

# VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

132



## EXPERIENCIAS CLÍNICAS

*Abadi / Alba / Balbi / Carlsimo / De Ciervo / Fadel / Fantacone / Finvarb  
Levín / Matusevich / Mora / Müller / Pisa / Rebok / Saluto / Spotti  
Szulik / Tassara / Willimburgh / Wintrebert*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XXVIII – Nº 132 Marzo – Abril 2017 – ISSN 0327-6139 – Buenos Aires



# VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

## 132

Director:

**Juan Carlos Stagnaro**

Director Asociado para Europa:

**Dominique Wintrebert**

Secretario:

**Martín Nemirovsky**

### Comité Científico

**ARGENTINA:** F. Álvarez, M. Cetkovich Bakmas, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, A. Monchablon Espinoza, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, A. Ravenna, E. Rodríguez Echandía, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, P. Zöpke Austria: P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz. **ESPAÑA:** V. Barembliit, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** H. Casarotti, A. Lista, E. Probst. **VENEZUELA:** C. Rojas Malpica.

### Comité Editorial

Martín Agrest (Proyecto Suma); Patricio Alba (Hospital "Torcuato de Alvear"); Norberto Aldo Conti (Hospital "José T. Borda"); Juan Costa (Centro de Atención Primaria CeSAC 24, GCBA); Gabriela S. Jufe (Hospital "Torcuato de Alvear"); Eduardo Leiderman (Universidad de Palermo); Santiago Levín (Universidad de Bs. As.); Daniel Matusevich (Hospital Italiano de Bs. As.); Alexis Mussa (Medicus); Martín Nemirovsky (Proyecto Suma); Federico Rebok (Hospital "Braulio A. Moyano"); Esteban Toro Martínez (Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación); Hugo Pisa (Consultor independiente); Fabián Triskier (Consultor independiente); Ernesto Wahlberg (Consultor independiente); Silvia Wikinski (CONICET).

### Corresponsales

**CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES:** S. B. Carpintero (Hosp. C. T. García); N. Conti (Hosp. J. T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); M. Outes (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. L. Tuñón. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RÍO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMÁN:** A. Fiorio.

### Corresponsales en el Exterior

**ALEMANIA Y AUSTRIA:** A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artilles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erasquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

Informes y correspondencia:

VERTEX, Moreno 1785, piso 5  
(1093), Buenos Aires, Argentina  
Tel./Fax: 54(11)4383-5291

E-mail: [editorial@polemos.com.ar](mailto:editorial@polemos.com.ar)  
[www.editorialpolemos.com.ar](http://www.editorialpolemos.com.ar)

Corrección técnica de textos:

Natalia Fuertes

En Europa: Correspondencia

Informes y Suscripciones

Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,  
(75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22  
Fax.: (33-1) 43.43.24.64  
E.mail: [wintreb@easynet.fr](mailto:wintreb@easynet.fr)

### Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

El objetivo de la revista VERTEX es difundir los conocimientos actuales en el área de Salud Mental y promover el intercambio y la reflexión acerca de la manera en que dichos conocimientos modifican el corpus teórico en que se basa la práctica clínica de los profesionales de dicho conjunto disciplinario.

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXVIII Nro. 132 MARZO-ABRIL 2017

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

\* **Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.**

Impreso en:

Cosmos Print

Ed. Fernández 155, Avellaneda

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

## SUMARIO

VERTEX  
Revista Argentina  
de Psiquiatría

Aparición  
Bimestral

Indizada en el  
acopio bibliográfico  
"Literatura  
Latinoamericana  
en Ciencias de la  
Salud" (LILACS)  
y MEDLINE.

Para consultar  
listado completo  
de números anteriores:  
[www.editorialpolemos.com.ar](http://www.editorialpolemos.com.ar)

Ilustración de tapa

Artista: Verónica Rodríguez  
2014 - Acrílico sobre tela - 90 x 60  
cm., 2014  
[www.cargocollective.com/  
verorodriguezcordoba](http://www.cargocollective.com/verorodriguezcordoba)

### REVISTA DE EXPERIENCIAS CLÍNICAS Y NEUROCIENCIAS

- **Utilidad de los inventarios SCL-90-R y SIMS en la detección de simulación de trastornos mentales en el entorno laboral**  
Ulises E. Loskin, Matías S. Bertone, Joaquín López Regueira pág. 85
- **Los psiquiatras argentinos y la investigación. Encuesta sobre conocimiento, actitudes y prácticas**  
Diana Milena Berrío Cuartas, Viviana A. Peskin, Graciela Onofrio, Daniel Serrani, Oscar Maximiliano Cesoni, Claudia Inés Villafañe pág. 91
- **Propuesta de escalas en población española para adicción a internet**  
Gonzalo Ruiz Manrique, Kazuhiro Tajima Pozo, Francisco Montañés Rada pág. 98

