

APA

Sinopsis

DIGITAL

#71

Número 71 | Julio 2026 | Año 36

Revista de la Asociación
de Psiquiatras de Argentina

ISSN: 2313-917X

Sinopsis 71 | Julio 2026 | Año 36 | ISSN 2313-917X

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

Directora: *Dra. Liliana Mato*

Comité Editorial:

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

Comité Asesor

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

Comisión Directiva de APSA

Presidente

Dr. Esteban Toro Martínez

Vicepresidente

Dr. Maximiliano Cesoni

Secretario

Dr. José Domínguez

Tesorera

Dra. Julia Ledda

Vocales Titulares

Dra. Laura Bielli (Cuyo)
Dra. Laura Lorenzo (Buenos Aires)
Dr. Nicolás Salgado (Patagonia)
Dr. Federico Silvestrini (Centro)
Dr. Bernabé Ibáñez (Litoral)
Dr. Ignacio Crespo (NOA)
Dra. Daniela Nissen (NEA)

Vocales Suplentes

Dra. Samanta Cannata (Cuyo)
Dr. Damián Gargoloff (Buenos Aires)
Dr. Gustavo Verrone (Córdoba)
Dra. Margarita Cermelli (Litoral)
Dra. Astrid Teme (NOA)
Dra. Nora Plotkin (NEA)

ÍNDICE

Editorial.....	4
Presentación del Número 71	6
Ecos del XXXIX Congreso Argentino de Psiquiatría y Salud Mental	
Discurso en el Acto de Apertura, Dr. Esteban Toro Martínez	8
Entrevista al Prof. Dr. Nassir Ghaemi	13
Entrevista al Prof. Dr. Maurice Corcos	17
Psiquiatría: Especialidad crítica, Dr. José María Martínez Ferretti.....	20
E-Posters premiados en el marco del XXIX Congreso.....	27
Investigación en Psiquiatría	
Evolución de la Evaluación de Riesgo en Psiquiatría: Del Determinismo Actuarial a la Dinámica No Lineal, Dr. Daniel Serrani.....	33
Clínica compartida	
Hipotiroidismo en mujeres: Depresión y Adherencia al tratamiento según la situación en pareja, Dra. Fabiana Ayelén Lozano	43
Toma de decisiones en Psiquiatría: Experiencia formativa sobre dilemas médico-legales, Dra. Florencia Ripoll, Dr. Diego Vázquez, Dr. Cristian Pafundi	53
Letras y Psiquiatría	
Presentación del libro “Nuevos aportes a la Salud Mental: Entre el cerebro y la mente”, Dr. Humberto Lorenzo Persano	58
Capítulos de APSA	
Capítulo Psiquiatría, Solidaridad Y Amorosidad	63

EDITORIAL

Pensamos **Sinopsis** como el territorio multimedia que expresa las voces de las y los psiquiatras de APSA, al tiempo que refleja y difunde la vida de nuestra Institución. Una vida institucional que se manifiesta en el trabajo sostenido de los Capítulos, el Instituto de Formación de Posgrado, las diversas actividades docentes, las numerosas Jornadas y Simposios que se realizan en todo el país, los grupos de trabajo y, de manera muy especial en nuestros Congresos anuales en Mar del Plata.

Las revistas científicas son una forma de memoria colectiva: registran los debates de una época, las transformaciones de las prácticas y las preguntas que una disciplina considera relevantes para su desarrollo. En este sentido, **Revista Sinopsis** cumple una función que trasciende la difusión de contenidos científicos; cada número constituye también un testimonio de la vida “apsiana”, de las preocupaciones que atraviesan nuestra comunidad profesional y de las respuestas que, individual y colectivamente, intentamos construir frente a los desafíos de cada momento histórico.

Nuestros Congresos de APSA se distinguen no solo por su extraordinaria convocatoria sino también por la actualidad de las polémicas que promueven y por el intercambio que tiene lugar entre destacados profesionales argentinos y extranjeros. Por ello, a partir de este número inauguramos una nueva sección, además de las ya habituales de la Revista, que hemos denominado “**Ecos del Congreso**”. Nos entusiasma la idea de que algunos de los aportes surgidos en nuestros encuentros nacionales encuentren también un lugar de permanencia y circulación en estas páginas.

Nuestro último Congreso, realizado en abril de este año bajo el lema “**Las adicciones y el espectro impulsivo**”, constituyó un evento de notable calidad científica, que dio cuenta de la diversidad y vitalidad de APSA. Se expusieron trabajos que abordaron el fenómeno de las adicciones desde perspectivas neurobiológicas, psicológicas y sociales, junto con presentaciones clínicas que reflejaron tanto la necesidad como la complejidad de los abordajes interdisciplinarios. Asimismo, tuvieron lugar debates de gran interés sobre temas científicos controvertidos y sobre cuestiones que atraviesan cotidianamente nuestra práctica profesional en el contexto actual.

El sistema sanitario atraviesa en la actualidad una situación crítica. La insuficiencia presupuestaria, los bajos ingresos y las deficientes condiciones laborales impactan directamente sobre la calidad y la seguridad de la atención, tanto para los pacientes como para los profesionales. Desde la pandemia se ha registrado un incremento sostenido de las consultas por problemas de salud mental en adultos, niños y adolescentes; mientras numerosos cargos permanecen vacantes en el sistema público debido a las condiciones laborales cada vez más desfavorables. Se suman hoy consultas crecientes por ansiedad, autolesiones, intentos de suicidio, consumos problemáticos, trastornos alimentarios, alteraciones graves de la conducta y diversas formas de violencia.

Los desafíos que enfrentamos son múltiples y complejos: analizar las distintas determinaciones de la clínica, desde las dimensiones biológicas hasta las socioculturales y reflexionar sobre la

responsabilidad ética y clínica que implica ejercer nuestra profesión en un escenario marcado por profundas dificultades sociales y económicas.

En este contexto, la Psiquiatría —que debería ser reconocida como una especialidad crítica— se encuentra interpelada a revisar sus modalidades de intervención y a sostener, aún en condiciones adversas, su compromiso con la sociedad.

Vivimos tiempos de profundas transformaciones sociales, culturales y tecnológicas que impactan de manera directa sobre la subjetividad, los vínculos y las formas del enfermar. A la vez, asistimos a un escenario de creciente fragilidad de los sistemas de salud, con recursos insuficientes para responder a demandas cada vez más complejas. En este contexto, resulta imprescindible sostener espacios de reflexión crítica que permitan pensar la práctica psiquiátrica promoviendo el diálogo entre la investigación, la clínica, la docencia y las políticas públicas.

Renovamos, entonces, nuestro propósito de consolidar a la **Revista Sinopsis** como un ámbito de reflexión, intercambio y construcción colectiva. Por ello, convocamos a todas y todos los colegas a participar activamente con sus producciones, experiencias y reflexiones, y a compartir en esta nueva sección los trabajos presentados en nuestro Congreso.

Fortalecer una publicación constituye una apuesta institucional. Una apuesta por la circulación de ideas, por el intercambio respetuoso entre diferentes perspectivas y por la construcción de una comunidad científica capaz de sostener un pensamiento crítico en tiempos de incertidumbre.

Aspiramos a que estas páginas reflejen no solo los avances en el conocimiento, sino también las tensiones, interrogantes y obstáculos que definen nuestro presente y orientan nuestro futuro.

Este es el desafío que nos convoca y también la tarea que, como comunidad profesional, estamos dispuestos a asumir.

Dra. Liliana Mato
Directora Revista Sinopsis

PRESENTACIÓN SINOPSIS N° 71

Cada nuevo número de *Revista Sinopsis* constituye una invitación a recorrer las múltiples dimensiones de la Psiquiatría contemporánea. En esta edición, los trabajos reunidos comparten una preocupación común: reflexionar sobre el ejercicio profesional en un escenario caracterizado por profundos cambios científicos, tecnológicos y sociales, sin perder de vista el compromiso ético y humano que define a nuestra especialidad.

Con ese propósito, este número inaugura la sección **Ecos del Congreso**, destinada a prolongar el intercambio académico más allá del encuentro científico anual de la Asociación de Psiquiatras de Argentina (APSA), recuperando algunas de las conferencias, entrevistas y contribuciones que mejor expresan los debates actuales de la disciplina. De esta manera, *Revista Sinopsis* amplía su función su función como espacio de difusión y reflexión, ofreciendo a los lectores la posibilidad de volver sobre ideas y discusiones que trascienden el momento del Congreso y conservan plena vigencia.

La sección se abre con el **discurso pronunciado por el Dr. Esteban Toro Martínez durante la ceremonia inaugural** del XXXIX Congreso Argentino de Psiquiatría y Salud Mental. Sus palabras constituyen una reflexión sobre los desafíos que enfrenta hoy la especialidad: las condiciones del ejercicio profesional, la necesidad de fortalecer la identidad del psiquiatra como médico especialista, el valor de las instituciones científicas y la importancia de sostener una comunidad profesional activa, comprometida con la formación permanente y la defensa de la calidad de la atención en salud mental.

