

CLÍNICA COMPARTIDA



HIPOTIROIDISMO EN MUJERES: DEPRESIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN LA SITUACIÓN EN PAREJA.

Fabiana Ayelen Lozano. Correo: Fabiana.lozano@uner.edu.ar.

RESUMEN

El hipotiroidismo afecta tanto el cuerpo como la mente, generando síntomas como fatiga, lentitud cognitiva y depresión, lo que puede comprometer la adherencia al tratamiento. Este estudio analizó la relación entre síntomas depresivos y adherencia según la situación de pareja en 54 mujeres adultas con hipotiroidismo atendidas en consultorios externos de Concepción del Uruguay, Entre Ríos, entre marzo y abril de 2025. Se aplicaron las escalas de Beck y Morisky para evaluar depresión y adherencia, y se recolectaron datos sociodemográficos, clínicos y de situación de pareja. Los resultados mostraron que más de la mitad presentaba síntomas depresivos clínicamente relevantes, predominantemente leves y con manifestaciones somáticas, y que la adherencia al tratamiento era 59 media, afectada por olvidos o suspensión sin supervisión médica. Se observó que mayores niveles de depresión se asocia a menor adherencia, mientras que la situación de pareja no tuvo un impacto significativo. Los hallazgos destacan la importancia de un abordaje integral que considere tanto la salud física como emocional para favorecer la adherencia y el bienestar en esta población. Palabras clave: hipotiroidismo, depresión, adherencia, hospital público.

ABSTRACT

Hypothyroidism affects both the body and the mind, generating symptoms such as fatigue, cognitive slowness, and depression, which can compromise treatment adherence. This study analyzed the relationship between depressive symptoms and adherence according to relationship status in 54 adult women with hypothyroidism treated in outpatient clinics in Concepción del Uruguay, Entre Ríos, between March and April 2025. The Beck and Morisky scales were applied to assess depression and adherence, and sociodemographic, clinical, and relationship status data were collected. The results showed that more than half of the participants presented clinically relevant depressive symptoms, predominantly mild and with somatic manifestations, and that treatment

adherence was medium, affected by forgetfulness or discontinuation without medical supervision. It was observed that higher levels of depression were associated with lower adherence, while relationship status did not have a significant impact. The findings highlight the importance of a comprehensive approach that considers both physical and emotional health to promote adherence and well-being in this population. Keywords: hypothyroidism, depression, adherence, public hospital.

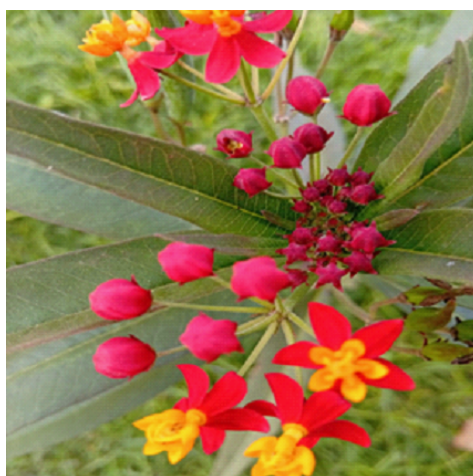


Foto Berta Rojas. 2025

INTRODUCCIÓN

¿Es posible que la presencia de una pareja influya en la manera en que una mujer enfrenta una enfermedad crónica? El hipotiroidismo es una enfermedad endocrina frecuente, con una prevalencia estimada del 5–10 % de la población mundial, especialmente en mujeres adultas (1). Se caracteriza por la disminución de hormonas tiroideas, lo que provoca alteraciones físicas y emocionales (2). Su déficit puede afectar procesos neurológicos y favorecer la aparición de síntomas depresivos, una comorbilidad que impacta negativamente en la adherencia al tratamiento con levotiroxina, el cual requiere compromiso diario y seguimiento médico (3,4). En este contexto, los factores psicosociales han cobrado creciente interés como moduladores de la salud y los hábitos de autocuidado. Entre ellos, la situación de pareja se ha asociado a diferencias en la salud mental: diversos estudios muestran que quienes no tienen pareja estable presentan mayor sintomatología depresiva, probablemente por la ausencia de apoyo emocional sostenido (5,6). Sin embargo, en el ámbito del hipotiroidismo son escasas las investigaciones que integren depresión, adherencia terapéutica y situación de pareja en un mismo análisis.

