

ECOS DEL XXXIX CONGRESO ARGENTINO
DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
#APSA2026

DISCURSO EN LA CEREMONIA DE APERTURA



Dr. Esteban Toro Martínez

Presidente de APSA

Fotografía archivo APSA

Autoridades e integrantes de Asociaciones de Psiquiatría y Salud Mental argentinas y de la Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL), Autoridades de los estamentos de salud provinciales y nacionales de nuestro país. Estimadas/os invitadas/os de otros países, consocias y consocios, amigas y amigos de APSA. Les agradezco en nombre de la Comisión Directiva y en el mío propio su presencia en Mar del Plata. Una vez más nos encontramos en esta ciudad de Mar del Plata para celebrar un congreso de APSA.

En primer lugar, queremos hacer presente nuestro agradecimiento a las y los colegas de la Subfilial APSA La Pampa y, en especial a su coordinadora, la Dra. Marcela Paladino, quienes han co-organizado la actividad de este año con esmero y entusiasmo.

También a los miembros de nuestro Comité de Congresos liderado por el Dr. Manuel Vilapriño, quienes han extremado el cuidado para brindarnos un evento de la calidad del que vamos a vivir en estos días.

Una rigurosa selección y calificación de los trabajos y actividades presentados ha contribuido a brindar a este congreso la mayor calidad científica de sus sesiones.

A poco de analizar la realidad actual, debemos reconocer que las y los psiquiatras nos encontramos en una situación compleja.

Nuestra especialidad enfrenta en lo teórico, y en lo práctico, desafíos de envergadura.

La función social y sanitaria de la psiquiatría está bajo cuestionamiento permanente en los medios de comunicación, desde otras disciplinas del campo de la salud mental y desde la propia medicina.

El sistema sanitario está colapsado, en crisis, con partidas presupuestarias insuficientes, con ingresos bajos que obligan al pluriempleo, con profesionales trabajando a su máximo esfuerzo y sin recursos, con un sistema legal que pendula entre la libertad y la seguridad, generando un clima de

incertidumbre jurídica y de reglas poco claras para el ejercicio de la profesión y un mercado de la salud gerenciada que contrata al psiquiatra fundamentalmente para medicar.

La consecuencia es directa y obvia: *burn out*, deserción del sector público (es inédito que haya puestos vacantes en muchas instituciones, cuando en épocas no tan lejanas el sueño dorado de todo médico era entrar al hospital), traslado de lo asistencial a lo pericial y a las auditorías... Eso está marcando algo.

Mientras tanto, las y los psiquiatras deben enfrentarse con la urgencia de la psicosis y adicciones, las agresiones en guardia, el abandono de tratamiento del paciente en emergencia en el box de la guardia y la activación de toda la cadena de comunicación judicial, abordar y predecir la auto o heteroviolencia, medicar y asumir el manejo y consecuencia de los extrapiramidalismos tardíos, los síndromes metabólicos y las intoxicaciones por mal cumplimiento de las indicaciones; sin épica y todo por el mismo salario.

Por eso afirmamos la psiquiatría es una especialidad de la medicina, fundamental, vigente, esencial, insustituible en el seno del equipo de salud, y por las especiales características del ejercicio de la misma debe ser considerada como especialidad crítica. Dicho esto, no como una consigna vacía, sino como un principio básico para la organización del sistema de salud.

Por su parte la cultura contemporánea plantea nuevas exigencias a escala mundial: incremento de las adicciones y de otros trastornos mentales en proporciones pandémicas, una exaltación de la belleza, de la juventud y del éxito individual que proponen un modelo de la salud, entendida ésta más como anhelo de eternidad o del anti envejecimiento que de un genuino bienestar.

Ese marco cultural de la mercancía y del éxito no encuentra nada de belleza y ternura en el inevitable avatar y devenir biológico. Las diferencias entre seres humanos, la diversidad, la marca de la insuficiencia, el privilegio de poder envejecer genera horror y recetas rápidas. Así entonces, individuos que podríamos considerar sanos, se consideran enfermos y lo que es peor, se enfermarán.

Sobre este escenario, muchos líderes mundiales han decidido renunciar a la medida, a la tolerancia y a la ternura. Para ellos, y por momentos pareciera que, para esta época, ser y mostrarse crueles es sinónimo de libertad. Estamos ante una época signada por una Apología de la Crueldad, supremacismo e insensibilidad por el otro. No hay libertad sin bienestar y justicia social

El mundo vive en este siglo XXI guerras, terrorismo, exclusión, marginalidad, catástrofes climáticas y estigma, como si no hubiera historia ni hubieran habido enseñanzas para rescatar. Como si existir fuera un verbo que se conjugara siempre en presente.

Sobre este escenario contextual la Psiquiatría enfrenta una crisis puertas adentro que pone en tensión sus sistemas diagnósticos, los fundamentos epistémicos y éticos de práctica (revisión siempre necesaria) y un estancamiento en sus herramientas terapéuticas. Como ejemplos rápidos se puede mencionar: las dificultades en torno al DSM-5, los límites de los RDoC y la distancia entre clasificación y experiencia clínica.

Llegado a este punto es necesario destacar que esto expresa algo más profundo: la dificultad de capturar la complejidad del sufrimiento humano en marcos exclusivamente biológicos.

Por eso, nos parece central reafirmar que la psiquiatría se funda necesariamente en el fenómeno psicopatológico. Allí radica su especificidad.

La Clínica Psiquiátrica, Clínica porque Psiquiatría no es neurociencias, exige, hoy más que nunca una posición que evite tanto el reduccionismo biológico como la disolución del fenómeno en el puro discurso. En ese marco, sostenemos que la enfermedad mental (con mayúscula) se manifiesta como un fenómeno psicopatológico real cuya inteligibilidad depende de la posibilidad de reconocer una alteración en la estructura de la vivencia.

No se trata de identificar únicamente síntomas, sino de interrogar la forma en que el sujeto experimenta su propia vida psíquica. Es en la angustia, la identidad, la forma de relación, su vivencia respecto de sus fenómenos intelectuales, la cualidad de la afectividad y el grado de libertad donde se hace visible la organización psíquica y su eventual expresión psicopatológica.

El síntoma no es un ítem de una *check list*, su análisis implica considerar su forma, su sentido y su inscripción en la vida psíquica del sujeto.

Proponemos a la salud psíquica como la preservación de una dialéctica interna del psiquismo, capaz de sostener el conflicto, la tensión y la elaboración. La patología emerge cuando esa dialéctica se rigidiza, se empobrece o se fractura, dando lugar a modos de experiencia cerrados, compulsivos o desvitalizados.

Pero el fenómeno psicopatológico no se agota en la interioridad. Se expresa en el modo de estar con otros, en la consistencia de los vínculos y en la posibilidad de construir una trayectoria vital.

Por eso no puede ejercerse la Psiquiatría sin perspectiva de derechos, y de género. Nuestra presidenta del Capítulo de SM de las mujeres, propone con gran lucidez practicar una “semiología de la desigualdad”, en los siguientes términos: “frente a la desigualdad la lectura de los determinantes sociales con perspectiva de género para comprender mejor como reducir la inequidad y el padecimiento que provoca”.

Y aquí aparece algo que ha estado ausente en los grandes desarrollos de las dos grandes teorías del subjetivismo: el psicoanálisis y la fenomenología (edificios teóricos de invaluable valor y actualidad): la dimensión social del padecimiento.

Por eso la Psiquiatría debe asumir allí un rol de interpelación a las dirigencias.

Desde APSA convocamos a una Psiquiatría que pueda sostener una tensión entre lo biológico y lo subjetivo, entre la evidencia y la experiencia, entre la clasificación, la comprensión y la escucha, entre lo neurobiológico y lo social.