Ese recorrido continúa con dos entrevistas a referentes internacionales cuyas trayectorias representan perspectivas complementarias sobre la práctica psiquiátrica. **El profesor Nassir Ghaemi** propone una revisión crítica de algunos conceptos clínicos ampliamente aceptados, analiza el concepto de comorbilidad y plantea la necesidad de fortalecer un pensamiento crítico y la integración permanente entre investigación y clínica. Por su parte, **el profesor Maurice Corcos** ofrece una profunda mirada sobre la adolescencia, la construcción de la subjetividad y la temporalidad de los procesos psíquicos, a propósito de las adicciones y patologías borderline.

La sección incluye también la **conferencia «Psiquiatría: especialidad crítica»**, presentada por el **Dr. José María Martínez Ferretti** en representación de la Asociación Gremial de Psiquiatras de la Capital Federal. A partir de un análisis de la realidad asistencial actual, el autor fundamenta la necesidad de reconocer a la Psiquiatría como una especialidad crítica, poniendo de relieve las crecientes demandas del sistema de salud, la disminución de profesionales dedicados a la especialidad y las condiciones laborales que hoy atraviesan quienes ejercen la práctica clínica.

Como cierre de Ecos del Congreso, se presentan **dos de los E-pósters distinguidos** durante el encuentro científico, que reflejan el interés por promover la producción de conocimiento original y estimular el desarrollo de nuevas líneas de investigación en torno a las adicciones y la salud mental.

La sección ***Investigación en Psiquiatría*** presenta un interesante trabajo del **Dr. Daniel Serrani** sobre: ***“Evolución de la evaluación de riesgo en Psiquiatría: del determinismo actuarial a la dinámica no lineal”***.

La complejidad en la evaluación del riesgo en Psiquiatría es analizada desde perspectivas que articulan la clínica con datos digitales y ciencias de la computación.

En la sección ***Clínica compartida***, la **Dra. Fabiana Lozano** presenta un trabajo sobre la relación entre hipotiroidismo, depresión y adherencia terapéutica. Los **Dres. Ripoli, Vazquez y Pafundi** presentan reflexiones sobre: ***“Los dilemas médico-legales mediante estrategias participativas”***.

En la **Sección Letras y Psiquiatría** incorpora la reseña de la obra ***“Nuevos aportes a la salud mental: entre el cerebro y la mente”***, del **Dr. Humberto Lorenzo Persano**. La publicación constituye un amplio espacio de encuentro entre las neurociencias, la psicología del desarrollo, el psicoanálisis contemporáneo y otros enfoques interdisciplinarios, reafirmando el valor del diálogo entre distintas tradiciones del conocimiento para comprender la complejidad del sufrimiento psíquico.

Finalmente, tenemos la **Sección Capítulos de APSA**: en esta ocasión una experiencia extra-hospitalaria del Capítulo de Psiquiatría, Solidaridad y Amorosidad.

Esperamos que los contenidos reunidos en estas páginas resulten de interés para nuestros lectores y contribuyan a estimular nuevas preguntas y promover nuevos intercambios.

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 existiera 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

antaoño 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 Boelst 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

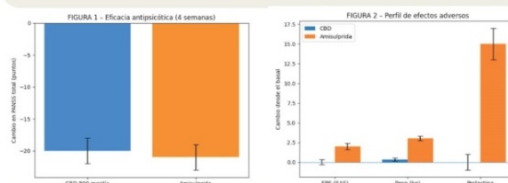
MATERIALES Y MÉTODOS:

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**

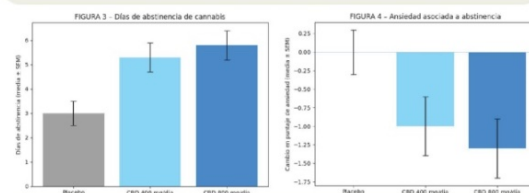
RESULTADOS:

Se identificó **evidencia clave** en tres dimensiones:

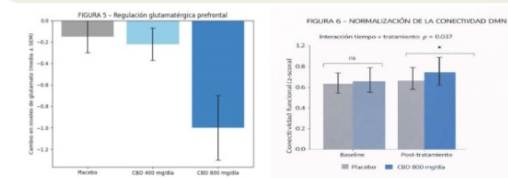
[1] Eficacia antipsicótica y tolerabilidad: El CBD mostró eficacia antipsicótica comparable a amisulprida en monoterapia, con mejor tolerabilidad (Leweke et al., 2012). Como coadyuvante, la adición de CBD mejoró síntomas positivos y mostró tendencia a mayor rendimiento cognitivo y funcional frente a 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 1990-20211 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

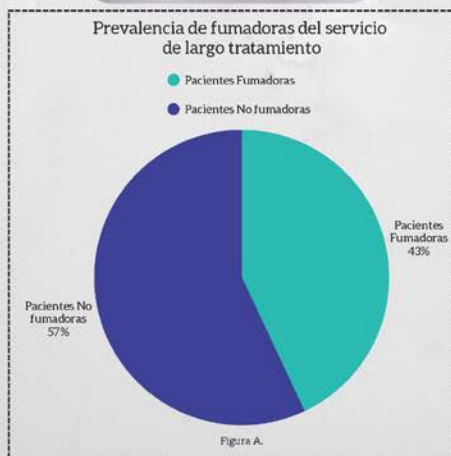


Figura A.

Análisis de intervenciones en torno al consumo de sustancias

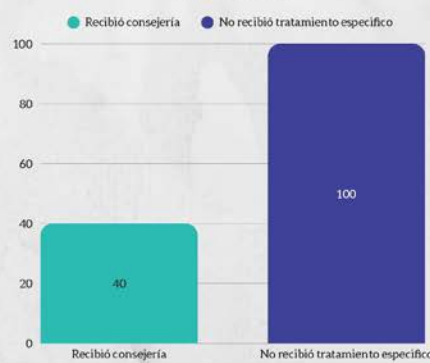


Fig. B

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. (2023). Preventing the effects of smoking: prevalence scenarios in years of life lost and life expectancy from 2022 to 2050: A systematic analysis for the Global Burden of Diseases Study 2021. *The Lancet Public Health*, 9(10), e729–e744. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00160-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00160-X)
2. Martínez, C., Felio, A., Sauer, J., Nieve, G., Piant, C., Bickel, A., ... Bulla, M. (2024). Effectiveness of a post-discharge phone-based smoking cessation intervention for patients with severe mental health disorders: The 961 Quotient 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. (2021). Guía de práctica clínica nacional de tratamiento de la adicción al tabaco. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/gpc-adiccion-tobaco-08-2024.pdf>
4. Karamali, C. N., Vito, A. A., Smith, H. C., & Kopyanov, J. (2025). Implementation strategies to increase tobacco treatment in mental health settings: A systematic review. *BMJ Psychiatry*, 15, 945. <https://doi.org/10.1136/bmjps-2024-027288-7>
5. Kopyanov, J., B. Karamali, C., Vito, A. A., Smith, H. C., & Kopyanov, J. (2024). Multisite outcomes of a smoking cessation program in hospitalized patients in Turkey. *Tobacco Use and Dependence*, 22, 116. <https://doi.org/10.1016/j.tuc.2023.101122>
6. Organización Mundial de la Salud. (2023). Informe sobre la epidemia mundial de tabaco. OMS.
7. Patel, P., Joseph, B., Datta, S., Desrochers, 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/s10597-023-01468-1>
8. Pardo-Torres, C., Cano, M., Martínez-Puga, J., Piant Opi, M. C., Ruiz Martínez, P. A., & Santamar, N. (2025). Tobacco use disorder and other mental disorders: The neglected dual disorder. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*, 18(1), 67–69. <https://doi.org/10.1016/j.spsp.2024.04.002>

I INVESTIGACIÓN
EN PSIQUIATRÍA**EVOLUCIÓN DE LA EVALUACIÓN DE RIESGO EN PSIQUIATRÍA: DEL DETERMINISMO ACTUARIAL A LA DINÁMICA NO LINEAL**

Dr. Daniel Serrani (*Psiquiatra, geriatra, Consultor PNUD, Presidente Honorario Capítulo de Investigación en Psiquiatría de APSA*)



Maria Corina Vasquez. ORILLA. Óleo y asfáltica sobre tela. 100 x 100 cm.

1. INTRODUCCIÓN: EPISTEMOLOGÍA DE LA COMPLEJIDAD EN LA EVALUACIÓN DEL RIESGO

La evaluación del riesgo en la psiquiatría contemporánea atraviesa una profunda transición paradigmática. Tradicionalmente, la práctica clínica y los sistemas periciales se han apoyado en el determinismo actuarial. Este enfoque, heredado de los modelos de las compañías de seguros, asume que el comportamiento humano futuro es lineal y predecible a partir de una sumatoria estática de factores de fondo (como la edad de inicio, antecedentes delictivos o diagnósticos históricos). Bajo esta lógica de "causa-efecto", el riesgo se calcula como una puntuación fija. Sin embargo, en la clínica real, este reduccionismo tropieza con una paradoja evidente: un paciente

con un riesgo actuarial "bajo" puede desencadenar una crisis aguda de forma imprevista, mientras que otro etiquetado como "crónico de alto riesgo" puede transitar meses de estabilidad.