### DOSSIER

#### EXPERIENCIAS CLÍNICAS

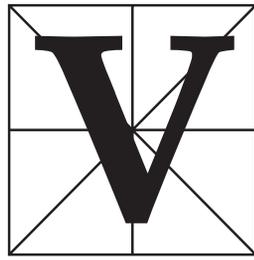
- **No hay psiquiatría sin historias. Apuntes preliminares**  
Daniel Abadi, Santiago Levín, Daniel Matusevich pág. 104
- **Enfermedad de Takotsubo: el binomio mente-cuerpo**  
Edgardo Carísimo, Natalia Fantacone, Daniel Fadel pág. 107
- **¿Es la erotomanía una defensa contra la melancolía?**  
Dominique Wintrebret pág. 112
- **Psicosis agudas y crónicas con cenestopatías y/o síntomas hipocondríacos**  
Federico Rebok pág. 117
- **Encefalitis por anticuerpos contra el receptor N-metil-D-aspartato: presentación clínica en un adolescente y revisión de la literatura. ¿Cómo manejar los síntomas neuropsiquiátricos?**  
Facundo De Ciervo, Valentina Willimburgh, Gustavo Finvarb pág. 121
- **Uso de antidepresivos en pacientes institucionalizados con demencia y agitación: reporte de casos**  
Judith Szulik, Micaela Tassara, Hugo Pisa pág. 128
- **Esquizofrenia resistente: neutropenia con olanzapina y clozapina, y estabilización con dos antipsicóticos de depósito**  
Patricio Alba pág. 136
- **Síndrome de Munchausen mixto con comorbilidad orgánica**  
Marcelo Mora, Valeria Saluto, Paula Balbi, Martina Spotti, Daniel Fadel pág. 141
- **Entrevista a Eduardo Müller**  
Por Daniel Abadi, Santiago Levín, Daniel Matusevich pág. 145

#### EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Ludwing Binswanger. La locura como fenómeno biográfico en la totalidad de la existencia**  
Norberto Aldo Conti pág. 152
- **La locura como fenómeno biográfico**  
Ludwing Binswanger pág. 155

#### LECTURAS Y SEÑALES

- **La mujer que mira a los hombres que miran a las mujeres. Ensayos sobre feminismo, arte y ciencia**  
Daniel Matusevich pág. 159



### EDITORIAL



*unque se trata de un t3pico conocido por los especialistas en psiquiatr3a, siempre es necesario recordar la importancia cuantitativa y cualitativa de las tasas de suicidio en nuestra regi3n y, en particular, en nuestro pa3s.*

*Efectivamente, la Argentina se ubica en tercer lugar entre los pa3ses de la regi3n por su tasa de suicidios, con 14,2 muertes por cada cien mil habitantes registradas en 2015, y est3 entre*

*las naciones con mayores tasas a nivel mundial, de acuerdo con el 3ltimo informe de la Organizaci3n Mundial de la Salud (OMS).*

*El principal aumento de este fen3meno se dio entre los adolescentes varones. El incremento de la tasa de suicidios en nuestro pa3s ha sido muy importante en los 3ltimos a3os: seg3n las cifras proporcionadas por el Ministerio de Salud de la Naci3n en 2011 era de 7,3, es decir que las muertes por esta raz3n se han casi duplicado en solamente un poco m3s de un lustro, y este hecho no puede atribuirse a un mejor registro porque no han cambiado ni los h3bitos de denuncia de los mismos ni los m3todos de medici3n. Las estad3sticas de la OMS muestran, adem3s, que las cifras de Argentina est3n por encima del promedio de la regi3n (9,6) y m3s cerca de los pa3ses europeos que tienen una tasa de 14,1. De hecho, el pa3s se ubica en el tercer puesto en la regi3n, detr3s de Bolivia (18,7) y Uruguay (17), pero muy por encima de otros pa3ses como Brasil (6,3), Per3 (5,8) o Chile (9,9).*

