía parcial, de la Fuente Monumental . Las Nereidas. Lola Mora.
Autora Valeria Mendizabal 2024.

Resumen Introducción

Los cuadros depresivos leves se presentan con gran frecuencia en la práctica ambulatoria de los profesionales de la salud mental. El objetivo de este estudio fue conocer la respuesta de los fármacos antidepresivos en estos cuadros, y además evaluar si en los casos en que se dificulta la remisión fue encontrada alguna variable sociodemográfica o clínica, que pudiera influir.

Materiales y Métodos

Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de pacientes mayores de 18 años que fueron diagnosticados con trastorno depresivo leve según la escala de depresión de Hamilton de 17 ítems, y consultaron de forma ambulatoria en el servicio de salud mental de un hospital general.

Resultados

De los 298 pacientes que se trataron en el período indicado se incluyeron en la muestra 111, de los cuales las mujeres representaron el 81,1 % (n=90) y los hombres el 18,9 % (n=21). En relación a los intervalos de edad se encontró que 52 pacientes pertenecían al grupo entre 41-60 años. Con respecto al estado civil se encontró un predominio de separados 37,8 % (n=42). En la mayoría de los casos no se pudo determinar comorbilidades psiquiátricas asociadas (n=67). Se encontraron 89 pacientes donde no había una asociación a una condición médica. En relación al número de episodios, el 62,2% no presentaba episodios previos (n=69) y 61 pacientes (55%) no acompañaban el tratamiento farmacológico con psicoterapia.

Conclusiones

Si bien en la mayoría de los casos no había comorbilidades psiquiátricas, en aquellos que se llegó a la potenciación para lograr la remisión, eran pacientes que presentaban trastornos de personalidad y estaban separados, en relación a su estado civil.

Palabras Claves: depression menor, trastorno depresivo leve, eficacia antidepressiva

Correspondencia: Sofía Manganiello - Mail: sofiamanganiello@intramed.net

Conflicto de Intereses: La autora declara que no presenta conflicto de intereses.

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Introducción

Los trastornos del ánimo son padecimientos altamente prevalentes, crónicos y debilitantes que representan una de las principales causas de años vividos con discapacidad en el mundo (Kirsch I., et. Al. 2002).

Si bien han sido estudiados de manera muy detallada, estas investigaciones se han centrado especialmente en las formas clínicas más graves, sin considerar que la mayoría de los cuadros que se observan en los consultorios son aquellos que no presentan una intensidad severa, pero si se sostienen en el tiempo, por lo que es fundamental poder establecer la eficacia de los antidepressivos para estos casos (Ackermann, R.T., Williams, J.W. 2002; Oxman, T.E., Sengupta, A. 2002). Al momento, para este tipo de trastornos, no se han podido definir criterios diagnósticos precisos ni alternativas terapéuticas con la misma rigurosidad que en las depresiones mayores (Márquez, M. 2006).

Dentro de este tipo de depresiones se incluyen una variedad de cuadros como depresiones reactivas a estresores, depresiones caracterológicas, aquellas secundarias a enfermedades orgánicas u otra patología mental.

Dentro de las investigaciones que se enfocaron en el tratamiento de la depresión, el estudio [Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression \(STAR*D\)](#) ha sido muy reconocido. El objetivo de este estudio fue determinar qué tratamientos sucesivos resultaban más efectivos en caso de falta de respuesta o intolerancia a un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. Dentro de los hallazgos principales se encontró que la tasa de remisión en monoterapia es baja, que no había diferencias entre cambiar a otro antidepressivo inhibidor de la recaptación de serotonina, a un dual o a otro con diferente mecanismo. No hubo diferencias entre agregar o cambiar a psicoterapia y medicación en pacientes que no responden al citalopram, pero las potenciaciones

funcionaron posiblemente un poco mejor, en pacientes que tenían respuesta parcial y buena tolerancia al citalopram. Además, la probabilidad de remitir va decreciendo a medida que se suceden tratamientos, especialmente a partir del tercero, mientras que las chances de recaer aumentan. Ante un episodio de depresión leve no se deberían implementar tratamientos con antidepresivos como primera opción terapéutica (Qaseem, A. et. al. 2023; NICE 2020).

La OMS sostiene que “Los antidepresivos pueden ser eficaces en la depresión moderada a grave, pero no son el tratamiento de elección en los casos leves” (WHO 2019). Esto surge de estudios donde se hace referencia a que existe poca evidencia sobre la eficacia de los antidepresivos en depresión leve (Qaseem, A. et. al. 2023; NICE b, 2022). Varios estudios concuerdan que el beneficio de los antidepresivos se observa en depresiones moderadas y severas, existiendo una ausencia de efecto en comparación con el placebo en las depresiones leves (Bauer et. al. 2007; Kirsch et. al., 2008; NHS 2009; Fournier et. al., 2010; Vöhringer, P.A., Ghaemi, N., 2011; Baumeister, 2012). En cambio, Fountoulakis, K.N., Möller, H.J. (2010) concluyeron que los antidepresivos son eficaces y esta eficacia no está determinada por la severidad de la depresión.

Las guías de práctica clínica aconsejan efectuar un manejo escalonado de la depresión, de forma que en casos menos graves tienen preferencia aquellas intervenciones de menor intensidad (Gasull Molinera, V. 2023; NICE 2022). Concretamente, las intervenciones a priorizar se relacionan con el apoyo, la autoayuda guiada, la psicoeducación, las técnicas psicoterapéuticas (Gasull Molinera, V. 2023; NICE 2022), los programas de ejercicios supervisados y estructurados (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto 2023).

Se dispone de un metaanálisis reciente sobre intervenciones en depresión leve basado en 142 ensayos clínicos aleatorizados con un total de 20.663 participantes. En este metaanálisis se han comparado intervenciones como el ejercicio, la autoayuda, diferentes psicoterapias y los antidepresivos. Los resultados muestran que el efecto de los fármacos (N= 343) en la reducción de los síntomas depresivos es similar al observado en el tratamiento físico o psicológico y que, por el contrario, presentan un mayor riesgo de efectos adversos (NICE 2022 b).

Se puede considerar prescribir antidepresivos en determinadas situaciones de depresión leve: cuando la persona tiene antecedentes de depresión moderada o grave con una buena respuesta a los antidepresivos, cuando los síntomas persisten o cuando no mejoran a pesar de las intervenciones no farmacológicas (Gasull Molinera, V. 2023; CANMAT 2016).



Fotografía: 2024. Barrio de Palermo. Placa de metal pintada. Boca con labios.
Autora foto: V. Mendizabal

Objetivos

Conocer la respuesta al tratamiento con fármacos antidepresivos de los casos presentados en un consultorio de un hospital general, que fueron diagnosticados como trastorno depresivo leve.

Analizar si existen variables, ya sea sociodemográficas o comorbilidades mentales y/o médicas que influyan en la respuesta terapéutica, así como también si el tratamiento farmacológico es acompañado por psicoterapia.

Materiales y Métodos

Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo donde la muestra está compuesta por pacientes que consultaron en los consultorios externos del servicio de Salud Mental de un Hospital General de la provincia de Buenos Aires, en el período de enero de 2022 y diciembre de 2023.

Para la recolección de datos se utilizaron las historias clínicas de los pacientes que entraron dentro de los criterios de inclusión del estudio. Se excluyeron los pacientes que ya estuvieran en tratamiento farmacológico indicado por otro profesional al momento de la primera consulta, los cuadros de depresión con síntomas psicóticos, depresiones bipolares, pacientes con comorbilidad de consumo problemático de sustancias.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que fueron diagnosticados con trastorno depresivo leve según la escala de depresión de Hamilton de 17 ítems, seleccionando los que fueron tratados con escitalopram, llegando hasta

20 mg cuando no se obtuvo respuesta con 10 mg. En los casos donde la respuesta fue nula y se requirió de la sustitución, se seleccionaron a los que se les indicó venlafaxina. Cuando la respuesta fue parcial, habiendo llegado a dosis máximas, se tomaron aquellos en los que la potenciación se realizó con aripiprazol entre 5 mg.

Dentro de las variables sociodemográficas se incluyeron la edad, conformándose cuatro grupos etarios (de 0 a 20, 21 a 40, 41 a 60, 61 a 80), el sexo (femenino y masculino) y el

estado civil (soltero/a, pareja, casado/a, separado/a, divorciado/a y viudo/a). A nivel clínico, las variables incluidas fueron las comorbilidades psiquiátricas como trastorno de personalidad límite, trastorno de personalidad no especificado y trastornos de ansiedad. Dentro de las comorbilidades médicas se tomaron en cuenta patologías como diabetes, Accidente cerebrovascular, síndrome metabólico, hipertensión arterial, cáncer, hipotiroidismo. El número de episodios depresivos (primero, segundo, tercero o más de tres episodios), y si los pacientes se encontraban en terapia psicológica al momento del tratamiento farmacológico.

Se utilizó el programa estadístico SSPS versión 22.0 para el análisis de los datos.

Resultados

De los 298 pacientes que se trataron en el período indicado se incluyeron en la muestra 111, de los cuales las mujeres representaron el 81,1 % (n=90) y los hombres el 18,9 % (n=21).

En relación a los intervalos de edad se encontró que 52 pacientes pertenecían al grupo entre 41-60 años, siguiéndole en frecuencia el intervalo entre 21-40 con 49 pacientes. En tercer lugar 8 se encontraron dentro del intervalo entre los 61-80 años, y solo dos pacientes en el intervalo de 0 a 20 años.

Con respecto al estado civil se encontró un predominio de separados 37,8

% (n=42), le siguieron los casados/as, con un 27,9 % (n=31) y luego aquellos que se encontraban solteros con un total de 19 pacientes (17,1 %). Los que se encontraban en pareja representaron el 13,5 % (n=15), los viudos/as un 2,7 % (n=3), y por último un solo paciente divorciado (0,9 %).

En la mayoría de los casos no se pudo determinar comorbilidades psiquiátricas asociadas (n=67). Aquellos donde se determinó el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad fueron 16, y 14 con trastorno no especificado de la personalidad. En 8 casos figuraba el diagnóstico comórbido de un trastorno de ansiedad.

Se encontraron 89 pacientes donde no había una asociación a una condición médica. Con hipotiroidismo resultaron 7 casos, 5 casos con síndrome metabólico, 3 casos con hipertensión arterial, 2 con cáncer y solo uno con accidente cerebro-vascular.

En relación al número de episodios, el 62,2% no presentaba episodios previos (n=69). Los que cursaban el segundo episodio fueron 28 pacientes, equivalente al 25,2 %.

Cuatro pacientes cursaban el tercer episodio (3,6%), y diez ya habían presentado más de 3 episodios previos (9%).

Trastorno depresivo Leve

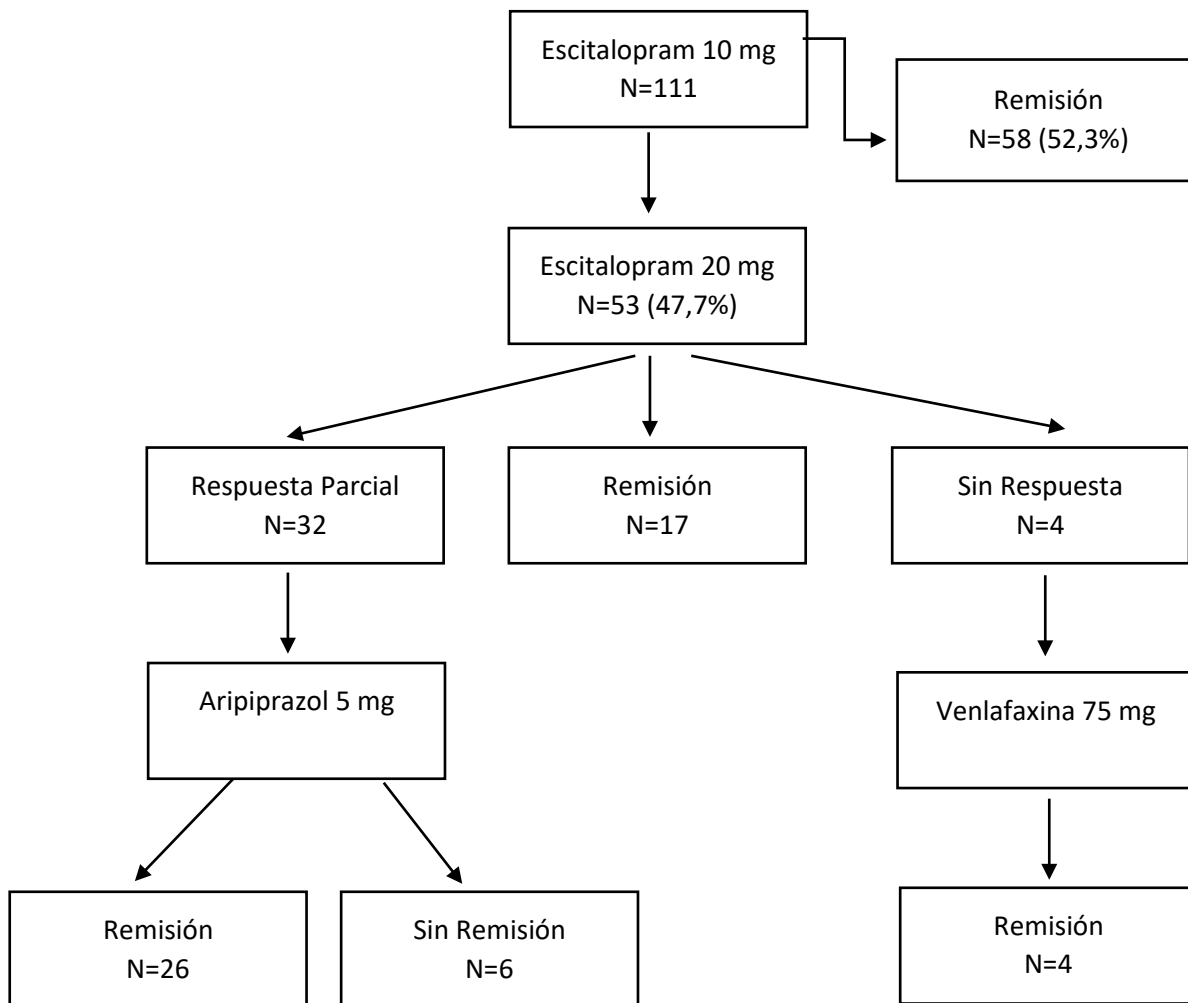


Figura 2: Secuencia de la evolución de los pacientes

Discusión

El objetivo del siguiente estudio fue conocer la respuesta antidepresiva en los casos donde se diagnosticó un cuadro depresivo leve en el contexto de consultas ambulatorias en un hospital general, y a su vez identificar si alguna variable sociodemográfica, comorbilidad médica o mental, y el acompañamiento de terapia psicológica en el tratamiento, influyen en la respuesta farmacológica.

Los pacientes que más dificultades presentan para lograr la remisión, teniendo que llegar a la potenciación, eran separados ($n=10$), con trastorno límite de la personalidad ($n=12$) o trastorno no especificado de la personalidad ($n=7$), no presentaban comorbilidades médicas ($n=23$) y 20 de ellos se encontraban realizando terapia psicológica mientras realizaban el tratamiento farmacológico.

Este estudio no puede arribar a resultados estadísticamente significativos en relación a la eficacia antidepresiva ya que no cuenta con el diseño apropiado ni un número muestral considerable. Se trata de una muestra del trabajo diario en un consultorio externo de

hospital, donde se observa que a pesar de que la bibliografía indica que la remisión con antidepresivos es escasa en los cuadros leves, en la práctica diaria no es con lo que nos encontramos. Por supuesto, no podemos evaluar el efecto placebo en este caso por ser el diseño inapropiado, pero la intención de este trabajo es generar inquietud sobre este tema para que se continúen realizando estudios, ya que no pareciera ser un tema agotado.

Conclusión

De acuerdo con lo encontrado se puede concluir que en los casos donde se dificultó llegar a la remisión del cuadro, los pacientes presentaban comorbilidad con trastornos de la personalidad y se encontraban separados.

Otros estudios bien diseñados son necesarios para permitir la evaluación definitiva de la eficacia de los antidepresivos en estos casos. Idealmente, estos estudios deberían realizarse en entornos de atención primaria, donde la mayoría de las personas con estos cuadros se presentan.

Hasta que haya pruebas suficientes debemos reconocer que hay cierta evidencia de que pueden ser más eficaces que el placebo y que son potencialmente tolerables para la gran mayoría de quienes los reciben.

También es fundamental poder definir con mayor precisión las depresiones leves para poder realizar una correcta elección del tratamiento.

Referencias Bibliográficas

Ackermann, R.T., Williams, J.W., Jr, Rational Treatment Choices for Non-major Depressions in Primary Care. (2002) *Journal of General Internal Medicine*, 17: 293-301. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.10350.x>

Bauer, M., Bschor, T., Pfennig, A., Whybrow, P. C., Angst, J., Versiani, M., ... WFSBP Task Force on Unipolar Depressive Disorders. (2007). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 8(2), 67–104. <https://doi.org/10.1080/15622970701227829>

Baumeister, H. . Inappropriate prescriptions of antidepressant drugs in patients with subthreshold to mild depression: Time for the evidence to become practice.(2012) *Journal of Affective Disorders*, 139(3), 240-243.

CANMAT Depression Work Group (2016). *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. Can. J. Psychiatry*, 61(9), 540-60. doi: 10.1177/0706743716659417. Epub 2016.

Fountoulakis, K. N., Möller, H.J. Efficacy of antidepressants: are analysis and re-interpretation of the Kirsch data. 2010. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 1–8.

Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Antidepressant Drug Effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-analysis. *JAMA*. 2010;303(1):47–53. doi:10.1001/jama.2009.1943

Gasull Molinera, V. (2023). *Guías Clínicas de Depresión*. Barcelona: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el

Adulto (2023). [Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto](#). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; Guías de Práctica Clínica en el SNS.

Kirsch I, et. Al. (2002) The emperor's new drugs: an analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration. *Prev Treat* 5, article 23. Available: <http://www.journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050023a.html>.

Kirsch I, et. Al. (2008). Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 5(2): e45. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050045>

Márquez, M. (2006). Trastornos depresivos “menores” y crónicos. Variedades clínicas y subclínicas. En S. Rojtenberg, (ed.). *Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas*, Polemos (pp. 265 295), B. A..

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2022. [Depression in adults: treatment and management](#). NICE guideline.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2022.b. [Depression in adults. Treatment of a new episode of depression](#). A: Evidence - Depression in adults: treatment and management. NICE guideline.

NHS National Institute for Clinical Excellence, 2009. Depression: the treatment and management in adults (update).

Oxman, T.E, Sengupta, A. (2002). Treatment of Minor Depression, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(3), 256-264. ISSN 1064- 7481. <https://doi.org/10.1097/00019442-200205000-00004>.

Qaseem, A., Owens, D.K., Etzeandía-Ikobaltzeta, I., Tufte, J., Cross, J.T. Jr, Wilt, T.J.; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians; Crandall, C.J., Balk, E., Cooney, T.G., Fitterman, N., Hicks, L.A., Lin, J.S., Maroto, M., Obley, A.J., Tice, J.A., Yost, J. (2023). Nonpharmacologic and Pharmacologic Treatments of Adults in the Acute Phase of Major Depressive Disorder: A Living Clinical Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*, 176(2), 239-252. doi: 10.7326/M22-2056. Epub 2023 Jan 24. Erratum in: *Ann Intern Med*. 2023, 176(8), 1143-1144. doi: 10.7326/L23-0246. PMID: 36689752.

Vöhringer, P.A., Ghaemi, N. (2011). Solving the Antidepressant Efficacy Question: Effect Sizes in Major Depressive Disorder, *Clinical Therapeutics*, 33(12).

World Health Organization (WHO) 2019. [Mental Health Gap Action Programme \(mhGAP\) Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health Settings. Version 2.0](#). Geneva.