Porque en el territorio de la clínica, la integración de las distintas corrientes desde las más biológicas a las más subjetivistas debe ser más que una elección, una necesidad.

La psiquiatría forma parte del campo de la salud mental, y ese campo es, por definición, interdisciplinario. Pero la interdisciplina no puede implicar la dilución de la especificidad.

Nuestro desafío es otro: aportar a la interdisciplina sin perder la identidad de la psiquiatría como especialidad médica; lo cual implica responsabilidad clínica, formación rigurosa y posicionamiento claro en el sistema de salud.

En ese escenario, APSA tiene un rol central. No sólo como espacio científico, sino como institución que organiza, articula y representa.

Desde el inicio de esta gestión, nos propusimos algo que parece simple, pero que es fundamental: que la institución funcione de modo integrado.

Que sus órganos de gobierno, Comisión Directiva y asambleas no sean meramente formales, sino operativos y ampliamente abiertos a la participación de socios y socias de APSA y en esas instancias podamos discutir y participar en las decisiones que hacen a nuestra vida societaria, en la definición de sus estrategias de desarrollo, en el control de las decisiones financieras, es decir, en todos los aspectos de la vida real de la institución.

Porque la institucionalidad no es una declaración, es un modo de funcionamiento, y ese funcionamiento implica: circulación de la información, participación amplia y efectiva de los socios a nivel federal y responsabilidad compartida en todos los niveles de la actividad de la vida societaria.

En ese marco de integración, el Instituto Superior de Formación de Posgrado ocupa un lugar estratégico.

No es sólo un espacio de formación, es uno de los motores académicos de APSA encargado de formar especialistas, proveer a la formación continuada y articular la vida científica de la Asociación junto con los Capítulos, el Congreso y las filiales y sub-filiales de APSA. El Instituto es también: una herramienta clave para la integración federal y para potenciar la producción científica de nuestros asociados y asociadas.

No se trata de crear algo nuevo, sino que nos hemos aplicado en la presente gestión a promover que una valiosa estructura ya existente pueda desplegar toda su potencia.

Creemos que APSA debe ser una comunidad profesional activa. Donde los capítulos dialoguen, los espacios formativos sean permeables y las socias y los socios participen efectivamente de manera democrática, porque sin comunidad no hay voz colectiva y sin ello no hay institución. La psiquiatría no se sostiene sólo en lo que sabe, sino en cómo se organiza y cómo se posiciona, y las instituciones no se miden por lo que declaran, sino por lo que efectivamente hacen posible.

Nuestro desafío es claro: sostener la complejidad, defender la especificidad y construir instituciones que funcionen.

Porque, en definitiva, no hay práctica clínica sin marco institucional, no hay marco institucional sin una ética de la alternancia y de la transparencia y no hay institución sin responsabilidad colectiva.

Hemos elegido entre todas y todos y por votación, la temática de nuestro congreso “Las adicciones y el espectro impulsivo”. Es en este campo de interfase donde se condensan algunas de las tensiones más profundas que hemos señalado a lo largo de este discurso. La relación dialéctica

entre la voluntad y la compulsión, entre la libertad y la determinación, entre lo biológico, lo psíquico y lo social. Hemos puesto enfatizado en el sublema del congreso el espíritu que nos convoca junto al comité científico del Congreso, su coordinador Dr. Manuel Vilapriño y la CD que presido, esto es la convicción en tratamientos centrados en la persona. No es una consigna. Es una posición clínica y ética. Es reconocer que tratamos a sujetos en situación. Si ya hemos mencionado que lo social ha hecho crujir a nuestras teorías psicopatológicas principales a punto de obligar a pensar en nuevas subjetividades, el campo de las adicciones y el espectro impulsivo no se ha quedado atrás. Pero aquí, con esta temática y la formulación de este título y sub lema hemos pretendido dar cuenta de un acto modesto y trascendente, a veces precario y sin red en la situación de emergencia. Hemos venido a proponer un congreso de Clínica, de experiencias clínicas, con conocimientos barrados y embarrados por el trajín del trabajo de campo. Hemos mencionado en el congreso pasado una hermosa frase del Papa Francisco: quiero pastores con olor a oveja. Aquí nosotros venimos a proponer un congreso con olor a clínica, con conocimientos, intuiciones e intenciones. Y por supuesto con expertos destacados en la temática principal, pero también en nuevas teorías de la mente y en el tratamiento de los trastornos del ánimo.

En nombre de la Comisión Directiva, y en la convicción de que compartiremos jornadas de mutuo enriquecimiento y camaradería, declaro abiertas las sesiones de este XXXIX Congreso de Psiquiatría de nuestra Asociación de Psiquiatras de Argentina.

Muchas gracias



ENTREVISTA AL PROF. DR. NASSIR GHAEMI

Professor of Psychiatry and Pharmacology, Tufts University School of Medicine.

Lecturer on Psychiatry, Harvard Medical School.

Entrevista realizada en la ciudad de Mar del Plata, en el marco del XXXIX Congreso Argentino de Psiquiatría y Salud mental - APSA abril 2026.

Por la Dra. Liliana Mato



Dra. Liliana Mato y Prof. Dr. Nassir Ghaemi.

Fotografía: archivo personal de la Dra. Liliana Mato

Sinopsis: Prof. Ghaemi, en primer lugar quiero agradecerle su tiempo y en nombre de la **Revista Sinopsis** agradecerle que nos conceda este espacio dentro del Congreso para formularle algunas preguntas.

¿Qué implicancias tiene en la práctica clínica pensar en “jerarquía diagnóstica” en lugar de comorbilidad, más allá de un modelo conceptual. Temas que usted viene trabajando desde hace mucho tiempo.

Nassir Ghaemi: Sí, de hecho, el concepto de comorbilidad vino en la Medicina en los años sesenta para definir dos enfermedades diferentes, completamente diferentes, que ocurren al mismo tiempo.

Esto es muy distinto a como se plantea el concepto de comorbilidad en los DSM, donde se habla de comorbilidad entre dos enfermedades que comparten los mismos síntomas.

El concepto de comorbilidad en Psiquiatría no es correcto, sí es correcto en Medicina. Podemos hablar de comorbilidad en Psiquiatría cuando estamos ante dos enfermedades diferentes. Por supuesto, siempre hay comorbilidades pero si son enfermedades diferentes, por ejemplo, si un paciente padece esquizofrenia y demencia. Pero esquizofrenia y depresión no es comorbilidad, son la misma cosa, la depresión suele ser manifestación de los síntomas negativos de la esquizofrenia.

El concepto de “jerarquía diagnóstica”, también en Medicina destaca la importancia de realizar un adecuado diagnóstico que pueda explicar los diversos síntomas que se presentan. Por ejemplo, si hacemos un diagnóstico de neumonía, no hablamos de otros tres diagnósticos más como falta de aire, fiebre o dolor en el pecho.

En Psiquiatría tenemos diagnósticos como los trastornos afectivos, que pueden producir distintos síntomas: de afecto, a veces psicosis, de ansiedad que dificulta la atención; muchas veces en lugar de analizar el conjunto de las manifestaciones, ante la falta de atención se hace el diagnóstico de TDAH. Esto no es un problema de comorbilidad, es el problema de no entender que una enfermedad puede tener distintas manifestaciones, distintos síntomas y generar por ejemplo, trastornos de atención. Pero no es otro diagnóstico, no es una verdadera comorbilidad desde el punto de vista de la definición científica de comorbilidad.

Sinopsis: En relación al tema de nuestro Congreso de este año: “adicciones”, qué relación tendrían con los trastornos del estado de ánimo?

N.Ghaemi: Sí, pues en general se puede decir que la mitad de los pacientes que tienen adicciones tienen patologías mentales que producen las adicciones; psicosis o trastornos del estado de ánimo. La otra mitad no padecen enfermedades mentales. En el primer caso podemos pensar las adicciones como secundarias a la patología mental, en el segundo caso serían primarias.