*En el a3o 2012, se registraron en el mundo aproximadamente 804.000 muertes por suicidio, lo cual representa una tasa anual mundial normalizada seg3n la edad de 11,4 por 100.000 habitantes (15, entre hombres y 8, entre mujeres). Sin embargo, como el suicidio despierta estigma, incluso est3 considerado ilegal en algunos pa3ses, es muy probable que haya sub-registro.*

*A nivel mundial, representa el 50% de todas las muertes violentas notificadas en los hombres, y el 71% en las mujeres. Como es bien sabido, hay muchos m3s intentos de suicidio que suicidios logrados y, como un intento previo es el factor de riesgo m3s importante de suicidio en la poblaci3n general, se comprende que las proporciones crecientes de suicidios consumados aumenta dram3ticamente.*

*Las tasas de suicidio son m3s elevadas en las personas de 70 a3os o m3s, en ambos sexos y en casi todas las regiones del mundo. A nivel mundial el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 a3os. Las cifras difieren seg3n los pa3ses, pero son los de ingresos bajos y medianos los que sobrellevan la mayor parte de la carga mundial del suicidio. En ellos se registra el 75% del total de las v3ctimas.*

*Como lo se3ala D3vora Kestel, Jefa de la Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias de la Organizaci3n Panamericana de la Salud (OPS/OMS) "las tasas, las caracter3sticas y los m3todos del comportamiento suicida var3an mucho entre diferentes comunidades, grupos poblacionales y a trav3s del tiempo. En consecuencia, la vigilancia actualizada de los suicidios y de los intentos de suicidio es un componente esencial de las actividades nacionales y locales de prevenci3n" [...] "... la elaboraci3n y aplicaci3n de programas apropiados de prevenci3n del suicidio para una comunidad o un pa3s requiere de una comprensi3n de las limitaciones de la informaci3n disponible y del compromiso para mejorar la calidad de los datos. As3 se podr3 reflejar con mayor precisi3n la eficacia de las intervenciones espec3ficas en las evaluaciones a realizarse".*

*En su m3s reciente Plan Estrat3gico (2014-2019), la OPS/OMS incluy3 la mortalidad por suicidio como uno de los indicadores de impacto a evaluar en nuestra regi3n; es urgente que en la Argentina se implementen las pol3ticas adecuadas para enfrentar esta urgencia en la Salud P3blica. ■*

*Juan Carlos Stagnaro*

## **REGLAMENTO DE PUBLICACIONES**

*Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio [www.editorialpolemos.com.ar](http://www.editorialpolemos.com.ar)*

## **MÉTODO DE ARBITRAJE**

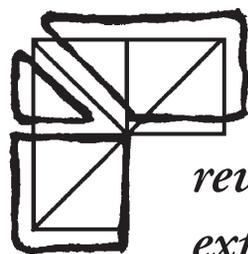
*Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando hay discrepancias entre ambos árbitros, se solicita la opinión de un tercero. Si la opinión de los árbitros los exige, se pueden solicitar modificaciones al manuscrito enviado, en cuyo caso la aceptación definitiva del trabajo está supeditada a la realización de los cambios solicitados. Cuando las discrepancias entre los árbitros resultan irreconciliables, el Director de VERTEX toma la decisión final acerca de la publicación o rechazo del manuscrito.*

## **TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2017**

---

***Vertex 131 / Enero - Febrero  
URGENCIAS EN PSIQUIATRÍA  
INFANTO-JUVENIL***

***Vertex 132 / Marzo-Abril  
EXPERIENCIAS CLÍNICAS***



*revista de  
experiencias  
clínicas y neurociencias*



# Utilidad de los inventarios SCL-90-R y SIMS en la detección de simulación de trastornos mentales en el entorno laboral

**Ulises Ezequiel Loskin**

*Médico especialista en Psiquiatría  
Psiquiatra Policía del Chubut  
Miembro del Instituto de Neurociencias Patagónico (INPAT)  
E-mail: dr.loskin@gmail.com*

**Matías Salvador Bertone**

*Neuropsicólogo. Dr. en Neurociencias  
Director académico del Buró Internacional de  
Neurociencia Cognitiva Aplicada (BINCA)*

**Joaquín López Regueira**

*Médico Psiquiatra  
Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA)  
Ministerio de Justicia y DD.HH.*