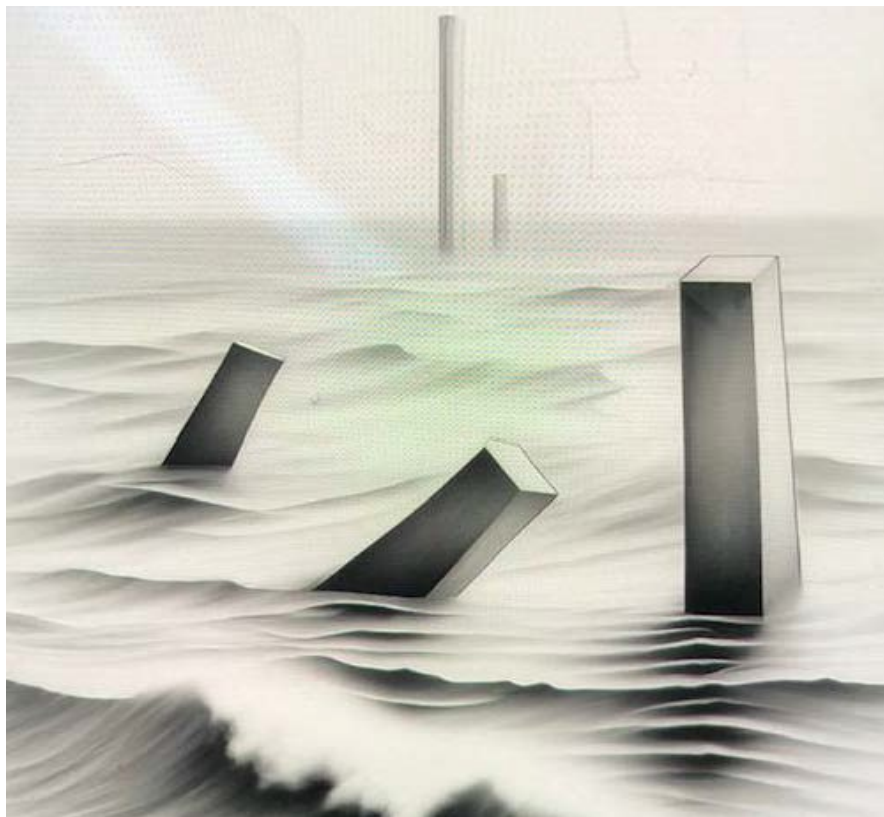


EPIGENÉTICA, SISTEMA NERVIOSO Y MEDIO AMBIENTE

Dra. Alma Pollini,

Médica Especialista en Psiquiatría, Magister en Neuropsicofarmacología, Profesora Titular de Psiconeuroinmunoendocrinología II de la Maestría en Neuropsicofarmacología de la Universidad Barceló, Presidente del Capítulo Diagnóstico y Clasificación en Psiquiatría de APSA.

Dr Sebastián Estenssoro, Médico Psiquiatra, Magister en Psiconeurofarmacología, ex profesor Adjunto de Neurociencias III de las carreras de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador, Miembro fundador de APNA, Miembro de la Academia de Ciencias de Nueva York USA.



Fotografía 2025, editada con inteligencia artificial. V. Mendizabal .Temporal en costanera sur.

Resumen

El común denominador de todas las definiciones de Epigenética se refiere a que se trata de un mecanismo que sirve para almacenar y perpetuar la “memoria” a nivel celular. Todas las distintas células del organismo de un individuo tienen exactamente el mismo [genoma](#), esto significa que tienen la misma secuencia de nucleótidos de [ADN](#), con sólo unas pocas excepciones cuyo ejemplo suele ser el sistema reproductivo. Por otro lado, una célula del hígado tiene exactamente el mismo ADN que una neurona.

Sin embargo, estos dos tipos de células son claramente muy diferentes, en términos de los productos génicos que ellas producen. El mecanismo que permite que esto pase es el que hoy en día llamamos [mecanismo epigenético](#), que permite que diferentes genes se expresen en el hígado y en el cerebro sin que se modifique la secuencia de ADN. Se puede decir que la epigenética es el conjunto de procesos que modifican la actividad del ADN sin alterar su secuencia. Los cambios epigenéticos se caracterizan por ser mitóticamente estables, lo que significa que ellos pueden ser heredados a través de la división celular somática, más aún, los cambios epigenéticos resultan en alteraciones fenotípicamente estables para el organismo. Sin embargo y a pesar de ello, hoy sabemos que también el medio ambiente y especialmente el cuidado materno en la primera etapa del desarrollo tiene una influencia crucial a través de la epigenética en los cambios de la expresión génica como lo demuestran los estudios en [psicobiología](#) y [fisiología del desarrollo](#).

Abstract

The common denominator of all the definitions of Epigenetics refers to the fact that it is a mechanism that serves to store and perpetuate “memory” at the cellular level. All the different cells of the organism of an individual have exactly the same Genome, this means that they have the same sequence of DNA nucleotides, with only a few exceptions, the example of which is usually the reproductive system.

On the other hand, a liver cell has exactly the same DNA as a neuron. However, these two cell types are clearly very different, in terms of the gene products they produce. The mechanism that allows this to happen is what we now call the epigenetic mechanism, which allows different genes to be expressed in the liver and brain without modifying the DNA sequence. It can be said that epigenetics is the set of processes that modify the activity of DNA without altering its sequence.

Epigenetic changes are characterized by being mitotically stable, which means that they can be inherited through somatic cell division, furthermore, epigenetic changes result in phenotypically stable alterations for the organism. However and despite this, today we know that also the environment and especially maternal care in the first stage of development have a crucial influence through epigenetics on changes in gene expression as shown by studies in psychobiology and physiology development. Keywords Maternal care; epigenetics; DNA; epigenetic marks; genetic transcription; chromatin modifications; histone modifications; epigenetic regulation of the genome; Functional importance of the social footprint.

Palabras Claves

Cuidado materno; epigenética; ADN; marcas epigenéticas; transcripción genética; modificaciones de la cromatina; modificaciones de las histonas; regulación epigenética del genoma; importancia funcional de la huella social.

Key words

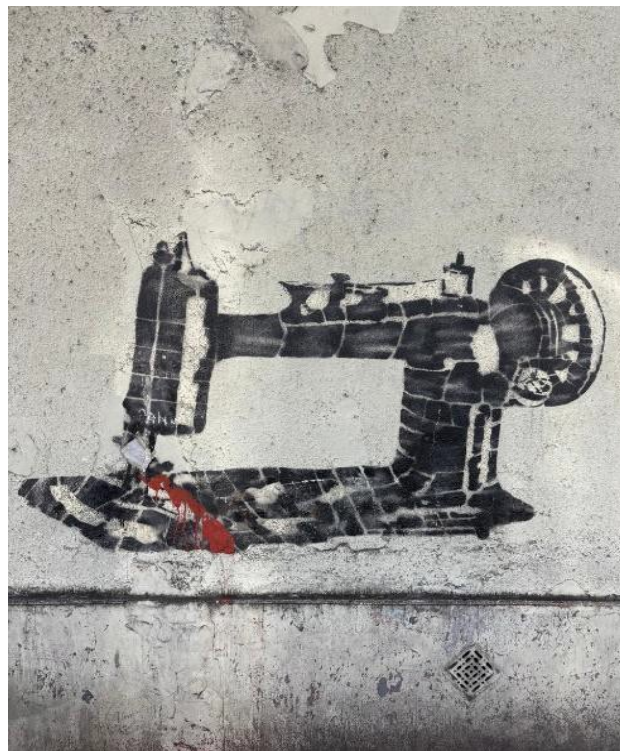
Maternal care; epigenetics; DNA; epigenetic marks; genetic transcription; chromatin modification; histone epigenetic; regulation of the genome; functional importance of the social foot print.

Objetivo

Abordaremos la relación entre los vínculos tempranos y la Epigenética

Goal

We will address the relationship between early links and Epigenetics



Grafiti anónimo. Fotografía. Avenida Brasil altura 2700. CABA.2025 .Autora: V. M.

Desarrollo

Comenzaremos definiendo al genoma como el ADN y la secuencia de nucleótidos que éste codifica. En cambio, el epigenoma es la suma del ensamblaje de la cromatina asociada a las histonas y el patrón de metilación del ADN, definiendo así las molduras y la estructura tridimensional del material genómico dentro del núcleo celular que proporciona un “puente molecular” entre los genes y el ambiente.

Las marcas epigenéticas se establecen (o remodelan) durante la determinación del destino celular en el proceso embrionario de los genomas parentales durante el desarrollo temprano y sirven como un sistema de almacenamiento de información que perpetúa el

fenotipo celular a lo largo de la vida.

Un principio central en el campo de la epigenética ha sido históricamente el que las marcas epigenéticas, una vez puestas como parte del desarrollo, son inmutables dentro de la célula y subsecuentemente se heredan a lo largo de las sucesivas divisiones celulares. La alteración de estos procesos en los humanos conlleva una amplia variedad de trastornos del neurodesarrollo con alteraciones de la conducta y de la cognición.

Cuando uno piensa en como definir la epigenética piensa en la consideración de la naturaleza de células que no se dividen, por ejemplo, las neuronas maduras en el sistema nervioso central, esto nos lleva inmediatamente a la violación de un aspecto tradicional de la definición de la epigenética, la heredabilidad. Por definición cualquier evento que ocurriese en una neurona, que no se puede dividir, no puede ser epigenética, si la epigenética connota heredabilidad. Sin embargo, está claro que los mecanismos moleculares epigenéticos se ponen en acción en las neuronas que no se dividen en el sistema nervioso central, guiados por la experiencia del organismo y la señalización celular. Tal parece que las neuronas han cooptado la clásica maquinaria epigenética, que subyace a la especialización de los distintos tipos celulares, para establecer mecanismos más sutiles de la variación del fenotipo.

Marcas epigenéticas

Hasta el presente hay dos mecanismos moleculares epigenéticos que se han estudiado ampliamente, la regulación de la estructura de la cromatina a través de las modificaciones postraduccionales de las histonas y, la modificación covalente del ADN, principalmente por metilación. La modificación covalente del ADN o metilación de citosinas del ADN es el principal mecanismo por el que el genoma puede ser marcado epigenéticamente. Es una modificación química directa de la cadena lateral en la posición C5 de la citosina, que añade un grupo metilo (-CH₃) a través de una unión covalente. La metilación del ADN esta catalizada por un tipo de enzimas conocidas como ADN metiltransferasas (DNMTs). Las DNMTs transfieren grupos metilo a los nucleótidos de citosina que están en la hebra continua de ADN, específicamente en la posición 5 del anillo de pirimidina.

En la mayoría de los casos la metilación del ADN está asociada con la supresión de la transcripción del gen y en muchos casos la amplia y vasta metilación del ADN gatilla el completo silencio del gen asociado. En otras palabras, la metilación es un proceso por el que un gen puede ser “apagado” funcionalmente.

Histonas

Las histonas son proteínas muy básicas cuya función es la de organizar el ADN dentro del núcleo. En el núcleo el ADN está estrechamente empaquetado/condensado en la cromatina, es decir un complejo proteico asociado al ADN, que consiste en el ADN de doble hélice, las histonas y muchas proteínas regulatorias asociadas. Las modificaciones de las histonas constituyen mecanismos cruciales para el marcado epigenético del genoma. La modificación de las histonas puede ocurrir como consecuencia de la metilación del ADN, o puede ser mediada por mecanismos que son independientes de la metilación del ADN y son controlados por la señalización intracelular.

Factores de transcripción

La evidencia más convincente para el predominio de las interacciones gen- ambiente en la

función celular surge del estudio de la transcripción de genes. La transcripción del genoma es un evento altamente regulado. En el corazón de este proceso se encuentra una clase de proteínas llamadas factores de transcripción. Como su nombre lo indica, estas proteínas tienen la capacidad de unirse a los elementos reguladores del gen y activar o reprimir la transcripción génica. ambientales. Muchas de las respuestas celulares más tempranas a estímulos ambientales implican la activación de señales de transcripción preexistentes a través de modificaciones químicas como la fosforilación (es decir, la adición de un fosfato de aminoácidos específicos de la proteína, o un aumento en la expresión génica que resulta en la síntesis rápida de proteínas (por ejemplo, los genes tempranos inmediatos) que luego sirven para regular la actividad de otros genes. La serotonina y la expresión del receptor de glucocorticoides. El neurotransmisor serotonina (5-HT o 5- hidroxitriptamina) regula la transcripción del gen del receptor de glucocorticoides en las neuronas del hipocampo. Este efecto depende de la unión del factor de transcripción “factor de crecimiento nervioso A inducible” (NGFI-A) a un sitio de unión específico en la zona promotora del gen del receptor glucocorticoides (GR) del exón 17.

Las señales ambientales alteran la actividad de 5-HT. De hecho, el efecto de 5- HT sobre la expresión del receptor de glucocorticoides refleja la dependencia de la transcripción génica en señales que se derivan de eventos ambientales (hay que tener en cuenta que el evento ambiental relevante puede ser interno o externo al organismo, por ejemplo, un cambio en la disponibilidad de glucosa, un impulso eléctrico o una interacción social).

Ambiente y expresión genética

Los estudios en psicobiología y fisiología del desarrollo están repletos de ejemplos de la programación ambiental de la expresión génica. Tales estudios comúnmente informan que una variación en el entorno temprano se asocia con cambios en la expresión génica y la función biológica que persiste en la edad adulta y, por lo tanto, mucho más allá de la duración del evento ambiental relevante. En las ratitas, por ejemplo, la privación de nutrientes prenatales o una mayor exposición a señales hormonales asociadas con el estrés alteran o programan de manera estable la actividad de genes en el hígado y otros sitios asociados con el metabolismo de la glucosa y las grasas, incluido el gen del receptor de glucocorticoides.

Regulación epigenética del genoma

Cuando pensamos en las influencias genómicas, lo más común es imaginar los efectos asociados con la variación en la secuencia de nucleótidos. Sin embargo, esta es solo una forma de información contenida dentro del genoma. A pesar de la reverencia otorgada al ADN, un gen es básicamente una molécula como cualquier otra molécula en la célula y está sujeta a modificaciones físicas.

Cambios en el epigenoma dependientes de la actividad

El aprendizaje y la memoria a largo plazo comúnmente requieren cambios en la expresión génica y la síntesis de proteínas. Varias de las señales intracelulares que son cruciales para el aprendizaje y la memoria son, de hecho, enzimas que modifican las proteínas de las histonas. Por lo tanto, el condicionamiento contextual al miedo, que es un paradigma de

aprendizaje dependiente del hipocampo, mediante el cual un animal asocia un contexto novedoso con un estímulo aversivo, se acompaña de una acetilación incrementada de la histona H3. Del mismo modo, hay evidencia de la importancia de las modificaciones epigenéticas de las histonas en la amígdala durante el condicionamiento del miedo. Curiosamente, la extinción de la respuesta de miedo condicionado se asocia con una mayor acetilación de histonas en la corteza prefrontal, que media la inhibición de respuestas de miedo condicionado.

El BDNF ha sido implicado en la plasticidad neuronal adulta, incluido el aprendizaje y la memoria. Es importante destacar que el gen *Bdnf* dependiente de la actividad también está regulado a través de modificaciones epigenéticas que implican cambios dinámicos en la metilación del ADN y la asociación de proteínas de unión a ADN metilado a los sitios relevantes en el promotor *Bdnf*.

El glutamato activa los receptores de NMDA, lo que resulta en una afluencia neuronal de calcio y la activación de la quinasa II modulada por calcio (CaMKII), que regula la plasticidad sináptica y se encontró que la CaMKII fosforila activamente MeCP2.

La expresión del gen *Bdnf* aumenta en el hipocampo con aprendizaje contextual y espacial y parece esencial para la remodelación sináptica que acompaña a tales formas de aprendizaje y memoria. Las interrupciones en las interacciones madre-hijo durante el desarrollo temprano se asocia con alteraciones en la expresión de *Bdnf* del hipocampo.

Algunas consideraciones

Los estudios de los últimos años han creado un entusiasmo considerable por los modelos epigenéticos acerca de los efectos de la experiencia temprana, la plasticidad sináptica y la función neuronal. Las neuronas maduras experimentan cambios considerables en el fenotipo y, por lo tanto, son una población celular ideal para la regulación epigenética.

Hay una considerable modificación epigenética en sitios genómicos específicos asociados con el estrés crónico o la exposición repetida a drogas psicoestimulantes, que producen influencias sostenidas en el comportamiento.



Fotografía: 2024 explanada del Hotel Provincial. Atardecer. Autora: Nora Leal Marchena.

Conclusiones

Ahora es evidente que la variación genómica a nivel de la secuencia de nucleótidos se asocia con diferencias individuales en la personalidad y, por lo tanto, con la vulnerabilidad y resistencia a una amplia gama de enfermedades crónicas. El desafío es cómo integrar conceptualmente los hallazgos de la genética a la psicología. El funcionamiento del genoma está regulado por señales celulares que responden a las condiciones ambientales. Los eventos moleculares que median en la transcripción de genes revelan la interdependencia del gen y el medio ambiente. Si se considera la importancia relativa de la naturaleza frente a la crianza en la definición de las diferencias individuales en la personalidad, se podría responder que tales comparaciones son similares a preguntar qué contribuye más al área del rectángulo si la longitud o el ancho.

Los procesos de desarrollo se consideran mejor como el resultado de un diálogo constante entre el genoma y su entorno. Debido a que la operación del genoma está determinada tanto por la variación secuencial como por el estado epigenético, el proceso de plasticidad regulada ambientalmente del epigenoma emerge como un contexto emocionante para la integración de la genética y la psicología. La rápida integración de la epigenética en las ciencias biológicas y sociales en los últimos años es extraordinaria.

La epigenética ofrece sofisticación biológica y complejidad para la exploración de los orígenes de nuestra singularidad. Sin embargo, dilucidar esta cascada será esencial para el proceso de avanzar en los campos de la epigenética conductual y ambiental. La epigenética molecular ofrece una perspectiva que puede ser más impactante si se integra cuidadosamente con la genómica, la neurociencia y la psicología para fomentar el futuro de la epigenética conductual.

Finalmente, si bien las madres y sus experiencias tendrán un legado duradero dentro del campo de la epigenética conductual, los contextos ecológicos del desarrollo y de los ambientes ancestrales más ampliamente definidos serán esenciales para revelar la arquitectura predictiva de nuestras características únicas.

Bibliografía

[Anderson, E. M. et al. Overexpression of the histone dimethyltransferase G9a in nucleus accumbens shell increases cocaine self-administration, stress-induced reinstatement, and anxiety. 2018. J. Neurosci. 38, 803–813.](#)

[Barberet J, Biquet C, Guilleman M, Doukani A, Choux C, Bruno C, et al. Do assisted reproductive technologies and in vitro embryo culture influence the epigenetic control of imprinted genes and transposable elements in children? 2021. Hum Reprod. 36:479–92.](#)

[Bipolar D. Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Electronic address drve, Bipolar D, Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics C. Genomic dissection of bipolar disorder and schizophrenia, including 28 subphenotypes. 2018, Cell. 173:1705–15. e1716](#)

[Bosque Ortiz GM, Santana GM, Dietrich MO. Deficiency of the paternally inherited gene Magel2 alters the development of separation-induced vocalization and maternal behavior in mice. 2022. Genes Brain Behav. 21:e12776.](#)

[Cohen, S. M. et al. Calmodulin shuttling mediates cytonuclear signaling to trigger experience-dependent transcription and memory. 2018. Nat. _](#)

[Commun. 9, 2451.](#)

[Eggermann T, Davies JH, Tauber M, van den Akker E, Hokken-Koelega A, Johansson G et al. Growth restriction and genomic imprinting-overlapping phenotypes support the concept of an imprinting network. 2021. Genes. 12:585.](#)

[Halder, R. et al. DNA methylation changes in plasticity genes accompany the formation and maintenance of memory. Nat. 2016. Neurosci. 19, 102–110](#)

[Heim C., Newport D., Heit S. et al. Pituitary-Adrenal and Autonomic Responses to Stress in Women after Sexual and Physical Abuse in Childhood. 2000. JAMA. 284\(5\):592-597.](#)

[hippocampal glucocorticoid receptor transcription through a thyroid hormone- serotonin- NGFI-A signalling cascade. 2012.Trans. R. Soc. Lond. B 367 , 2495- 2510](#)

[Isles AR. Epigenetics, chromatin and brain development and function. 2018. Brain Neurosci Adv. 2:2398212818812011](#)

[Izquierdo I & Medina J. The biochemistry of memory formation and its regulation by hormones and neuromodulators. 1997. Psychobiology. 25\(1\):1-9.](#)

[Kerimoglu, C. et al. KMT2A and KMT2B mediate memory function by affecting distinct genomic regions. 2017. Cell Rep. 20, 538–548](#)

[Kwapis, JL. et al. Epigenetic regulation of the circadian gene Per1 contributes to age-related changes in hippocampal memory. 2018, Nat. Commun. 9, 3323.](#)

[Leighton, L. J. et al. Experience-dependent neural plasticity, learning, and memory in the era of epitranscriptomics. 2018. Genes Brain Behav. 17, e12426.](#)

[Lemire, M. et al. Long-range epigenetic regulation is conferred by genetic variation located at thousands of independent loci. 2015. Nat. Commun. 6, 6326.](#)

[Lupien S & Lepage M. Stress, memory, and the Hippocampus: can't live with it, can't live without it. 2001.Behavioral Brain Research.127: 137-158.](#)

[Mashoodh, R., Habrylo, IB, Gudsruk, KM, Pelle, G. y Champagne, FA Proc. R. Soc. Lond. B. Maternal modulation of paternal effects on offspring development. 2018. Royal society journals. <https://doi.org/10.1098/rspb.2018.0118>](#)

[Meaney M. Maternal Care, Gene Expression, And The Transmission of Individual Differences in Stress Reactivity Across Generations. 2001 Annual Reviews. 24:1161-92.](#)

[Roadmap Epigenomics Consortium. et al. Integrative analysis of 111 reference human epigenomes. 2015. Nature. 518, 317–330.](#)

[Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. 2014. Nature 511, 421–427 .](#)

[Tucci V, Isles AR, Kelsey G, Ferguson-Smith AC. Erice Imprinting G. Genomic Imprinting and Physiological Processes in Mammals. 2019 Cell. ;176:952–65.](#)

[Uchida, S. et al. CRTCL nuclear translocation following learning modulates memory strength via exchange of chromatin remodeling complexes on the Fgf1 gene. 2017. Cell Rep.18, 352–366](#)

Zieher L.M. La atrofia del hipocampo en relación con el eje HPA y el procesamiento del estrés. Psicofarmacología. 2000 Publicación Universitaria de Psicofarmacología y Neurociencia.2:4-7.