Sinopsis: Las adicciones se asocian frecuentemente a trastornos límite de la personalidad. ¿Cómo se relaciona esto con los trastornos del estado de ánimo?

N.Ghaemi: En un trastorno de personalidad, por supuesto, se presentan síntomas de ánimo, que pueden conducir a la adicción. Síntomas de ánimo sí, pero no necesariamente es un trastorno del estado de ánimo. Son cosas diferentes.

Sinopsis: Respecto a los DSM, suele decirse, incluso comparándolos con el NIMH, que son científicos pero tienen una utilidad clínica. ¿Cuál es su opinión al respecto?

N.Ghaemi: En mi opinión el DSM no es científico y ni es clínico.

Es una construcción social, que se ha creado por profesionales hace cuarenta años para resolver sus problemas profesionales.

Si un diagnóstico no tiene ningún dato científico, es una hipótesis, no es científico. Si no es científico no puede tener utilidad clínica. Las dos cosas van juntas, no puede ser clínico si no es científico.

Si un diagnóstico tiene datos científicos va a ser clínico también, porque está hablando de las cosas como son.

Entonces: no puede ser clínico sin ser científico y lo científico siempre tiene que tener vinculación con la clínica. Ciencia y clínica: no pueden pensarse de manera separada.

Sinopsis: En estos tiempos de la IA, ¿qué potencial impacto imagina pueda tener en la práctica psiquiátrica?

N.Ghaemi: Como todas las tecnologías pueden usarse para el bien o el mal. A la IA podemos hacerle preguntas buenas o preguntas malas, depende lo que busquemos. El problema no es la IA, el problema somos nosotros, qué preguntas haremos y cómo la usaremos.

Sinopsis: En tiempos de la IA ¿Qué aconsejaría a quienes hacemos docencia en Psiquiatría?

N.Ghaemi: Hay que incluirla como una ayuda pero no reemplaza el trabajo del docente. Hay que pensar mucho también en los efectos sociales y culturales; del uso de la inteligencia artificial, podemos decir muchas cosas pero sobre todo, por lo menos con la técnica que hoy en día tenemos produce efectos muy malos para el ambiente, los efectos ambientales son muy negativos. Nada es gratis, entonces debemos pensar muy cuidadosamente, lo que estamos dispuestos a pagar por la IA.

Sinopsis: ¿Qué les recomendaría a los jóvenes psiquiatras en formación?

N.Ghaemi: Habría muchas cosas para decir, pero voy a tratar de recomendar tres:

Primero. No aceptar el DSM y saber que es falso.

Segundo. No usar fármacos por los síntomas, sino de acuerdo a enfermedades.

Tercero. No puede hacerse buena clínica sin fundamento científico y no puede hacerse ciencia sin vinculación con la clínica. Lo que comentamos anteriormente, están relacionados ciencia y clínica, no pueden pensarse de manera separada.

Sinopsis: Nos ha traído a este Congreso muchos temas centrales de nuestra práctica para pensar y reflexionar. En su conferencia de hoy “*IRSS después de décadas*”, usted hacía un planteo fuerte al distinguir entre psicofármacos que curan y otros que son sintomáticos; ubicaba al litio y los estabilizadores del ánimo dentro del primer grupo; los IRSS junto a otros psicofármacos dentro del

segundo grupo.

N.Ghaemi: Exacto, curan en el sentido que modifican la enfermedad, mejoran el curso de la misma.

Sinopsis: Habría mucho más para seguir conversando...

Prof. Ghaemi muchas gracias por su tiempo y por haber compartido este espacio.



ENTREVISTA AL PROF. DR. MAURICE CORCOS¹

Maurice Corcos es Psiquiatra, Psicoanalista, Profesor de Psiquiatría infanto-juvenil de la Universidad Paris 5 "René Descartes". Jefe del Servicio del Departamento de Psiquiatría del adolescente y el adulto joven del Instituto Mutualista Montsouris de Paris.



Foto tomada en el marco del XXIX Congreso Argentino de Psiquiatría y Salud Mental.
De izquierda a derecha: Dra. Laura Bulzomi, Dra. Nora Leal Marchena, Dr. Martín Reca, Prof. Dr. Maurice Corcos, Dra. Valeria Mendizábal.

Sinopsis: ¿Cómo impactan las nuevas temporalidades en la población infanto-juvenil?

Maurice Corcos: De forma general, antes de abordar a los adolescentes que sufren, hablemos del periodo de la adolescencia normal, sano, si es que acaso existe.

Considerando la temporalidad, mi punto de vista se puede resumir en una frase, que tomé prestada de un autor, Robert Musil, quien escribió un libro intitulado: "*Las tribulaciones del estudiante Törless*"², que es, desde mi punto de vista, uno de los libros más bellos sobre la adolescencia. En este libro, él dice una cosa que me parece muy cierta: "La adolescencia es una fiebre del tiempo en

¹ Entrevista realizada en Mar del Plata, en el marco del XXXIX Congreso Argentino de Psiquiatría y Salud Mental de APSA por las Dras. Valeria Mendizábal y Nora Leal Marchena.

² Musil, R. *Die Verwirrungen des Zöglings Törless*, 1906 [Versión en castellano: *Las tribulaciones del estudiante Törless*, Seix Barral, 1970).

la vida".

En la adolescencia normal esta "fiebre" está determinada por dos tiempos que se superponen: la infancia que se pierde y la adultez que irrumpe.

Para ser más precisos: no es él quien está dejando la infancia, es la infancia la que lo deja a él.

No es él tampoco quien entra en la edad adulta, es la edad adulta la que empieza a poseerlo con las metamorfosis corporales. Es lo que he llamado la tormenta hormono-afectiva.

El objetivo en la adolescencia normal es encontrar el objeto que le permita separarse de la nostalgia.

Sinopsis: *¿Y en la clínica con pacientes borderline?*

Maurice Corcos: En la adolescencia patológica permanece una "melancolía sensorial", hay una tendencia a fijar el tiempo pasado con la madre en la unión incestuosa, algo a lo que me refiero en mi texto: "Adicción, temporalidad y adolescencia".

En el borderline el pasado queda detenido porque hubo carencia que no pudo ser simbolizada. La tendencia es repetir en el futuro esa carencia.

En los pacientes borderline, a diferencia de lo que acaece en la adolescencia normal, ocurre que no dejan ese pasado o que ese pasado no pasa, porque no fue. El pasado no pasa porque no tuvo lugar. No tuvo lugar porque hubo carencia.

El objetivo del tratamiento es que pueda expresar el deseo actual, sus sentimientos. Invertir el cuerpo del otro no incestuoso.

La adicción a una droga ayuda a fijar el tiempo pasado con la madre en la unión incestuosa, se altera el mecanismo del tiempo bloqueando al sujeto en un presente repetido caracterizado por una distorsión cognitiva actual estéril.

Sinopsis: *Porque en general hubo vacío de vínculo.*

Maurice Corcos: Claro. No tuvo lugar porque hubo carencia, o bien el pasado no pasa porque hubo en ese vínculo algún traumatismo, que no fue integrado psíquicamente. No fue integrado simbólicamente, lo que hace que también se presente como una falta, como una carencia.

Recuerdo a una paciente que atiendo desde hace cinco años, que está enamorada de un joven y no logra decírselo luego de varios años. No puede invertir al joven con el deseo amoroso por él ya que corre el riesgo de perder el tiempo del deseo por la madre. El famoso tiempo perdido, el paraíso perdido.

Estamos trabajando sobre el hecho de que su madre nunca logró expresar sus afectos hacia ella. Ella se queda en la nostalgia de lo que no tuvo con su madre. Se queda allí. Eso está en la obra de Ferenczi, la nostalgia de lo que no tuvo con su madre. Cuando uno está en la nostalgia, se queda estancado. El tiempo se detiene.