Por ello, el presente estudio tuvo como objetivo describir la relación entre depresión y

adherencia al tratamiento según la situación de pareja en mujeres con hipotiroidismo, con el fin de aportar evidencia útil para el diseño de intervenciones integrales que contemplen tanto el abordaje médico como el acompañamiento emocional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: El presente estudio es una investigación descriptiva, cuantitativa y de corte transversal. **Población:** Participaron mujeres mayores de 18 años que concurren al Hospital “Justo José de Urquiza” de Concepción del Uruguay, Entre Ríos. **Recopilación de datos:** Los datos fueron obtenidos mediante entrevistas personales realizadas entre marzo y abril de 2025, con participantes seleccionadas según los criterios de inclusión del estudio. Se explicó el propósito de la investigación, garantizando el anonimato y la posibilidad de retirarse en cualquier momento, cumpliendo con los estándares éticos.

Instrumentos:

Se diseñó una ficha de entrevista que incluyó datos sociodemográficos, clínicos y dos cuestionarios validados: Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de ocho ítems (MMAS-8): Compuesta por 8 preguntas, con respuestas dicotómicas (“sí/no”) en los ítems 1 a 7 y una escala Likert de cinco puntos en el ítem 8. La puntuación total varía de 0 a 8, clasificando la adherencia en alta (8), media (6-7) y baja (≤ 5) (7). Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II): Consta de 21 ítems que evalúan síntomas de depresión, cada uno puntuado de 0 a 3, excepto los ítems 16 y 18 que tienen 7 categorías. Las puntuaciones totales van de 0 a 63, clasificando la depresión en mínima (0-13), leve (14-19), moderada (20-28) y grave (29-63) (8).

Procedimiento: Tras la realización de las entrevistas, los datos se transcribieron a una ficha de volcado y se analizaron utilizando Microsoft Excel 2016. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos que permitieron examinar los valores de las variables y sus interrelaciones. **Análisis de datos:** Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, clínicas y de adherencia al tratamiento y depresión. Para la discusión de los hallazgos, se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos electrónicas (BVS, PubMed y Google Académico), complementada con herramientas de inteligencia artificial generativa (ChatGPT) bajo supervisión y revisión crítica de la autora. **Consideraciones adicionales:** Se destaca que la evidencia científica en Argentina sobre estas variables es limitada, y gran parte de la información proviene de estudios internacionales.



Foto Berta Rojas. 2025.

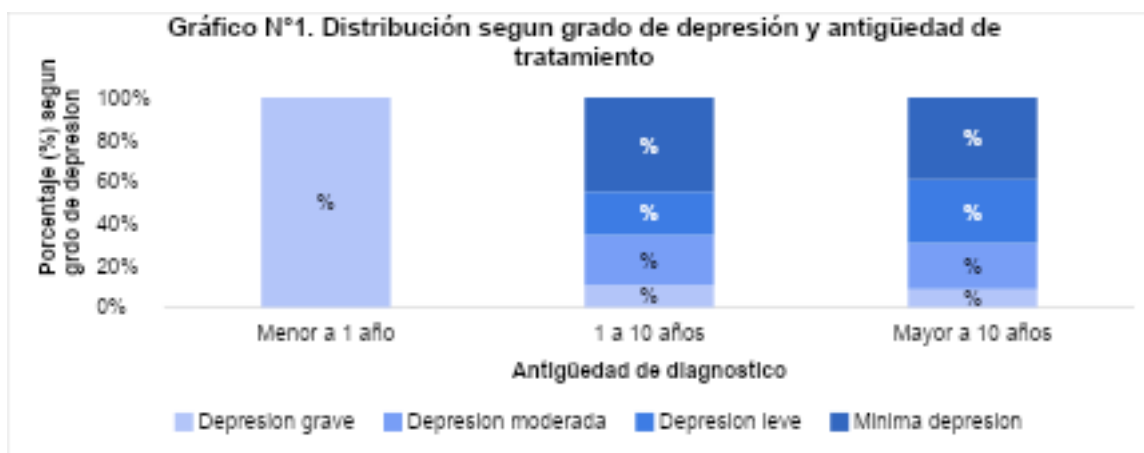
RESULTADOS

Perfil sociodemográfico y clínico: La muestra estuvo constituida únicamente por 54 mujeres, con una edad promedio de 34 años (rango: 20–67), predominando las menores de 40, lo que indica que la deficiencia hormonal se desarrolló en etapas tempranas de la adultez, un factor de vulnerabilidad. La mayoría presentó un buen nivel educativo: más de la mitad con estudios terciarios o universitarios, y aproximadamente tres cuartos con más de 12 años de escolaridad, lo que sugiere capacidad para tomar decisiones saludables sobre su patología crónica. En cuanto a la antigüedad del diagnóstico, más de la mitad tenía entre 1 y 10 años desde el diagnóstico, y el resto más de 10 años.