Para resolver esta brecha, emerge la psiquiatría no lineal, una perspectiva que deja de ver al paciente como un mecanismo de relojería predecible y comienza a entenderlo como un Sistema Complejo Alejado del Equilibrio. El organismo humano y la psiquis no funcionan de manera lineal; no responden a los estímulos de forma estrictamente proporcional. Por el contrario, están sujetos a una dinámica no lineal, donde pequeñas variaciones en las condiciones cotidianas (un cambio menor en el patrón de sueño, una discusión familiar o una dosis omitida) pueden no generar efectos visibles durante días, para luego desencadenar un cambio abrupto y masivo en el estado clínico del paciente (el conocido efecto mariposa).

En la actualidad, la confluencia entre la psiquiatría digital y las ciencias de la computación permite capturar esta complejidad a través del Deep Learning (aprendizaje profundo). A diferencia de la estadística clásica, estos algoritmos de inteligencia artificial basados en redes neuronales artificiales profundas no buscan relaciones lineales predefinidas. Tienen la capacidad de procesar enormes volúmenes de datos longitudinales y desestructurados —como el monitoreo continuo de la actividad motora a través de smartwatches o la Evaluación Ecológica Ambulatoria (EMA) mediante registros en teléfonos móviles— y detectar patrones sutiles y no lineales que pasan desapercibidos para el ojo humano, anticipando la inestabilidad clínica antes de que el evento ocurra.

Ilustración Clínica de los Fenómenos Matemáticos

Para comprender cómo estas herramientas abstractas se traducen en la toma de decisiones críticas (como fundamentar una internación involuntaria o un alta bajo la Ley de Salud Mental 26.657), es útil traducir las variables matemáticas a la fenomenología clínica concreta:

1. El Exponente de Lyapunov (λ) o el termómetro de la predictibilidad

En la teoría: Mide la velocidad a la que dos trayectorias que iniciaron muy cerca de la otra se separan (divergencia). Un exponente positivo ($\lambda > 0$) denota caos.

En la clínica (Ejemplo): Imagine dos pacientes con Trastorno Bipolar en fase de eutimia basal. Ante una misma llamada estresante de un juzgado, el Paciente A experimenta una leve oscilación anímica que se amortigua en horas (trayectoria estable, λ negativo). El Paciente B, cuya dinámica interna está perdiendo resiliencia, reacciona a esa misma llamada alterando su patrón de sueño esa noche, lo que al día siguiente dispara una impulsividad verbal, y al tercer día deriva en un brote maníaco psicótico. Sus conductas diarias se han divorciado por completo de su línea de base. El aumento del exponente de Lyapunov monitorizado digitalmente nos avisa que el comportamiento

del Paciente B se ha vuelto caótico e impredecible; el sistema ha entrado en una fase de vulnerabilidad extrema.

2. La Entropía Multiescala o la pérdida de la armonía vital

En la teoría: Mide la complejidad y el desorden de una señal biológica a lo largo del tiempo. Un sistema saludable es flexible y muestra una alta entropía (complejidad organizada).

En la clínica (Ejemplo): Si analizamos el actigrama (registro de movimiento) de un paciente anciano institucionalizado sano, veremos un patrón rico y variado: momentos de agitación, caminatas, reposo y siestas breves impredecibles (alta entropía). Días antes de que el paciente desarrolle un cuadro de delirium hipoactivo o caiga en una depresión grave, la señal se vuelve monótona, plana o rígidamente fija (pérdida de entropía). El sistema pierde su capacidad adaptativa. Lo mismo ocurre con la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca (VFC) en pacientes con riesgo suicida: la rigidez de la señal (baja entropía) es el reflejo matemático del atrapamiento cognitivo y la desesperanza clínica.

3. El Desaceleramiento Crítico (Critical Slowing Down) o la lentitud de recuperación

En la teoría: A medida que un sistema se acerca a un punto de inflexión o bifurcación, pierde su fuerza de retorno, tardando cada vez más tiempo en regresar a su estado original tras sufrir una pequeña perturbación.

En la clínica (Ejemplo): Un paciente con Esquizofrenia paranoide bajo tratamiento ambulatorio asiste a sus talleres terapéuticos. En un estado de resiliencia sana, si discute con un compañero, se angustia durante un par de horas, pero al día siguiente recupera su nivel de funcionamiento basal. Sin embargo, si el sistema está cerca de una recaída psicótica, esa misma discusión menor lo desestabiliza durante tres, cuatro o cinco días; el paciente "tarda en volver a ser él mismo". Clínicamente observamos que pequeños estresores cotidianos dejan un impacto residual cada vez más largo (un aumento medible de la autocorrelación en el tiempo). Este retraso en la recuperación es la alarma matemática más potente de que el sistema está a punto de hacer una transición de fase: el salto abrupto hacia el brote.

4. El Recorrido Histórico: Generaciones de Instrumentos

Generación	Enfoque	Instrumentos clave	Ventajas	Desventajas
1ª Generación	Juicio Clínico No Estructurado	Intuición profesional	Flexible, cualitativo.	Baja fiabilidad; sesgos cognitivos del evaluador.
2ª Generación	Actuarial Estática	VRAG, PCL-R	Alta consistencia; ideal para predicción a largo plazo.	Efecto "sentencia": factores fijos (edad, delitos previos) que no cambian con el tratamiento.
3ª Generación	Actuarial Dinámica	LSI-R	Incluye necesidades criminogénicas (consumo, empleo).	Sigue siendo una "foto" estática de variables dinámicas.
4ª Generación	Gestión del Riesgo Integrada	COMPAS, HCR-20 V3	Combina historia con factores actuales; guía el plan de tratamiento.	El COMPAS (actuarial) suele ser una "caja negra" algorítmica poco transparente.
5ª Generación	Sistemas Dinámicos y de Protección	START, SAPROF	Foco en fortalezas y cambios a corto plazo. Muy clínico.	Requiere alta capacitación y consenso interdisciplinario.

El Futuro: La Psiquiatría de Precisión y la "Quinta Generación"

La tendencia actual abandona la idea del riesgo como una "puntuación" para entenderlo como un **proceso dinámico**. El futuro inmediato (6ª Generación) se apoya en el **Deep Learning** y la **Psiquiatría Digital (EMA)**, permitiendo un monitoreo en tiempo real que detecta la inestabilidad antes de que ocurra el evento.

4. Aplicación de Lógicas No Lineales en Sistemas Alejados del Equilibrio

Para el psiquiatra, el salto epistemológico consiste en ver al paciente no como un sistema estable, sino como un **Sistema Complejo Alejado del Equilibrio**. En estos sistemas, las transiciones de fase (el paso de la estabilidad a la crisis, el suicidio o el consumo) están precedidas por fenómenos matemáticos detectables.

A. El Indicador de Lyapunov y la Divergencia

En sistemas dinámicos, el **Exponente de Lyapunov (λ)** mide la sensibilidad a las condiciones iniciales.

- Un $\lambda > 0$ indica caos y pérdida de predictibilidad.
- En la clínica, un aumento en la divergencia de las conductas diarias (sueño, ánimo, impulsividad) sugiere que el paciente está entrando en una fase donde un estímulo mínimo puede desencadenar una crisis mayor (efecto mariposa).

B. La Entropía como Medida de Desorden

La **Entropía Multiescala** nos permite evaluar la complejidad de las señales biológicas (como la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca o el actigrama).

- Un sistema sano es complejo pero organizado.
- Una pérdida de entropía (señal muy monótona o puramente aleatoria) suele preceder a una **Transición de Fase Crítica**.

C. Detección de Transiciones Críticas: "Critical Slowing Down"

Antes de una recaída o un brote, el sistema del paciente tarda cada vez más en recuperarse de pequeñas perturbaciones. Este fenómeno, detectable mediante análisis de autocorrelación y varianza en los datos de monitoreo, es el predictor más robusto de un **riesgo inminente**.

5. Utilidad Clínica de la Integración

Algunos instrumentos en la línea de 5ª Generación son los protocolos complementarios que utilizan la misma lógica de factores dinámicos y de protección.

START (Short-Term Assessment of Risk and Treatability):

- **Foco:** Es una escala de puntuación basada en juicio profesional estructurado que permite capturar la "firma dinámica" del paciente en el corto plazo (semanas o días).
- **Utilidad:** evalúa 20 áreas funcionales que cubren el espectro clínico, social, de insight y de funcionamiento calificando la probabilidad de ocurrencia (Baja, Moderada, Alta) en siete

dimensiones específicas (Violencia hacia terceros, Suicidio, Autolesiones no suicidas, Abuso de sustancias, Autonegligencia, Vulnerabilidad ante terceros y Riesgo de fuga / Deserción del tratamiento.