La nostalgia es parar el tiempo. Entonces esta paciente prefiere estar todavía en la nostalgia de lo

que no tuvo con la madre, del deseo que no se realizó. Y eso provoca un detenimiento del tiempo. Estamos siempre en la cuestión de la temporalidad.

Mi objetivo con esta paciente es que pueda lograr la expresión de su deseo con el joven. Y que yo le diga sin decirle, le dé a entender, que yo como objeto de esa transferencia no desapareceré si ella ama a ese chico.

Que va a estar acompañada, va a seguir estando, asegurándola de que el vínculo conmigo va a seguir, sesión a sesión, aunque ame a ese chico. Se lo dije de esta manera: “Si usted se enamora de él, eso no querrá decir que detendremos el tratamiento”. Por lo tanto, la madre no va a morir.

Si ella declara el amor a ese muchacho, no vamos a dejar de tener nuestras sesiones, nuestra terapia, que es una manera de decir que el vínculo con la madre, transferencialmente, tampoco va a cesar.

Sinopsis: *Está en esa tramitación de la temporalidad.*

Maurice Corcos: Vuelvo atrás, entonces, sobre la temporalidad. El tiempo no existe. El tiempo es el cuerpo, el cuerpo del otro.

Para que haya tiempo se debe investir un cuerpo no incestuoso. Me explico: el incesto significa no-separado. Significa, según Lacan, encarcelado en el Otro, es decir, fuera del tiempo.

Encontrar el deseo y el amor en otro que no es el objeto del incesto, es no solo encontrar al otro, la separación, sino encontrar el tiempo. El tiempo aparece ahí. Deja de estar encerrado.

Robert Musil lo expresa aún mejor cuando dice: “El adolescente no se vuelve adulto sino hasta que su melancolía sensual encuentra un objeto distinto al de los padres”. Él dice que la adolescencia es la melancolía sensual sin objeto. En cuanto encuentra un objeto, esta melancolía sensual, se desprende del objeto materno hacia el otro, es el comienzo del tiempo.

Musil se refiere a una melancolía sensual con los objetos primarios, con la madre en particular.

Hay que entender bien la diferencia entre la nostalgia, que es el tiempo detenido, y la melancolía, que es la muerte del tiempo.

El melancólico es aquel que dice: “Estoy vivo y estoy muerto”. La forma melancólica extrema del caso. Estoy muerto e inmortal. Es decir, ya no hay tiempo. Es el vínculo, la muerte y la melancolía. Que es la muerte del tiempo.

Mi preocupación por los adolescentes es abrir el sistema para que encuentren un objeto y que comience el tiempo de su propia historia.

Sinopsis: *En nombre de nuestra revista le agradecemos mucho por sus aportes y su tiempo.*

PSIQUIATRÍA: ESPECIALIDAD CRÍTICA

PSYCHIATRY: CRITICAL SPECIALITY

Exposición del Dr. José María Martínez Ferretti¹ en el XXIX Congreso Argentino de Psiquiatría y Salud Mental. Asociación de Psiquiatras de Argentina (APSA). Mar del Plata - abril 2026

¹Médico (UBA). Doctor en Medicina (UBA). Médico Psiquiatra (UBA). Médico Especialista en Medicina Legal (UBA). Secretario General de la Asociación Gremial de Psiquiatras de la Capital Federal. Ex Jefe de Servicio de Terapia a Corto de Plazo Mujeres - Hospital Borda. Ex Médico Forense de la Justicia Nacional. Docente Autorizado de la UBA



Maria Melia Proyeti, Maximiliano Luna,, Armando Policella, José María Martínez Ferreti, Valeria Mendizabal, Ernesto Serrano, Ricardo Ramon Arraga, Daniel Yancoski, Gustavo Rodriguez

RESUMEN

La Asociación Gremial de Psiquiatras de la Capital Federal exige declarar a la Psiquiatría como Especialidad Crítica, ante la creciente demanda en Salud Mental agravada por la pandemia y la crisis

socioeconómica. La escasez de médicos que eligen la especialidad, las deficientes condiciones en guardias, la falta de tiempo suficiente para consultas y los bajos honorarios afectan la calidad y la seguridad tanto de pacientes como de profesionales. Además, la alta litigiosidad y los riesgos físicos y psicológicos incrementan la vulnerabilidad del psiquiatra. Se requiere una reorganización urgente para mejorar la formación, recursos y condiciones laborales, y así garantizar atención y protección adecuadas.

PALABRAS CLAVES

Psiquiatría - Especialidad Crítica - Demanda - Litigiosidad - Condiciones laborales

ABSTRACT

The Trade Union of Psychiatrists of the Federal Capital demands that Psychiatry be declared a Critical Specialty due to the growing Mental Health demand worsened by the pandemic and socioeconomic crisis. The shortage of doctors choosing this specialty, inadequate conditions during shifts, insufficient time for consultations, and low fees affect the quality and safety of both patients and professionals. Additionally, high litigation rates and physical and psychological risks increase psychiatrists' vulnerability. Urgent reorganization is needed to improve training, resources, and working conditions to ensure proper care and protection.

KEY WORDS

Psichiatry - Critical specialty – Demand – Litigation - Working conditions

INTRODUCCIÓN

La función de un gremio como la Asociación Gremial de Psiquiatras de la Capital Federal (AGP), se acerca a promover que el dolor individual del colega aislado en su consultorio, en su hospital o centro de salud, dolor emanado de las razones que consideraremos, se transforme en una organización y construcción colectiva para favorecer el desarrollo de la especialidad psiquiátrica en una sociedad en crisis.

Consideramos que se impone una reorganización del trabajo en la especialidad y su jerarquización, a los efectos de alcanzar mejores niveles de salud mental de sus trabajadores que impactará directamente en mejores indicadores de salud de la población a nuestro cargo.

Analizaremos, en este desarrollo, una serie de condiciones en que se está desenvolviendo la tarea de nuestra especialidad en la actualidad. Todos estos argumentos abonan en la necesidad de la declaración de la Psiquiatría como Especialidad Crítica, con los alcances que la condición del país permita.

AUMENTO DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Desde la pandemia se ha observado un notorio incremento de las consultas por trastornos de salud mental, tanto de adultos como de niños y adolescentes, lo cual se ha visto agravado por la crisis socioeconómica que, si bien crónica en nuestro país, ha tomado ribetes más acuciantes en los últimos años. Si bien la crisis actual en la atención en Salud Mental es previa al COVID, lo que hizo esta situación fue profundizar y acentuar gravemente lo que venía funcionando con graves falencias, desde hace muchos años.

Sumadas a la clásica psicopatología, vemos hoy un crecimiento de consultas por depresión, ansiedad, autolesiones e intentos de suicidio, consumos problemáticos, trastornos alimentarios, alteraciones graves de la conducta, alteraciones del neurodesarrollo, situaciones de violencia familiar, conflictos vinculares, entre muchos más que se podrían detallar. Estos trastornos pueblan hoy tanto la consulta en forma privada, como también los consultorios externos y las guardias de establecimientos especializados y generales. Así se producen demoras, largas listas de espera tanto en los efectores públicos como en las obras sociales, una cantidad considerable de pacientes -tanto niños como adolescentes y adultos- permanecen en las áreas de urgencia de los efectores generales de salud a la espera de camas para internación.

Las camas de internación se encuentran en franco retroceso, los dispositivos alternativos tampoco se han desarrollado. Hoy, un paciente descompensado en su cuadro psicopatológico, tiene una demora en la atención de varias semanas. Situación que implica, entre otras cosas, mayor deterioro mental, aumento de suicidios, aumento de cuadros de violencia intrafamiliar, entre otras consecuencias. Así mismo, muchas veces la primera atención en Salud Mental se produce en un contexto de privación de la libertad por cuestiones penales, reforzando una criminalización y estigmatización de los trastornos mentales.