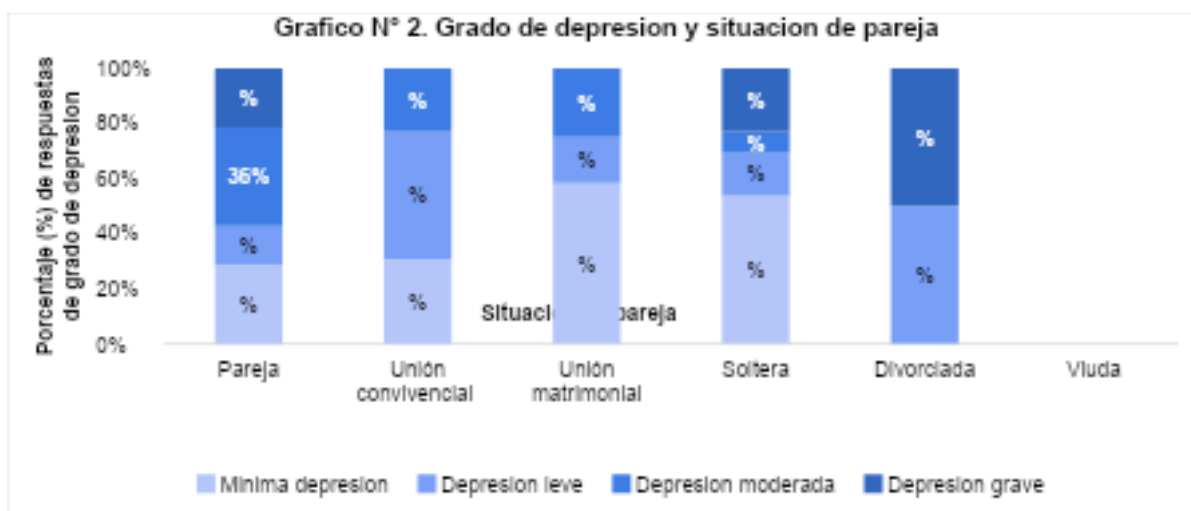
Situación de pareja en mujeres con Hipotiroidismo: Más de la mitad de las participantes (39/54) se encontraban acompañadas por sus parejas, quienes en su mayoría tenían más de 12 años de educación formal. En el grupo de “solas” (15 mujeres), también predominó un nivel educativo elevado (>12 años), lo que podría indicar cierta capacidad de afrontamiento pese a la ausencia de pareja. La mayoría de las mujeres acompañadas estaban casadas o en pareja, mientras que las solas eran mayoritariamente solteras. Al analizar la convivencia, más de la mitad de las participantes refirió vivir sola.

Depresión en mujeres con Hipotiroidismo: De las participantes, el 40,7% (n=22) no presentó síntomas clínicamente relevantes de depresión, mientras que el 59% (n=32) sí mostró síntomas que representan un potencial riesgo para su bienestar psicoemocional y manejo del hipotiroidismo. La mayoría de las mujeres sin síntomas relevantes contaba con buena educación formal. Por grupo etario, las adultas jóvenes y de edad media presentaron principalmente síntomas mínimos o ausentes, mientras que en las mayores se observó ausencia de síntomas en la mayoría. Analizando ítems específicos del cuestionario, la mayoría no manifestó tristeza ni pérdida de placer

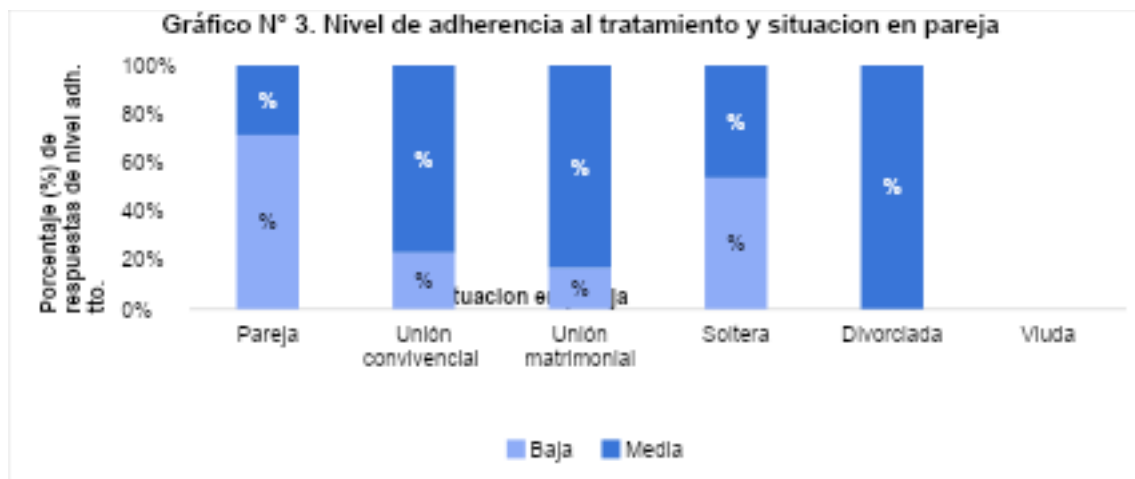
significativa, aunque el pesimismo sobre el futuro fue frecuente ($n=34$), reflejando un componente cognitivo central de la depresión. La mayoría ($n=30$) reportó no llorar más de lo habitual, sugiriendo regulación emocional conservada. Respecto a la ideación suicida, la mayoría ($n=38$) negó pensamientos de muerte, aunque 19 participantes refirieron haberlos tenido sin intención de llevarlos a cabo, señalando una alerta clínica sin riesgo inminente. Progresando con el análisis, el grado de sintomatología depresiva en relación con el tiempo desde el diagnóstico de hipotiroidismo, se observó que el 100% de las participantes con diagnóstico reciente (menos de un año) presentó depresión grave. En contraste, entre quienes convivían con la enfermedad desde hacía más de un año, predominó la mínima depresión, tanto en el grupo de 1 a 10 años como en el de más de 10 años. En ambos grupos, los casos de depresión grave fueron considerablemente menores ($n = 10$ y $n = 9$, respectivamente). Estos hallazgos sugieren que el tiempo desde el diagnóstico podría estar vinculado a un proceso de adaptación progresiva, con una disminución de la intensidad de los síntomas depresivos a medida que avanza la trayectoria de enfermedad. (Gráfico N°1)