---

## Resumen

Los trastornos mentales son causa común de baja laboral. Esta situación provoca una disminución de la productividad junto con una elevación de los costes y puede derivar en otros conflictos que repercutan negativamente en el clima laboral. El objeto de esta investigación fue describir una serie de 89 casos sujetos a evaluación psiquiátrica por encontrarse usufructuando licencia médica psiquiátrica y/o psicológica, y poner a prueba la validez convergente de las escalas "Total de Síntomas Positivos" (PST) e "Índice de Malestar Positivo" (PSDI) del Inventario de Síntomas SCL-90-R, con el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS). Tomando como punto de corte un puntaje superior a 16 puntos en el inventario SIMS se exploró si las escalas PST y PSDI del inventario SCL-90-R presentaban medias diferentes entre los "Probables simuladores" y los "No simuladores". Sobre el total de los casos evaluados se objetivaron 66 casos de probable simulación de trastornos mentales, siendo las medias halladas, diferentes (77,02 para el caso de PST y 2,71 para PSDI). Las pruebas de correlación estadística permitieron objetivar validez convergente y significación estadística entre las Escalas PSDI y PST del inventario SCL-90-R y el Inventario SIMS, siendo mayor para la escala PSDI (0,617) en relación a PST (0,413) Rho de Spearman.

Los resultados obtenidos permiten sostener la utilidad de ambos instrumentos para evaluar simulación de trastornos mentales en sujetos que se encuentran usufructuando licencia por enfermedad secundaria a algún trastorno mental.

**Palabras clave:** Escala de síntomas - Simulación de trastornos mentales - Evaluación psiquiátrica laboral - SIMS.

**Abstract**

Mental illness is a common cause of work leave. This situation has a negative impact on labor productivity and costs, and may contribute to conflicts affecting workplace environment. The purpose of this investigation is to describe the evaluation results of a total of 89 cases on sick leave for psychological and psychiatric reasons, and to test the convergent validity of scales in the "Positive Symptom Total" (PST) and Positive Symptom Distress" (PSDI) of the Symptom Checklist Revised (SCL-90-R) by means of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS).

Taking a score higher than 16 in the SIMS as the cut-off point, the analysis focused on whether PST and PSDI scales presented differences in average between malingers and non-malingers. From the total number of cases, 66 were found to be likely cases of malingered mental illness, with different averages in PST (77.02) and PSDI (2.71). Statistical correlation tests allowed to objectify convergent validity and statistical significance between the PSDI and PST scales of the inventory SCL-90-R and the SIMS inventory, with a higher average in PSDI scale (0.617) as compared with PST scale (0.413) in Spearman's rho. The results of the investigation confirm the usefulness of both instruments for the assessment of mental illness malingering in employers on sick leave due to mental disorders.

**Keywords:** Symptoms scale - Mental illness malingering - Workplace psychiatric evaluation - SIMS - SCL-90-R.

**Introducción**

Los trastornos mentales son una de las principales causas de discapacidad (1), de baja laboral y de gasto al sistema sanitario público (2). Su diagnóstico preciso, por lo tanto, es indispensable, no sólo a los efectos terapéuticos sino, también, a los efectos administrativos y de justicia en el ámbito laboral y previsional.-

La precisión diagnóstica está desafiada por varias razones, entre las que se destacan la presentación sintomática fingida y las imperfecciones del método diagnóstico.

Diversos estudios han demostrado que un gran número de trastornos psicopatológicos pueden ser fingidos y simulados, incluidos la depresión mayor, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de ansiedad generalizada (3, 4, 5). La prevalencia de la simulación de trastorno de estrés postraumático ha sido estimada entre el 20 a 30 % en veteranos de guerra que buscan compensaciones económicas por su enfermedad (6) y hasta en el 50% en otras muestras (7, 8). Otros trastornos como la depresión (9, 10), los trastornos por dolor o somatizaciones (11) suelen reportarse en situaciones donde el empleado busca obtener alguna compensación económica por daños. Por su parte, la vulnerabilidad de las pruebas utilizadas para medir y objetivar el fingimiento o la exageración de síntomas, ha sido documentada en diversos estudios (12, 13). Al respecto, si bien siguen siendo escasos los recursos, métodos y protocolos estandarizados para detectar la simulación y validez de los síntomas en los trastornos emocionales y afectivos cabe destacar que algunos estudios avanzaron en el camino del conocimiento de esta problemática (14, 15, 16, 17).

A nivel local, en Argentina, se cuenta con un estudio realizado por investigadores de la Universidad Nacional de La Plata, en docentes de la Provincia de Buenos Aires que se encontraban de licencia médica por padecer algún trastorno psiquiátrico y que evidenció la complejidad y dificultades que se presentan a la hora de realizar este tipo de evaluaciones (18).