Con la complejidad y el crecimiento numérico en la población de los trastornos en Salud Mental, insistimos en encuadrar a la Especialidad Médica Psiquiatría como la quinta especialidad básica.

MENOR INGRESO DE MÉDICOS A LA ESPECIALIDAD

La caída del número de médicos que eligen nuestra especialidad tiene, sin dudas, diversos orígenes. Algunos relacionados con los mismos otros factores aquí considerados. Sin embargo, caben otras reflexiones.

Ya sea por la competencia con especialidades médicas, llamémoslas, “más rápidamente rentables” -como ocurre con otras áreas médicas- o con disciplinas de menos años de formación universitaria, la Psiquiatría ha dejado de ser una elección primordial, al menos respecto a lo que lo era en otras épocas. Así mismo, menos alumnos ingresan en las Carreras de Especialistas, como una consecuencia directa de lo expresado.

Resulta frecuente que de Residentes de Psiquiatría de los diversos hospitales no se cubran todos los cargos ofrecidos. También ha desaparecido el sistema de Concurrencias, muy habitual

antaño si bien un injusto sistema de formación, fundamentalmente por la ausencia absoluta de remuneración de los profesionales que desempeñaban funciones en diversos hospitales. Más allá de las críticas sobre el mismo, demuestra igualmente la menor afluencia de médicos a la especialidad.

No debemos descartar una estigmatización de la especialidad, como parte de la estigmatización de los enfermos mentales, que alcanza mucho peso en ciertos ambientes culturales, de diverso signo.

Unido a lo anteriormente considerado sobre la no elección de la especialidad, resulta necesario analizar el lugar que ocupa la Psiquiatría en la formación universitaria de grado. Con la demanda actual que producen los trastornos de Salud Mental, consideramos que debería idearse algún sistema de promoción de la especialidad en el grado, que permita al alumno una mejor comprensión de los trastornos que se abordan en la Psiquiatría.

De igual forma, consideramos importante se impartan conocimientos y criterios psicoterapéuticos desde el inicio de la Carrera. Este reencuentro de la Medicina con sus bases humanísticas permitirá una mejor calidad médica en general, como también una reducción de la litigiosidad y la mayor consideración de la Psiquiatría, para el alumno, como esencial en el Sistema de Salud.

Debe sumarse un factor que, si bien no hace descender el número absoluto de Psiquiatras, produce una migración de los mismos hacia ámbitos laborales del espacio judicial, en detrimento del área asistencial. Esto se encuentra directamente relacionado con las bajas remuneraciones en este último, la estabilidad jubilatoria o a una supuesta protección en el ejercicio respecto a la responsabilidad profesional.

EL TEMA “GUARDIAS” Y EL PROBLEMA DE LAS URGENCIAS EN SALUD MENTAL

Ya hemos denunciado en anteriores oportunidades desde la Asociación, la problemática de guardias con un sólo médico psiquiatra, pudiendo considerarlo una de las más fehacientes muestras de la situación de crisis de la especialidad. Es habitual que otras especialidades cuenten con varios profesionales en una misma guardia de un hospital general, cosa que no ocurre con la psiquiatría, en la mayoría de los efectores. Podrá argumentarse que se encuentran las otras disciplinas del equipo interdisciplinario de Salud Mental, pero no dejan de ser eso: “otras disciplinas”. Como ejemplo, el equipo quirúrgico también tiene varias disciplinas en su conformación, pero no suele contar la planta de guardia con un solo cirujano en las 24 horas.

No sólo puede haber varias emergencias simultáneas que requieran abordaje, ya que los médicos psiquiatras de guardia se ocupan no solo de las consultas externas, sino también de las demandas que pudieren provenir del resto de los pacientes internados por diferentes motivos, sino que no se contempla el tiempo de descanso que resulta imprescindible en el trascurso de la actividad. Máxime cuando una urgencia en Salud Mental puede demandar un tiempo difícil de predecir para ser solucionada, la mayoría de las veces, con la necesidad de la presencia sostenida

del profesional.

Conexo con lo anterior, se encuentra el problema de las Guardias sin suplentes. Muchas veces no se ha llamado a Concursos para cubrir esos cargos y, otras veces, llamado el mismo no ha habido postulantes. Más allá de esto último, creemos que el declarar a la Psiquiatría Especialidad Crítica, facilitaría la cobertura de estos puestos de trabajo, en ausencia de dichos Concursos y en casos de necesidad.

Las Guardias de establecimientos privados, muchas veces están precarizadas a través del sistema de Monotributo, lo cual genera la falta de estabilidad de los cargos. Esto constituye un problema para el profesional tanto como para la institución, la cual, en ocasiones, no puede prever si cuenta con el personal para cada día de la semana.

TIEMPO PARA LA CONSULTA AMBULATORIA

Muchos sistemas de atención, contemplan la atención de tres, cinco o, incluso más, pacientes por hora. La consulta psiquiátrica requiere tiempo, la semiología se basa gran parte en el discurso y el diálogo, haciendo que el tiempo de diagnóstico y evaluación de una conducta terapéutica no pueda ser tan breve. Aún con pacientes ya conocidos o en tratamiento, la resistencia y la reticencia son factores que demoran el arribo a la signo-sintomatología genuina. En el caso de la psiquiatría infanto juvenil la evaluación y asistencia psiquiátrica de un niño o adolescente, debe abarcar necesariamente las entrevistas con los adultos referentes, quedando de manifiesto que en 15 minutos no puede realizarse dicha práctica

En el mismo sentido que lo anterior, el Psiquiatra no es un “administrador de medicamentos” y cada consulta es “una consulta médica”. Los baremos de valores de prestación médica, todavía incluyen el “control psicofarmacológico”, otorgándosele al mismo menos tiempo y menos remuneración. La evaluación y la consulta psiquiátrica abarca un campo mucho más amplio de intervención. En la misma deben evaluarse, como decíamos antes, múltiples factores personales, familiares y sociales, además de exámenes complementarios y efectos adversos. Todo esto sin olvidar la semiología clínica con sus especiales características y sus tiempos. Es por ello que una “consulta psiquiátrica” no puede ni durar menos, ni valer menos honorarios ni pensarse, menos aún, como un mero repetir recetas.

BAJOS HONORARIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS

Abordar el tema de los bajos honorarios profesionales constituye una problemática general en el área de Salud y, todo lo que se diga, seguramente resultaría poco. Dentro de nuestro ámbito de preocupación, sumando todos los factores considerados y por tratar aún en este texto, la Psiquiatría debería ser una especialidad altamente cotizada.

ACTIVIDAD DE RIESGO FÍSICO Y PSÍQUICO

El riesgo físico para los médicos en general es un tema de amplia difusión social y se relaciona con el alto nivel de violencia que vive la sociedad contemporánea. Pero, además, la Psiquiatría trabaja con los pacientes que suelen ser proclives a actos impulsivos, agresivos y/o irracionales, por lo que sus condiciones de trabajo deben estar resguardadas. En esto incluimos el marco y ámbito de trabajo, adecuado a las distintas condiciones eventuales de la clínica, así como el fácil acceso a personal de seguridad.

Todo esto debe ser sumado a la protección de la salud mental del que cura. “Burn out”, depresiones, intentos de suicidio y la más variada gama de trastornos físicos y conflictos existenciales, pueden leerse fácilmente como la consecuencia de abordar la problemática mental de los sujetos asistidos en forma cotidiana, sostenida, con bajas remuneraciones y con las precarias condiciones institucionales que hemos venido mencionando.