CLÍNICA COMPARTIDA

SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO SITUADO PARA UNA INTERVENCIÓN CON PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

Verónica Mora Dubuc (Medica especialista en Psiquiatría). Ex Coordinadora de ASIC, Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Capítulo de Investigación en Psiquiatría y Docente del Instituto Superior de Formación, Asociación de psiquiatras de la Argentina (APSA) moradubuc@yahoo.com
Kevin Leonel Viarengo (Licenciado en Psicología. Especialista en Epidemiología). Coordinador de ASIC, Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. kevinviaren@gmail.com



Imagen de cerámica con técnica de paleta de pintor. Cezanne.
Realizado por Valeria Mendizabal 2025.

Resumen.

Este trabajo apunta a un análisis de la relación entre las categorías de trastorno mental severo (TMS) y de personas en situación de calle (PSTC), enmarcadas en las prácticas de salud mental comunitaria, entre 2022 y 2023 en el equipo ASIC de la DGSM de la Ciudad de Buenos Aires. Se caracteriza el problema y su contexto desde una perspectiva de derechos, observándose una vinculación estrecha con las condiciones de pobreza estructural, fuerte condicionante a la hora de definir intervenciones posibles.

Se destaca la importancia de un diagnóstico (DX) situado; que no remite al único saber dominante en un momento y lugar, sino que pretende atender la experiencia que porta el

sujeto de atención. Una experiencia que puede resultar extraña, de difícil comprensión, pero que es el capital del sujeto de derecho, debiendo ser integrada en el plan de intervención. Así el DX situado se presenta como un instrumento más allá de lo sanitario y de carácter multidimensional. Atento a redefinir las fronteras entre diagnóstico, discapacidad y padecimiento, con modelos sociales y comunitarios de salud mental y discapacidad en el siglo XXI.

Summary

This work aims at an analysis of the relationship between the categories of severe mental disorder (TMS) and people experiencing homelessness (PSTC), framed in community mental health practices, between 2022 and 2023 in the ASIC team of the DGSM of the City of Buenos Aires. The problem and its context are characterized from a rights perspective, observing a close connection with the conditions of structural poverty, a strong conditioning factor when defining possible interventions.

The importance of a situated diagnosis (DX) is highlighted; that does not refer to the only dominant knowledge at a time and place, but rather aims to attend to the experience carried by the subject of attention. An experience that may be strange, difficult to understand, but which is the capital of the subject of law, and must be integrated into the intervention plan. Thus, situated DX is presented as an instrument beyond health and multidimensional in nature. Attentive to redefining the borders between diagnosis, disability and illness, with social and community models of mental health and disability in the 21st century.

Palabras clave: salud mental comunitaria, situación de calle, trastorno mental severo, diagnóstico situado.



“Se moriría sin llegar a su kibbutz pero su kibbutz estaba allí, lejos pero estaba y él sabía que estaba porque era hijo de su deseo, era su deseo así como él era su deseo y el mundo o la representación del mundo eran deseo, eran su deseo o el deseo, no importaba demasiado a esa hora. Y entonces podía meter la cara entre las manos, dejando nada más que el espacio para que pasara el cigarrillo y quedarse junto al río, entre los vagabundos, pensando en su kibbutz...”

Rayuela, J. Cortazar, 1963.

Introducción: El problema de las personas en situación de calle con Trastorno Mental Severo.

En los diferentes contextos y momentos históricos, las personas sin vivienda o en situación de calle han sido nombradas, comprendidas y pensadas de diversas maneras: ‘Homeless’ (Estados Unidos), ‘clochard’, ‘sans domicile fixe’ (Francia), ‘indigentes’ (México), ‘linyeras’, ‘crotos’, ‘vagabundos’ (Argentina). Es sin duda, un problema en crecimiento desde hace décadas que es objeto de estigmatización y descalificación en el imaginario social (Bravo Briones, R. 2005). Se los observa por cientos y hasta miles en las grandes ciudades, en profundos y complejos procesos de exclusión social. Actualmente en la ciudad de Buenos Aires la normativa vigente les reconoce como “personas en situación de calle” ([Ley 3706 de 2010](#)).

Se comprende a la situación de calle como una problemática compleja con origen y trayectoria. En este sentido acompañamos la idea de Seidman y Di Iorio que señalan: “La situación de calle constituye una síntesis de múltiples determinaciones, es decir, no puede ser explicada a partir de un único factor, pese a que las PSC por lo general atribuyen su situación a una situación de crisis biográfica, que no puede ser superada o atravesada por “dificultades personales”, haciendo que algo transitorio evolucione hacia la cronicidad.” (Seidman, et al., 2016, p. 174).

Por su parte Nicolas Rojas Pedemonte (2008) construye mediante métodos de investigación en calle, una tipología de casos incluyendo tres perfiles definidos en base a dos dimensiones a) autosuficiencia/ no suficiencia y b) deterioro psicosocial/ no deterioro. Identifica en su análisis: personas en crisis, otros en situación de asistencia y un tercer tipo, nominado como autosuficiente.

Desde su posición reconoce a la persona en calle como un sujeto activo en un proceso de exclusión, con diferentes obstáculos para el uso de sus recursos a la hora de sostenerse en esa condición de vulnerabilidad. Utiliza en su análisis el modelo de [Vulnerabilidad Social AVEO de Kaztman y Filgueira](#), enriquecido con la identificación de diversos recursos materiales, humanos, sociales y subjetivos (Rojas Pedemonte, 2008). Para este investigador, las personas en situación de asistencia presentan los mayores grados de deterioro psicosocial y menor grado de autosuficiencia. “estas personas no cubrirán sus necesidades básicas, en ausencia de redes de asistencia” (Rojas Pedemonte, 2008. p.58). Los describe con “precarios oficios asociados a la situación de calle: la recolección de desechos y la mendicidad. Sólo disponiendo de algunas herramientas como carretones, triciclos y bicicletas, con baja formación y salud física y mental deteriorada.” (Rojas Pedemonte, 2008. p.59)

Por su parte, desde la [asociación española de neuropsiquiatría](#), se señala que “estas discapacidades o dificultades en el funcionamiento psicosocial generan problemas para el desempeño normalizado de roles sociales y en interacción con diferentes factores y barreras sociales (estigma, rechazo social, insuficiencia de recursos de atención y soporte social, etc.) originando un riesgo de desventaja social y marginación: aislamiento social, desempleo, pobreza, falta de vivienda, exclusión social.” (Gisbert. C, 2002. p.8).

Proyectos como la Red Calle (2020) (V1) en su experiencia hacen hincapié sobre la tendencia al aislamiento visible en este colectivo, donde la profunda fractura del lazo social conduce a una situación de exclusión en la que reinan desesperanza y soledad.

Antecedentes:

¿Cuál es el contexto en el que afrontamos nuestras prácticas comunitarias en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina?

Como señala Agustín Goya (2024) en su publicación para el Ministerio Público de la Defensa es necesario acercarse al problema de las personas en situación de calle atendiendo a sus vinculaciones con los procesos de pobreza estructural que vivimos en Argentina desde la década de los años '90 y que se agravaron fuertemente durante la crisis del 2001 y la epidemia de covid-19.

Para el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (Relevamiento Censal de Personas en Situación de Calle de la Ciudad de Buenos Aires, 2023) (7), en CABA habría 3511 PSTC con

35% de ellas sin techo. Sin embargo, los censos y registros de las organizaciones sociales elevan su dimensión a más de 7mil personas en esta condición (RENACALLE, 2023) (8). Es probable que la diferencia se relacione con metodologías usadas en la recolección de los datos y a la movilidad de las personas censadas, entre otras.

Tabla 1.

Personas Relevadas en Situación de Calle en la Ciudad de Buenos Aires, según organismo. Año 2023		
Organismo	Datos oficiales Ciudad de Buenos Aires.	Relevamiento Nacional de Personas en Situación de Calle (RENACALLE).
Nº Personas en Situación de Calle	3511	8028
Diferencia porcentual	125,50%	
Metodología de relevamiento de datos	El método aplicado para la recolección de datos es de tipo censal (relevamiento de toda la población), y es transversal con una ventana de tiempo fijado teóricamente que se encuentra entre las 18 hs. del día x y las 6 hs. del día x+1.	Las jornadas de relevamiento son aquellas instancias ocurridas durante el proceso de implementación territorial del relevamiento. Para ello se propuso realizarlo en tres jornadas: una a la mañana/mediodía; ese mismo día a la tarde/noche; y una última (de refuerzo) otro día a la noche (que puede ser fin de semana).

Elaboración propia en base a la información pública del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y del Relevamiento Nacional de Personas en Situación de Calle.

Todo ello en un contexto regional, donde los datos de pobreza señalan que el número de personas pobres creció en 2014, alcanzando a 168 millones, de las cuales 70 millones se encontraban en situación de indigencia. “Este crecimiento tuvo lugar básicamente entre las personas pobres no indigentes, cuyo número pasó de 96 millones en 2013 a 98 millones en 2014” (CEPAL, 2015. p.18). La magnitud de esta problemática llevó a la ONU a considerar la reducción de la pobreza como tema prioritario para las políticas en los países en desarrollo (United Nations Development Program [UNDP], 2009) y formular un plan de acción para reducir, en 2015, el número de personas en situación de pobreza extrema a la mitad de lo que fue en 1990. Estas cifras evidencian un alto porcentaje de la población en situación crítica e incrementa nuestra responsabilidad y compromiso con este problema social.

En Argentina los indicadores señalan que la pobreza ha mostrado un aumento en los últimos años, pasando del 36,5 en el primer semestre de 2022, a 52,9 en el primer semestre de 2024. Por su parte, la indigencia aumentó, en el mismo período, de 8,8 a 18,1. (INDEC, 2024) .

Con esta situación de pobreza se ha pensado en las estrategias de intervención comunitaria como forma de dar accesibilidad a los servicios y lograr mayor equidad en el cuidado de la Salud de la población más vulnerable.

Sin embargo, la experiencia muestra que el trabajo comunitario y grupal choca con una estructura hospitalaria que carece de estrategias comunitarias articuladas y planificadas (Aldea y Lewcowicz, 1999).

Si bien el sistema de salud de la CABA ha multiplicado los centros de salud comunitaria (CESAC), en su mayoría funcionan como pequeños hospitales con escasa inserción territorial. Ha sido el área de Desarrollo Social quien ha desplegado un sistema de

intervención extramuros que se consolidó con el programa Buenos Aires Presente (BAP) creado formalmente en el año 1999 por el decreto 2018/1999, (Calcagno, 1997) (13). Hoy con una trayectoria con cambios y redireccionamientos, es quien toma a su cargo la intervención más inmediata a las personas en situación de calle. Aunque sus acciones resultan de eficacia relativa y el problema continúa en crecimiento. Por ello es un imperativo recuperar la capacidad de pensar los problemas que se le presentan hoy al trabajador comunitario.

Marco normativo y contexto

Es posible acordar con los aportes de Ghioldi y Toro Martínez, en que hay “una dificultad manifiesta en el encuentro entre los universos discursivos del derecho y la psiquiatría, ...el Derecho es normativo, tiende a determinar lo que se debe hacer, es estático, preciso y va de lo general a lo particular, mientras que la Psiquiatría se aboca sobre la vida, lo cambiante, en singular de lo psíquico.” (Ghioldi, L. y Toro Martínez, E. 2010, p.30). Podríamos hacer extensiva esta idea a todo el campo de la Salud Mental.

Contamos en este campo con un enorme plexo normativo integrado por la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, sólo por señalar los más difundidos. Asimismo, en 1990 la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) aprobó la Declaración de Caracas, mientras que, en 1991, la Asamblea General de la ONU aprobó los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Esta normativa ha sido explícitamente resultado y motor del proceso de reestructuración psiquiátrica regional (Jimenez H, y Vazquez, J. 2001).

En cuanto a la normativa local, el compromiso de cambios y reestructuración se plasmó en la ley nacional Nº 26.657 de Salud Mental y Adicciones (2010). A partir de dicha normativa, se profundizó el debate sobre las condiciones para las internaciones por motivos de Salud Mental, y se agitó el debate sobre modelos y prácticas en Salud Mental. Así, se puso en agenda pública un modelo de DDHH, la participación de la comunidad y fundamentalmente, se dió legitimidad a la concepción de constructo social del padecimiento mental.

Las leyes nominan, definen y determinan. Así la ley [3706/2010](#) de personas en situación de calle de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, hace las siguientes definiciones:

“...se consideran personas en situación de calle a los hombres o mujeres adultos/as o grupo familiar, sin distinción de género u origen que habiten en la calle o espacios públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en forma transitoria o permanente y/o que utilicen o no la red de alojamiento nocturno. A su vez, se consideran personas en riesgo a la situación de calle a los hombres o mujeres adultos o grupo familiar, sin distinción de género u origen, que padezcan al menos una de las siguientes situaciones: 1) Que se encuentren en instituciones de las cuales egresarán en un tiempo determinado y estén en situación de vulnerabilidad habitacional. 2) Que se encuentren debidamente notificados de resolución administrativa o sentencia judicial firme de desalojo. 3) Que habiten en estructuras temporales o asentamientos, sin acceso a servicios o en condiciones de hacinamiento.” (Ley N 3706/2010. Art 2).

Situación de calle asociada a Trastorno Mental Severo (TMS) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Entre 2021 y 2023 desde el equipo de asistencia a personas con TMS en situación de calle (ASIC), dependiente de la Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud del GCBA, accedimos a la observación directa de este grave problema psicosocial. ASIC se conformó como un equipo orientado a una estrategia de Salud Mental Comunitaria y

Territorial que de manera articulada sostiene intervenciones extramuros en el seno de la comunidad, en domicilio, en calle o en dispositivos de alojamiento diversos y transitorios.

Si el caso presentaba “riesgo cierto e inminente” se proponía traslado e internación psiquiátrica al usuario. En caso de resistencia o negativa por falta de conciencia de enfermedad, de situación y/ o confianza en el servicio de salud ofrecido, se daba aviso al juzgado correspondiente para un procedimiento involuntario, acorde a normativa vigente ley de SM 26.657.

Muchas veces el riesgo observado era más potencial que inminente (Ghioldi, L. Toro Martínez,

E. 2010) , por lo que se hacía un seguimiento intersectorial convocando a la Asesoría General Tutelar a la respectiva evaluación del caso para prevenir daños y coordinar acciones legales pertinentes, orientadas a la garantía de derechos del usuario.

Siempre se consideraba a la internación como el último recurso a utilizar y se intentaba agotar todas las instancias previas antes de pensar en dicha posibilidad. En algunos casos, la internación aparecía como el único modo de poder iniciar un tratamiento por salud mental, dada la reticencia o limitaciones para los tratamientos ambulatorios y las condiciones de contexto que, en general, hacían muy difícil poder sostener un acercamiento terapéutico.

En la intervención de ASIC para este periodo resultó necesario acotar su alcance a una población blanco, definida como personas con Trastorno Mental Severo (TMS) en situación de calle.

El Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987 define al TMS como un conjunto de nosologías no orgánicas, de diferente naturaleza y presentación clínica, que tienen en común el criterio de gravedad por la duración en el tiempo, mayor a 24 meses, con un deterioro progresivo y marcado en las distintas áreas de funcionamiento general de la vida de la persona: trabajo, autocuidado y relaciones interpersonales (Gisbert, 2003) (17).

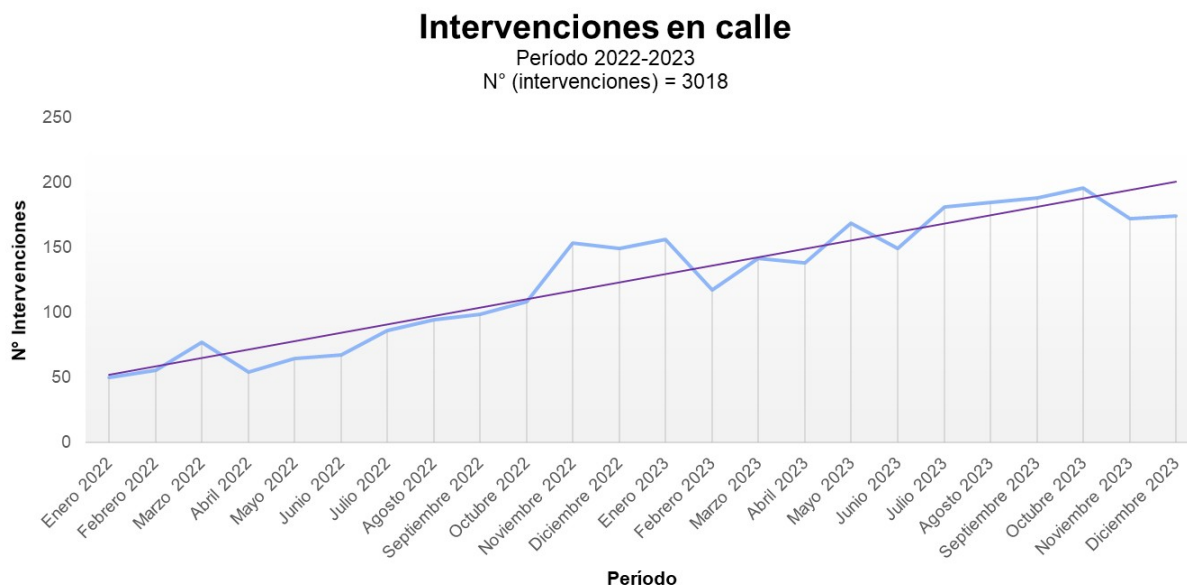
En la Ciudad de Buenos Aires, en relación a la población en calle a la que accedimos, observamos que un 30% aproximadamente podría corresponder a la definición operativa de TMS. Se observó predominancia de hombres por sobre mujeres, con una trayectoria de reiteradas internaciones y frustrados intentos de reinserción social y sin vínculos familiares consistentes. En muchos casos, con un pensamiento de evidente actividad delirante y paranoide presente, sin conciencia de enfermedad y con voluntad de persistir en la calle, único lugar reconocido como propio.

Sobre el dispositivo y los usuarios

En el año 2022 ASIC realizó un total de 1055 salidas para dar respuesta a la demanda. En comparación, durante el año 2023, las visitas aumentaron a 1963. El incremento en el número de integrantes del equipo que pasó de 12 a 22 personas, fue un factor determinante para permitir un mejor alcance a la demanda latente, con un incremento en cantidad de visitas y oportunidad para un seguimiento de cada caso con mayor frecuencia. La frecuencia de las intervenciones con los usuarios es un dato fundamental para consolidar un vínculo de confianza entre el dispositivo y los usuarios. En numerosas ocasiones desconfían de los programas y ofrecimientos que realizan los entes gubernamentales, por lo que establecer un vínculo de confianza es un primer paso que se torna un pilar desde el cual se construyen estrategias a futuro.

Durante este período, los casos cerrados debido a internaciones involuntarias alcanzaron un total de 35, con una tendencia en baja (20 internaciones correspondientes a 2022 y 15 internaciones en el 2023), mientras que se incrementaron levemente las revinculaciones familiares (5) y las derivaciones a otras áreas del sistema de salud (16).

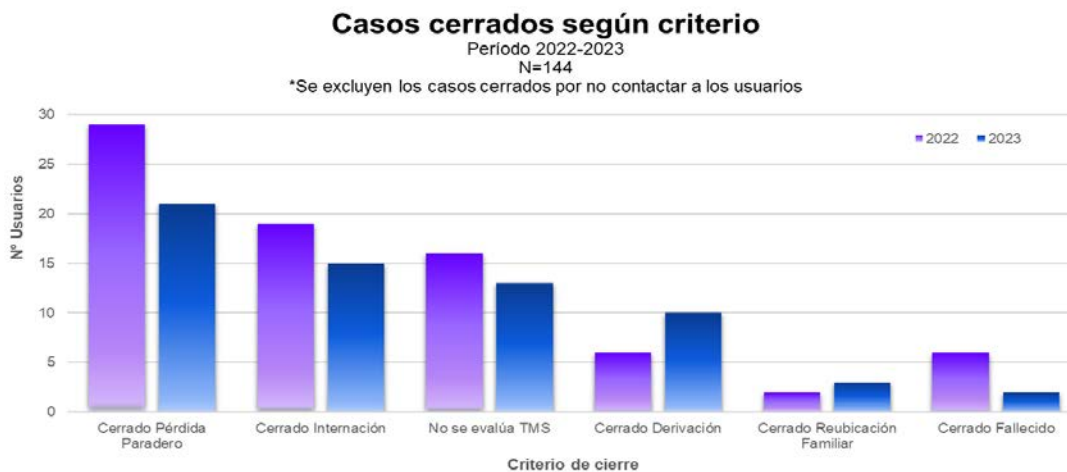
Gráfico 1.