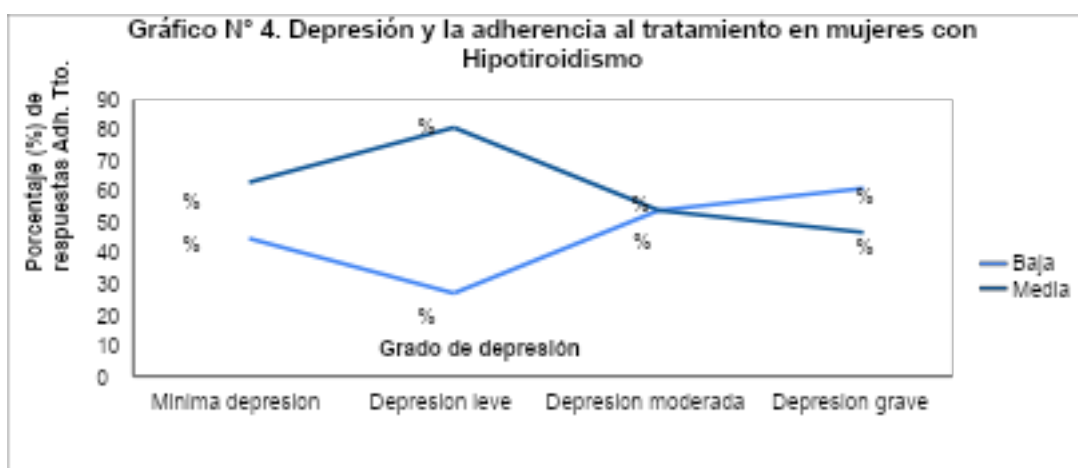
Finalmente, el grado de depresión y la situación en pareja, se reflejó una mayor proporción de mujeres acompañadas en los niveles leves a moderados de depresión ($n=21$), mientras que la depresión grave se presentó con frecuencia similar entre acompañadas ($n=3$) y solas ($n=4$). Al analizar el tipo de vínculo en las mujeres acompañadas, se advirtió que la unión matrimonial se asoció con menor gravedad de los síntomas ($n=7$), mientras que la pareja sin convivencia predominó en los casos más graves ($n=3$). En las mujeres solas, la soltería se vinculó con todos los niveles de depresión, especialmente con los más graves ($n=3$), sin detectarse participación significativa de mujeres divorciadas ($n=1$) o viudas ($n=0$). Estos hallazgos sugieren una posible asociación entre tipo de vínculo afectivo y la severidad de los síntomas depresivos. (Gráfico N° 2)