SAPROF (Structured Assessment of Protective Factors):

- *Foco:* Es el complemento ideal de cualquier escala de riesgo. Evalúa exclusivamente factores de protección.
- *Utilidad:* Se utiliza para justificar altas y permisos. Si el riesgo (vulnerabilidad) es alto, pero el SAPROF es alto, el sistema está "compensado".

VRS (Violence Risk Scale):

- *Foco:* Específicamente diseñado para medir el cambio terapéutico.
- *Utilidad:* Identifica qué factores dinámicos han rotado de "positivos" a "negativos", permitiendo ver la trayectoria del paciente en el tiempo.

START:AV (Adolescent Version):

- *Foco:* Adaptación para adolescentes y jóvenes adultos.
- *Utilidad:* Pone mucho más peso en el desarrollo de la personalidad y el entorno familiar/escolar, crucial para la detección temprana de trayectorias de riesgo.



Foto: Valeria Mendizabal, 2025.

6. Conexión con la Lógica No Lineal

Desde la perspectiva de los **Sistemas Alejados del Equilibrio**, el START (y los otros instrumentos) funciona como un **sensor de resiliencia del sistema**. Cuando usted utiliza el START, no está sumando puntos; está cartografiando las fuerzas vectoriales del paciente. Las Fortalezas actúan como atractores estables (amortiguadores que evitan que el sistema caiga

en el pozo de la crisis), mientras que las Vulnerabilidades actúan como parámetros de control que incrementan el ruido térmico del sistema.

El punto de Riesgo Cierto e Inminente (art. 20 Ley 26.657) es, epistemológicamente, el Punto de Bifurcación: el momento exacto en que las variables dinámicas superan la capacidad de amortiguación del SAPROF y el exponente de Lyapunov se vuelve positivo, precipitando la ruptura del equilibrio.

1. Fortalezas como Amortiguadores: En términos de dinámica no lineal, las fortalezas actúan como los parámetros que mantienen al sistema dentro de un **atractor estable**.

2. Vulnerabilidades como Parámetros de Control: El aumento de las debilidades en el START representa el incremento del "ruido" o la entropía en el sistema.

3. La Transición de Fase: Cuando las debilidades superan críticamente a las fortalezas (punto de bifurcación), el sistema pierde su capacidad de autorregulación. Aquí es donde el **Exponente de Lyapunov** se volvería positivo, prediciendo la transición inminente hacia la crisis (el "Riesgo Cierto e Inminente").

Para profundizar en este punto de inflexión, debemos cruzar el lenguaje de la física de sistemas complejos con la dogmática jurídica de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y su decreto reglamentario 603/13. El gran desafío del psiquiatra forense o de clínica ante los tribunales (particularmente en los juzgados de familia o de control de legalidad de las internaciones) es traducir el concepto jurídico indeterminado de "Riesgo Cierto e Inminente" (Art. 20) en criterios objetivos. La justicia suele exigir una certidumbre predictiva que la psiquiatría tradicional, basada en el determinismo actuarial, no puede dar sin caer en falsos positivos o en la vulneración de derechos.

La lógica no lineal ofrece una solución epistemológica a este nudo gordiano: pasar de la "profecía" estadística a la medición de la inestabilidad del sistema en tiempo real.

1. El Marco Jurídico vs. La Realidad Matemática

El Decreto 603/13 define el riesgo cierto e inminente como "aquella contingencia de la línea de desarrollo de una conducta que amenace o cause perjuicio para sí o para terceros", y exige que esta situación sea constatada por un equipo interdisciplinario al momento de la evaluación.

Etapas	Descripción	Indicadores clave	Nivel de riesgo
☑ Sistema en Equilibrio Basal	Estado de funcionamiento estable, con capacidad de adaptación a las demandas habituales.	Estabilidad emocional, conductual y social.	Bajo
☑ Estresor Menor / Perturbación	Aparición de eventos estresantes que alteran temporalmente el equilibrio.	Cambios leves en el estado emocional o conductual.	Bajo
☑ Oscilación Transitoria	Respuesta adaptativa al estrés con recuperación espontánea.	Retorno rápido al funcionamiento previo (resiliencia).	Bajo
☑ Critical Slowing Down	El sistema pierde capacidad de recuperación y aumenta su vulnerabilidad ante nuevas perturbaciones.	• Pérdida de entropía multiescala • Aumento de autocorrelación • Recuperación más lenta tras el estrés	Riesgo Cierto
☑ Punto de Bifurcación	Umbral crítico en el que pequeñas perturbaciones pueden producir cambios abruptos y cualitativos en el sistema.	• Inestabilidad creciente • $\lambda > 0$ (pérdida de estabilidad) • Mayor sensibilidad a estímulos	Riesgo Inminente
☑ Transición de Fase	Cambio abrupto hacia un nuevo estado de funcionamiento patológico o desadaptativo.	Ruptura de patrones previos de regulación.	Muy Alto
☑ Crisis	Manifestación clínica o conductual de la descompensación.	Autoagresión, heteroagresión, conductas de riesgo o incumplimiento normativo.	Crítico

Aquí es donde el cruce con el Critical Slowing Down (CSD) y el Exponente de Lyapunov (λ) adquiere valor legal y pericial:

6. Fundamentación Pericial: Del "Criterio de Impresión" a la Métrica de Sistemas

La integración de la 5ª generación de instrumentos (como el START) con los conceptos de la

dinámica no lineal permite estructurar una fundamentación argumentalmente robusta, dividiendo el análisis en dos dimensiones métricas:

A. La Certidumbre del Riesgo (El componente "Cierto")

Legalmente, "cierto" no significa que el hecho ocurrirá al 100%, sino que existen indicios verificables y no conjeturales de la pérdida de control.

Fundamento No Lineal: Se demuestra mediante el Critical Slowing Down. El informe pericial puede objetivar que el paciente ha perdido su capacidad de autorregulación (resiliencia). Si ante pequeñas perturbaciones (como retrasos en los talleres o discusiones menores catalogadas en las áreas funcionales del START) el paciente muestra un retraso crítico en volver a su estado basal (alta autocorrelación temporal), el riesgo ya es cierto. El sistema está "atascado" cerca del borde de la crisis.

B. La Temporalidad del Riesgo (El componente "Inminente")

"Inminente" implica que la transición de fase hacia el daño (suicidio, heteroagresión, descompensación psicótica grave) ocurrirá en el corto plazo si no se modifica un parámetro de control (ej. internación, ajuste psicofarmacológico intensivo).

Fundamento No Lineal: Se objetiva demostrando que las Vulnerabilidades han superado el umbral crítico de amortiguación de las Fortalezas (SAPROF), empujando al sistema al Punto de Bifurcación. En este punto, el Exponente de Lyapunov se vuelve positivo ($\lambda > 0$): el comportamiento del paciente ya no es linealmente predecible, entra en régimen de caos y cualquier estímulo mínimo (un ruido, una palabra, el efecto mariposa) desencadenará la transición de fase.

7. CONCLUSIONES:

La integración de instrumentos como el **START** con métricas no lineales permite al psiquiatra:

1. **Objetivar la Inminencia:** Pasar del "creo que está mal" al "el sistema muestra una pérdida de resiliencia matemática".
2. **Validar la Internación/Alta:** Documentar una transición de fase inminente como fundamento del riesgo cierto e inminente (Ley 26.657).
3. **Personalización:** Entender que cada paciente tiene su propio "atractor" y su propio umbral de transición.
4. **Probabilidad cierta:** El riesgo en psiquiatría ya no es una probabilidad estadística fija, sino un estado de vulnerabilidad dinámica. Nuestra capacidad de prevenir no reside solo en contar factores del pasado, sino en detectar la pérdida de armonía en la trayectoria del presente.

Bibliografía:

- Blainscsek C, Weyburne J, Loggia M, Turetsky y Sejnowski T. (2019). Nonlinear dynamics underlying sensory processing dysfunction in schizophrenia. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*, 116(9), 3843-3852.
- Bosl E, Bosquet E y Nelson C. 2025) A dynamical systems framework for precision psychiatry. *npj Digital Medicine*. 8. 10.1038/s41746-025-01984-6.
- [Burghart, M., de Ruiter, C., Hynes, S. E., Krishnan, N., Levtova, Y., & Uyar, A. \(2023\). The Structured Assessment of Protective Factors for violence risk \(SAPROF\): A meta-analysis of its predictive and incremental validity. *Psychological assessment*, 35\(1\), 56–67. <https://doi.org/10.1037/pas0001184>](#)
- [Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. \(2013\). HCR-20 V3: Assessing risk for violence. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.](#)
- [Nicholls, T. L., Brink, J., Desmarais, S. L., Webster, C. D., & Martin, M. L. \(2006\). The Short-Term Assessment of Risk and Treatability \(START\): a prospective validation study in a forensic psychiatric sample. *Assessment*, 13\(3\), 313–327. <https://doi.org/10.1177/1073191106290559>](#)
- [Webster, C. D., Martin, M. L., Brink, J., Nicholls, T. L., & Desmarais, S. L. \(2009\). START: Short-Term Assessment of Risk and Treatability \(Version 1.1\). St. Joseph's Healthcare Hamilton & British Columbia Mental Health and Addiction Services.](#)

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.