ALTA LITIGIOSIDAD

Ha crecido notoriamente en los últimos años el cuestionamiento judicial de la responsabilidad de los Psiquiatras. Cualquier acto violento que surge en los medios de comunicación cometido por un sujeto bajo tratamiento en Salud Mental, se busca la responsabilidad del Psiquiatra tratante. No es necesario mencionar el estrés que esto representa en la práctica cotidiana del colega.

El problema se magnifica, debido a lo que Nerio Rojas llamaba la “responsabilidad por actos de terceros”. La Psiquiatría es la única especialidad médica que, en los juicios por responsabilidad profesional, es juzgada por los actos de los pacientes y pocas veces por los propios. Sabemos que en las conductas de los pacientes no sólo media el tratamiento, si no factores familiares, laborales, sociales e, incluso, metabólicos o de intercorrientes que no dependen del Psiquiatra. Podrán ser probados y declarar inocente al colega, no sin años de estrés y desgaste personal y económico. Incluso, en muchas oportunidades, la justicia solicita al Psiquiatra que asegure que el paciente en cuestión no va a cometer ningún acto agresivo contra sí mismo o los demás, como si esto dependiera solamente del estado clínico del sujeto. Lo mismo sucede con la institución escolar, la que solicita constantemente certificados que avalen o condenen la conducta potencial de un niño o un adolescente.

Nos encontramos en una situación laboral en que el psiquiatra choca también con las deficiencias institucionales que, la mayoría de las veces, son la principal barrera para que las medidas terapéuticas se lleven a cabo como el mismo profesional pretendería. La asistencia en Salud Mental adolece de muchas deficiencias en muchos de sus niveles, ejemplo es que se atiende un paciente por guardia y, luego de superada la urgencia, no hay recurso humano suficiente para responder a esa demanda en la derivación ambulatoria. La guardia en Psiquiatría debe sostener el abordaje por consulta externa de estos casos, sobrecargando aún más su tarea.

En línea con lo anterior, cada vez con mayor asiduidad los profesionales psiquiatras son convocados e instados a solucionar problemáticas psicosociales complejas por intermedio de una indicación psicofarmacológica o de una medida de internación, desconociéndose la multicausalidad del origen de dichas problemáticas como la multiplicidad de abordajes necesarios para su solución, así como el tiempo que ello requiere. Esto coloca al profesional en un serio riesgo posterior de reproche legal en algo que, de inicio, superaba su capacidad humana y profesional de resolución.

CONCLUSIÓN

Todo lo expuesto reafirma la urgente necesidad de declarar a la Psiquiatría como Especialidad Crítica. Esta medida reconoce la singularidad y complejidad propia de la Psiquiatría, que implica no solo un abordaje médico especializado, sino también un compromiso profundo frente a realidades clínicas y sociales que requieren preparación, recursos y apoyo específicos. La Psiquiatría enfrenta desafíos únicos: el aumento exponencial de la demanda, la escasez de especialistas, las condiciones laborales precarias y la alta litigiosidad, como hemos expresado, ponen en riesgo la calidad asistencial y la seguridad profesional.

Reconocer a la Psiquiatría como Especialidad Crítica implica valorar su rol insustituible dentro del Sistema de Salud, con una reorganización y jerarquización que fortalezcan su formación, la investigación en su campo y su capacidad de respuesta clínica. También significa mejorar sustancialmente las condiciones de trabajo, los recursos disponibles y la remuneración digna para los Psiquiatras, asegurando que puedan ejercer su labor con la dedicación y profesionalismo que exige la complejidad de los trastornos mentales.

Hacemos un llamado a todos los Psiquiatras para sumarse en esta causa colectiva que busca poner a la Psiquiatría en el lugar que merece, tanto por su condición como por las circunstancias en que actualmente debe ejercerse. Solo desde el reconocimiento de su carácter Crítico se podrán impulsar las transformaciones necesarias para que la Especialidad crezca, se fortalezca y garantice una atención médica de excelencia, protegiendo además la salud y el bienestar de los propios profesionales.

E-POSTERS PREMIADOS EN EL XXXIX CONGRESO ARGENTINO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Categoría Profesionales en Formación - Investigación cuantitativa

PRIMER PREMIO DEL JURADO: “Uso de cannabidiol (CBD) para la reducción del consumo de cannabis en pacientes dentro del espectro de la Esquizofrenia: Revisión sistemática”

Autora y Presentadora: Tomaselli, Carla - Co-autoras/es: Barroso, Nestor - Berardi - Ignacio, Garcia Candela - Giménez, Lucía - Karpuk, Katia - Sevillano Leiva, Juan Carlos.

Resumen:

Marco teórico e importancia del tema:

El consumo de cannabis es altamente prevalente en personas dentro del espectro de la esquizofrenia y se asocia a recaídas más frecuentes, peor funcionamiento global y mayor riesgo de hospitalización. A pesar de esta gravedad, no existe hasta el momento un tratamiento farmacológico eficaz para reducir el consumo de cannabis en esta población. El CBD ha surgido como un candidato terapéutico relevante debido a su perfil no psicoactivo y a su capacidad para modular el sistema endocannabinoide. Estudios recientes muestran que el CBD puede aumentar niveles de anandamida, atenuar los efectos psicotomiméticos del $\Delta 9$ -THC (Leweke 2012) y modificar patrones de conectividad cerebral relacionados con recompensa y control inhibitorio (van Boxel 2023). Además, su acción ansiolítica está ampliamente documentada en revisiones actuales (García-Gutiérrez 2020; Pavel 2021).

Esta base teórica sustenta la hipótesis de que el CBD podría reducir la vulnerabilidad al consumo mediante disminución de ansiedad, reducción de craving, y estabilización clínica, factores que suelen impulsar el uso de cannabis como automedicación en pacientes con psicosis (Dyck 2021; Johnson 2024). Dado que el uso continuado de cannabis empeora el pronóstico, explorar intervenciones seguras y mejor toleradas constituye una necesidad clínica prioritaria.

Resultados:

La revisión sistemática permitió identificar evidencia clave en tres dimensiones, superando las limitaciones previas señaladas en la literatura:

Eficacia antipsicótica y tolerabilidad: en monoterapia, Leweke et al. (2012) demostraron en un ensayo doble ciego (n=42) que el CBD (800 mg/día) posee una eficacia antipsicótica comparable a la de antipsicóticos atípicos de alta potencia (amisulprida), pero con un perfil de seguridad superior: significativamente menos síntomas extrapiramidales, menor aumento de peso y sin hiperprolactinemia. Como estrategia coadyuvante, McGuire et al. (2018) realizaron un ensayo

controlado aleatorizado multicéntrico (n=88) donde la adición de CBD (1000 mg/día) al tratamiento estándar mejoró significativamente los síntomas positivos y mostró una tendencia a la mejoría en el rendimiento cognitivo y la funcionalidad global (GAF) en comparación con el placebo.

Reducción de consumo y craving: contrario a la noción de falta de evidencia directa, Freeman et al. (2020) establecieron en un ensayo clínico fase 2a (n=82) que el CBD en dosis de 400 y 800 mg aumentó significativamente los días de abstinencia y redujo los niveles urinarios de metabolitos de THC, mitigando la ansiedad y el craving asociados a la abstinencia.

Sustrato neurobiológico: recientemente, van Boxel et al. (2023) aportaron la evidencia mecanística mediante neuroimagen en pacientes con psicosis de inicio reciente (n=31), demostrando que el CBD normaliza la conectividad funcional en la Red Neuronal por Defecto y regula el metabolismo glutamatérgico prefrontal. Estos cambios biológicos se correlacionaron directamente con la mejoría sintomática, sugiriendo un efecto restaurador de la integridad neuronal.

Conclusiones:

Si bien la evidencia actual es heterogénea, los hallazgos recientes posicionan al cannabidiol (CBD) como una herramienta prometedora dentro de las estrategias de reducción de daños en la patología dual. A diferencia de los tratamientos convencionales, el CBD ofrece un potencial terapéutico bidireccional:

Estabilización clínica: actúa como coadyuvante eficaz controlando la sintomatología psicótica positiva y mejorando el rendimiento neurocognitivo, con un perfil de seguridad superior que favorece la adherencia.