Nivel de adherencia al tratamiento en mujeres con Hipotiroidismo: La evaluación, realizada mediante el cuestionario de Morisky, Green y Levine (2008), clasificó la adherencia en baja, media y alta. Ninguna participante mostró adherencia alta; el 59% (n=32) presentó adherencia media y el 41% (n=22) baja, lo que constituye un riesgo para el control crónico del hipotiroidismo. Analizando ítems específicos, la mayoría indicó tomar la medicación regularmente, aunque un tercio (n=17) reconoció olvido ocasional, y 12 participantes refirieron suspender el tratamiento sin consulta médica, lo que evidencia obstáculos relacionados al olvido, cambios de rutina y autogestión del tratamiento sin supervisión profesional. Por grupo etario, las adultas mayores mostraron mayor estabilidad, sin adherencia baja detectada (n=4). Respecto a escolaridad, más de la mitad de quienes tenían adherencia media contaban con buena educación formal (n=20), sugiriendo que menor escolarización podría asociarse a menor participación en el sistema de salud o subdetección del incumplimiento terapéutico. La adherencia moderada fue especialmente prevalente en quienes convivían con el diagnóstico por más de 10 años (n=17), mientras que en los casos recientes la distribución fue más uniforme, aunque limitada por la baja frecuencia de casos. Finalmente, se evidenció una mayor frecuencia de adherencia media entre mujeres acompañadas (n=24), especialmente en aquellas con vínculos estables como la unión convivencial (n=10) o matrimonial (n=10). En contraste, la baja adherencia se concentró en mujeres en pareja sin convivencia (n=10) y en solteras (n=7). No se identificaron mujeres viudas con adherencia baja ni media, lo que limitó la posibilidad de análisis en ese subgrupo. Estos patrones sugieren que el tipo de relación afectiva podría influir en el compromiso con el tratamiento. (Gráfico N°3)



Depresión y la adherencia al tratamiento en mujeres con Hipotiroidismo: La relación entre grado de depresión y adherencia fue examinada mediante una tabla dinámica. En mujeres con mínima depresión, la adherencia media fue registrada con mayor frecuencia (n=13), aunque también se identificaron casos con baja adherencia (n=9). Entre quienes presentaron depresión leve, la mayoría mantuvo una adherencia media (n=10). Una distribución equitativa entre ambos niveles de adherencia se constató en el grupo con depresión moderada (n=6). En los casos de depresión grave, se detectó una ligera predominancia de la baja adherencia (n=4). En conjunto, se evidenció que niveles más altos de depresión podrían asociarse con una menor adherencia al tratamiento. (Gráfico N° 4)



Entonces, una vez presentados los resultados de esta investigación, se encontró que estos los resultados obtenidos respaldaron la hipótesis inicial, al evidenciar que un mayor grado de síntomas depresivos se asoció con una menor adherencia al tratamiento en mujeres con hipotiroidismo. En contraste, no se observó una relación significativa entre la situación de pareja y la adherencia, ni entre el grado de depresión y dicha situación. Estos hallazgos sugieren que la

sintomatología depresiva representa una variable relevante en la adherencia terapéutica, independientemente del estado relacional de las participantes.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio aportan evidencia sobre la relación entre depresión, adherencia terapéutica y situación de pareja en mujeres con hipotiroidismo. Aunque no permiten establecer causalidad, los hallazgos resultan consistentes con investigaciones previas y abren líneas para futuras indagaciones.

Se confirma que la depresión constituye un factor relevante en el curso del hipotiroidismo, ya que impacta tanto en la calidad de vida como en la adherencia al tratamiento. La presencia de sintomatología depresiva se asoció con menor motivación, dificultades de organización y menor compromiso terapéutico, lo cual coincide con estudios previos que señalan la influencia de los factores emocionales y de apoyo social en el control de enfermedades crónicas. Estos datos refuerzan la necesidad de integrar el abordaje psicológico en el seguimiento clínico.

Respecto al tiempo de diagnóstico, se observó que las mujeres recientemente diagnosticadas presentaron mayor depresión grave, mientras que en quienes tenían más años de evolución predominó la depresión mínima. Este hallazgo sugiere un proceso de adaptación emocional, coincidiendo con investigaciones en contextos similares, donde se destaca el rol del acompañamiento terapéutico y del soporte psicosocial en la reducción progresiva de la sintomatología afectiva.

Se identificó además una relación inversa entre severidad de la depresión y adherencia al tratamiento, patrón ya reportado en la literatura. La depresión grave se asoció con mayor incumplimiento terapéutico, lo que respalda la necesidad de tamizajes sistemáticos de salud mental en pacientes con patologías endocrinas, en concordancia con las recomendaciones internacionales.

En cuanto a la situación de pareja, los resultados muestran que las mujeres sin pareja estable presentaron mayor prevalencia de depresión moderada o grave y menor adherencia terapéutica que aquellas con vínculos convivenciales. Estos datos sugieren que el acompañamiento afectivo actúa como factor protector, favoreciendo tanto el bienestar emocional como la constancia en el tratamiento. La evidencia coincide con estudios que destacan el valor de la convivencia y el apoyo cotidiano en la adherencia a terapias crónicas.

La edad también emergió como un factor modulador: las mujeres jóvenes presentaron mayores niveles de depresión y menor adherencia en comparación con las mayores, lo cual

refuerza la importancia de diseñar intervenciones diferenciadas según la etapa del ciclo vital. Asimismo, se observó un nivel educativo elevado en la muestra, lo cual podría tener implicancias positivas sobre la comprensión del tratamiento, aunque no fue analizado en profundidad.