Entre la variedad instrumentos existentes para detectar simulación, el Inventario Estructurado de Simulación

de Síntomas (SIMS, del inglés Structured Inventory of Malingered Symptomatology) ha mostrado su utilidad para la detección de fingimiento de enfermedad mental ya que indaga específicamente sobre alteraciones que normalmente son causa de justificación para el reposo laboral (19). Si bien no existen estudios que hayan validado el uso del inventario SIMS en la población argentina, existe una versión traducida al español y validada en la población española (20).

Por otro lado el inventario SCL-90-R (21) y en particular sus escalas de validez aportan datos que podrían utilizarse para detectar probables simuladores de trastornos mentales. En Argentina el inventario SCL-90-R fue validado y se obtuvieron los datos normativos para la interpretación de los resultados aplicables a la población local (22).

Teniendo en cuenta el escaso número de investigaciones locales sobre simulación de trastornos mentales en el ámbito laboral y que los inventarios SCL-90-R y SIMS podrían ser de utilidad para detectar el fingimiento, se realizó el presente estudio para describir una serie de casos evaluados sistemáticamente con tales instrumentos y poner a prueba su validez convergente.

**Método**

El estudio tuvo un diseño descriptivo de serie de casos e instrumental a los efectos de poner a prueba la validez convergente de dos instrumentos.

**Población de estudio**

La serie de casos estuvo conformada por 89 sujetos evaluados consecutivamente en las ciudades de Capital Federal, Gran Buenos Aires, Trelew y Rawson durante el período agosto - noviembre del año 2015. Las evaluaciones se realizaron en el contexto de evaluaciones medico laborales en diferentes instituciones públicas y privadas, bajo el requerimiento de contralor, acorde a lo establecido en la ley de contratos de trabajo (Ley Nº 20.744).

## Procedimiento e instrumentos

Las evaluaciones se llevaron a cabo por profesionales médicos psiquiatras, psicólogos y neuropsicólogos con experiencia en evaluaciones neurocognitivas y laborales. Todas las personas incluidas en el estudio fueron evaluadas mediante el empleo de los inventarios SIMS (20) y SCL-90-R (21).

El inventario SIMS contiene una lista de 75 síntomas inverosímiles o declaraciones que han de ser contestadas como verdadero o falso. En el estudio aquí presentado fueron utilizadas cinco escalas del inventario: síntomas psicóticos (SIMSPs), deterioro neurológico (SIMSDn), amnesia (SIMSAf), coeficiente intelectual (SIMSCi) y afectividad (SIMSAf) (20).

El SCL-90-R valora la presencia de 90 síntomas y determina su intensidad en una escala que va desde la ausencia total 0 hasta la máxima intensidad 4. Cuenta con 3 niveles de información diferenciados: 3 índices globales, 9 dimensiones sintomáticas primarias de salud mental y 1 nivel de síntomas discretos (21).

## Estadísticas

Además de las descripciones con medidas de tendencia central y dispersión, se calculó la correlación no paramétrica -Rho de Spearman- entre dos escalas correspondientes a los índices globales, específicamente el Total de Síntomas Positivos (PST; del original en inglés Positive Symptoms Total) y el Índice de Malestar Positivo (PSDI; del original en inglés Positive Symptoms Distress) del inventario SCL-90-R, con los resultados obtenidos en el inventario SIMS.

## Consideraciones éticas

Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. Del mismo modo, declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio. Este trabajo ha sido revisado y aprobado por un Comité de Ética Independiente (C.E.I) del centro de estudios en Neurociencia Cognitiva Aplicada SERES.

## Resultados

La población en estudio estuvo conformada por 89 sujetos, 38 masculinos (42,7%) y 51 (57,3%) femeninos, de entre 22 y 54 años de edad ( $\bar{X}$ =34,74). Setenta y cuatro (83,1%) eran trabajadores del ámbito privado y 15 (16,9%) del ámbito público; todos empleados con una antigüedad de entre 1 y 28 años ( $\bar{X}$ =9,24), que se encontraban usufructuando licencia médica laboral de entre 0 y 12 meses ( $\bar{X}$ =2,30).

En cuanto a los diagnósticos de los certificados presentados, con el fin de facilitar su análisis estos fueron agrupados en cuatro grupos diferentes acorde a las clasificaciones internacionales del CIE-10 OMS: 1) F40 a F49 CIE-10 OMS, donde se incluyeron los trastornos de ansiedad y/o asociados; 2) F30 a F39 CIE-10 OMS, trastornos afectivos y del humor. 3) F10 a F19 CIE-10 OMS, trastornos asociados al consumo y 4) Otros, donde se incluyeron otra clase de diagnósticos expresados. La distribución se exhibe en Tabla 1.