Elaboración propia con datos de ASIC

La movilidad de las personas en calle siempre fue un obstáculo importante para el contacto efectivo. La pérdida de contacto con el caso muchas veces se revierte por su reubicación y nuevo contacto en una localización diferente. Ello implica un reingreso a seguimiento por nuevo paradero. Esta característica estructural de las PSC se refleja en que, para ambos años analizados, la pérdida de paradero fue el motivo principal por el cual se cerraron casos en seguimiento.

Gráfico 2.



Elaboración propia con datos de ASIC

El aumento de intervenciones en calle dio lugar a un aumento de Casos Negativos, es decir, casos con los que se va a intervenir por primera vez, pero no se los encuentra. Este aumento tiene su correlato en las derivaciones realizadas al dispositivo. Mientras que en 2022 se derivaron 245 casos nuevos, el número aumentó a 319 para el 2023.

Tabla 1.

Nº Nuevas Derivaciones según resultado de contacto con el caso Período 2022 (N= 245) - 2023 (N=319)		
Género	Período	
	2022	2023
Casos Positivos	92	129
Casos Negativos	153	190
Total Derivaciones	245	319

Elaboración propia con datos de ASIC

En su caracterización por género, la población mostró un predominio masculino, representando, para todo el período 2022-2023, el 64,4% de los casos.

Tabla 2.

Nº Usuarios según género Período 2022-2023 N=564			
Género	Período		Porcentaje
	2022	2023	
Masculino	151	212	64,4%
Femenino	94	106	35,5%
Otros	0	1	0,2%
Total	564		

Elaboración propia con datos de ASIC

El dispositivo ASIC no trabajaba con menores, por lo que dicho grupo etario no se encuentra representado en los registros del dispositivo. El grupo mayoritario estuvo entre los 31 y 45 años. Se destaca de esta forma que la población económicamente activa representa la mayor parte de los usuarios del dispositivo. Por otro lado, se observó un número importante de usuarios sin datos de la edad, lo que corresponde a personas que no cuentan con su DNI, o bien no quieren brindar datos personales. Cabe mencionar que para la tabla 3 se excluyeron los casos negativos, debido a que no se puede constatar la edad de aquellas personas con las que no se pudo establecer contacto.

Tabla 3.

Nº Usuarios según grupo etario

Período 2022-2023

N=221

**La diferencia en el N se debe a que se excluyen los casos negativos*

Grupo Etario	Período		Porcentaje
	2022	2023	
16-30	8	11	 8,6%
31-45	32	46	 35,3%
46-60	26	33	 26,7%
61-75	17	20	 16,7%
> 75	2	3	 2,3%
Sin dato	7	16	 10,4%
Total	221		

Elaboración propia con datos de ASIC

En relación con las Comunas en las que se establecen los usuarios, no hay una tendencia predominante respecto a las zonas Sur, Centro y Norte de la Ciudad. No obstante, la comuna 1 y la 14 fueron las que mostraron mayor cantidad de usuarios establecidos, englobando un 31,4% del total de usuarios entre ambas, mientras que la Comuna 10 fue la única que presentó menos de 10 usuarios.

Tabla 4.

Nº Usuarios según comuna

Período 2022-2023

N=564

Comuna	Período		Porcentaje
	2022	2023	
COMUNA 1	38	56	 16,7%
COMUNA 2	30	18	 8,5%
COMUNA 3	35	30	 11,5%
COMUNA 4	15	34	 8,7%
COMUNA 5	18	10	 5,0%
COMUNA 6	11	15	 4,6%
COMUNA 7	12	15	 4,8%
COMUNA 8	1	9	 1,8%
COMUNA 9	8	10	 3,2%
COMUNA 10	3	2	 0,9%
COMUNA 11	5	8	 2,3%
COMUNA 12	5	5	 1,8%
COMUNA 13	25	29	 9,6%
COMUNA 14	30	53	 14,7%
COMUNA 15	11	23	 6,0%
TOTAL	564		

Elaboración propia con datos de ASIC

Discusión: aprendizajes y reflexiones.

A muchas de las personas que trasladamos a un dispositivo asistencial los vimos volver a “su lugar” en la calle. La experiencia nos interpelaba fuertemente en nuestra voluntad de “hacer”.

¿Qué hacer? ¿Cómo superar los modelos asistencialistas y de lógica tutelar en estos casos? ¿Qué modo de participación esperar? ¿Con qué objetivos y estrategias intervenir?

Sería interesante que estas personas con un trastorno mental severo en situación de calle pudieran ser parte de una experiencia colectiva- participativa y desde ese espacio proveer una transformación subjetiva que mejore su calidad de vida (Cea Madrid, 2019) (18). Sin embargo, no nos resultó fácil incluirlos en la intervención propuesta como sujetos activos en las prácticas de cuidado como propone Di Iorio (2015) para las PSC en general (19).

Quienes padecen un TMS muestran enorme dificultad para el establecimiento de un vínculo de confianza, más aún cuando en la calle son víctimas de ataques y discriminaciones inimaginables muchas veces. Gestionar sus Documentos (DNI) reconociendo su identidad, o algunos recursos como subsidios o pensiones, para recuperar algo de dignidad, fueron estrategias validadas por el equipo. Lograr acceso a los servicios de salud general de manera acompañada también fue una forma de promover salud y tratar enfermedades que de otro modo evolucionaban de manera negativa. Estar, conocer, dialogar por mínimas que parecieran estas intervenciones, hacían posible la visibilización de un problema que demanda soluciones sin perder la empatía con la condición humana más vulnerable. Lo más valioso aparecía cuando la Re vinculación a la familia asomaba como posibilidad. También la internación, aun involuntaria, habilitó muchas veces el acceso a un tratamiento oportuno y permitió recuperar una vida más digna para estas personas.

En este escenario es dable pensar como hipótesis que el trabajo con PSC con TMS requiere de una diferenciación y especificidad en la promoción de recursos articulados del Estado y/o privados o de las organizaciones de la sociedad civil, para lograr su efectiva utilización, en cumplimiento de las leyes vigentes y con un modelo comunitario.

El TMS genera un condicionante particular que hace obstáculo en modelos tradicionales de provisión de servicios. Sortear el mismo depende de poder generar condiciones para dar lugar a una subjetividad posible a la persona con pobreza y/o divergencia simbólica, ideación delirante, demanda querellante y cronicidad. Su condición de PSC es urgente e indigna, pero es lo único que le ha dado identidad y cierta propiedad en sus años de vida recientes. Desde un modelo integrativo, que pueda invitar a pensar los procesos de marginación social lo que se pretende es un cambio en las condiciones sin dejar de atender a la experiencia que porta el sujeto de atención. Aunque la experiencia pueda resultar extraña, de difícil comprensión, pero que es sin dudas, el capital del sujeto de derecho al que nos acercamos. Dicha experiencia debe ser integrada en el plan de intervención con un modelo creativo (Sidicaro, R. 2012) (20).

Como propone Goya (2024), dos modelos parecen útiles en estas circunstancias: 1 – la búsqueda activa para promover una vinculación y 2- el tratamiento asertivo comunitario con un enfoque basado en la proximidad que permita la construcción narrativa superadora de la exclusión social.

Desde otra perspectiva, y atento a lo que implican las consecuencias socioeconómicas y los fenómenos de exclusión de la sociedad actual, la Psiquiatría contemporánea debiera considerar que hay ciertos cuadros psicopatológicos que llevan a los sujetos a quedar al margen del tejido social. O en contraposición, como Patrick Declerck, antropólogo y psicoanalista que ha trabajado durante muchos años con los indigentes de París, plantear al vagabundeo como un síntoma psicopatológico per se. Este autor sostiene que la gran desocialización configura una solución equivalente a la psicosis. Una respuesta ante el derrumbe del psiquismo. (Declerck, P. 2006) (21). Con sus experiencias en el Hospital Borda

de la CABA, Alomo invita a repensar desde el psicoanálisis, la posición del paciente y de quien lo escucha atravesados por la ruptura del lazo social simbólico. (2012) (22).

Resulta clave la posición de quien interviene en estas situaciones, porque corre con un alto riesgo de omnipotencia y de la emergencia de una "subjetividad heroica". Una posición de saber que no necesita pensar porque ya sabe y que se excusa en la urgencia y el bien del otro para la acción (Aldea y Lewkowicz, 1999). Una acción que supone un problema por lo que falta o lo que funciona mal y que debe ser corregido acorde a un deber ser, teniendo al sujeto como mero objeto de la intervención.

Importancia del diagnóstico situado

Al momento de la intervención el diagnóstico y su derecho a él nos interpelan: ¿para quién es necesario el dx? ¿para el enfermo?, ¿su familia? ¿El tratante? ¿El poder judicial? ¿El prestador de servicios?

Hemos valorado y adherido a la idea de que el diagnóstico es la base para un buen tratamiento. Algo así como que su acierto es como un buen traje a medida en la trayectoria del tratamiento de la enfermedad en su camino hacia la cura.

Existe un marco normativo local e internacional sobre los derechos del paciente (20) que nos compromete en la obligación de informar al paciente sobre su condición de salud / enfermedad y acerca de los medios o instrumentos que pondremos a su disposición para mejorar en todo lo posible esa condición.

Si bien el cuestionamiento sobre el diagnóstico se ha hecho presente en muchas de las experiencias de la práctica profesional, en la consulta ambulatoria, en la guardia, en la sala de internación, en la gestión de servicios pública o privada, ha sido en la asistencia a la población en situación de calle con problemas severos y duales donde la cuestión se tornó particularmente crítica.

La complejidad y los obstáculos que asoman en las intervenciones con población de extrema vulneración de derechos como es la de persona en situación de calle con TMS, conforman un escenario que desafía nuestras competencias en todo sentido. Se requiere una conceptualización clara acerca de qué entendemos por trastorno mental severo y persistente, asociado o no al consumo problemático de sustancias. Además, una mirada integrativa para contextualizar el fenómeno en sus variadas dimensiones y situaciones. Habrá que estar muy atento a identificar las fronteras entre diagnóstico, discapacidad y padecimiento en los procesos de vulnerabilidad y pobreza estructural que vivimos. En ese contexto es un imperativo repensar la práctica diagnóstica en el marco de modelos sociales y comunitarios en salud mental.

El diagnóstico situado deviene en un instrumento más allá de lo sanitario y multidimensional. En un escenario de pobreza e indigencia pandémicas y post pandémicas en crecimiento, la limitación de los derechos resulta un determinante poderoso de los trastornos mentales (OSM, 2004) (23). Nos desafía a una mejor definición de las zonas grises. A revalorizar el lugar del diagnóstico en modelos sociales y comunitarios de Salud Mental tanto como de la discapacidad emergente en el siglo XXI.

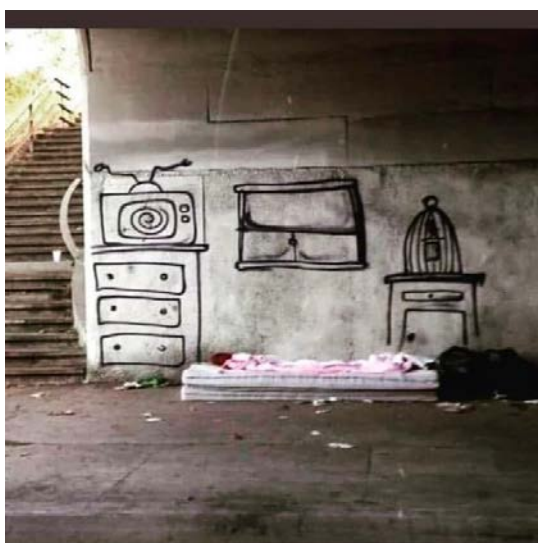
Conclusión:

El problema de personas en la calle con TMS es un problema psicosocial en crecimiento global y local. Crece en un contexto de pobreza estructural e inmerso en un sistema sociosanitario asistencialista, cuyos ejes funcionales devienen en obstáculos y fallas de articulación necesarias.

Las personas en situación de calle y TMS tienen características de vulnerabilidad que sin la asistencia del Estado progresan a una situación de alto riesgo. Demandan en este sentido

intervenciones comunitarias a medio y largo plazo, abiertas a repensar sus estrategias con modalidades diferenciadas, fuertemente articuladas, con sistemas de apoyo mixtos y orientadas a la garantía de derechos por parte de los sistemas y políticas sociales.

Son y serán los principales retos en materia de acción social y sanitaria para las próximas décadas los que se vinculan a desarrollar los instrumentos de prevención, promoción de la salud (mental) tanto como de atención precoz, para impulsar los procesos de inclusión social de las personas con enfermedad mental severa y poblaciones como las que se han caracterizado aquí. Pensemos que un problema puede ser planteado en términos de falta y determinar así que la solución vendrá de saberes previos, según un ideal; o puede ser pensado como un obstáculo que requiere rearmar las condiciones de pensamiento de la situación a fin de promover un saber nuevo y una acción situada.



Imágen: artista Skid Robot

Referencias bibliográficas

Libros y otras fuentes de información impresas

[Bravo Briones, R. Personas en situación de calle y trabajo. En Egenau, P. & Chacón S. \(Coordinadores\). Enfermedad mental, derechos humanos y exclusión social. Santiago de Chile: Universidad Central. 2005. Rev de Trabajo Social, No 75](#)

[Calcagno, L. Los que duermen en la calle. Un abordaje de la indigencia extrema en la Ciudad de Buenos Aires Dirección Enlace de Recursos Institucionales Dirección General de Políticas Sociales Subsecretaría de Promoción y Desarrollo Comunitario Secretaría de Promoción Social Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. DOCUMENTO 19 Centro de Documentación de Políticas Sociales. 1997.](#)

[Cea Madrid, JC. Locos por nuestros derechos: Comunidad, salud mental y ciudadanía en el Chile contemporáneo. Quaderns de Psicologia, Vol. 21, No 2, e1502, 2019.](#)

[Comisión Económica para América Latina y el Caribe \(CEPAL\), Panorama Social de América Latina, 2015, \(LC/G.2691-P\), Santiago.](#)

[De la Aldea, E, Lewkowicz, I. La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas](#)

comunitarias de la salud. 2021 Rev X Piscopedagogia.

Declerck, P. Los naufragos. Con los indigentes de París, Asociación española de neuropsiquiatría, España, 2006.

Di Iorio, J.; Rigueiral, G., Mira, F. Representaciones sociales y prácticas con personas en situación de calle en la Ciudad de Buenos Aires, Memorias de VII Congreso Internacional de Investigación, Facultad de Psicología, UBA, pp. 61-65 Disponible en <http://www.aacademica.org/000-015/588.pdf>, 2015.

Ghioldi, L.; Toro Martínez, E. Riesgo grave, cierto e inminente de daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria basada en la peligrosidad para sí o para terceros. Cuadernos de Medicina Forense Argentina Año 2 No (25-35), 2010.

Disponible en: [https://www.csjn.gov.ar/cmfc/files/pdf/CMFA-Tomo2\(2010\)/CMFA2-1-Ghioldi.pdf](https://www.csjn.gov.ar/cmfc/files/pdf/CMFA-Tomo2(2010)/CMFA2-1-Ghioldi.pdf)

Gisbert, C. (Coord.). Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002.

Gisbert C. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. 2003. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Goya, A. Acceso a la salud en CABA: el trabajo del equipo de abordaje de personas en situación de calle con padecimiento mental severo (ASIC) . 2024. Rev. Ministerio Público de la Defensa.

IDECBA Relevamiento Censal de Personas en Situación de Calle de la Ciudad de Buenos Aires. Abril de 2023. Resultados y aspectos metodológicos. Disponible en <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=141763>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), 2024. Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Informes Técnicos Vol 8 N° 220.

Jimenez H & Vázquez J. El derecho internacional, instrumento esencial para la promoción de la salud mental en las Américas. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 9(4). 2001.

Ley 3706/2010 Protección Y Garantía Integral De Los Derechos De Las Personas En Situación De Calle Y En Riesgo A La Situación De Calle - Uso De La Ciudad - Espacio Público - Garantías - Igualdad - Discriminación - acceso A Los Servicios - Habitantes - Accesibilidad 2010.

Ley Nacional de Salud Mental y adiciones 26.657/2010 Derecho A La Protección De La Salud Mental. 2010

López, G. Prólogo. En Alomo, M. La elección irónica. Estudios clínicos sobre la esquizofrenia; Buenos Aires, Letra Viva, 2012

Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales. 2004. Relevamiento Nacional de Personas en Situación de Calle (ReNaCalle). Informe final general. 2023.

Rojas Pedemonte, N. Más allá de las carencias: Tipologías de personas en situación de calle. Basado en una investigación de la Unidad de Estudios de la Fundación Hogar de Cristo. ISSN 0716-9736 / Revista Trabajo Social / No 75 / P. 55-66/ Noviembre, 2008.

Seidmann, S; Di Iorio, J; Rigueiral, GJ, Gueglio Saccone, CL, Rolando, SV y Azzollini, SC. Construyendo comunidad: investigación-acción con personas en situación de calle en la ciudad de Buenos Aires. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-044/580>, Pag. 174. 2016.

Sidicaro, R. La Universidad frente a las marginaciones sociales: investigación básica y aplicada. En 1^{ra} Jornadas Interdisciplinarias de la Universidad y Políticas Públicas. El desafío ante las marginaciones sociales. 3 al 5 de noviembre 2011, Fac de Ciencias Sociales, Buenos Aires, (pág 35), Eudeba. 2012.

United Nations Development Programme (UNDP). Human Development Report 2009: Overcoming barriers: Human mobility and development. New York. 2009

Videos sugeridos

V1. .ADELANTE_UE_ALC (08/09/2020) Red Calle - Desarrollo de políticas de atención a las personas en situación de calle. [<https://youtu.be/9kP0lhbj6xl?si=m33JGikSWFTdYUku>]

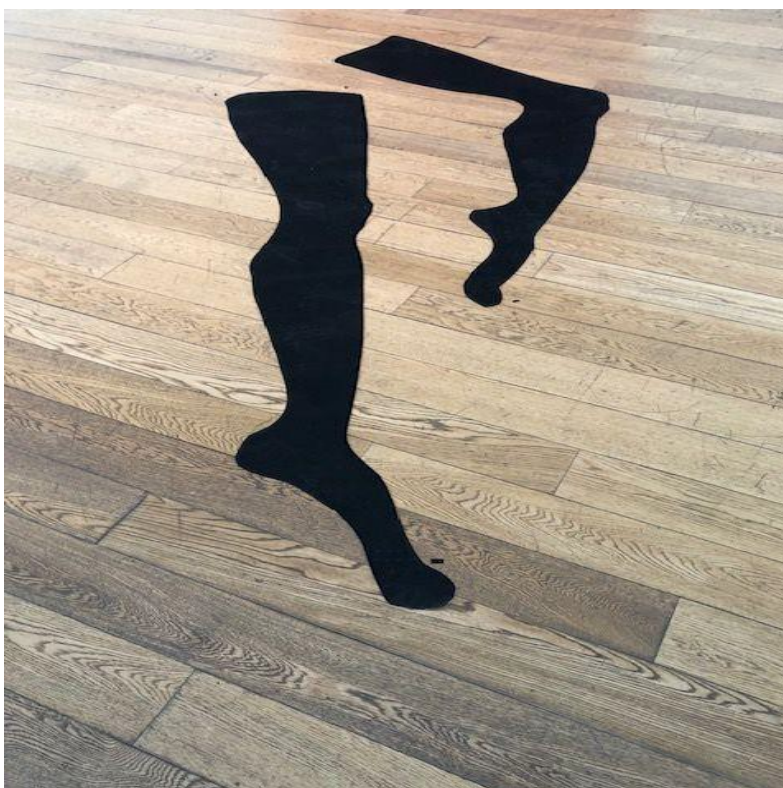
EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS EN LA INTERCONSULTA POR SALUD MENTAL DE UN HOSPITAL GENERAL DURANTE 7 MESES ENTRE 2023 Y 2024 DE CABA

Dra. Giselle Elizabeth Kurz, médica, residente de psiquiatría de tercer año del Hospital General de Agudos “Dr. J. M. Ramos Mejía”

Dr. Joaquín Lanuza, médico, residente de psiquiatría de tercer año del Hospital General de Agudos “Dr. J. M. Ramos Mejía”

Dra. Lucía Liliana Grimaldi, médica, residente de psiquiatría de tercer año del Hospital General de Agudos “Dr. J. M. Ramos Mejía”

Dirección de correo electrónico de contacto: joaquinlanuza@gmail.com



Fotografía 2024. Valeria Mendizabal -Montaje

Resumen

Como residentes de psiquiatría de un hospital general de agudos, podemos asegurar que el dispositivo de Interconsulta en Salud Mental es uno de los más desafiantes. Día a día se reciben pedidos de interconsulta de las salas de internación cuya atención requiere un trabajo

interdisciplinario con otros profesionales y una sofisticada articulación de actores.