Una limitación del estudio fue la ausencia de mediciones hormonales (TSH), lo que impide establecer asociaciones directas entre parámetros fisiológicos y sintomatología depresiva. No obstante, los hallazgos sugieren que los factores psicosociales cumplen un papel central en la relación entre hipotiroidismo, depresión y adherencia.

En conjunto, este trabajo aporta evidencia que refuerza la necesidad de un abordaje integral del hipotiroidismo en mujeres adultas, incorporando la dimensión emocional y vincular en la atención. Considerar estos factores en la práctica clínica podría optimizar la adherencia terapéutica y mejorar el pronóstico a largo plazo, especialmente en poblaciones jóvenes, recientemente diagnosticadas o sin redes de apoyo estable.

Limitaciones del estudio

El estudio presenta varias limitaciones. El tamaño muestral fue reducido y se centró en mujeres adultas con hipotiroidismo de una única institución, lo que limita la generalización de los hallazgos. El diseño transversal impide establecer relaciones causales entre depresión, adherencia y situación de pareja. Además, se utilizaron instrumentos de autoinforme, lo que podría introducir sesgos, y no se consideraron variables contextuales como nivel socioeconómico, comorbilidades o redes de apoyo. Finalmente, la variable “situación de pareja” se abordó de manera general, sin evaluar la calidad o dinámica de las relaciones, limitando la comprensión del impacto de los vínculos afectivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [Organización Mundial de la Salud. Hipotiroidismo: prevalencia, diagnóstico y control en la población mundial. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypothyroidism>](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypothyroidism)
- [Farreras Rozman. Medicina Interna \(19.ª ed.\). Elsevier, Barcelona, España, 2020.](#)
- Alorda C, Araya F, Varela R. Trastornos del ánimo y enfermedad tiroidea. Rev Chil Endocrinol Diabetes. 2017;10:66-72. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262017000300066>
- Cho KS, Yang JC, Choi H, Kim JH, Yoon S. Association between marital status and depression: a pooled analysis of 14 countries. Front Psychol. 2023;14:11007481. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.11007481>



- Caycho-Rodríguez T, Vilca LW, Carbajal-León C, Peña-Calero BN, Gallegos M. Relación entre estado civil, apoyo social percibido y sintomatología depresiva en adultos mayores peruanos. Av Psicol Latinoam. 2019;37:345-359.
<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.6791>
- López-Delgado J, Salas-Castro JA, Pérez-Piedra E, Miranda A. Estado civil, apoyo social y depresión en adultos mayores peruanos durante la pandemia por COVID-19. Rev Cub Med Gen Integr. 2023;39:e2527. <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/2527>
- [Roig A, Fernández C, Gomis M, Cols M. Validación de la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky \(MMAS-8\) en población con enfermedades crónicas. Rev Esp Salud Publica. 2022;96:e1-e10.](#)
- [España Psi. Manual técnico del Inventario de Depresión de Beck-II \(BDI-II\). Pearson Clinical & Talent Assessment, Madrid, España, 2013.](#)

****fotos cortesía de Berta Rojas: Lic Trabajo Social, especialista en Gerontología.*

TOMA DE DECISIONES EN PSIQUIATRÍA: EXPERIENCIA FORMATIVA SOBRE DILEMAS MÉDICO-LEGALES

Florencia Ripoll¹, Diego Vazquez², Cristian Pafundi³

¹ Médica especialista en psiquiatría. Vicepresidenta del capítulo de psiquiatras en formación de APSA (PEF). Docente del curso superior de especialista en Psiquiatría UBA Sede Argerich.

² Médico especialista en psiquiatría. Presidente del capítulo de Derechos Humanos, Emergencias Sociales y Salud Mental. Miembro del capítulo de psiquiatras en formación de APSA(PEF)

³ Presidente del capítulo de psiquiatras en formación de APSA (PEF). Docente del curso superior de especialista en Psiquiatría de APSA / Comahue.

Correspondencia: psiquiatriasenformacion@gmail.com

Resumen

La práctica psiquiátrica contemporánea se encuentra atravesada por dilemas clínicos, éticos y jurídicos que complejizan la toma de decisiones asistenciales. Desde 2023, el Capítulo de Psiquiatría Forense y el Capítulo de Psiquiatras en Formación de APSA desarrollan un dispositivo interactivo en el Congreso Argentino de Psiquiatría y Salud Mental basado en casos clínico-legales y participación activa del auditorio mediante votación en tiempo real. La actividad promueve deliberación colectiva sobre consentimiento informado, internación involuntaria, evaluación del riesgo y toma de decisiones clínicas. Uno de los fenómenos observados de manera reiterada fue la marcada heterogeneidad de respuestas entre profesionales, incluso frente a escenarios regulados por marcos normativos relativamente definidos. La experiencia sugiere que los dispositivos deliberativos constituyen herramientas valiosas para fortalecer la reflexión clínica y la formación médico-legal en psiquiatría.