Reducción del consumo: modula los circuitos de recompensa (como evidencia la neuroimagen funcional), disminuyendo el craving y la ansiedad asociada a la abstinencia, lo que facilita la reducción del consumo de cannabis fumado. Aunque aún no contamos con protocolos estandarizados definitivos, el perfil neuroprotector y la tolerabilidad del CBD justifican su consideración clínica y alientan el desarrollo de futuros ensayos controlados con seguimiento prolongado para consolidar su uso en esta población.

Palabras clave: cannabidiol, esquizofrenia, patología dual, trastorno por uso de cannabis, revisión sistemática.



Uso de cannabidiol (CBD) para la reducción del consumo de cannabis en pacientes dentro del espectro de la esquizofrenia revisión sistemática

Autores: Med. Carla Tomaselli; Med. Kalra Karpur | Coautores: Med. Nestor Barroso; Lic. Ignacio Berardi; Lic. Candela García; Lic. Lucía Giménez; Lic. Juan Carlos Sevillano.

INTRODUCCIÓN:

El consumo de cannabis es frecuente en la esquizofrenia y se asocia a peor evolución clínica. La ausencia de tratamientos farmacológicos eficaces para esta comorbilidad plantea como alternativa potencial al cannabidiol (CBD) por su acción moduladora del sistema endocannabinoide y su efecto ansiolítico y anticraving.

OBJETIVOS:

1. Analizar críticamente la evidencia disponible sobre el uso de cannabidiol (CBD) en pacientes con esquizofrenia
2. Evaluar su potencial utilidad como estrategia de reducción de daños en el consumo de cannabis fumado
3. Describir los principales mecanismos neurobiológicos del CBD y su perfil de seguridad en comparación con antipsicóticos atípicos de alta potencia
4. Identificar limitaciones metodológicas de los estudios existentes y posibles líneas futuras de investigación

MATERIALES Y MÉTODOS:

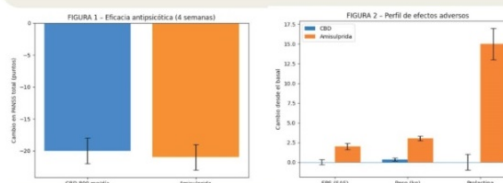
Se realizó una revisión sistemática según guías PRISMA -en PubMed, Scopus y Web of Science hasta noviembre de 2025

- Se incluyeron ECC en humanos con esquizofrenia o trastorno por consumo de cannabis tratados con CBD purificado
- Se excluyeron estudios preclínicos, reportes de caso y uso de formulaciones con THC

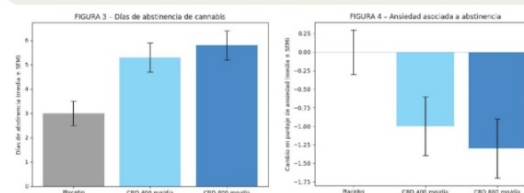
RESULTADOS:

Se identificó evidencia clave en tres dimensiones:

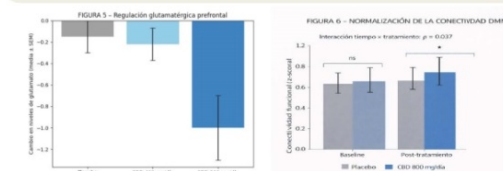
[1] **Eficacia antipsicótica y tolerabilidad:** El CBD mostró eficacia antipsicótica comparable a amisulprida en monoterapia, con mejor tolerabilidad (Leweke et al., 2012). Como coadyuvante, la adición de CBD mejoró síntomas positivos y mostró tendencia a mayor rendimiento cognitivo y funcional frente a placebo (McGuire et al., 2018).



[2] **Reducción de consumo y craving:** El CBD aumento de días de abstinencia y reducción de metabolitos de THC, ansiedad y craving (Freeman et al., 2020).



[3] **Beneficios neurobiológicos:** normalización de la conectividad del metabolismo glutamatérgico y de la red por defecto, asociadas a mejoría sintomática (van Boxel et al., 2023)



CONCLUSIONES:

Si bien la evidencia es heterogénea, el potencial terapéutico del CBD es bidireccional

Estabilización clínica
como coadyuvante, se asocia al control de la sintomatología psicótica positiva y a mejoría del rendimiento neurocognitivo.

Reducción del consumo:
modula los circuitos de recompensa, facilitando la reducción del consumo

Aunque aún no se dispone de protocolos estandarizados definitivos, su perfil neuroprotector y su tolerabilidad justifican su consideración clínica y alientan el desarrollo de futuros ensayos controlados con seguimiento prolongado

BIBLIOGRAFÍA ANALIZADA



MENCIÓN DEL JURADO: “La complejidad del consumo de tabaco en contexto de internación por salud mental”

Augusto, Liporazzi (Autor) - Chaio, Melina Yael (Autora y Presentadora)

Resumen:

Palabras claves: tabaquismo; subdiagnóstico; internación psiquiátrica; cesación tabáquica. Importancia del tema: El consumo de tabaco es una de las principales causas de muerte prematuras y prevenibles a nivel mundial. Se estima que hubo 175 millones de muertes por tabaquismo entre 1990-2021 y a nivel local, en Argentina, se asocia a una mortalidad de más de 40.000 personas por año, representando una gran amenaza para la salud pública. A pesar de la reducción de la tasa de tabaquismo en la población general, aún se encuentran en situación de vulnerabilidad las personas con trastornos mentales; siendo más propensos a desarrollar una adicción. Quienes tienen alguna enfermedad mental, suelen desarrollar mayor dependencia nicotínica y consecuentemente, menores tasas de abstinencia. Pese a la prevalencia de fumadores entre los usuarios de salud mental y sus deseos de dejar de fumar, los mismos reciben rara vez tratamientos especializados. La evaluación del consumo de tabaco, en contexto hospitalario, permitiría identificar conductas de riesgo y ofrecer intervenciones acordes. Asimismo, no existen diferencias en cuanto a las tasas de cesación en relación con la población general. Se hace evidente, por ende, esta gran inequidad sanitaria.

Materiales y métodos: Revisión bibliográfica y análisis de historias clínicas.

Resultados: A partir de lo observado en el servicio de largo tratamiento del Hsp. Moyano que cuenta con 35 pacientes, se pone en evidencia que en la actualidad, 15 de ellas (43%) fuman, mientras que el resto, 20 (57%), no lo hace. Se halló que a pesar de que la consejería respecto a la cesación tabáquica estuvo presente, en pocas oportunidades, las pacientes recibieron un tratamiento específico. En línea con ello, se constató que a pesar de las recomendaciones de las guías nacionales, sobre el registro de esta problemática en un lugar visible de la historia clínica, no se estaría cumpliendo esta normativa.

Estos hallazgos reflejan la complejidad del manejo del tabaquismo en poblaciones con problemas de salud mental, en donde las creencias de los profesionales interfieren en el abordaje del consumo. Algunos ejemplos de estas creencias son la percepción de falta de tiempo por priorizar otras cuestiones psiquiátricas; la desestimación de las capacidades de los pacientes; la preocupación respecto a interferencia con la alianza terapéutica y la consideración de que sea iatrogénico para la recuperación. Otro obstáculo que podría estar presente es la falta de capacitación de los profesionales de salud mental en torno a esta adicción. A pesar de ser los más pertinentes para ofrecer intervenciones dada la cercanía con la población, suelen presentar cierta

reticencia.