Analizando los motivos de interconsulta por salud mental encontramos que hay uno que se reitera y cuyo abordaje implica gran complejidad: el consumo problemático de sustancias. Su atención conjuga aspectos clínicos, hospitalarios, sociales, comunitarios y de disponibilidad de recursos que, en un efector donde domina el modelo médico-hegemónico, se organizan bajo el paradigma biomédico. Es por eso que nos proponemos analizar características clínicas y estadísticas de las interconsultas vinculadas al consumo problemático de sustancias y las medidas terapéuticas implementadas durante nuestra rotación por el dispositivo para describir las limitaciones y desafíos enfrentados en su abordaje.

Palabras clave: interconsulta, consumo, problemático, sustancias, hospital

Introducción

[El Hospital General de Agudos “Dr. J. M. Ramos Mejía”](#) se ubica en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y forma parte de la red de atención pública. Su área de influencia se extiende por las comunas más densamente pobladas y con mayor nivel de necesidades básicas insatisfechas de la ciudad y a su vez se encuentra cercano a terminales de tren que lo comunican con el resto del Área Metropolitana de Buenos Aires. Cuenta con 15 salas de internación con más de 420 camas, siendo el hospital con mayor capacidad del distrito.

Allí, el Servicio de Salud Mental cuenta con un dispositivo de interconsulta cuyo objetivo es resolver las interurrencias por salud mental y otros obstáculos que pudieran presentarse durante la internación de pacientes que se encuentran internados por motivos clínico-quirúrgicos (es decir, no por salud mental). Al momento de realizar la solicitud de interconsulta, los equipos tratantes trasladan demandas tanto de los pacientes y sus familiares como propias. Del mismo participan psiquiatras, psicólogos y residentes de ambas disciplinas que realizan un trabajo interdisciplinario.

Los motivos de interconsulta son sumamente variados e incluyen: afrontamiento de enfermedad, angustia, agitación, ideación suicida, síndrome confusional, insomnio, entre otros. De estos motivos sobresale el consumo problemático de sustancias tanto por su frecuencia como por la complejidad de su abordaje y por el obstáculo que implica para la adherencia de los pacientes a la internación y los tratamientos médicos propuestos.

En nuestro país, el consumo problemático de bebidas con alcohol y de otras sustancias psicoactivas constituye un grave problema social y de salud pública, presentándose como una de las principales causas de carga de morbilidad. Argentina es el país con más consumo de alcohol por persona en la región y los cambios en los patrones de consumo de alcohol (edades de inicio cada vez menores y aumento de consumo en mujeres, entre otros) lo establecen como uno de los principales temas de agenda de la salud pública (1-3).

De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado realizada en el año 2022 sólo el 18,3% de los encuestados tenía conocimiento de la existencia de algún espacio de atención o programa de prevención por consumo de sustancias. A su vez, mientras que el 69,4% de las personas preocupadas por su consumo intentaron acciones al respecto, sólo el 20,4% concurrió por ello a alguna institución o profesional de salud. Respecto a la prevalencia del consumo, las sustancias psicoactivas de mayor prevalencia fueron, en orden: alcohol, tabaco, tranquilizantes, marihuana y cocaína (3).

La Ley N°26.657 (Ley Nacional de Salud Mental) establece que el abordaje de la problemática del consumo de sustancias debe ser parte integrante de las políticas de salud mental y que su atención debe formar parte de los servicios asistenciales sanitarios (4). Un abordaje integral del consumo problemático implica intervenciones psicofarmacológicas, psicoterapéuticas y

psicosociales tanto individuales como familiares y grupales, con múltiples objetivos a corto y largo plazo y con base en la comunidad. Sin embargo, durante las internaciones por motivos clínico-quirúrgicos, en el abordaje a través de la interconsulta por salud mental, su atención debe adecuarse a la situación del paciente y a los recursos hospitalarios. Esto conduce, en la práctica, a una jerarquización de las dimensiones biológicas y psíquicas y de las intervenciones farmacológicas del problema relegando la dimensión social y las intervenciones comunitarias.

El presente escrito busca analizar las características de las interconsultas solicitadas al dispositivo de Interconsulta de Salud Mental del Hospital General de Agudos “Dr. José María Ramos Mejía” vinculadas a la problemática de consumo de sustancias y su proceso de atención durante el período comprendido entre septiembre de 2023 y marzo de 2024 inclusive (7 meses). Para ello, se hace particular énfasis en la adecuación terapéutica y las implicancias y limitaciones de la atención a través del dispositivo.

Como premisa para el análisis, se resalta cómo el funcionamiento en el marco de una institución hospitalaria impone el paradigma biomédico lo cual condiciona la dinámica de intervención del dispositivo. En contraposición, se busca rastrear en la casuística analizada la intersección de la problemática con aspectos sociocomunitarios, tanto en su origen como en su tratamiento.



Fotografía 2025. Costanera Sur. Valeria Mendizabal

Modelos de tratamiento propuestos por la bibliografía

La bibliografía dominante postula múltiples enfoques para el abordaje y tratamiento del consumo problemático de sustancias, aunque dentro de un paradigma con primacía biomédica. Las guías y recomendaciones disponibles sugieren intervenciones psicosociales, psicoterapéuticas y psicofarmacológicas e incluyen la participación en distintos tipos de dispositivos. De forma esquemática, podrían identificarse intervenciones agudas orientadas al tratamiento de la abstinencia y desintoxicación a una sustancia (cuyo pilar es psicofarmacológico, aunque no se debería prescindir de intervenciones psicosociales) e intervenciones de mediano y largo plazo (cuyos pilares son las intervenciones psicoterapéuticas

y conductuales, que podrán o no acompañarse de un tratamiento farmacológico) (1, 5, 13).

Paralelamente, existen modelos de abordaje integral-comunitarios que postulan que la prevención y el tratamiento de la problemática requiere de un abordaje complejo que abarque diferentes dimensiones. Implica el protagonismo de la comunidad y considera intervenciones singulares, grupales y colectivas, además de un acompañamiento integral que brinde atención a aspectos educativos, económicos, habitacionales, etc. Allí también quedarían comprendidas las intervenciones psicoterapéuticas y psicofarmacológicas (14).

En el marco de la interconsulta por Salud Mental, los motivos de consulta y las presentaciones de los pacientes, sumado a un funcionamiento en el seno de una institución hospitalaria, orientan la práctica a la realización de intervenciones agudas comprendidas dentro del paradigma biomédico. Esto es, al tratamiento farmacológico de la abstinencia y desintoxicación y a las intervenciones psicoterapéuticas que buscan problematizar determinados patrones de consumo (entrevista motivacional e intervenciones breves). De esta forma, muchas intervenciones de mediano y largo plazo, así como la propuesta del modelo de abordaje comunitario, quedan relegadas a un segundo momento posterior a la externación y deben realizarse en dispositivos ambulatorios lo que lleva a una fragmentación e incompletitud de la atención.

Considerando lo anterior, resulta importante señalar que existen distintos esquemas farmacológicos de tratamiento y prevención para la abstinencia de sustancias. Por un lado, existe un programa de prevención de síntomas que implica “correr delante” de la sintomatología de abstinencia, ya sea a través de esquemas reglados de medicación o administrando dosis altas desde el inicio, ajustando las dosis según la evolución. Por otro lado, existe un programa basado en síntomas que “corre atrás” de la sintomatología de abstinencia esperando su aparición para indicar medicación. Este esquema requiere de valoración clínica continua que puede respaldarse con escalas (10). La actuación en el medio hospitalario obliga a sortear obstáculos para el tratamiento farmacológico en cualquiera de los esquemas.

Resultados de las interconsultas de salud mental vinculadas al consumo problemático de sustancias

Del contraste entre lo propuesto por la bibliografía analizada y lo valorado e implementado en la práctica asistencial de las solicitudes realizadas por equipos médicos de las salas de internación clínico-quirúrgicas del Hospital General de Agudos “Dr. J. M. Ramos Mejía” al dispositivo de Interconsulta de Salud Mental durante el período analizado de 7 meses se pueden establecer algunas conclusiones.

El consumo problemático de sustancias destaca como motivo de consulta altamente frecuente en el dispositivo de interconsulta de Salud Mental, representando el 21,91% (78 pacientes) del total de 356 interconsultas recibidas. Algunas salas de internación tienen mayor tendencia a interconsultar por este motivo sea por una subestimación de otros motivos o porque el consumo problemático obstaculiza particularmente la adherencia a los tratamientos e internaciones propuestas (Tabla 1).

Tabla 1. Interconsultas a Salud Mental totales y relacionadas a consumo problemático por sala de internación. Hospital General de Agudos "Dr. J. M. Ramos Mejía". 01/09/23 al 31/03/24.

Sala	Interconsultas	Interconsultas relacionadas consumo problemático	Proporción interconsultas relacionadas consumo problemático
Clínica Médica	182	40	21.98%
Cirugía General	32	8	25.00%
Cardiología	28	5	17.86%
Dermatología	22	5	22.73%
Hematología	20	1	5.00%
Ginecobstetricia	19	4	21.05%
Neumonología	9	5	55.56%
Neurología	20	4	20.00%
Traumatología	16	6	37.50%
Terapia Intensiva	4	0	0.00%
Urología	4	0	0.00%
TOTAL	356	78	21.91%

Fuente: elaboración propia en base a información del dispositivo

De las solicitudes recibidas por consumo problemático (78 pacientes), en la mayoría (69,23%) se verificó un consumo activo o antecedente de consumo problemático luego de la valoración clínica. Es importante destacar que en el 21,79% de los casos sólo se verificó un antecedente de consumo problemático lo cual resultó suficiente para que se solicite la interconsulta aún cuando no constituía una problemática activa durante la internación en curso. Sólo en un 8,97% no se verificó ni consumo activo ni antecedente de consumo problemático debido a que el paciente lo niega o el patrón de consumo no constituía uno de riesgo.

De aquellos pacientes con consumo activo o antecedente de consumo problemático (71 pacientes), la sustancia más reportada fue el alcohol (38,03%) lo que es consistente con encuestas nacionales (3). El 30,99% consumía únicamente cocaína y la misma proporción (30,99%) consumía 2 o más sustancias (policonsumo). La gran mayoría de los pacientes presenta consumo de tabaco concomitante, siendo la abstinencia a la nicotina un

desencadenante frecuente de irritabilidad y ansiedad.

En términos habitacionales, el 25,35% de los pacientes con consumo activo o antecedentes del mismo se encontraban en situación de calle al momento de la valoración. Dentro del porcentaje restante (74,65%) quedaron comprendidos pacientes que se encontraban residiendo en otras viviendas de tipo inconveniente como paradores y hoteles.

Del total de pacientes con consumo activo (54 pacientes), el 85,19% recibió tratamiento farmacológico para la abstinencia y desintoxicación indicado por el equipo interconsultor de salud mental durante su internación clínico/quirúrgica. Solo el 14,81% de ellos no recibió tratamiento farmacológico ya que no se consideró necesario y/o el paciente lo rechazó.

Dentro de aquellos que recibieron tratamiento farmacológico (46 pacientes), la indicación en el 82,60% de los casos fue de al menos una benzodiacepina, más frecuentemente lorazepam. Se utilizaron también antipsicóticos atípicos (principalmente quetiapina y olanzapina), pregabalina y ácido valproico.

Si bien el vademécum de la farmacia del hospital cubre aproximadamente el 70% de los fármacos recomendados por la bibliografía analizada para el tratamiento de la abstinencia y la desintoxicación, resalta la falta de naltrexona y gabapentin entre las opciones terapéuticas disponibles, dos fármacos con buena evidencia en el tratamiento de estos cuadros. Destaca también el hecho de que muchas veces los equipos médicos de las salas de internación ya habían indicado medicación para los pacientes de forma preventiva o terapéutica, previo a la evaluación por parte del equipo de interconsultores de salud mental. Esto contribuye a explicar que sólo el 35,18% de los pacientes con consumo activo presentaba deseos de consumir, síntomas y/o signos de abstinencia al momento de la valoración inicial.

Finalmente, como dato no menor, el 22,22% de los pacientes con consumo activo se retiró de la internación clínica sin alta médica y por lo tanto sin completar el tratamiento de la causa clínica y/o quirúrgica que había motivado su internación. Esto se asocia a resultados negativos y readmisiones hospitalarias con el consiguiente aumento de la morbilidad y mortalidad.

El énfasis puesto sobre la dimensión física del padecimiento y sobre las intervenciones farmacológicas se explica principalmente por su facilidad para extraerlos de los registros clínico-estadísticos. En todos los casos, la valoración e intervención se realizó de forma interdisciplinaria entre psiquiatría y psicología. A continuación, se propone una discusión sobre los aspectos salientes de los resultados y las limitaciones de esta modalidad de abordaje.

Discusión

A partir de nuestra inserción como residentes de psiquiatría en el dispositivo, pudimos identificar múltiples limitaciones de la modalidad de atención de esta problemática compleja. Si bien algunas se vinculan a presentaciones clínicas complejas, a la disponibilidad de recursos y a la organización hospitalaria, muchas derivan de un enfoque hospitalo céntrico que acaba por relegar el sociocomunitario. A continuación, nos proponemos discutir algunos de los aspectos más importantes que identificamos en torno a esto.

Parte de las dificultades en el abordaje se relacionan con la cantidad de recurso humano dedicado a atender la demanda del dispositivo. Esto limita la capacidad de seguimiento estrecho de cada caso individual por el mismo profesional. A su vez, la falta de formación del personal de salud de las salas de internación (médicos y enfermeros) en el manejo de pacientes con problemáticas de salud mental y/o consumo problemático obstaculiza la aplicabilidad y evaluación continua de los esquemas de tratamiento farmacológicos.

El tratamiento psicofarmacológico de personas con consumo problemático implica la valoración de otras comorbilidades psiquiátricas. Además de que una evaluación durante una internación clínico-quirúrgica no es el ámbito propicio para realizar evaluaciones en profundidad, ocurre también que algunos rasgos de personalidad o síntomas de un trastorno psiquiátrico pueden confundirse o superponerse con alguna manifestación de un trastorno por consumo problemático de sustancias (abstinencia o intoxicación).

Las principales guías y lineamientos de tratamiento del consumo problemático no se adecúan a las características de la población, del medio, ni del dispositivo de interconsulta. Además, no existen recomendaciones específicas para el manejo de la abstinencia y desintoxicación del crack o pasta base (paco), sustancias derivadas de cocaína muy frecuentes en nuestro medio. Tampoco se encontraron pautas claras en relación a la dosificación de los fármacos recomendados. La falta de estandarización en el cuidado farmacológico lleva a inconsistencias y promueve la falta de confianza de los pacientes.

La segmentación en especialidades de las salas de internación favorece que en reiteradas oportunidades el alta de la internación sea otorgado sin que el equipo interconsultor de salud mental sea notificado, quedando así impedido de participar de la estrategia de externación. Eso implica una falta de tiempo y de articulación para garantizar la continuidad del cuidado.

Esto se suma a la falta de trabajo en red y de estrategias de referencia y contrarreferencia formales y a la poca disponibilidad y a las barreras de acceso a dispositivos de tratamiento de salud mental y consumo problemático en el subsector público. Lo anterior acaba por dificultar más la continuidad del tratamiento al momento de la externación. Si bien a lo largo de las evaluaciones se orienta a los pacientes a distintas modalidades terapéuticas, no se realiza un seguimiento ni articulación directa con efectores para asegurar la inserción de aquellos que lo buscan.

En lo que a la demanda de interconsulta respecta, no existe un criterio unificado respecto al objetivo buscado con la intervención del equipo de salud mental (sea evitar la abstinencia o el consumo durante la internación, buscar la discontinuación del consumo o evitar conductas disruptivas en la sala, etc), limitando los alcances de abordaje y haciendo necesario adecuar los objetivos según la sala y el caso.

Resulta evidente que los profesionales de salud estamos atravesados por consideraciones negativas y prejuicios en torno a esta problemática lo que condiciona los resultados de las intervenciones. Además, las intervenciones realizadas por el equipo de salud mental y los diversos equipos de salud están enmarcadas dentro de un modelo abstencionista y no de reducción de riesgos ni daños. Un ejemplo de esto es la exigencia sobre el cumplimiento más estricto de ciertas pautas de comportamiento (por ejemplo, la deambulación exclusiva dentro de la sala) a pacientes con problemática de consumo en comparación con aquellos pacientes que no la presentan. Otra prueba está en que, si bien en la mayoría de los casos la solicitud de interconsulta al equipo de salud mental suele darse cercana al ingreso del paciente, ya que suele ser pregunta de rutina, en algunos casos el pedido llega próximo a la externación. Allí los equipos de salud plantean una necesidad de empujar al paciente a buscar tratamiento al alta, independientemente de la etapa del cambio en la que se encuentra o de su deseo. En nuestro medio hospitalario tampoco existen espacios donde los diversos equipos de salud puedan poner en común experiencias e intercambiar para lograr un modelo de abordaje superador. Estos son aún más necesarios en la medida que todos los equipos muestran predisposición para trabajar en post de garantizar el cuidado integral de los pacientes.

Según el análisis de estudios, los pacientes con consumo de sustancias tienen una probabilidad tres veces mayor de retirarse sin alta médica en comparación con aquellos pacientes sin

consumo problemático de sustancias (15). De las interconsultas analizadas, más de 1 de cada 5 con consumo se retiró sin alta. Algunos de los factores que se encontró que lo explican son: el tratamiento inadecuado de la abstinencia y el craving, el mal manejo del dolor (dosis insuficiente de analgesia), el estigma y discriminación percibida por los pacientes y las restricciones de las salas (no poder salir, la abstinencia a la nicotina por no poder fumar y no recibir terapia de cesación tabáquica, entre otras). Una variable importante a analizar hace referencia a cómo los pacientes terminan percibiendo el trato hacia ellos por parte de los equipos tratantes y personal de la sala. Por todas estas situaciones los pacientes suelen tardar en volver a consultar, lo que se traduce en un aumento de la morbilidad de estos pacientes (15).

Es evidente que la vulnerabilidad y exclusión social son problemáticas que atraviesan a muchos de los pacientes con consumo problemático de sustancias: 1 de cada 4 casos analizados se encontraba en situación de calle. Esto agrega complejidad al abordaje y continuidad de los tratamientos instalados durante la internación. Además, la totalidad de los casos está atravesado por aspectos sociales, educativos, geográficos, etc. que determinan no solo a la problemática de consumo sino también a la causa clínico-quirúrgica que motivó la internación durante la que se produjo la evaluación.

El contraste entre las expectativas que tenemos como equipo de salud mental y los resultados de nuestras intervenciones podría tentarnos con la idea de que es necesario revisar nuestras expectativas, pero mucho antes que ello debemos repensar nuestros modos y marcos de intervención. A la luz de nuestra experiencia, la ampliación del modelo de abordaje y la consideración de intervenciones comunitarias podría ofrecer una lectura más adecuada a la realidad de la problemática, lo que es un punto de partida para mejorar su tratamiento.

Pese a la preocupación y frustración por las dificultades en la atención de los pacientes, consideramos que la intervención del equipo de interconsulta de salud mental tiene un valor único. Con sus limitaciones, aprovecha la oportunidad que representa el contacto de los pacientes con el sistema de salud para abordar el consumo problemático desde una perspectiva de derechos del paciente. Muchas veces constituye un precedente que colabora con que el paciente problematice su consumo y busque ayuda en un futuro.