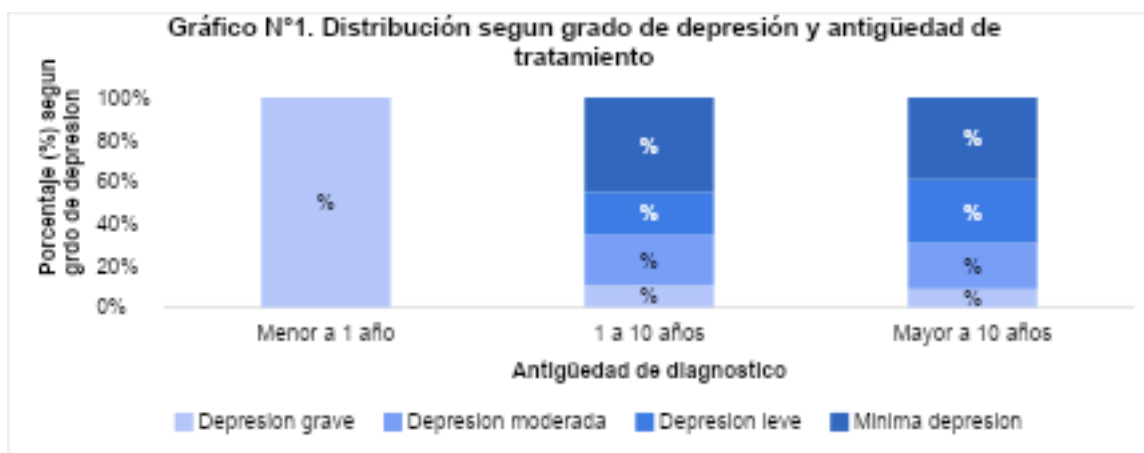
RESULTADOS

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.

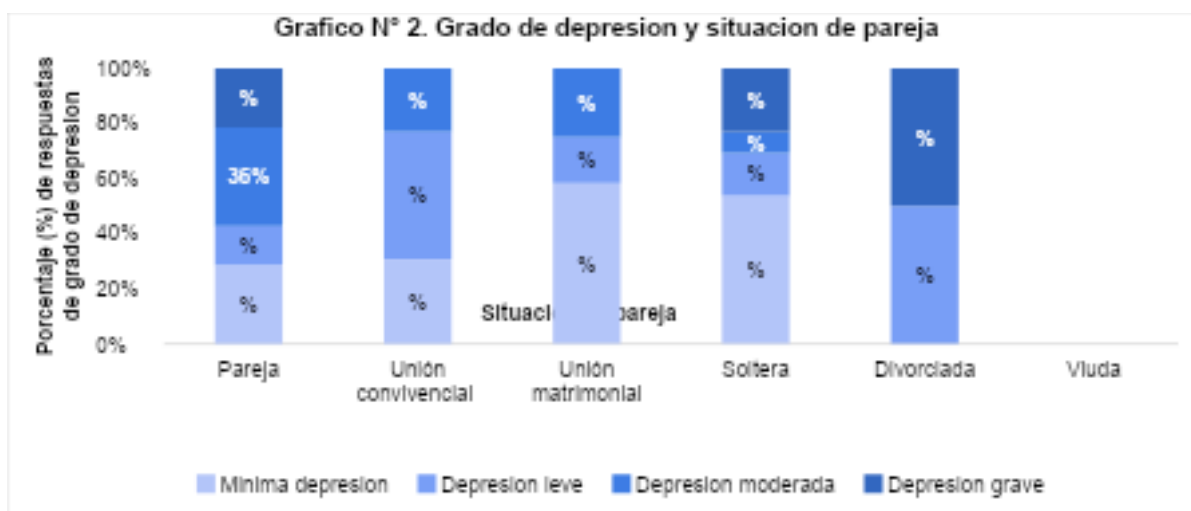
Situación de pareja en mujeres con Hipotiroidismo: Más de la mitad de las participantes (39/54) se encontraban acompañadas por sus parejas, quienes en su mayoría tenían más de 12 años de educación formal. En el grupo de “solas” (15 mujeres), también predominó un nivel educativo elevado (>12 años), lo 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

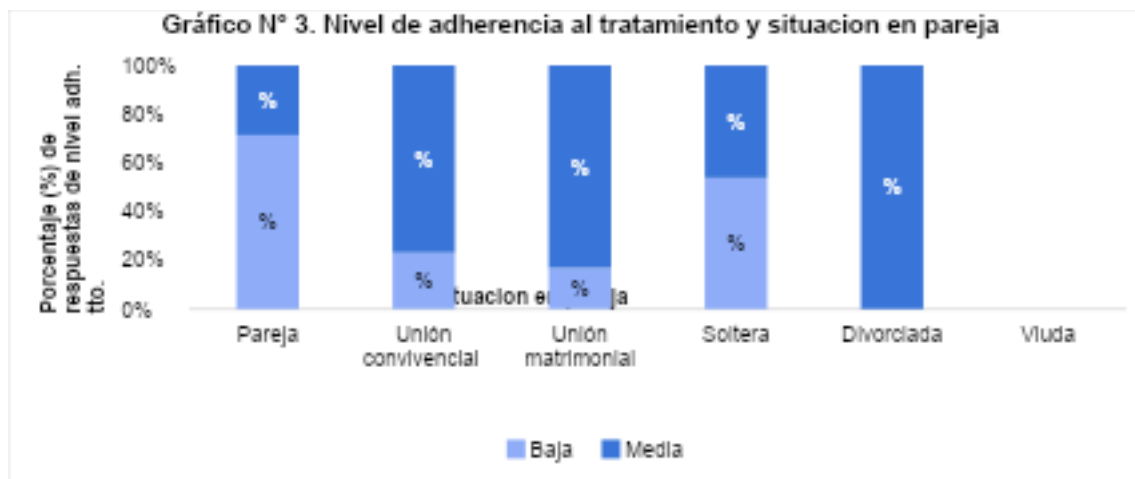
significativa, aunque el pesimismo sobre el futuro fue frecuente ($n=34$), reflejando un componente cognitivo central de la depresión. La mayoría ($n=30$) reportó no llorar más de lo habitual, sugiriendo regulación emocional conservada. Respecto a la ideación suicida, la mayoría ($n=38$) negó pensamientos 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)



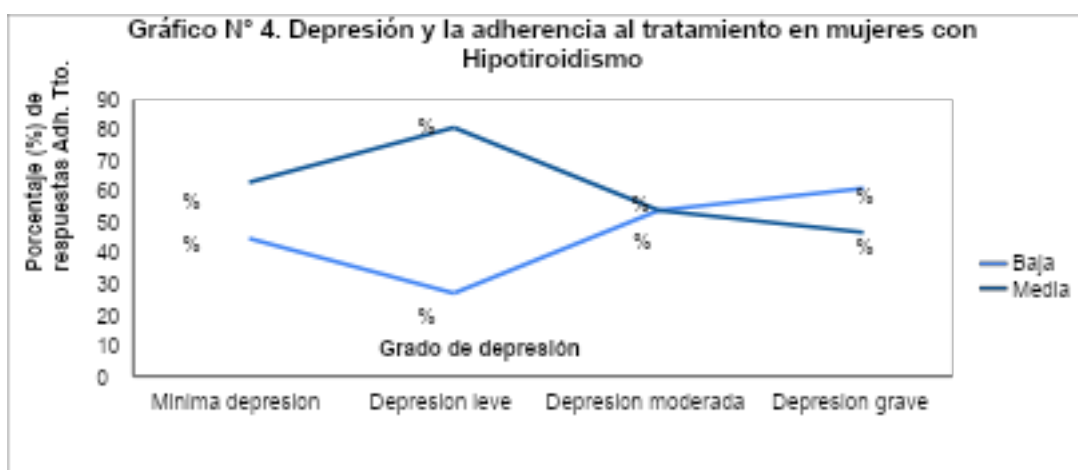
Finalmente, el grado de depresión y la situación en pareja, se reflejó una mayor proporción de mujeres acompañadas en los niveles leves a moderados de depresión ($n=21$), mientras que la depresión grave se presentó con frecuencia similar entre acompañadas ($n=3$) y solas ($n=4$). Al analizar el tipo 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.