Cabe señalar, la importancia del afrontamiento de estos obstáculos, para el abordaje del consumo de tabaco siendo que, por un lado, dejar de fumar demuestra resultados positivos rápidamente, como la disminución del riesgo de la enfermedad y muerte, incluso a los pocos años de no fumar. Por otro lado, se asocia con mejoras significativas en la salud mental. Asimismo, es relevante el dimensionamiento de esta problemática para el cuidado del ambiente social, como el establecimiento de reglas para los espacios de uso común, siendo que la exposición al consumo constituye uno de los principales factores de riesgo para esta adicción.

Conclusión: Este trabajo contribuye a comprender que los profesionales de salud mental desempeñan un rol importante en torno a la cesación tabáquica. Sin embargo, en vista de las dificultades ya mencionadas, las intervenciones basadas en la evidencia para el tratamiento del consumo de tabaco se encuentran subutilizadas, en particular, en los contextos de internación por salud mental.

Las intervenciones que se realizan en el transcurso de una internación logran mayores tasas de éxito. Por consiguiente, se podría optimizar el periodo de internación para tratar esta problemática de consumo.



La complejidad del consumo de tabaco en contexto de internación por salud mental

Autores: Lic. Chaio, Melina; Lic. Liporazzi, Augusto
Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano

INTRODUCCION

El consumo de tabaco es una de las principales causas de muerte prematuras y prevenibles a nivel mundial¹. En Argentina, se asocia a una mortalidad de más de 40.000 personas por año, representando una gran amenaza para la salud pública². A pesar de la reducción de la tasa de tabaquismo en la población general, aún se encuentran en situación de vulnerabilidad las personas con trastornos mentales³, siendo más propensos a desarrollar una adicción⁴. Pese a la prevalencia de fumadores entre los usuarios de salud mental y sus deseos de dejar de fumar, los mismos reciben rara vez tratamientos especializados⁵. La evaluación del consumo de tabaco, en contexto hospitalario, permitiría identificar conductas de riesgo y ofrecer intervenciones acordes⁶.

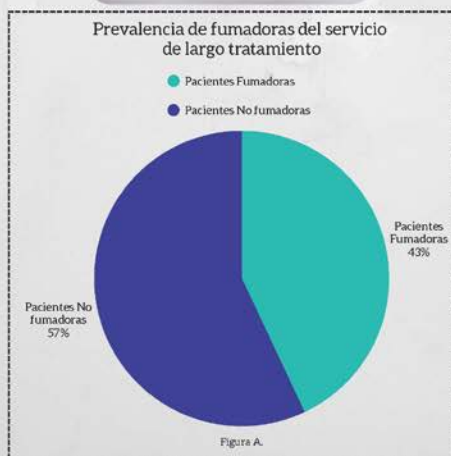
OBJETIVO

Objetivo general: Describir la prevalencia de consumo de tabaco y su registro en historias clínicas en pacientes de un servicio de largo tratamiento del Hospital Braulio A. Moyano.

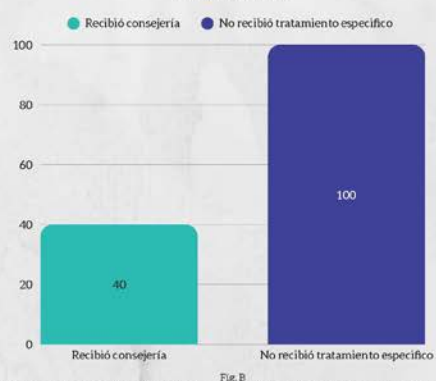
METODOLOGIA

El presente estudio es de tipo descriptivo y transversal, con un enfoque mixto. Se realizó un análisis durante el periodo de rotación en un servicio de largo tratamiento del Hospital Braulio A. Moyano, sobre un total de 35 pacientes. Se indagó la prevalencia de consumo de tabaco y su registro en historias clínicas, junto con la presencia o ausencia de intervenciones por parte del equipo de salud. Asimismo, se realizó una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, tales como, Pubmed, Cochrane Library y guías clínicas.

RESULTADOS



Análisis de intervenciones en torno al consumo de sustancias



No se observaron registro de tabaquismo en las historias clínicas (0%). No se cumple con la normativa vigente la cual refiere que el consumo de sustancias debe ser explicitado en un lugar visible de dicho documento legal.

DISCUSIONES

Estos hallazgos reflejan la complejidad del manejo del tabaquismo en poblaciones con problemas de salud mental, en donde las creencias de los profesionales interfieren en el abordaje del consumo⁷. Algunos ejemplos de estas creencias son la percepción de falta de tiempo por priorizar otras cuestiones psiquiátricas; la desestimación de las capacidades de los pacientes; la preocupación respecto a interferencia con la alianza terapéutica y la consideración de que sea iatrogénico para la recuperación⁸. Otro obstáculo es la falta de capacitación de los profesionales de salud mental en torno a está adicción⁹; los mismos suelen presentar cierta reticencia⁴, a pesar de ser los más idóneos para ofrecer dichas intervenciones dada la cercanía con la población. Las guías clínicas sugieren abordar el tabaquismo en cada consulta. Además, se recomienda brindar una breve consejería; estrategia que demuestra ser factible, eficaz y que requiere poco tiempo¹. Es importante el abordaje del consumo de tabaco siendo que, por un lado, dejar de fumar demuestra resultados positivos rápidamente, como la disminución del riesgo de la enfermedad y muerte, incluso a los pocos años de no fumar¹. Por otro lado, se asocia con mejoras significativas en la salud mental.

CONCLUSION

Este trabajo contribuye a comprender que los profesionales de salud mental desempeñan un rol importante en torno a la cesación tabáquica. Sin embargo, dadas las dificultades mencionadas, las intervenciones basadas en la evidencia para el tratamiento del consumo de tabaco se encuentran subutilizadas, en particular, en los contextos de internación por salud mental.

Referencias bibliográficas:

1. Tobacco Prevention Collaborators. (2025). Preventing the effects of smoking prevalence scenarios on years of life lost and life expectancy from 2022 to 2059: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Public Health*, 10(10), e729-e744. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00146-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00146-X)
2. Martinez, C., Fello, A., Sauer, J., Nieve, S., Platt, C., Ruck, A., ... Bulla, M. (2024). Effectiveness of a post-discharge phone-based smoking cessation intervention for patients with severe mental health disorders: The 961 Quincentennial randomized controlled trial. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 22, 2479-2496. <https://doi.org/10.1007/s11469-024-01254-8>
3. Ministerio de Salud de la Nación. (2023). Guía de práctica clínica nacional de tratamiento de la adicción al tabaco. <https://www.argentina.gob.ar/salud/defensa-farmacologica/medicamentos/08-2023.pdf>
4. Karamali, C.N., Virochs, A.A., Smith, H.C., & Krysinski, J. (2025). Implementation strategies to increase tobacco treatment in mental health settings: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 25, 945. <https://doi.org/10.1186/s12900-025-07288-7>
5. Kucukbektas, I. B., Kucukbektas, O., Tatar, T. G., A. Sabun, U. (2024). Multisystem outcomes of a smoking cessation program in hospitalized patients in Turkey. *Tobacco Use and Dependence*, 22, 136. <https://doi.org/10.1016/j.tuc.2024.01.012>
6. Organización Mundial de la Salud. (2023). Informe sobre la epidemia mundial de tabaco. OMS.
7. Ford, P., Joseph, B., Datto, S., Desrosiers, A., & Robinson, M. A. (2023). Through the lens of psychiatry: Understanding smoking cessation behavior among people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 61(7), 1225-1237. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01486-1>
8. Pardo-Torres, C., Cano, M., Martinez-Raga, J., Plant Opi, M. C., Ruiz-Martinez, P. A., & Santamar, N. (2025). Tobacco use disorder and other mental disorders: The neglected dual disorder. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*, 19(2), 67-69. <https://doi.org/10.1016/j.spsp.2024.04.002>