Bibliografía

- [Ministerio de Salud de la Nación. Pautas y herramientas para la atención integral \(PHAI\) frente al consumo excesivo de sustancias, en particular el alcohol. 2013.](#)
- [Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. 2019.](#)
- [Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado Argentina.- 2022. 2023.](#)
- [Boletín Oficial de la República Argentina. Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones \(N°26.657\). 2010.](#)
- [Cohen SM, Alexander RS, Holt SR. The Spectrum of Alcohol Use: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. Med Clin North Am 2022; 106\(1\): 43-60.](#)
- [Englander H, Davis CS. Hospital Standards of Care for People with Substance Use Disorder. N Engl J Med 2022; 387 \(8\): 672-675.](#)
- [Martin M, Snyder HR, Otway G, Holpit L, Day LW, Seidman D. In-hospital Substance Use Policies: An Opportunity to Advance Equity, Reduce Stigma, and Offer Evidence-based Addiction Care. J Addict Med 2023; 17\(1\): 10-12.](#)

[Wakeman SE, Herman G, Wilens TE, Regan S. The prevalence of unhealthy alcohol and drug use among inpatients in a general hospital. Subst Abus 2020; 41\(3\): 331-339.](#)

[Pasha AK, Chowdhury A, Sadiq S, Fairbanks J, Sinha S. Substance use disorders: diagnosis and management for hospitalists. J Community Hosp Intern Med Perspect 2020; 10\(2\): 117-126.](#)

[Richman LS, Garcia C, Bouchard N, Muskin PR, Dzierba AL. Evaluation of a Symptom-triggered Protocol for Alcohol Withdrawal for Use in the Emergency Department, General Medical Wards, and Intensive Care Unit. J Psychiatr Pract 2019; 25\(1\): 63-70.](#)

[Perera R, Stephan L, Appa A, Giuliano R, Hoffman R, Lum P, et al. Meeting people where they are: implementing hospital-based substance use harm reduction. Harm Reduct J 2022; 19\(1\): 14.](#)

[Jufe G. Psicofarmacología Práctica. 5ta ed. Buenos Aires, Editorial Polemos, 2021.](#)

[Stahl S. Psicofarmacología esencial de Stahl: bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas. 5ta ed. Madrid, Editorial Aula Médica, 2021.](#)

[Red Puentes. Proyecto de la Red Puentes. Abordaje Comunitario de Consumos Problemáticos. s/f.2024](#)

[Simon R, Snow R, Wakeman S. Understanding why patients with substance use disorders leave the hospital against medical advice: A qualitative study. Subst Abus 2020; 41\(4\): 519-525.](#)

ENTREVISTAS

ENTREVISTA AL DR. JUAN DAVID NASIO

Entrevistadora: Dra. Liliana Mato



Juan David Nasio, psiquiatra y psicoanalista argentino egresado de la Universidad de Buenos Aires, realizó su residencia en Psiquiatría en el Servicio del Dr. Mauricio Goldenberg en el Hospital “Evita” de Lanús. Vive y realiza su práctica clínica y docente en Francia desde 1969. Ha sido nombrado Oficial de la Legión de Honor, uno de los máximos galardones en Francia y también la Orden del Mérito en 2004. Ha sido distinguido como Doctor Honoris Causa de la Universidad de Buenos Aires, de la Universidad Nacional de Tucumán, la Universidad de Córdoba, la Universidad de Rosario, de la Universidad Autónoma de México,

así como de la Southern Connecticut State University (EEUU).

Autor de 37 libros traducidos a 14 idiomas.

Dra. Liliana Mato (LM): Dr. Nasio, ante todo, muchísimas gracias por esta entrevista y en nombre de la Revista Sinopsis le agradezco mucho que haya aceptado nuestra invitación. Usted está presentando su último libro en Buenos Aires: “Diez historias de vida, sufrimiento y amor” y quisiera poder conversar sobre alguna de estas historias.

Dr. Juan David Nasio (JDN): En primer lugar quiero decirle que estoy muy contento de poder dirigirme a los numerosos lectores psiquiatras, colegas que quiero mucho de Sinopsis y de la Asociación de Psiquiatras de Argentina. Yo soy y me siento psiquiatra.

¿Qué quiere decir ser argentino? Ser argentino quiere decir sentirse argentino. ¿Qué quiere decir ser psiquiatra? Ser psiquiatra es una identidad que tiene que ver con el sentimiento. Yo me siento psiquiatra; por eso soy psiquiatra. No porque haya tenido el diploma o trabajado en el Lanús para tener el certificado de especialidad. Yo me siento psiquiatra y me siento psicoanalista. Yo soy un psiquiatra psicoanalista, es la Psiquiatría que practiqué, que aprendí, que practiqué y que practico desde hace tantos años, pero tantos años, más de 60. Mi primera paciente comenzó el ocho de enero de 1965, mi primera paciente en privado, no la olvidó jamás. Era una señora de aproximadamente cincuenta años, que tenía una psicosis maníaco depresiva, ahora hablamos de bipolaridad. Yo tenía 22 años y me la derivó uno de

mis maestros, tuve la suerte de tener maestros maravillosos y generosos, era Antonio Caparrós. Era un psiquiatra español. No era psicoanalista, era psicólogo y yo con él estudiaba a George Políztzer, estudiaba Psicología Concreta. Antonio Caparrós me deriva esta paciente, yo me acababa de recibir de médico, todavía no era psiquiatra, ese mismo año, unos meses después en marzo de 1965 entraba a mi residencia en el Hospital de Lanús. Todavía no tenía ni consultorio, Caparrós me presta el suyo, entonces le doy cita a esta paciente, que ya estaba medicada con lithium y yo veo también al esposo. Son muy importantes los compañeros del paciente. Usted me contó recién que en los Congresos de APSA en Mar de Plata tienen un lugar importante los acompañantes terapéuticos, los familiares; yo quisiera rendir un homenaje a los familiares, a los esposos, las esposas de los enfermos mentales, son maravillosas personas que sufren mucho y que son los primeros en actuar.

Me encontré entonces con el esposo de esta señora, Eva, ambos de origen suizo, él me dice estar desesperado sobre todo por las crisis maníacas de su mujer. En la fase maníaca se levantaba a pintar la cocina o buscaba mendigos en la calle que llevaba a la casa y tenía relaciones sexuales con ellos.

Esta fue mi primera paciente, que no voy a olvidar nunca; la traté durante casi cinco años. Un día le digo: “Señora voy a estudiar a Francia, en dos años le prometo que vuelvo”. Ella, muy emocionada, me regaló una torta típicamente suiza.

Esta historia es una intimidad que les cuento y comparto con los lectores de Sinopsis.

LM: ¿Qué recuerda de su paso por el Hospital Lanús?



JDN: Esa era una época maravillosa, en la que yo tenía los Maestros más grandes, a los cuales les debo mucho, porque el psiquiatra y psicoanalista que soy hoy, lo debo más que nada a mis pacientes, que son mis verdaderos maestros, son maestros desde adentro, son maestros internos y luego a mis Maestros, los que me han formado. Usted que es doctora, a usted los pacientes le enseñan adentro suyo, no es como los libros.

Por supuesto los Maestros son fundamentales y también los colegas nos enseñan.

LM: En este libro “Diez historias de vida, sufrimiento y amor” cuenta una experiencia muy conmovedora con Francoise Dolto, acerca de un trabajo con niños en una guardería, niños abandonados y maltratados en espera de ser adoptados, una experiencia comunitaria, digamos. Muy interesante ese trabajo, y en él usted plantea que las consultas pueden ser consultas terapéuticas, aún teniendo una o sólo dos consultas.

JDN: Nada más. Una, una sola sí, es posible!

Ustedes sabrán, que han leído a Winnicott, que él habla de consultas terapéuticas y destaca la importancia de limitar el trabajo mismo a una consulta.

Porque en realidad nosotros, con los niños, muchas veces, venimos a reparar una interacción intra familiar que hace que el niño sea la expresión del sufrimiento de la familia. Cuando trabajamos terapéuticamente, una consulta sola es posible. Doy el ejemplo de esa bebé de diez meses, Clara, que justamente estoy preparando otro libro sobre ese caso...

Clara es una bebé de diez meses: fue una intervención psicoanalítica en una sola sesión. Clara, tenía una depresión del lactante, una bebé deprimida al sentir a su madre deprimida, alcanzó una intervención para que esa niña recuperara su estado normal y fuera desapareciendo el estado depresivo.

Eso lo digo porque es muy importante el espíritu con el que recibimos a los chicos en terapia. Yo recibo niños desde hace muchos, inclusive ya en el Lanús. Aurora Pérez, fue la primera que me enseñó a recibir niños. Aurora Pérez, una gran psicoanalista de niños y una excelente clínica.

Entendí que lo más importante es tratar de reducir al máximo el tiempo de terapia con los niños, yo trato de no sobre pasar, cinco a seis meses de terapia con un niño. Tratar de trabajar con los padres y trabajar con el niño, a tal punto que cuando yo recibo al niño lo recibo en su sesión y dejo diez minutos para hacer entrar a la madre o al adulto que lo acompaña y poder intercambiar con el adulto en presencia del niño y tener intervenciones con actitudes mías o con palabras que puedan ayudar a la mejor relación del niño con el adulto.

Entonces es muy importante este espíritu en la terapia con niños, yo estoy con esa posición de Winnicott, reducir al máximo el tiempo en el que nosotros estamos con el chico.

LM: Esta es una afirmación fuerte! Usted siempre fue un pionero, digamos, en el sentido de romper ciertos estereotipos de las intervenciones convencionales de la terapia psicoanalítica.

En este último libro cuenta muchos casos e intervenciones muy diferentes a las clásicas interpretaciones.

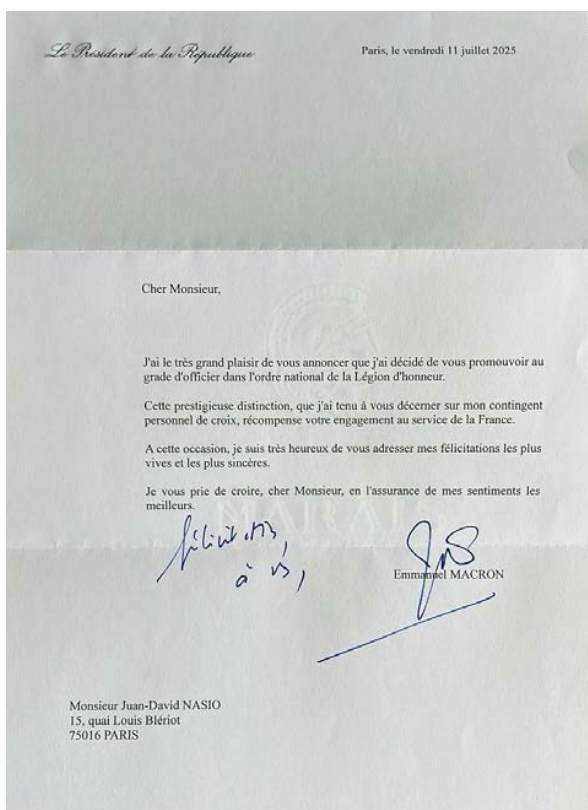
Pensaba en la paciente Esther que cuenta en su último libro, una chica anoréxica de 21 años. Usted habla allí de anorexia psicótica y plantea una

serie de intervenciones no convencionales digamos, donde la confronta a situaciones, por ejemplo, con el espejo; en la cuál como analista pone el cuerpo de una manera diferente.

¿Cómo piensa esta forma de intervenir? sé que son preocupaciones que acompañan sus teorizaciones desde hace ya muchos años.

JDN: Es cierto, yo tengo una consigna que es la siguiente: hacer, verse-hacer y teorizar lo que se hace y lo que me pasa. Yo hago, me veo hacer y teorizo lo que hago, trató de teorizar lo que hago. Cuando yo hago en la primera parte de este trio hacer/ verse-hacer/ teorizar; en el hacer, hago lo que mi convicción me lleva a hacer, el buen sentido común analítico. El buen sentido común analítico es el que me lleva en el caso de Esther, anoréxica, psicótica, me lleva a querer ayudarla y mostrarle a ella el elemento delirante y casi alucinatorio que tiene. Cuando yo la llevo al espejo es para que ella constate que cuando ella se pellizca la pierna para decirme que es la grasa, en realidad es esquelética y son los pocos músculos que tiene. Esto me lleva a un tema que muchos colegas conocen muy bien que es el tratamiento del delirio, el tratamiento de un delirio no es solamente con risperidona, el tratamiento de un delirio es también el comportamiento que tiene el terapeuta con el paciente que delira.

¿Cuál es el comportamiento del terapeuta psicoanalista con el paciente que delira?: es entrar en el delirio, no rechazarlo, no rechazarlo como lo rechaza la madre, que le pide parar de decir tonterías. El terapeuta psicoanalista, psiquiatra-psicoanalista que interviene, porque yo también le doy risperidona u olanzapina pero hay que saber que cuando ella delira hay que entrar en el delirio y mostrarle desde adentro las



contradicciones del delirio con la realidad. Esto que estoy diciendo lo dice Freud en el texto célebre de la Gradiva de Jensen, la Gradiva y Freud para mí tienen una actualidad extraordinaria; si usted lee el texto o lo relea porque lo hemos leído ya cuando éramos muy jóvenes, es un maravilloso texto donde Freud cuenta cómo él trata el delirio y si uno lo lee bien, él dice esto mismo que estoy diciendo, lo dice de otra manera, es entrar en el delirio y mostrarle al paciente las contradicciones, porque el paciente que delira también lo dice Freud, guarda una parte de él perfectamente sana que observa al ser delirante, el que

delira no es total y absolutamente absorbido por el delirio. Freud dice si el yo del paciente psicótico fuera totalmente psicótico sería fácil entender las cosas,

pero no es así, el yo del

paciente psicótico lo vuelve a decir en el último texto que escribió en 1938, el yo del paciente psicótico es un yo dividido, escindido, entre una parte que delira y una parte que observa al yo delirante.

Ahora en el caso de esta paciente, como en el de muchas anorexias, Esther era una chica muy exitosa y muy buena alumna, ahí podemos pensar que el delirio está más puesto en el cuerpo y hay otras áreas mucho más conservadas que en otras psicosis. LM: Pensaba en trabajos suyos, de hace muchos años, en los que usted propone la forclusión del objeto 'a', ¿tendría que ver con esto?

JDN: Exacto, exacto, es una manera en que traduzco la clínica a la teoría, por eso yo decía hacer/verse-hacer/teorizar, no es fácil teorizar lo que se hace y cuando yo digo teorizar lo que hago, yo estoy teorizando con el concepto de forclusión local, el hecho de que Esther tiene un yo que está sano y que puede inclusive ser una excelente alumna y al mismo tiempo concerniente al cuerpo, a la imagen del cuerpo y a la sensación del cuerpo estar completamente psicótica.

LM: Hace años, cuando usted planteaba esto, acá en Buenos Aires era algo vanguardista podemos decir, había una tendencia a pensar la anorexia solamente en el marco de la histeria.

JDN: Si yo tuviera que pensar la anorexia, no vamos a adentrarnos en esto, el tema de la anorexia es muy polémico, porque la anorexia presenta diferentes facetas. Hay colegas que ponen el acento en la anorexia como una enfermedad psicosomática; otros que ponen la anorexia como una enfermedad histérica; otros que ponen la anorexia..., bueno, yo considero la anorexia como una enfermedad eminentemente obsesiva. Para mí hay dos tipos de anorexia: la anorexia obsesiva, para mí es una forma de obsesión y otra cuando ya es psicótica, como el caso de Esther. Fundamentalmente la anorexia es una obsesión loca que ocupa permanentemente el espacio mental y el espacio de la vida de la joven de estar pensando desde que se despierta hasta que se acuesta permanentemente en los kilos, en

las calorías, en la alimentación, en la comida, etcétera, es extraordinario. Estoy seguro que los lectores de SINOPSIS que han trabajado y trabajan con anorexias saben muy bien de lo que estoy hablando. En la anorexia fundamentalmente tenemos dos tipos: una anorexia neurótica fundamentalmente obsesiva y una anorexia con signos psicóticos como en el caso de Esther donde hay sensaciones alucinadas de grasa en el cuerpo.

LM: En otro capítulo de “Diez historias de vida, sufrimiento y amor”, a propósito del caso de Andrés y su historia de abuso sexual, desarrolla las severas consecuencias que pueden generar en la vida adulta las situaciones traumáticas vividas en la primera infancia. Hay un concepto planteado allí que me resulta muy interesante, hablando de situaciones traumáticas: el de microtraumatismo.

JDN: Es muy importante, la clínica me enseñó esto. A veces uno busca acontecimientos traumáticos, y no hay; y el paciente dice: “Doctor no pasó nada, no tuve nada serio en mi vida”, y cuando uno comienza a interrogar cómo fue su infancia, se da cuenta que hay pequeños actos en la relación con la madre, por ejemplo, yo tomo el caso de esta jovencita de 10 años Silvia, es un ejemplo perfecto de microtraumatismo. La mamá le pone el termómetro anal cuatro veces por día con la ansiedad de ver cómo está la fiebre, esto es para mí un ejemplo perfecto de microtraumatismo, no grave, pero microtraumatismo por supuesto.

Un traumatismo consiste en el impacto de una fuerte excitación en un ser inmaduro que no tiene los recursos psíquicos para amortiguar el choque. La conmoción traumática puede producirse de una sola vez y violentamente como en el caso de Andrés del abuso sexual, o en varias veces bajo la forma de una acumulación de micro impactos traumáticos, aparentemente inofensivos pero que resultan intrusivos y traumatizantes como en el caso de Silvia, la niña de 10 años. La clave es que ocurre en un ser inmaduro que no tiene los recursos psíquicos para procesar la conmoción, esa es la cuestión. Puede haber un impacto de una fuerte excitación pero si se trata de un ser adulto, está más preparado para procesarla.

LM: Justamente hablando de la clave del terapeuta para frenar la repetición compulsiva de viejas emociones traumáticas, usted plantea que es fundamental que el terapeuta pueda identificarse con ese pequeño niño indefenso y aterrorizado que vivió en el pasado la situación traumática.

JDN: Exacto. Es exactamente eso. Absolutamente, lo importante desde lo terapéutico cuando uno recibe un paciente que está con una adicción, por ejemplo, es lograr conectarse, como usted dice, primero sentir al niño; al niño que fue. Yo lo tengo que sentir a ese niño que fue asustado e identificarme con ese niño. Eso es lo que yo llamo la empatía inconsciente.

Se ponen en juego tres tipos de empatía: la empatía con la emoción consciente del sujeto que está delante mío; la empatía con el niño que el sujeto fue y atravesó situaciones que aún no recuerda y la empatía con las personas que están alrededor de la vida de ese sujeto y que cuentan para él. Nosotros pensamos mucho en la persona que está al lado de él en su vida, con quién comparte su vida.

Es fundamental la empatía. Empatía consciente es imaginar y sentir lo que el otro siente, el ser que está delante mío. Empatía con el inconsciente es sentir, imaginar y sentir lo que habrá sentido el niño, el niño que fue, olvidado tal vez por el paciente, lo que fue vivido y ocurrió en el origen del sufrimiento actual. Y la tercera empatía es la empatía con el esposo, con el hijo o con la esposa de paciente, los que comparten la vida con él.

LM: Para terminar, ¿qué le recomendaría a los y las jóvenes psiquiatras que comienzan su formación?

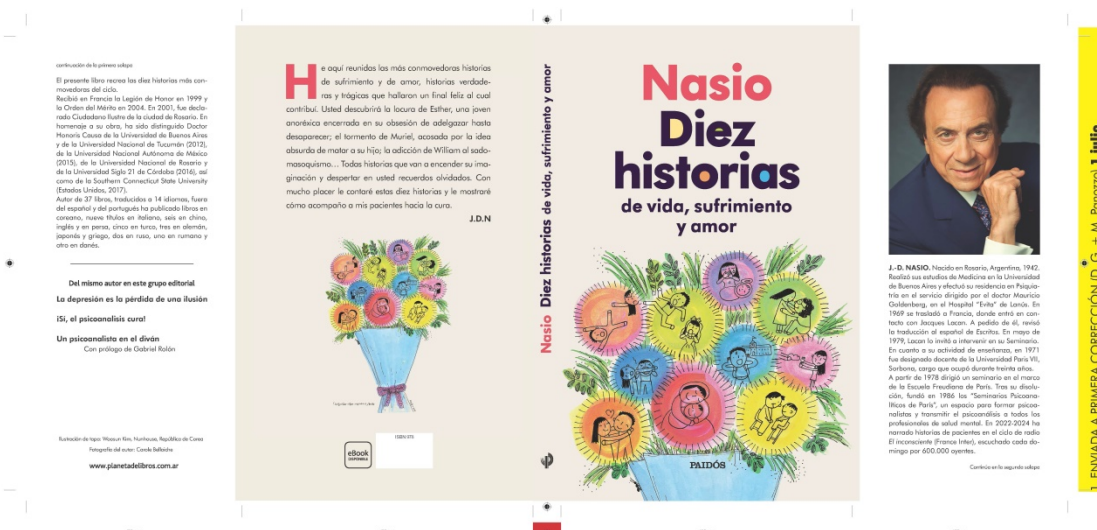
JDN: Que encuentren un Maestro. Eso se los dije a los residentes de Psiquiatría en el Hospital Sainte-Anne. En Sainte-Anne tenía 100 residentes delante mío, di una conferencia sobre el psiquiatra y la Psiquiatría. Y mi frase fue, si ustedes quieren ser buenos profesionales, encuentren un Maestro, trabajen con un Maestro.

Una alumna me dice: Doctor, ¿y cómo hacemos para encontrar un Maestro?