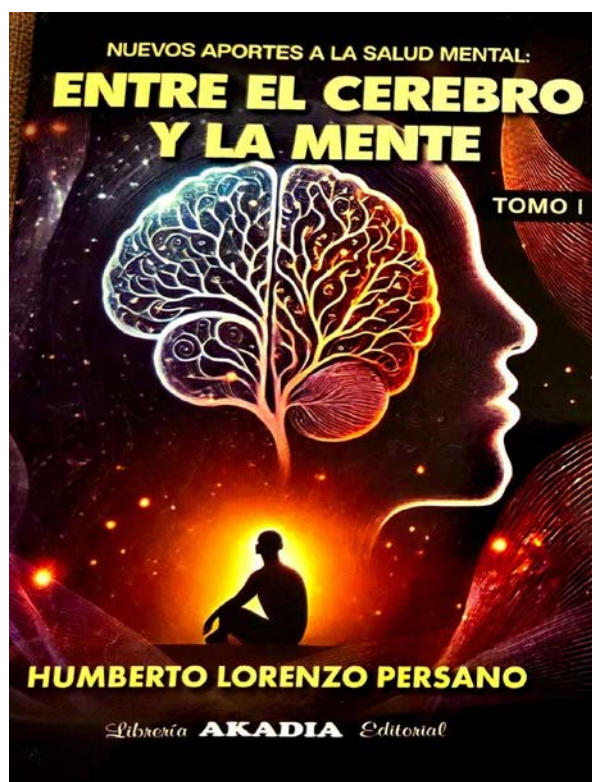
En un escenario asistencial crecientemente atravesado por desafíos legales, institucionales y sociales, sostener espacios de reflexión compartida constituye no sólo una estrategia educativa, sino también una necesidad clínica.

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.

I LETRAS Y
PSIQUIATRAS**PRESENTACIÓN DEL LIBRO: “NUEVOS APORTES A LA SALUD MENTAL: ENTRE EL CEREBRO Y LA MENTE”**

Dr. Humberto Lorenzo Persano



Tapa del Libro: “Nuevos aportes a la salud mental: entre el cerebro y la mente”

Humberto Lorenzo Persano: Editorial Akadia. 2025

“Nuevos aportes a la salud mental. Entre el cerebro y la mente” es una obra colectiva con varios [autores colaboradores](#) de gran envergadura que propone una revisión profunda, actualizada e integradora del campo de la salud mental. Publicado por Editorial Akadia en 2025, el libro se organiza en dos tomos —el primero de 475 páginas y el segundo de 679— que reúnen un total de 32 capítulos distribuidos en cuatro grandes secciones. A lo largo de 1154 páginas, la obra articula aportes provenientes de las Neurociencias, la Psicología del desarrollo, el Psicoanálisis contemporáneo y diversos abordajes clínicos e interdisciplinarios del sufrimiento psíquico actual.

Desde su concepción, el libro se distancia de una mirada fragmentaria o reduccionista. La Salud Mental es pensada como un campo complejo, atravesado por múltiples dimensiones: biológicas, psíquicas, vinculares, sociales, históricas y culturales. El eje que propone el subtítulo —*entre el cerebro y la mente*— no remite a una oposición ni a una jerarquía, sino a un espacio de tensión productiva y diálogo fecundo entre saberes, modelos teóricos y prácticas clínicas. En ese “entre” se juega una apuesta central de la obra: sostener la complejidad sin renunciar al rigor conceptual ni a la relevancia clínica. El [prefacio](#) resume los contenidos fundamentales del libro.



Foto cortesía: Valeria Mendizabal. 2025

Neurociencias y fundamentos de la Salud Mental

El Tomo I se inicia con una sección dedicada a las Neurociencias aplicadas a la Salud Mental, que ofrece un marco conceptual sólido para comprender los fundamentos neurobiológicos del funcionamiento psíquico y la psicopatología. Esta sección aborda temáticas centrales como las bases neurobiológicas de las enfermedades mentales, el neurodesarrollo, la neuroplasticidad y los aportes de las neurociencias cognitivas, situando al cerebro como un sistema dinámico, abierto a la experiencia y profundamente influido por los vínculos y el contexto.

Lejos de reducir lo psíquico a lo neuronal, los capítulos que integran esta sección sostienen una articulación constante entre procesos cerebrales y experiencia subjetiva. El cerebro es pensado como condición necesaria, pero no suficiente, para comprender el sufrimiento mental. En este marco, se desarrollan con rigor científico y sensibilidad clínica temáticas como la memoria, los sistemas motivacionales, los estados afectivos y la neurobiología del apego, todas ellas fundamentales para comprender tanto la psicopatología como los procesos terapéuticos.

Las Neurociencias aparecen aquí no como un saber aislado ni hegemónico, sino como un interlocutor imprescindible en el diálogo interdisciplinario. Sus aportes permiten enriquecer la comprensión de los procesos mentales, siempre que se los inscriba en una mirada que contemple la subjetividad, la historia del sujeto y los entramados vinculares y sociales. Esta sección sienta así las bases para una integración crítica entre biología y clínica, evitando reduccionismos y promoviendo lecturas complejas del padecimiento psíquico.

Desarrollo humano y trayectorias vitales

La segunda sección del Tomo I profundiza una perspectiva evolutiva, centrada en los aportes de la Psicología del desarrollo a la Salud Mental. Desde esta mirada, el sujeto es comprendido a lo largo de todo su ciclo vital, desde la infancia temprana hasta el envejecimiento, destacando la importancia de las experiencias tempranas, los vínculos significativos y las crisis evolutivas en la constitución psíquica.

El sistema de apego ocupa un lugar central como organizador temprano de la vida mental, con efectos duraderos en la regulación emocional, la construcción del *self* y la salud mental futura. Los primeros años de vida son abordados como un período fundacional, en el que se configuran procesos psíquicos esenciales a partir de la interacción entre el infante y su entorno cuidador. El desarrollo mental en la infancia es analizado en sus distintas etapas, ofreciendo claves para la detección temprana de dificultades y para la construcción de intervenciones preventivas.

Las transformaciones propias de la pubertad y la adolescencia son pensadas como momentos de profunda reorganización psíquica, atravesados por cambios biológicos, desafíos identitarios y reconfiguraciones vinculares. A su vez, el envejecimiento es abordado desde una perspectiva que integra aspectos psicobiológicos y sociales, evitando miradas estigmatizantes y subrayando la continuidad del trabajo psíquico a lo largo de la vida.

El análisis de las crisis vitales —tanto esperables como adquiridas— permite comprender los momentos de ruptura y reorganización psíquica como instancias clave para la clínica. Estas crisis son pensadas no sólo como factores de riesgo, sino también como oportunidades de transformación, siempre en relación con los recursos subjetivos y contextuales disponibles. El lugar de la familia, abordado desde una perspectiva sistémica, cierra esta sección destacando su función central como contexto de desarrollo y como escenario privilegiado de intervención.

En conjunto, esta parte del libro subraya que la Salud Mental no puede pensarse al margen de la historia vital del sujeto ni de los entramados vinculares que lo constituyen. La dimensión evolutiva aparece, así como un eje fundamental para una comprensión integral del padecimiento psíquico.

Psicoanálisis contemporáneo y subjetividad

El Tomo II se abre con una sección dedicada a los aportes del Psicoanálisis contemporáneo a la Salud Mental, que revisita y actualiza conceptos fundamentales del pensamiento psicoanalítico en

diálogo con los desarrollos actuales del campo. El Psicoanálisis es presentado como un saber vivo, en permanente revisión, capaz de articularse con otras disciplinas sin perder su especificidad.

Se desarrollan los modelos metapsicológicos del aparato psíquico, los mecanismos de defensa y sus funciones, así como las múltiples manifestaciones del inconsciente en la vida psíquica. La sexualidad, el amor y el género son abordados desde una perspectiva que integra los fundamentos psicoanalíticos con los debates contemporáneos, ofreciendo herramientas conceptuales para una clínica sensible a la diversidad y a los malestares de la época.

Un lugar destacado ocupa el capítulo dedicado a los sueños, que propone un abordaje amplio y original del fenómeno onírico. Los sueños son explorados desde diversas culturas de la antigüedad, su presencia en la literatura y los aportes de las Neurociencias, hasta el Psicoanálisis desde Freud y sus desarrollos contemporáneos, incluyendo el Neuropsicoanálisis de Mark Solms y los estudios de Rosalind Cartwright sobre sueños. Este recorrido plural convierte al sueño en un punto de encuentro privilegiado entre cerebro, mente y cultura.

La sección reafirma la vigencia del Psicoanálisis como herramienta fundamental para comprender la subjetividad y el sufrimiento psíquico, al tiempo que sostiene la necesidad de su articulación con otros campos del saber en el contexto actual de la salud mental.

Problemas, definiciones e intervenciones en Salud Mental

La última sección del Tomo II sitúa la Salud Mental como un campo históricamente constituido y socialmente atravesado, abordando problemas, definiciones e intervenciones desde una perspectiva crítica y actual. El recorrido se inicia con una reseña histórica de la Salud Mental desde la antigüedad hasta la actualidad, que permite comprender cómo las concepciones del padecimiento psíquico y sus modos de abordaje se han transformado a lo largo del tiempo.

A partir de allí, se problematiza el concepto mismo de Salud Mental, proponiendo una definición amplia y dinámica que excede la mera ausencia de enfermedad. Se analizan las problemáticas prevalentes en la actualidad, las tendencias recientes y los datos epidemiológicos disponibles, poniendo en evidencia los desafíos que enfrentan los sistemas de salud y los dispositivos clínicos.

Capítulos específicos abordan los consumos problemáticos, el impacto de la imagen y la apariencia corporal en la Salud Mental, las tramas de la violencia y el sufrimiento psíquico, y las consecuencias de la pandemia por COVID-19. Estos desarrollos integran dimensiones subjetivas, sociales y neuropsíquicas, ofreciendo una lectura compleja de fenómenos que atraviesan de manera significativa la clínica contemporánea.