Palabras clave: Psiquiatría forense; educación médica; deliberación clínica; consentimiento informado; toma de decisiones.

Abstract

Contemporary psychiatric practice involves complex clinical, ethical, and legal dilemmas that challenge decision-making. Since 2023, the Forensic Psychiatry Chapter and the Psychiatry Trainees Chapter of the Argentine Psychiatric Association have developed an interactive educational activity based on clinical-legal cases and live audience participation during the Argentine Congress of Psychiatry and Mental Health. The device promotes collective deliberation regarding informed consent, involuntary hospitalization, suicide risk assessment, and clinical decision-making. A recurrent finding was the marked variability in responses among psychiatrists, even in scenarios regulated by relatively clear legal frameworks. This experience suggests that deliberative educational formats may strengthen clinical reflection and medico-legal training in psychiatry.

Keywords: Forensic psychiatry; medical education; clinical deliberation; informed consent; decision-making.



Horno escultórico de barro.

Foto valeria Mendizábal 2019. Polvorines

Introducción

La práctica psiquiátrica contemporánea se desarrolla en un contexto crecientemente atravesado por dimensiones éticas, jurídicas e institucionales que complejizan la toma de decisiones clínicas. La evaluación del riesgo suicida, las internaciones involuntarias¹, la valoración de la capacidad para consentir tratamientos² y la documentación clínica constituyen situaciones frecuentes en las que el juicio clínico debe articularse con marcos normativos y responsabilidades legales concretas.

Sin embargo, muchas de estas decisiones ocurren en escenarios atravesados por incertidumbre, tensiones entre autonomía y protección, limitaciones institucionales y diversidad de criterios clínicos. En este contexto, la formación exclusivamente normativa suele resultar insuficiente para abordar la complejidad de la práctica asistencial cotidiana.

Con el objetivo de generar espacios de construcción colectiva sobre estos problemas, el Capítulo de Psiquiatría Forense y el Capítulo de Psiquiatras en Formación (PEF) de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) desarrollan desde hace cuatro años un dispositivo interactivo en el marco del Congreso Argentino de Psiquiatría y Salud Mental. La propuesta se basa en la discusión de casos clínico-legales contruidos a partir de situaciones reales de la práctica asistencial y busca promover reflexión sobre dilemas frecuentes de la clínica psiquiátrica.

Descripción del dispositivo

El dispositivo adopta la modalidad de simposio interactivo con participación activa del auditorio mediante plataformas de votación en tiempo real accesibles desde dispositivos móviles. A partir de casos clínico-legales elaborados sobre situaciones habituales de la práctica asistencial, se presentan preguntas de opción múltiple orientadas a explorar distintos posicionamientos clínicos frente a escenarios complejos.

Las primeras ediciones, desarrolladas en 2023 y 2024, abordaron problemáticas relacionadas con consentimiento informado, documentación clínica, internaciones por salud mental, riesgo suicida, permisos de salida y toma de decisiones en adolescentes³ y pacientes con deterioro cognitivo. Las preguntas fueron construidas a partir de interrogantes surgidos en ateneos clínicos y reuniones de trabajo del Capítulo de Psiquiatras en Formación, tomando como base experiencias reales de distintos dispositivos asistenciales públicos y privados.

Las ediciones 2025 y 2026 incorporaron el consumo problemático como eje complementario de discusión médico-legal, incluyendo casos clínicos vinculados al consumo en adolescentes y profesionales de la salud. En ese contexto se presentaron datos preliminares de una encuesta exploratoria sobre consumo en profesionales de la salud. La encuesta mencionada corresponde a una línea de investigación actualmente en desarrollo, con el objetivo de alcanzar una muestra representativa que no solo contribuya académicamente sino que permita establecer líneas de abordajes para profesionales.

Las respuestas obtenidas durante las actividades interactivas no fueron concebidas únicamente como instrumentos de medición epidemiológica, sino como recursos pedagógicos orientados a promover la clínica.

La diversidad de respuestas como fenómeno clínico-formativo

Uno de los fenómenos observados de manera consistente a lo largo de las distintas ediciones fue la marcada heterogeneidad de respuestas entre los psiquiatras participantes. Incluso frente a situaciones reguladas por marcos normativos relativamente definidos, las votaciones mostraron diferencias significativas en los criterios adoptados por los asistentes.