Le digo, ustedes trabajen! Y donde trabajen y encuentren un colega mayor que hable, que explique y que le guste contar lo que está haciendo, aférrense a él y no lo larguen!

LM: Muchísimas gracias, Dr. Nasio.

Un honor y un placer esta conversación, gracias por su tiempo.



Audio de la Entrevista:

<https://revistasinopsis.com.ar/docs/69/audio-nasio.mp3>

PERFILES DE LA PSIQUIATRÍA ARGENTINA

PERFILES DE LA PSIQUIATRÍA ARGENTINA

Enrique Stein

Por la Dra. Nora Leal Marchena

Desde Revista Sinopsis queremos ofrecer un homenaje a nuestro compañero Dr. Enrique Stein, recientemente fallecido en junio de este año luego de una dolorosa enfermedad.

Su trayectoria profesional en Psiquiatría y Salud Pública, y también su militancia, fueron una constante en su vida.

Fue miembro activo del Capítulo de Psicotrauma de Apsa, y se destacó especialmente en su trabajo con los veteranos de Malvinas, abordando con seriedad y humanidad las secuelas del estrés postraumático.

Enrique nació en 1938, proviene de una familia judía de origen polaco y fue criado en el conurbano bonaerense donde cursó sus estudios primarios y secundarios.

Ingresó a la Universidad de Buenos Aires donde fue protagonista activo de las luchas por la Reforma Universitaria y la educación laica. Perteneció al Partido Comunista Argentino, luchó con los estudiantes en la “noche de los bastones largos” con el advenimiento de Onganía y estuvo en prisión dos veces.

Enrique era una persona de ideas claras que creía en lo que hacía, más tarde se incorporó al Partido Comunista Revolucionario y llegó a formar parte del Comité Central del partido.

Finalizó la carrera de Medicina en 1967, obtuvo su título de Psiquiatra en 1981 y se graduó en Salud Pública en la Universidad de Buenos Aires en 1985.

Fue editor de varias revistas en el campo cultural y encabezó la creación del Movimiento por la Reconstrucción y Desarrollo de la Cultura Nacional en 1981. Trabajó como consultor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Se formó también en la Escuela de Psicología Social, creada por Enrique Pichón-Rivière, con una fuerte visión basada en lo social.

En 1990, junto a su compañera Ana, se trasladó a Neuquén donde comenzó su práctica privada. En la Universidad Nacional del Comahue fundó una cátedra libre sobre “Situaciones de desastre”, fue Director de la Cátedra de Salud Pública y adicciones y fundó la Cátedra libre de estudios marxistas. En 2007 se trasladó con su compañera Ana a Buenos Aires donde ella falleció.

En 2011 fue nombrado coordinador de los equipos de Salud Mental de las Fuerzas Armadas de la Nación, centrándose en la atención de veteranos de la guerra de Malvinas, y la atención en situaciones de desastre.

En los últimos años, volcó su pasión al tema de las adicciones, al que se abocó con la misma entrega y profundidad que lo caracterizaban.

Siguió trabajando toda su vida hasta su fallecimiento a la edad de 87 años en Buenos Aires en junio de 2025.



LETRAS Y
PSIQUIATRAS

NEXUS. Yuval Harari.

Una breve historia de las redes de información desde la Edad de Piedra hasta la IA (Penguin Random House, Bs. As., 2024)

Reseña de Daniel Izrailit

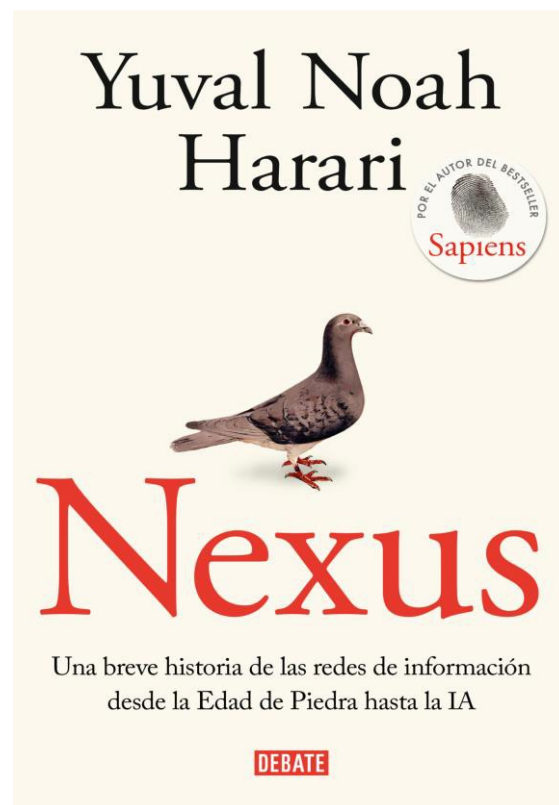


Imagen tomada de la web de Editorial Penguin:

https://www.penguinlibros.com/co/tematicas/341141-ebook-nexus-9788419951038?srsId=AfmBOoqUEKBKkLQ5N9_HmkfFzHvyccn5E4w0CxUY36EEcGK3Bt2WQlYp

[El último libro de Yuval Harari](#) es una advertencia, una larga y fundamentada advertencia sobre los riesgos del imperio de los algoritmos. El autor señala a la democracia, y luego a la vida toda, en grave riesgo y apela a las imprescindibles regulaciones como opción y recurso para moderar los peores efectos de una IA ([inteligencia artificial](#)) que se va tornando cada vez más autónoma, anticipando la constitución de un mundo que de tan extraño es inimaginable. Por primera vez en la historia de la humanidad el [silicio](#) reemplazaría al [carbono](#) como elemento inicial de la vida, si es que cabría seguir llamando vida a una civilización donde las decisiones más importantes no serían tomadas por los humanos, aunque hayamos sido nosotros los padres de la criatura.

El autor apunta al grado de naturalización que ya existe en la gestión de nuestra vida cotidiana desde las cuestiones más triviales hasta la más importantes donde la IA, a través de alguno de sus múltiples productos, es protagonista.

“Un teléfono inteligente tiene más información que la antigua biblioteca de Alejandría, pero con tanta información circulando a velocidades impresionantes la Humanidad se encuentra más cerca que nunca de la aniquilación”

Harari toma la información como insumo básico de su ensayo, y la historiza: la información desde los primeros tiempos de la humanidad, y los modos de circulación de la misma. Nos dice que existe una idea ingenua de la información que sostiene que cuanto más se tenga mejor, porque habría más conocimiento, y si existiesen desajustes y efectos nocivos se corregirán con más información, o sea nunca regulando, una suerte de principio rector ultraliberal. ¿Porqué no aplica para el autor este criterio? “La IA no es una herramienta, es un agente”, asevera. Puede tomar decisiones autónomas y eso la convierte en una amenaza. Para ilustrar la cuestión Harari repasa una serie de situaciones experimentales donde hasta hace muy poco el hombre superaba a la IA pero la tendencia cambió. Lo crucial allí es que en todos esos experimentos comparativos el procedimiento usado por la IA para resolver situaciones ha sido opaco, ininteligible, un modo de procesamiento que genera, como mínimo, extrañeza.

El procedimiento de escritura de Nexus es eficaz; el autor, que es un historiador y ensayista consagrado, va enhebrando sus ideas sobre la información a partir de referencias históricas y literarias que funcionan como verdaderos paradigmas pedagógicos. [El aprendiz de brujo de Goethe](#), [el mito de Faetón](#), el final del [emperador Tiberio](#), [la dinastía Qin](#), Nerón, la Biblia, el Estalinismo, la Torá, el Corán, [el Malleus Maleficarum](#), o la Masacre de los Rohingya son algunas de ellas y para el lector adquieren un doble efecto: por un lado iluminan con luz rutilante la idea que busca enfatizar y por otro, excita el deseo de confirmar e investigar en profundidad el hecho en cuestión o el personaje citado en su contexto histórico y relacionarlo con el tema de la información en alguna de sus formas. Con respecto a la reciente [Masacre de los Rohingya](#) el autor hace una grave admonición sobre la decisiva implicación de Facebook en la perpetración de la misma y cae de lleno en el fundamento del documental [El dilema de las redes](#) donde varios ex

directivos y fundadores “arrepentidos” de las gigantes de la comunicación virtual confiesan lo que muchos suponían: las empresas están programadas para el engaño y la manipulación. Azuzar el odio racial, por caso, con tal de lograr el objetivo principal: más interés, más uso de la plataforma, más utilidad empresarial. La salud mental, en particular la de los niños, aparece señalada como una de las primeras víctimas de un artefacto diseñado para generar adicción.

Los diferentes modos con que circula la información en las democracias y en los sistemas totalitarios le permite al autor arribar a un argumento potente que recorre toda la primera parte del libro constituyendo un tópico filosófico, en particular de filosofía política. Siempre

desde la óptica de la información una pregunta sobrevuela todo el texto ¿Cuánto de la Verdad se sacrifica en aras del Orden y del Poder?



Imagen futurista. Autora: Valeria Mendizabal. Procesada por inteligencia artificial. Marzo 2025.

Además de la democracia y el totalitarismo Harari agrega una tercera categoría política a la que presta una atención singular: los populismos. Bajo una fachada democrática los populismos controlan la circulación de la información y sobre todo se especializan en generar contenidos: relatos insistentes y poderosos que abonan y sedimentan el poder, a expensas de la creación de “un enemigo temible”. [El populismo](#), para Harari, trabaja con engaño y manipulación de un

modo cada vez más eficaz. En este sentido aparecen las admoniciones sobre la relación entre los líderes carismáticos y mesiánicos y la era de los algoritmos. Una de esas articulaciones (con tantas resonancias telúricas) muestra con cuanta inocencia las sociedades agobiadas y engañadas por razones políticas, por manipulaciones informáticas y por la angustia que le genera la relación con la tecnología (especialmente en [Baby Boomers](#), aunque no los únicos) apelan fatalmente a estos líderes carismáticos, extremos, como modo ilusorio de resolver sus desasosiegos.

Muy interesante es la tensión que se genera entre el potencial democratizante de la IA y el signo contrario: totalitarismos y populismos sirviéndose hábilmente de ella para someter a la democracia. En este terreno el asunto no es la herramienta sino su uso. Igualmente hay que decir que esto aplica a un campo restringido y en el más literal “aquí y ahora” porque para la aciaga mirada del autor, de no mediar una acción rápida, mancomunada y cooperativa entre las naciones, muy pronto, hasta el régimen más tiránico del planeta, va a sucumbir ante el nuevo Amo, la IA.

Una de las delicias del libro es la oferta de hechos históricos “pequeños”, notables y relativamente desconocidos al menos fuera del hábitat de los historiadores, que el autor nos ofrece para ilustrar los ejes temáticos centrales de su ensayo (vaya como ejemplo “la conspiración de los médicos judíos” en la Rusia estalinista, siempre desde el eje de la circulación de relatos y sus efectos, a veces irónicos, para los tiranos que los fomentan) Y también el recuerdo de otros hechos, que aun sabidos y extensamente difundidos, son iluminados por el autor con una luz nueva: a la hora de establecer las diferencias entre las instituciones religiosas y las científicas, tomando como conceptos nodales la infalibilidad versus la aceptación-corrección del error, Harari hace un paneo espeluznante de los

horrores perpetrados en nombre de dios, nunca reconocidos como fallas institucionales sino como “desviaciones individuales” en contraste con los errores científicos y su plantilla de recursos para, a pesar de las resistencias, ser revisados aun cuando cuestionaran teorías instituidas durante siglos.

Aun dentro del elástico ámbito secular, la universidad no queda a salvo de los cuestionamientos: el autor señala como más de una vez en la historia la universidad ha mostrado su permeabilidad político ideológica y su rigidez institucional para modificar contenidos. Las sociedades científicas, en cambio, sobre todo las que funcionan en red con las de otras regiones del mundo parecen las más plásticas a la hora de revisar posibles errores y corregirlos. (Como curiosidad, [El DSM \(Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales\)](#), aparece citado como ejemplo de la plasticidad de la ciencia por la cantidad de agregados y enmiendas que va produciendo a lo largo de sus diferentes ediciones).

En el planteo sobre si la información representa la realidad o la condiciona y la crea, hay una apelación a la Literatura con referencias exquisitas a nuestro [Borges](#) y en el notable capítulo sobre Burocracia, inevitablemente, a [Kafka](#).

Un aspecto nodal del texto a partir de definir a la información por su función de conectar personas entre sí, es relacionar los medios utilizados (palomas mensajeras, tablas de arcilla, telégrafo, imprenta, radio, televisión, computadora...) con la eficacia y amplitud en la circulación de la misma y sus efectos socio político culturales. La capacidad potencial de crear realidad (más que representarla), que ha tenido la información desde los primeros relatos orales hasta la Biblia y sus interpretaciones posteriores(las que canonizaron una versión, la más cruel, según el autor, de todas las que podían haber seleccionado) ha generado tanto grandes beneficios para la humanidad como la estigmatización de personas o grupos sociales completos. Además de esta Biblia, la que rige hoy, con textos suprimidos y otros aceptados que avalan calamidades, está el caso del Malleus Maleficarum(Martillo de las brujas)como paradigmático. Un libro originalmente marginal que con el paso de las décadas fue tomado por la institución de la Inquisición como un protocolo para identificar a “poseídos por el demonio” y luego asesinar a una pléyade de niños, jóvenes, adultos y ancianos con procedimientos inverosímilmente feroces.

Todo lo descripto podría ser un juego de niños en relación a lo que parece avecinarse:

“La invención de la IA podría ser más trascendente que la del telégrafo, la imprenta, e incluso la escritura. Mientras las imprentas y los rollos de pergamino ofrecían nuevos medios para conectar a las personas entre sí, las IA son miembros de pleno derecho de nuestras redes de información y cuentan con agencia propia...Este libro juxtapone el debate sobre IA al debate sobre cánones sagrados como la Biblia porque justo ahora estamos viendo el momento crítico de la canonización de la IA...”

En el epílogo de Nexus el autor confiesa que sus libros anteriores, en especial el último ([Homo Deus](#), 45 millones de ejemplares vendidos) le abrieron la puerta a despachos presidenciales de los principales países del planeta, de centros científicos y de las grandes tecnológicas del mundo y que allí, en vivo y en directo, comprobó que muchos de estos personajes decisivos confían en la idea ingenua de la información(mas info, mas saber) Hablamos de los hombres que están delineando el futuro del mundo. Las palabras regulación o ética no parecen tener mucha cabida allí, y no es difícil relacionar esta postura con la que tienen ciertos líderes mundiales frente al cambio climático: más que frenar la gigantesca producción de dióxido, ellos confían en que el desarrollo tecnológico, (por ejemplo el de la IA), encontrara el modo de reparar el daño ambiental sin tener que detener la maquinaria que no para de vomitar humo.

[Matías Grinberg](#), es un psicólogo argentino con orientación en neurociencias y desarrollador de IA. En una entrevista reciente(Ricardo Braginski, Clarín, 22/02/2025) afirma “Ahora tenemos IA que quizá ya son conscientes y no lo sabemos. Y también podrá ser probable

que la misma IA haga un sistema consciente. El modelo más avanzado de GPT es 03 que podría generar un sistema 04 que sea consciente y nosotros no entendamos como lo hizo... una IA, salvo que sea desarrollada por una ONG, “prácticamente nunca estaría en beneficio del usuario... El riesgo, además de la delegación cognitiva, es la manipulación, asevera, y confluye así argumentalmente con el autor de Nexus y los protagonistas de El Dilema de las Redes. En un tramo (asombroso e inquietante) de la entrevista dice que la autoconciencia es lo menos importante porque incluso (la IA) podría llegar a sentir verdaderamente empatía. “GPT entiende muy bien las emociones mejor que la mayoría de las personas. Pero no siente pena. Si pudiera experimentar subjetivamente la pena sería una señal a favor de que quizá hace menos mal”.

Sobre la velocidad de los cambios tecnológicos traduzco aquí unos párrafos categóricos de un artículo reciente: Rápida y furiosa, de la mano de la IA generativa, la economía del cambio puso quinta a fondo en el inicio de 2025, Sebastián Campanario para La Nación, 19/01/2025) “...super inteligencias están llegando muy pronto...la palabra en ingles más usada para describir este vértigo es insane(loco)un término muy utilizado en la jerga de start ups y emprendedores. Will Brick, CEO de ExalALabs, publicó un extenso ensayo en X que empieza diciendo” Con mis amigos todo el tiempo nos preguntamos si esto realmente está pasando...los próximos años van a ser una locura. Los laboratorios de IA no pueden hablar de esto por confidencialidad, los medios apenas lo cubren, los gobiernos no lo entienden...básicamente estamos discutiendo el futuro de la Humanidad a través de memes en redes...así estamos” Más allá de la euforia, y alguna cuotita de cinismo epocal, ¿no se infiere ahí un pedido a gritos de regulaciones? Nexus desmitifica, desacraliza, se mete con todos los dogmas, por eso resultará un libro incómodo para un lector fundamentalista, sea de la política, de la religión, o de la tecnología. Como se dijo al comienzo de esta reseña, es la primera vez en la historia que una creación humana dejó de ser herramienta para ser agente: un algo con potestad para producir hechos sociales, económicos políticos y militares por sí misma.

Aún estaríamos a tiempo... Por lo pronto urge colocar este tema en el tope de todas las agendas políticas del planeta.

Bibliografía:

[Braginski R.](https://www.clarin.com/opinion/matias-grinberg-ia-va-hacer-buena-parte-del-trabajo-del-psicologo-podra-reemplazar-conexion-humana-intimidad_0_rVhMXLD3nN.html) Artículo en web de Clarín: Matías Grinberg: “La IA va a hacer buena parte del trabajo del psicólogo, pero no podrá reemplazar la conexión humana, la intimidad”. 22/02/2025: https://www.clarin.com/opinion/matias-grinberg-ia-va-hacer-buena-parte-del-trabajo-del-psicologo-podra-reemplazar-conexion-humana-intimidad_0_rVhMXLD3nN.html

Campanario S. Artículo de la Nación: Rápida y furiosa: de la mano de la IA generativa, la economía del cambio puso quinta a fondo en el inicio de 2025. 19/01/2025. <https://www.lanacion.com.ar/economia/rapida-y-furiosa-de-la-mano-de-la-ia-generativa-la-economia-del-cambio-puso-quinta-a-fondo-en-el-nid19012025/>

Marzo, 2025

ENTREVISTA AL DR. MARCELO MARMER: ESCRITOR Y PSIQUIATRA, ENTRE LA LITERATURA Y LA SALUD MENTAL



Entrevistadora Dra. Nora Leal Marchena

Archivo personal

En el marco de la presentación de su primera novela, Informe preliminar sobre Delia Santos (Editorial Leviatán), el pasado 20 de agosto de 2024 en la Biblioteca Nacional, el Dr. Marcelo Marmer dialogó con la Dra. Nora Leal Marchena.

Marcelo Marmer nació en Buenos Aires, en 1956 y es un destacado médico psiquiatra, psicoanalista y escritor, además de ser presidente del Capítulo de Violencia, Redes Sociales y Salud Mental de APSA, comparte sus reflexiones sobre su trayectoria literaria, sus motivaciones creativas y el vínculo entre su profesión y su escritura. En un rico diálogo con Marcelo, compañero de APSA, nos cuenta sobre su trayectoria literaria como un modo de transitar la vida.



Portada libro: Informe preliminar sobre Delia Santos de Marcelo Marmer. imagen tomada de: <https://cuspid.com/producto/informe-preliminar-sobre-delia-santos/> vista el 19/09/2025

Para más información sobre la obra, visitá [Editorial Leviatán](https://www.editorialleviatan.com/).

De la psiquiatría a la literatura: los primeros pasos.

Dra. Nora Leal Marchena (NLM): Marcelo, ¿cómo y cuándo comenzó tu interés por la escritura?

Marcelo Marmer (MM): Me gusta escribir desde mi adolescencia. Empecé con poemas breves y letras de canciones que tocaba con la guitarra. Luego, en mis treinta, asistí a talleres literarios, pero tuve que interrumpir por las demandas de la profesión y la familia. Retomé el taller literario individual y la escritura en el 2017 y estudié Escritura narrativa en “Casa de letras”, excelente lugar con muy buenos

docentes. En la actualidad escribo en días y horarios programados. Ahora escribo con horarios programados, lo que me ayuda a superar los miedos típicos del escritor: la "hoja en blanco. Otro causante de temor es la "hoja llena ", sucede cuando uno cree que tiene mucho para escribir o decir y no sabe por dónde empezar, es cuestión de adentrarse a la búsqueda de la palabra precisa, y de reconocer el tiempo y disciplina que implica esa búsqueda.

La relación entre el trauma y la narrativa

NLM: Tu primer libro de cuentos, [Encierros involuntarios \(2019\)](#), aborda el trauma.

¿Cómo conectas esa experiencia con tu profesión?