La sección avanza luego hacia los modos de intervención en Salud Mental, destacando el rol central de la entrevista clínica como instrumento diagnóstico y terapéutico transversal a los distintos enfoques. El cierre del libro propone una reflexión sobre la Salud Mental en la confluencia disciplinaria, subrayando la importancia del diálogo entre saberes, la construcción colectiva del conocimiento y la necesidad de sostener prácticas clínicas y políticas de salud mental acordes a la

complejidad del sufrimiento psíquico contemporáneo.

En su conjunto, este trabajo se propone como un espacio abierto al intercambio y a la reflexión crítica, destinado a profesionales, investigadores y estudiantes comprometidos con el campo de la Salud Mental. La diversidad de enfoques, la profundidad de los desarrollos teóricos y clínicos, y la vocación integradora que atraviesa sus páginas ofrecen herramientas valiosas para pensar los desafíos actuales de la práctica, la investigación y las políticas públicas en Salud Mental.

En su conjunto, este trabajo se propone como un espacio abierto al intercambio y a la reflexión crítica, destinado a profesionales, investigadores y estudiantes comprometidos con el campo de la salud mental. La diversidad de enfoques, la profundidad de los desarrollos teóricos y clínicos, y la vocación integradora que atraviesa sus páginas ofrecen herramientas valiosas para pensar los desafíos actuales de la práctica, la investigación y las políticas públicas en Salud Mental.

Al mismo tiempo, lejos de limitarse a un criterio exclusivamente científico o técnico, el libro construye una lectura amena y sensible del padecimiento psíquico. Su escritura incorpora, en momentos puntuales, una dimensión poética que habilita otras formas de comprensión y resonancia subjetiva. El [epígrafe inicial](#) y el [epílogo](#) funcionan como hilos conductores de esta apuesta, enlazando el rigor conceptual con una narrativa que invita a detenerse, a escuchar y a pensar desde registros menos habituales en la producción académica.

De este modo, el libro no busca clausurar sentidos ni imponer respuestas unívocas, sino sostener preguntas, articular saberes y promover miradas complejas sobre la salud mental. En ese espacio de tensión y diálogo entre cerebro, mente y trama social —allí donde los sujetos viven, padecen, se transforman y buscan sentido— se inscribe su principal aporte.



Dr: Humberto Lorenzo Persano. Foto tomada en LinkedIn. 03/06/2026

Acerca del autor

Dr. Humberto Lorenzo Persano

Se ha formado y desarrolla su actividad académica en la Universidad de Buenos Aires (UBA). Es Médico egresado de la UBA, Especialista en Psiquiatría y Doctor en Salud Mental por la misma universidad. Actualmente se desempeña como Profesor Regular Adjunto del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina (UBA), y es Director de la Carrera de Médicos Especialistas en Psiquiatría de la Sede Hospital Borda (UBA). Es además Profesor Regular Titular de la asignatura Psicología de la Nutrición en la Carrera de Licenciatura en Nutrición (UBA) y Director del Instituto de Clínica Psiquiátrica y Salud Mental "Domingo Cabred", Facultad de Medicina, UBA. Fue Investigador y Director de Proyectos UBACYT.

En el ámbito de las sociedades científicas, es fundador y Presidente Honorario del Capítulo de Psiquiatría Dinámica de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), y fundador de la McLean Hospital International Psychiatric Society (Harvard Medical School, 2004). Es International Fellow Member de la American Psychiatric Association (APA, EE. UU.) y RTP Fellow de la International Psychoanalytical Association (IPA).

Es Psicoanalista, Miembro Titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), con especialización en niños y adolescentes. En el marco de la IPA, integró el Comité de Investigación, fue Co-Chair por Latinoamérica del "Comité de Psicoanálisis y el Campo de la Salud Mental" y actualmente es miembro del "Comité de Salud" de la misma institución.

En el ámbito asistencial, trabaja desde hace 42 años en el Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial "José Tiburcio Borda" (HNJTB), donde se desempeñó como Jefe de Unidad de internaciones a corto plazo, y creó un dispositivo especializado para pacientes con trastornos de personalidad límite y trastorno bipolar. En 1999 transformó dicha unidad en un dispositivo ambulatorio y de hospital de día para el tratamiento de los desórdenes del comportamiento alimentario en adolescentes y jóvenes. Este dispositivo, adaptado a las nuevas necesidades clínicas y sociales, dio origen al actual "Servicio de Salud Mental en Desórdenes del Comportamiento Alimentario", de reconocido prestigio institucional en el HNJTB, dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA).

Entre 2020 y 2022, fue Director General de Salud Mental del Ministerio de Salud del GCBA, desde donde impulsó transformaciones significativas en el sistema público de atención en salud mental.

I CAPÍTULOS
DE APSA**CAPÍTULO PSIQUIATRÍA, SOLIDARIDAD Y AMOROSIDAD**

Este Capítulo se encuentra abocado a investigar, promover y difundir sobre la articulación entre solidaridad, empatía, ética de la otredad, amorosidad, salud mental y Psiquiatría.

El trabajo que nos presenta la Dra. Valeria Mendizábal es un ejemplo cabal de lo que desde una perspectiva teórica nosotros proponemos toda vez que la solidaridad la consideramos en sus dos acepciones; tanto como la ayuda brindada para resolver un problema sin recibir nada a cambio, como así también la solidez de los lazos sociales que unen a los integrantes de una determinada comunidad. Se comprenderá que ambos miramientos se relacionan directamente con la ética de la otredad. Además, creemos que también se da un vínculo con la Psiquiatría, no sólo por prevenir la expansión de un narcisismo mórbido sino también porque los gestos y los actos solidarios genuinos tendrían también un impacto anti-estrés y anti-depresivo. Incluso se encuentra un correlato neurobiológico relacionado con el aumento de oxitocina y serotonina como así también una menor carga alostática en aquellas personas que realizan a menudo actos solidarios y comunitarios. Y en base a ello es nuestra intención diseñar y promover “dispositivos de solidaridad” en los campos preventivos y terapéuticos de Salud Mental. Nos referimos al trabajo individual y grupal con pacientes, facilitando y sosteniendo una saludable incorporación a “cadenas solidarias”, por ejemplo, en articulación con organizaciones no gubernamentales.

Dr. Hugo Dramisino

Médico Psiquiatra (UBA)

Presidente y fundador del Capítulo de Psiquiatría, Solidaridad y Amorosidad de APSA



CAPITULO PSIQUIATRIA,
SOLIDARIDAD Y AMOROSIDAD

APSA

**PROYECTO DE HUERTA Y COMPOST
EN EL VIEJO ZOOLOGICO DE CABA Y
ANEXO EN FACULTAD DE AGRONOMIA,
2010.**

*Análisis de los efectos en la solidaridad y el lazo social en grupo
de jóvenes de 16 a 21 años con trastornos mentales severos.
Hospital Tobar García.*

PRESENTA
Dra. Valeria Mendizábal

COORDINA
Dra. Florencia Reynoso

VIRTUAL
Sábado 30 de Agosto a las 11:00 hs.

 **zoom** ID: 217 161 4952
Contraseña: apsa2025

RELATO DE UNA EXPERIENCIA EXTRAHOSPITALARIA.

**Proyecto de Huerta y compost en el viejo zoológico de CABA y anexo en facultad de agronomía.
2010**

Valeria Mendizabal, médica psiquiatra.

Relato descripción y análisis de los efectos en la solidaridad y lazos sociales de los jóvenes de 16 a 21 años con trastornos mentales severos. (Servicio de prevención del Tobar García). Este proyecto fue creado por el equipo de prevención del Hospital Carolina Tobar García, con integrantes de distintas áreas, psiquiatría, psicología, asistente social, agrónomos del INTA colaboradores del proyecto, estudiantes de psicología UBA, acompañantes terapéuticos y rotantes de otros países que querían conocer la experiencia de asistencia y capacitación laboral.

La rehabilitación psicoemocional a través de huertas y compost en pacientes psiquiátricos es una práctica que esta creciendo en la Argentina y en otros países. Con resultados muy alentadores. Aquí les cuento donde y como se están desarrollando actualmente en nuestro país. Hospitales que implementan estos programas (caba) desde 2015 Hospital Alvear lleva adelante proyecto de huerta y jardín orgánico como acción terapéutica. Coordinado por la Facultad de Agronomía de la UBA. el programa busca:

- Fomentar la integración social de los pacientes.
- Desarrollar habilidades sociales y laborales.
- Promover el trabajo colectivo y el sentido de pertenencia.

El Hospital de Día ***“Explorando caminos”*** en Formosa tiene talleres de huerta como parte del tratamiento ambulatorio de los pacientes. Las actividades incluyen:

- Cultivo y cosecha de alimentos.
- Preparación de comidas con lo cosechado
- Fortalecimiento de vínculos y hábitos saludables.