**Tabla 1.** Características demográficas laborales y clínicas de la población en estudio

		N	%
<b>Edad</b>	<20	0	0
	20-30	30	33,7
	31-40	40	44,9
	41-50	17	19,1
	>50	2	2,2
<b>Sexo</b>	Hombre	38	42,7
	Mujer	51	57,3
	Total	89	100
<b>Empleador</b>	Privado	74	83,1
	Público	15	16,9
	Total	89	100
<b>Antigüedad en el trabajo (en años)</b>	<1	0	0
	1 a 5	28	31,4
	6 a 10	34	38,2
	11 a 20	23	25,8
	>20	4	4,49
<b>Duración de la licencia (en meses)</b>	<1	21	23,5
	1 a 4	52	58,4
	5 a 8	15	16,8
	9 a 12	1	1,1
	>12	0	0
<b>Diagnóstico del certificado</b>	1) F40 – F49 CIE-10 OMS	63	70,8
	2) F30 – F39 CIE-10 OMS	21	23,6
	3) F10 – F19 CIE-10 OMS	3	3,4
	4) Otros	2	2,2
	Total	89	10

**Nota:** 1) F40 a F49 CIE-10 OMS, donde se incluyeron los trastornos de ansiedad y/o asociados; 2) F30 a F39 CIE-10 OMS, trastornos afectivos y del humor. 3) F10 a F19 CIE-10 OMS, trastornos asociados al consumo y 4) Otros, donde se incluyeron otra clase de diagnósticos expresados.

Las pruebas de correlación estadística permitieron objetivar la existencia de validez convergente y significación estadística entre las Escalas PSDI y PST del inventario SCL-90-R y el Inventario SIMS, siendo mayor para la escala PSDI ( $r= 0,617$ ) en relación a PST ( $r=0,413$ ).

Las correlaciones mayores se verificaron entre las escalas SIMSAm y SIMSAf del inventario SIMS con la escala PSDI del inventario SCL-90-R y entre las escalas SIMSPs y SIMSDn con la escala PST (Tabla 2).

**Tabla 2.** Correlación de las escalas PST y PSDI del Inventario SCL-90-R con las sub escalas del Inventario SIMS

	SCL-90-R (PST) <sup>a</sup>	SCL-90-R (PSDI) <sup>b</sup>
	<i>r</i>	<i>r</i>
SIMS Total	0,413**	0,617**
SIMS Amnesia (SIMSAm)	0,291**	0,581**
SIMS Afectividad (SIMSAf)	0,364**	0,564**
SIMS Deterioro Neurológico (SIMSDn)	0,397**	0,485**
SIMS Síntomas Psicóticos (SIMSPs)	0,407**	0,456**
SIMS Cociente Intelectual (SIMSCi)	0,137	0,302**

**Nota:** *r* = Rho de Spearman; \*\*: La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); PST: Total de Síntomas Positivos; PSDI: Índice de Malestar Positivo.

Tomando como punto de corte un puntaje superior a 16 puntos en el inventario SIMS se exploró si las escalas PST y PSDI del inventario SCL-90-R presentaban medias diferentes, entre los “Probables simuladores y los “no simuladores”. Los resultados permitieron identificar 66 casos de probables simuladores sobre el total de 89 casos estudiados. Siendo las medias halladas diferentes (77,02 para el caso de PST y 2,71 para PSDI) (Tabla 3), se contrastaron las medias de las escalas PST y PSDI en los grupos “No simulador” y “Probable simulador” encontrándose diferencias con significación estadística (U de Mann-Whitney 499;  $p = .01$  y 237;  $p < .001$  respectivamente).

**Tabla 3.** Puntuaciones del Inventario SCL-90-R en no simuladores y probables simuladores

	PST simulador >16	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
<b>PST<sup>a</sup></b>	No simulador	23	54,78	29,945	6,244
	Probable simulador	66	77,02	13,877	1,708
<b>PSDI<sup>b</sup></b>	No simulador	23	1,86	0,645	0,135
	Probable simulador	66	2,71	0,507	0,06

**Nota:** PST: Total de Síntomas Positivos; PSDI: Índice de Malestar Positivo.

El conjunto de la evaluación semiológica y la aplicación de los instrumentos descriptos anteriormente, permitió arribar a los motivos reales de toma de licencia, los cuales fueron agrupados como, licencia genuina, aquellos donde la licencia se correspondía con un trastorno mental per-se y licencia no genuina, la cual se encontraba motivada por otras causas, que se subdividieron a su vez en problemas de relación en el ámbito laboral, cambio de puesto de trabajo, cambio de sucursal y/o lugar de trabajo, otros problemas médicos, trastornos familiares o del grupo primario de apoyo y por motivos desconocidos (Tabla 4).