MM: En el 2019 publiqué el libro de editorial Paradiso, basado en la experiencia de atender de personas o familiares afectados por la dictadura y esos diálogos motivaron el surgimiento de personajes a partir de muchas frases escuchadas. En el título de ese libro apeló a dos tipos de encierros, el trauma del confinamiento y el propio encierro que tiene que ver con no poder poner palabras a lo traumático. Escribirlo fue una forma de procesar y dar voz a esas experiencias.

Autores y géneros preferidos

NLM: ¿Tenés preferencia por algún género literario en especial?

MM: Me gusta leer muchas cosas y me gusta experimentar con distintos géneros, ficciones nutridas de la realidad y de historias no siempre reales. Me gusta especialmente la historia argentina.

NLM: ¿Cuáles son tus autores favoritos?

MM: Rodolfo Walsh, me gusta cómo se deja sorprender por quien cuenta que quedó alguien vivo de “Operación Masacre” y escribe sus testimonios. Inaugura el género no ficción. No es posible nombrar a todos, algunos más son M. Puig, Clarisse Lispector, Paul Auster y Marcel Proust.



Foto de archivo personal de Marcelo Marmer.

Informe preliminar sobre Delia Santos: Un policial con memoria histórica NLM: ¿Cuándo nació

el proyecto de “Informe preliminar sobre Delia Santos”?

MM: Empezó a fines de 2021, postpandemia, con una investigación histórica y social de las décadas del 60 y 70 y la terminé de escribir a principios de este año. La protagonista es un personaje ficcional pero los lugares son reales.

NLM: ¿Tiene que ver con alguna experiencia vital tuya?

MM: Obviamente, mi infancia y juventud durante esas décadas influyeron mucho en la narrativa.

NLM: ¿Cómo se va gestando la idea de un libro?

MM: Con la propia experiencia y muchas lecturas. Es una búsqueda para tratar de entender lo ocurrido en nuestro país. La idea del hombre nuevo que tenía toda una generación y trató de llevar a la práctica de mil maneras.

NLM: ¿Los personajes se basan en personas que has conocido?

MM: Los personajes condensan algo de personas que he conocido y/o leído.

NLM: ¿Qué idea fuerza intentas transmitir?

MM: Es un policial político que resalta el valor del testimonio y la memoria. Creo firmemente en la importancia de recordar para entender nuestra historia y aprender de ella.

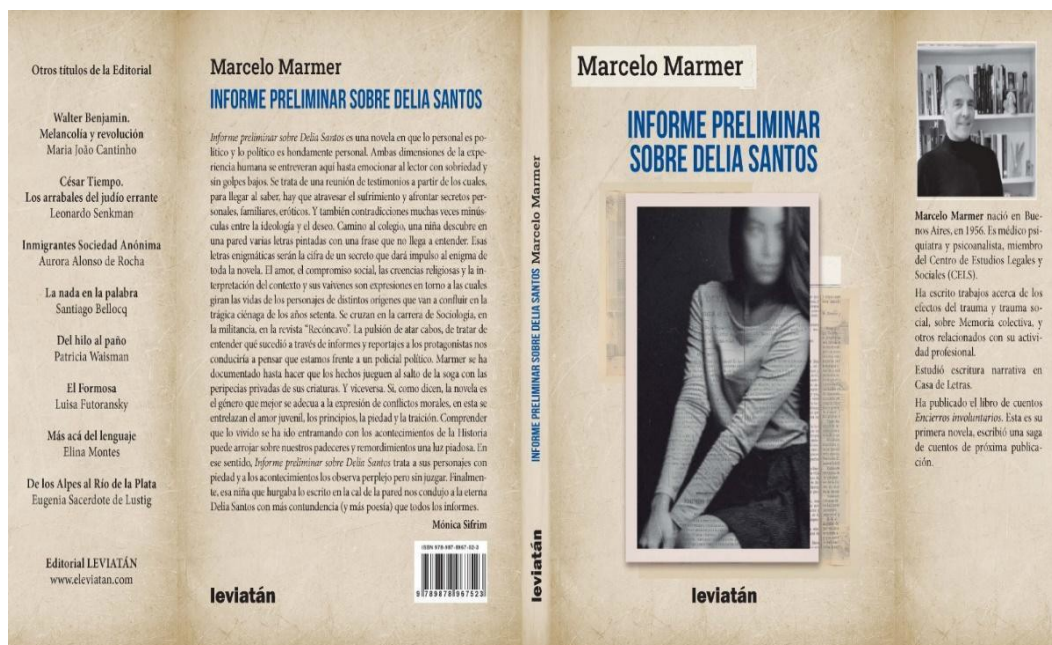


Foto de archivo personal de Marcelo Marmer.

Próximos pasos literarios

NLM: ¿Cuáles son tus proyectos para posibles próximas publicaciones?

MM: Estoy terminando de corregir una serie de cuentos, el cuento es un género que me gusta mucho. La idea es reunirlos en una publicación, no sé si serán doce, número signado como kármico por el libro [“Doce cuentos peregrinos” de Gabriel García Márquez.](#)

NLM: Ahora queremos hacer una invitación a los colegas de la nueva presentación del libro durante el Congreso de APSA 2025 entre el 23 y el 26 de abril.

Muchísimas gracias, Marcelo.

MM: A ustedes.

Podés acceder a una entrevista en el siguiente link:

<https://www.youtube.com/watch?v=o2RDLb841QY>

I CAPÍTULOS DE APSA

ACTIVIDAD APSA/APdeBA 2025

En el marco de las Jornadas Internacionales: “Múltiples escenarios en el Psicoanálisis de las infancias y adolescencias”, en el mes de junio del presente año, se presentó el Taller Interinstitucional (APSA/APdeBA): “Sobre las adolescencias: riesgos y desbordes. Propuestas de prevención”, a cargo de la Dra. Diana Zalzman, el Dr. Sergio Rojtenberg y la Dra. Liliana Mato. Las Jornadas tuvieron lugar en la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA). Se realizó un interesante intercambio a propósito de los ejes propuestos por los disertantes; compartimos una síntesis de dichas ponencias.



“RIESGOS EN LA ADOLESCENCIA: LAS AUTOINJURIAS”

Dra. Diana Zalzman

La adolescencia es una etapa de la vida que transcurre con cambios esperables y otros en crisis que involucran entrecruzamientos de lo biológico, lo psíquico y lo socio- cultural. El profesional necesita conocer y articular la subjetividad con los cambios y sus repercusiones, resignificaciones, a los fines de determinar las posibles consecuencias en sus expresiones en la clínica. Los riesgos son la probabilidad de ocurrencia de una patología en una población determinada (incidencia) En esta ponencia voy a dedicarme a las autolesiones.

Las autolesiones no suicidas (ALNS), son la destrucción directa y deliberada de la superficie corporal sin intención letal. Se excluyen en la definición comportamientos que puedan suponer autolesiones accidentales o indirectas (por ejemplo restricción alimentaria, consumo de drogas) o que son socialmente aceptados (por ejemplo tatuajes, en contexto de ritual religioso).

El método más utilizado son arañazos o cortes con objetos afilados y suelen estar localizados en extremidades o el abdomen. Incluyen quemaduras, golpes y cabezazos- En ocasiones se insertan objetos o se rascan hasta que sangre. Menos frecuente- Morderse.

Arrancarse el pelo. Pegarse.

En cuanto a la prevalencia se dan más en adolescentes y jóvenes de la población general (prevalencia actual: 11%-19%. Con un inicio entre los 12 y 16 años, siendo muy infrecuente después de los 30 años. Con respecto al género, las mujeres presentan historia de ALNS más habitualmente que los hombres, En mujeres, llegan a representar hasta el 75% de los casos, con una relación de 4:1 con hombres

A que se deben? Responden les adolescentes: con el fin de aliviar el dolor psíquico afrontar estados emocionales: ira, desesperación, angustia, tristeza, frustración, celos posesivos , Antecedentes de traumas, Es para sentirse vivos, desentumecerse. Si tienen tendencia a anorexia, atracón y/o bulimia, pueden ser para aliviar la culpa

Las transformaciones corporales como factor de riesgo, la psicopatología adolescente, revela y denuncia un escenario corporal de expresión de conflictos. El cuerpo pasa a ser un campo en el que se juega la apropiación de marcas históricas e identitarias. (Jammet ,1992)

La piel es el órgano del cuerpo que establece lazo con el mundo, con los otros y tiene una función de objeto transicional. (Le Breton, D “La piel y la marca”,2019). El corte intenta una búsqueda de dolor corporal para escapar de un sufrimiento emocional, vivencia de confusión o sentimiento de abandono, que se atenúa de este modo con un dolor auto infligido .Las autolesiones tienen usualmente como objetivo: la disminución temporal de la emoción negativa y el enmascaramiento del sufrimiento emocional con el físico.

Relación con suicidio, requieren diferenciar las autolesiones no suicidas, de las que pueden coincidir con esa intención. Determinar si hay pensamientos suicidas con preguntas muy precisas: • ¿Estas pensando en suicidarte? ¿Lo has pensado alguna vez? ¿Tienes ya un plan? En cuanto a la prevención del suicidio es importante, ante cualquier sospecha, comunicarse con la familia y con las autoridades de la escuela para armar una estrategia contenedora.

En relación al tratamiento indagaremos la historia singular y las maneras de contención apropiadas. Reducción de daño o vigilancia y control absoluto? No existe un tratamiento estandarizado para las autolesiones, pero siempre incluir la psicoterapia, la interconsulta con psiquiatría y orientar a los padres.

“ANOREXIAS: LOCURAS DE LA IMAGEN”

Dra. Liliانا Mato

Desde 2010 se viene observando un inquietante y pronunciado aumento de trastornos psicológicos en adolescentes; especialmente ansiedad, depresión, trastornos del sueño y trastornos alimentarios. Las generaciones que llegaron a la pubertad a partir de 2009 desarrollaron su autopercepción en el marco de cambios tecnológicos y culturales profundos, como el uso extendido de los smartphones y de redes sociales. Situaciones que generan preocupación y constituyen una emergencia de salud pública mundial que afecta a jóvenes y adolescentes. (Haidt J, “La generación ansiosa” 2024)

Respecto a los trastornos de la conducta alimentaria, que años atrás predominaban en países occidentales, en la actualidad se reportan casos y trabajos en Medio Oriente, Asia y Oceanía, incluso en países africanos, también Etiopía y Nigeria. También son frecuentes en ámbitos de muy bajos recursos y en comunidades con múltiples identidades marginadas, incluidas aquellas relacionadas con el género o la etnia. La globalización y las redes sociales han propiciado estos cambios. (D. Lynch et al. “Eating disorders: clinical update”,2025. Irish Journal of Psychological Medicine)

La evidencia de múltiples estudios indica que el uso de las redes sociales conduce a obsesiones sobre la imagen corporal a través de vías mediadoras de comparación social y la reiteración permanente de estereotipos de cuerpos hegemónicos.

Las alteraciones de la imagen corporal y la obcecada determinación a bajar de peso son uno de los principales indicadores de anorexias nerviosas veras. Es a mediados del siglo pasado cuando se comienza a resaltar su importancia, al punto que en el Simposium de Göttingen (1965) se establece que son dichas perturbaciones el aspecto patognomónico central, generando un viraje importante respecto a lo publicado hasta entonces que centraba la atención en lo alimentario. En esa misma dirección los trabajos de Hilde Brück ("La jaula dorada", 1978) destacan que en la anorexia los trastornos a nivel de la imagen corporal son relevantes y consecuencia de dificultades en la constitución de la imagen en tiempos originarios.

Las alteraciones de la imagen se presentan con distinta gravedad; no es igual en todos los casos y es preciso su adecuada estimación en el contexto de una evaluación psicopatológica. Cuando el padecimiento por la propia imagen se presenta en exceso, el mismo adquiere connotaciones que van más allá de la insatisfacción con el propio cuerpo que se presenta frecuentemente en la neurosis. En ocasiones la imagen toma un lugar central en el discurso y relatos tales como: "veo mi cuerpo enorme", "mi cuerpo es un globo", "mis piernas se ensanchan cuando como" se presentan coagulados, con una fijeza e incuestionabilidad tal, que no permiten ninguna interrogación ni asociaciones posibles. Cuando la distorsión es tan severa y los pensamientos adquieren tal rigidez y certeza; nos encontramos ante verdaderos fenómenos de locura; hablamos en estas situaciones de "locuras de la imagen". (Mato L. "Anorexias y bulimias. Clínica del desamor", 2022)

Si bien desde hace años se destaca la importancia de las alteraciones del esquema corporal en los trastornos de la conducta alimentaria, especialmente en las anorexias, el significativo aumento de casos que se viene observando y su relación con las redes sociales merece una reflexión especial. El smartphone parece estar integrado al cuerpo y el contenido de las redes impacta en la subjetividad moldeando el modo de percibir la realidad, es decir, tiene un impacto en las funciones psíquicas.

Sabemos que el yo y la imagen corporal tienen que constituirse, no están dados de antemano, y se constituyen a través del reconocimiento dialéctico del Otro, que otorga un revestimiento narcisista a un cuerpo todavía a merced de una insuficiencia primordial. La imagen del propio cuerpo, es decir, lo más propio de sí, es una construcción. Se constituye en el seno de la relación con los otros, con sus miradas amorosas o de desaprobación, comentarios, aceptaciones y rechazos a través de los distintos momentos de la estructuración del sujeto, en los distintos momentos del recorrido libidinal. Las pantallas digitales, con los likes o no-likes, con comentarios agraviantes o mandatos mortificantes promueven una baja autoestima o reeditan en el día a día situaciones anteriores que pudieron haber sido penosas. La hostilidad a través de los códigos de la comunicación digital deja marcas como dolorosas heridas en la fragilidad de un/una adolescente que está buscando un lugar de acogimiento y reconocimiento. La anorexia es el paradigma del sacrificio al que se puede llegar en la lucha por la imagen, como estrategia para lograr ese lugar de reconocimiento.

La autoestima y la autopercepción de la propia imagen lejos de ser una cuestión superficial, hunde sus raíces en complejas cuestiones de la historia singular de cada quién y es precisamente en la pubertad y adolescencia cuando se reactualizan los tropiezos de los vínculos tempranos. No son menos importantes las circunstancias azarosas que se van presentando en el camino, determinaciones biológicas en juego y el contexto sociocultural especialmente que graba su impronta.

El ideal de cuerpo delgado resulta una "salvaguarda narcisista paradójica", en tanto que sostiene un narcisismo desfalleciente, una suerte de suplencia que intenta garantizar ese reconocimiento precisamente fallido, encubriendo sentimientos de vacío, baja autoestima, e intentando construir una identidad. Decimos que se trata de una salvaguarda narcisista, ya que en efecto ella atestigua de un fracaso de la organización narcisista y decimos

paradojal, ya que eso que se supone una solución reparadora, en realidad conduce a un empobrecimiento de la vida fantasmática, a una verdadera pesadilla de obsesiones y aún puede poner en riesgo la vida misma.

En ocasiones el cuerpo-delgado representa la lucha por mantener la infancia; en otros intenta anestesiar situaciones traumáticas, depresiones o estados de angustia intensa.

La anorexia no es sólo un tema de conducta alimentaria y los trastornos de la imagen no remiten a una cuestión superficial. Es importante investigar los sentimientos de vacío, desesperanza, baja autoestima, estados anímicos y también las cuestiones culturales que impactan en la configuración de las subjetividades de nuestro tiempo.

Cada adolescente gestiona lo cultural de acuerdo a sus propios anclajes identificatorios y sus propios recursos, pero en tiempos en los que el mundo virtual y el real también, resultan tan hostiles, es preciso estar muy atentos a los contenidos que navegan los adolescentes en las redes y al impacto que los mismos les generan. Es fundamental promover el sostén de los vínculos familiares y propiciar todas aquellas iniciativas comunitarias que incentiven el lazo social real, presencial, desde valores solidarios y una ética del cuidado.

“DEPRESIONES: UN PADECER MULTISISTÉMICO Y MULTIDIMENSIONAL”

Dr. Sergio Rojtenberg

La depresión es una enfermedad severa y debilitante, que trasciende la concepción de un trastorno del estado del ánimo como se la viene definiendo desde siempre, ya que tenemos que pensarla como una patología multisistémica y multidimensional que afecta muy negativamente todas las áreas del sujeto.

Es la patología más frecuente en Salud Mental y una de las más frecuentes en la medicina en general. Afecta a más de 280 millones de personas en el mundo, es la segunda causa de carga global de enfermedad entre todas las enfermedades estudiadas y es la primera causa de discapacidad a nivel mundial (OMS 2023).

Las tasas de depresión a lo largo de la vida son del 25% para las mujeres y del 12% para los hombres y su prevalencia ha ido incrementándose a lo largo del tiempo.

Tiene importante impacto sobre el funcionamiento laboral y social, con mayor utilización de los servicios de salud, mayor consumo de psicofármacos, peor salud física y mental, mayores pérdidas de tiempo de trabajo y mayores tasas de intentos de suicidio. La fuerte tendencia a la recurrencia, entendida como la aparición de un nuevo episodio depresivo después de la recuperación de un episodio previo, es uno de los temas más relevantes de la depresión y es importante reconocer las situaciones de riesgo y los predictores ya que nos permitirán establecer acciones, identificar grupos de riesgo y desarrollar tratamientos para su prevención.

Cada vez es más reconocida su tendencia a la cronicidad y la importancia de su repercusión sistémica que afecta la calidad de vida, así como los riesgos de mortalidad que implica. La depresión puede llevar al suicidio; cada año se suicidan cerca de 1.000.000 personas, el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años y la relación con la depresión es clara sobre todo en países en vías de desarrollo.

En la evolución de la depresión las ideas suicidas son un factor habitual. Son situaciones de alto riesgo suicida cuando el paciente padece y hace referencia a una profunda desesperanza (“hopelessness”): la desesperanza que experimenta no es una desesperanza cualquiera, es una desesperanza del self, ya que no hay nada que pueda promover su bienestar, placer o satisfacción.

La pérdida de la anticipación (anticipation loss), esto es, la falta de futuro, de proyectos para

el futuro, de estados afectivos de placer o recompensa que se esperan o anticipan es el otro gran componente del estado de desesperanza que le agrega el componente “sin salida”. Es diferente de la sensación de desamparo que se refiere al medio, el que puede ser modificado por reacciones propias o ajenas, pero lo cierto es que la repetición de situaciones de desamparo lleva a la sensación de no salida y desesperanza.

Dos importantes factores de riesgo son el sentimiento de dolor por vivir (“vaciamiento narcisístico”) y la desesperanza. A éstos podemos agregar otros síntomas como la ansiedad e inquietud motora, el insomnio continuo y los componentes de impulsividad.

Tengamos en cuenta que, a diferencia de los mayores, el acto suicida adolescente suele tener componentes de impulsividad y disociación.

En el trastorno bipolar se refieren la ansiedad severa, la agitación y la impulsividad.

No hay que confiarse cuando el paciente no habla más de sus ideas suicidas. No hay que cometer la imprudencia de homologar el hecho de que habla con que no lo va a realizar, como el dicho popular sugiere: “perro que ladra no muerde”. Si no habla del tema, puede ser el momento de mayor preocupación para el profesional. Puede ser el momento de “acopio” de pastillas y la premeditación. El 50% de los suicidas consultaron antes del acto y fueron tratados inadecuadamente.

El suicidio y los consumos patológicos: El consumo de drogas, en particular del alcohol, desempeña un papel importante respecto del suicidio. Entre un 5 y un 25% de los alcohólicos mueren por suicidio. En diferentes estudios la incidencia del alcoholismo entre personas que se suicidan va de un 6 a un 30%, mientras que el riesgo de por vida de cometer suicidio es de 7-15% para alcohólicos. Los niveles de alcohol en la sangre de los pacientes que se envenenan indican que un 40% de las personas que intentan suicidarse han consumido alcohol junto con fármacos.

Algunos años atrás se consideraba que la depresión en los alcohólicos era una consecuencia de los efectos directos del alcohol. La investigación clínica indica que existe una comorbilidad considerable (60%) entre la depresión y los problemas de alcohol en los suicidas sin que se conozca aún la naturaleza de esta asociación.

La intoxicación medicamentosa es la causa de muerte en el 90% de los casos de suicidio, y es mucho más común entre los alcohólicos dado el letal grado de interacciones que se promueven. Las drogas más utilizadas son los psicofármacos. Es evidente que en el momento de prescribir un psicofármaco se deberán extremar las medidas de cuidado.

Se ha visto que el sexo femenino y la coexistencia de abuso de alcohol y drogas incrementan el riesgo de intentos de suicidio en las pacientes con trastornos de pánico y depresión mayor. También es más frecuente en casos de personalidad limítrofe, inestabilidad afectiva y abuso de sustancias. Las enfermedades somáticas también están relacionadas con el suicidio, cuando se vinculan con un mal pronóstico, dolor, discapacidad y disfunción familiar.