En el Hospital Gandulfo de Lomas de Zamora. El programa ***“Manos creativas”*** incluye huerta, arte y música como puente para la reinserción social. Los pacientes desarrollan actividades que les permiten interactuar, expresarse y recuperar autonomía y en la Colonia Montes de Oca también se cuenta con talleres de rehabilitación.

En cuanto al taller de compost y huerta de Pechohue. Estaba desarrollado sobre la base de la:

- **Interdisciplinariedad.** Estas tareas no son sólo tareas recreativas, sino que tienen amplias posibilidades terapéuticas muy valiosas y beneficios psicológicos.
- **Trabajo en equipo,** supervisado y con reuniones mensuales y semanales para tareas de coordinación de roles. Ingresos de usuarios. Ficha de ingresantes y seguimiento de los mismos. Enfoque social, psicoanalítico y médico.



Foto zoológico: Valeria Mendizabal. 2010

Cada asistente al programa tenía su tratamiento psicofarmacológico o psicoterapéutico dentro de la red de salud mental del GCBA, y el equipo podía consultarlos si era necesario algún ajuste u observación.

Existe Enlace con distintas instituciones públicas, Niñez, Salud, Desarrollo Social, la fundación Lazos y Amartya entre otras. Algunas de las características de estos programas son:

- 1- **Enfoque ecológico:** respetando el medioambiente, los elementos para el cuidado de los cultivos eran naturales sin agrotóxicos. No modificamos el medio ambiente. Asesorados una vez al mes por un agrónomo del INTA(enlace interinstitucional), respetábamos un entorno saludable en la tarea. Con el debido cuidado también de los jóvenes que tenían ropa especial que brindaba el zoológico para realizar la capacitación en tarea. Si el clima no era favorable se trabajaba en el tinglado para realizar y preparar los futuros plantines, o cargar bolsas pequeñas de compost para vender. Ayudan al paciente a reconectarse con un ciclo natural de crecimiento, muerte y regeneración.
- 2- **Seguridad en la capacitación.** El zoológico brindaba a cada joven y trabajadores un seguro de accidente dentro del predio.
- 3- **Socialización las tareas** eran en grupos con asistentes, alrededor de dos o tres asistentes por grupos de cuatro a ocho jóvenes. El diálogo se realiza entre pares para recordar la tarea antes de comenzar. Cooperación en las distintas tareas. Repartir los elementos de trabajo y recordar las tareas de cada día que surgían día a día. O sea que el ciclo vital de las plantas

nos daba la pauta de los tiempos a respetar y manejar con los jóvenes su ansiedad. Reduciendo el Stress.

- 4- **Resultados visibles:** los asistentes al programa veían como avanzaba el trabajo de huerta, así como el de compost y reforzaba sus logros y autoestima.
- 5- **Socialización:** desde la perspectiva de la Salud Mental podríamos mencionar que estas actividades mejoran y estimulan la interacción social y el trabajo en equipo, siempre con supervisión de las asistentes del programa.
- 6- **Comunicación** entre pares y asistentes. Así como la interrelación con autoridades del programa y de la institución. Mejorando el lazo social y la solidaridad. Se constituían grupos de trabajo los de la huerta y los del compost que luego podían rotar según la tarea o ayudarse ya que el ciclo del compost alimentaba la huerta y viceversa. En el descanso, se hacía un trabajo de relevamiento escrito y verbal de las tareas realizadas, para programar las siguientes tareas y registrar siembra, cosecha y manejo de las tareas del armado del compost (rotación, armado de camas o parcelas de almacenamiento. En ese recreo laboral se charlaba de cuestiones de relación y socialización tanto en los avances como los obstáculos a resolver. Promovemos la socialización del paciente/trabajador psicótico.
- 7- **Contacto con la Naturaleza y ciclo vital.** Teníamos el calendario de siembra y cosecha que revisamos en cada ciclo o estación del año para guiarnos en los tiempos de la misma. Esto generaba conocimiento, pero en el día a día percepción de los cambios de las plantas. Limpieza y regado de huerta. Esquema de trabajo, los que preparaban la tierra y ordenaban los plantines. En lo que respecta al entorno del predio la observación de los animales que deambulaban por allí, libres patagónicas, patos etc. Resultaba el gran atractivo de la jornada y respeto y cuidado de los mismos. La mirada de los animales y su contemplación como dice John Berges resulta de una rapport muy estimulante para el ser humano. Que la vista llega antes que las palabras. También señala que lo que sabemos o creemos influye en cómo vemos, y que ver no es una reacción mecánica, sino un acto voluntario. Además, destaca que nunca miramos sólo una cosa, sino la relación entre las cosas y nosotros mismos. La visión establece nuestro lugar en el mundo. El pasado es una relación entre el presente y el pasado, y el miedo al presente mistifica el pasado.
- 8- **Encadenamiento.** La sucesión organizada Y programada de la tarea los ordenaba y tranquilizaba, además ellos mismos fomentaban y recordaban los pasos a seguir por la repetición de la tarea. En compost, colocar la bosta de herbívoros que traían en carretillas luego hojas verdes que extraemos de las cañas, regado, colocación de pasto seco del zoo y lombricompost que almacenamos en una cuna próxima al espacio de refugio de las jirafas. Un entorno muy interesante ya que también se trabajaba el respeto por los animales. Responsabilidad compartida entre los equipos, siguiendo el proceso de la naturaleza. La empatía que se produce en cada encuentro y los apoyos entre pares para

viajar hasta el zoológico, sostener la tarea, el presentismo y la continuidad de la misma son espacios de contención y encuadre y encuentro entre pares que van creciendo día a día. Mejoran las habilidades motoras y la concentración, el trabajo físico de sembrar, regar y mover la tierra mejora la coordinación mano-ojo y las habilidades motoras finas y gruesas. La atención se desarrolla ya que se necesita entrenar día a día la concentración. También debo destacar que cuando faltaban herramientas íbamos a comprar todos juntos las herramientas y entendían el costo de las mismas y porque deben cuidarlas.

- 9- **Simbolizar el crecimiento personal y la esperanza.** El proceso de ver una semilla convertirse en una planta fuerte y productiva puede ser una poderosa metáfora del propio proceso de recuperación del paciente. Refuerza la idea que con cuidado y atención el crecimiento y la sanación son posibles. Regular las emociones al ver con alegría una buena cosecha o frustraciones por una plaga eran situaciones diarias. No se trataba sólo de una terapia ocupacional ya que el propósito era la salida laboral que les daba una identidad de trabajadores en un predio como el zoológico que tenía su prestigio. Además la venta de productos al personal del zoo, o en agronomía a la población de los vecinos fortalecía el manejo de dinero la respuesta y contacto con los compradores que les devolvía una suerte de reconocimiento social a su tarea.
- 10- **Salida ocupacional.** Este proceso era evaluado por el equipo que se reunía una vez al mes y que estaba en contacto con distintas instituciones estatales como el botánico, fundaciones, el tinglado amarillo de chacarita donde se vendía el compost, y se seleccionaba a un joven para turnarse con dicha tarea los miércoles y sábados. Todos junto con las instituciones de enlace, Servicio de Prevención en Salud Mental del Tobar García. Y programas de Niñez y desarrollo social.
- 11- **Resocializar, reinsertar e integrar.**

El retorno a la vida social de pacientes que tuvieron varios procesos de internación no resulta sencillo ni para el paciente ni para el que se compromete y acompaña este tipo de tareas.

Tratábamos como menciona Vasen en su libro del invento a la herramienta. Que el zoológico se convirtiera en un nuevo hogar (no domesticar) crear un nuevo domicilio sino otorgarle una nueva identidad como trabajador y articular su salida del zoológico a veces compleja. Porque el espacio público es el que otorga o asegura que el individuo obtenga los reconocimientos sociales de ciudadano.

La integración no puede constituir otra cosa que la recuperación de los derechos de los ciudadanos. La integración requiere de lo público para romper justamente el circuito de la diferenciación-segregación.

Hay que trabajar sobre las marcas de la alienación crónica de dependencia obligada, a veces por el terapeuta a veces por el paciente.

Las políticas de desinstitucionalización y cierre de establecimientos manicomiales se encuentran con estos límites. Todo ello requiere de un estado afín para lograrlo.

Vincular las acciones de Salud Mental a la comunidad, aporta a la construcción de un imaginario nuevo sobre la naturaleza de las enfermedades mentales.

Hay que tener en cuenta que la situación de marginalidad en la que estuvo y está situado el enfermo mental en la modernidad afecta hoy a más ciudadanos, por diversas causas. Y cada sector de la población que entra en esta condición de marginalidad genera rápidamente el imaginario social de la diferenciación y segregación. Ej. Chicos de la calle, recolectores de basura, pacientes con sida etc. Los huérfanos sociales abandonados de la vida social y el intercambio simbólico.

Desde los adultos nos obliga a ampliar nuestra percepción de la condición humana y sus avatares. Aliviar el temor, generar confianza, recuperar la curiosidad por el universo del otro. Trabajar los procesos de desalienación del “adentro” y del “afuera”.

Valeria Mendizabal, Médica psiquiatra.