**Tabla 4.** Conclusiones profesionales sobre motivo real de la licencia

	N	%
<b>Genuina</b>		
- Trastorno Psiquiátrico per-se	11	12,4
<b>No Genuina</b>		
- Problemas de relación en ámbito laboral	46	51,7
- Cambio de puesto de trabajo	12	13,5
- Cambio sucursal/lugar de trabajo	6	6,7
- Otros problemas médicos	1	1,1
- Problemas Familiares	8	9,0
- Desconocido	5	5,6
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

**Discusión**

Uno de los objetivos de esta investigación fue describir una serie de 89 casos, sujetos a evaluación psiquiátrica por encontrarse usufructuando licencia médica psiquiátrica y/o psicológica. Los sujetos fueron evaluados mediante entrevista clínica semiestructurada y la administración de instrumentos, el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) e Inventario de Síntomas SCL-90-R. El otro objetivo del estudio fue poner a prueba aspectos psicométricos, explorando la validez convergente de las escalas “Total de Síntomas

Positivos" (PST) e "Índice de Malestar Positivo" (PSDI) del Inventario de Síntomas SCL-90-R, con la versión española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) y determinar la utilidad de dichos instrumentos en la detección de probables simuladores de trastornos mentales.

Las licencias presentadas argumentaban trastornos de ansiedad y asociados (70,8%); trastornos afectivos y del humor (23,6%); trastornos asociados al consumo de bebidas alcohólicas y otros (3,4%); otros (2,2%) como justificativo del ausentismo laboral. Las evaluaciones administradas permitieron concluir los motivos reales de la misma siendo los más frecuentes los problemas de relación en el ámbito laboral (51,7%) y cambio de puesto de trabajo (13,5%) seguidos por los trastornos mentales per-se (12,4%) recién en tercer lugar. Se observó que en gran parte de los casos la indicación de licencia, la misma se encontraba fundada en una valoración sintomática, confundiendo el sufrimiento con enfermedad.

Los inventarios SCL-90-R y SIMS demostraron utilidad para evaluar simulación de trastornos mentales y más allá de la correlación estadísticamente significativa entre las escalas de PST y PSDI del inventario SCL-90-R y la puntuación total del SIMS, los resultados parecen indicar que la puntuación total del inventario SIMS es la que permite una mejor discriminación de los casos de simuladores de los no simuladores.

Los resultados obtenidos permitieron sostener la existencia de validez convergente entre las Escalas PSDI y PST del inventario SCL-90-R y el Inventario SIMS, siendo mayor para la escala PSDI (0,617) en relación a PST (0,413). Esta circunstancia amplía el uso y utilidad del inventario SCL-90-R, dado que sería útil, para detectar simulación, circunstancia para la que no fuera originalmente diseñado.

Si bien la evaluación clínica realizada por un profesional idóneo es imprescindible, estos instrumentos evaluados, serían de utilidad para arribar a un diagnóstico correcto, ratificar o rectificar la impresión clínica o en su defecto, brindar indicios sobre la problemática que presente el evaluado. Asimismo poder contar con instrumentos que sirvan para detectar simulación resulta ser de suma importancia considerando que en muchos casos la licencia laboral, las discrepancias entre el profesional que la otorga y el que ejerce el contralor médico pueden terminar en conflictos legales donde el instrumento será de mayor utilidad aportando datos objetivos, con validez clínica comprobada.

Los resultados obtenidos en este estudio en relación al SIMS también respaldan las recomendaciones dadas por los autores originales de utilizar la puntuación total como mejor indicador de la sospecha de simulación y considerar la información de las escalas de forma secundaria para ver qué posibles áreas de sintomatología pueden estar simulándose (23). De todos modos, es interesante señalar que las escalas (deterioro neurológico, trastornos amnésicos y trastornos afectivos) han sido las

que sistemáticamente se han mostrado más útiles en la detección de simulación en el campo de los trastornos ansiosos y depresivos en la literatura científica, tanto en estudios análogos (24), como en grupos diagnósticos (25, 26). De esta forma, los datos obtenidos indican que los probables simuladores tenderían a presentar síntomas atípicos en todas las escalas, pero particularmente en la que indaga trastornos afectivos. Esto concuerda con los certificados presentados, que en su mayoría incluían diagnósticos de ansiedad o trastornos de ánimo.