Las discrepancias fueron particularmente visibles en escenarios vinculados al concepto de “riesgo cierto e inminente”, la indicación de internación involuntaria, el registro de conductas suicidas en la historia clínica y la evaluación de capacidad para consentir tratamiento.

La diversidad de respuestas observada no parece responder únicamente a diferencias de conocimiento normativo, sino que refleja la complejidad inherente a la práctica psiquiátrica, donde confluyen dimensiones clínicas, éticas, jurídicas e institucionales. En muchos escenarios asistenciales, los profesionales deben tomar decisiones bajo condiciones de incertidumbre, ponderando simultáneamente autonomía, protección, responsabilidad profesional y limitaciones

contextuales.

En este sentido, la heterogeneidad observada durante las actividades puede interpretarse como expresión de la complejidad del razonamiento clínico en psiquiatría y como un elemento pedagógicamente valioso para promover reflexión y construcción compartida de conocimientos.^{8,9,10}

Riesgo, consentimiento y toma de decisiones

Entre los temas que generaron mayor controversia se encontraron aquellos vinculados al concepto de riesgo y a la validez del consentimiento informado en pacientes con psicopatología severa, ideación suicida, trastornos psicóticos o deterioro cognitivo.

La legislación argentina actual en salud mental establece criterios para la internación involuntaria basados en riesgo cierto e inminente, necesidad terapéutica y ausencia de alternativas menos restrictivas. Sin embargo, la práctica clínica cotidiana presenta con frecuencia escenarios que no siempre se enmarcan de manera precisa en dichos parámetros.

La presencia de impulsividad, ambivalencia frente al tratamiento, escasa conciencia de enfermedad, presión familiar o limitaciones institucionales configuran situaciones en las que la evaluación clínica requiere integrar razonamiento médico, análisis ético y fundamentos jurídicos.^{4,7}

Del mismo modo, en pacientes con cuadros psicóticos que colaboran parcialmente con determinadas indicaciones, pero niegan su enfermedad, el consentimiento informado se transforma en un proceso particularmente complejo.^{2,5,6} Más que una instancia puramente documental, implica valorar comprensión, voluntariedad, capacidad y contexto.

Consumo problemático y salud mental en profesionales

La incorporación del eje de consumo problemático en las últimas ediciones permitió ampliar la discusión hacia las condiciones subjetivas e institucionales en las que se ejerce la práctica psiquiátrica.

Durante las actividades surgieron problemáticas vinculadas al estrés laboral, acceso facilitado a psicofármacos, estigma profesional y ausencia de dispositivos específicos de acompañamiento para profesionales de la salud mental.

Los datos preliminares presentados durante los simposios fueron utilizados como disparadores para reflexionar sobre salud mental y trastornos mentales en psiquiatría.

Conclusiones

La experiencia acumulada a lo largo de cuatro años sugiere que la formación médico-legal en psiquiatría resulta especialmente fértil cuando se construye a partir de escenarios clínicos deliberativos basados en situaciones reales de la práctica asistencial.

La persistencia de respuestas heterogéneas frente a dilemas clínico-jurídicos no constituye necesariamente un déficit formativo, sino la expresión de la complejidad inherente a la práctica psiquiátrica contemporánea. En este contexto, los dispositivos interactivos de deliberación colectiva pueden funcionar como herramientas valiosas para fortalecer el razonamiento clínico, la reflexión ética y la toma de decisiones en psiquiatría.

En un escenario asistencial crecientemente atravesado por desafíos legales, institucionales y sociales, sostener espacios de reflexión compartida constituye no sólo una estrategia educativa, sino también una necesidad clínica.

Referencias bibliográficas

1. Congreso de la Nación Argentina. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Boletín Oficial de la República Argentina. Buenos Aires; 2010.
2. Congreso de la Nación Argentina. Ley de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado N° 26.529. Boletín Oficial de la República Argentina. Buenos Aires; 2009.
3. Congreso de la Nación Argentina. Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes N° 26.061. Boletín Oficial de la República Argentina. Buenos Aires; 2005.
4. Congreso de la Nación Argentina. Código Civil y Comercial de la Nación. Ley N° 26.994. Boletín Oficial de la República Argentina. Buenos Aires; 2014.
5. Appelbaum PS. Assessment of patients' competence to consent to treatment. N Engl J Med. 2007;357(18):1834-40.
6. Grisso T, Appelbaum PS. Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals. New York: Oxford University Press; 1998.
7. Gutheil TG, Appelbaum PS. Clinical handbook of psychiatry and the law. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
8. Schön DA. The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action. New York: Basic Books; 1983.
9. Montgomery K. How Doctors Think: Clinical Judgment and the Practice of Medicine. New York: Oxford University Press; 2006.
10. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA. 2002;287(2):226-35.