En cuanto al análisis de los resultados obtenidos en el inventario SCL-R-90, los hallazgos permiten proponer una nueva forma de utilización e interpretación de las pruebas, vinculada a la discriminación de casos de simulación en licencias laborales de causas psicopatológica. Este inventario ya ha sido reconocido por su utilidad para el diagnóstico sintomatológico y, a la luz de estos hallazgos, podría empezar a aplicarse como un instrumento complementario para la evaluación de licencias laborales.

Siempre resultará conveniente que el diagnóstico de simulación no surja de un hallazgo aislado, sino que integre información recurrente que provenga de diversas fuentes como los datos recabados de la entrevista, información brindada por el empleador, compañeros de trabajo, test de personalidad o neurocognitivos y en la medida de lo posible, más de una prueba que valore las actitudes de fingimiento o simulación.

A pesar de no haber sido cuantificado en este estudio, se han podido aislar algunos datos de interés surgidos de la entrevista que resultaban ser denominadores comunes en los casos de simulación, como actitudes reivindicativas (reclamos de diversa índole a la empresa), la elección de profesionales por fuera de las cartillas de prestadores de obra social o prepaga, la falta de tratamiento psicológico, pobre evolución terapéutica, recaídas vinculadas a las citaciones de la empresa, falta de precisión sobre la medicación que se les indicó o su forma de administración, imprecisión en la descripción sintomática o descripción de los síntomas en forma enumerada o técnica, que configuran una motivante heurística.

En cuanto a las limitaciones, no puede obviarse el tamaño de la muestra, que no ha sido utilizado el total de los datos aportados por el inventario SCL-90-R y la falta de validación del inventario SIMS con la población Argentina, siendo imprescindible más investigaciones a futuro a para aportar conocimiento y luz a un tema tan controvertido como el usufructo de licencia laboral por trastornos psiquiátricos.

## Agradecimientos

Al Prof. Dr. Jorge Oscar Folino y Prof. Dr. Jorge Luis Castillo por las críticas y sugerencias.

## Conflictos de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses. ■

## Referencias bibliográficas

1. Ustun TB, Rehm J, Chatterji S, Saxena S, Trotter R, Room R, WHO/NIH Study Group. Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. *Lancet* 1999, 354:111-115.
2. López Bastida J, Serrano Aguilar P, Duque González B. Costes socioeconómicos de las enfermedades mentales en las Islas Canarias en 2002. *Atención Primaria* 2002, 34:32-38.
3. Lees-Haley PR, Dunn J. The ability of naïve subjects to report symptoms of mild brain injury, post-traumatic stress disorder, major depression, and generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology* 1994, 50:252-256.
4. Baity MR, Siefert JF, Chambers A, Blais M. Deceptiveness on the PAI: a study of naïve faking with psychiatric inpatients. *Journal of Personality Assessment* 2007, 88:16-24.
5. Bowen C, Bryant RA, Malingering posttraumatic stress on the Personality Assessment Inventory. *International Journal of Forensic Psychology* 2006, 1:22-28.
6. Frueh BC, Gold PB, de Arellano MA. Symptom over reporting in combat veterans evaluated for PTSD: differentiation on the basis of compensation seeking status. *Journal of Personality Assessment* 1997, 68:369-384.
7. Hall RCW, Hall RCW. Malingering of PTSD: forensic and diagnostic considerations, characteristics of malingerers and clinical presentations. *General Hospital Psychiatry* 2006, 28:525-535.
8. Hall RCW, Hall RCW. Detection of malingered PTSD: an overview of clinical, psychometric, and physiological assessment: where do we stand? *Journal of Forensic Sciences* 2007, 52:717-725.
9. Repko GR, Cooper R. A study of the average workers' compensation case. *Journal of Clinical Psychology* 1983, 39:287-295.
10. Lees-Haley, PR. MMPI-2 base rates for 492 personal injury plaintiffs: Implications and challenges for forensic assessment. *Journal of Clinical Psychology* 1997, 53:745-755.
11. McGuire BE, Shores EA. Simulated pain on the Symptom Checklist 90-revised. *Journal of Clinical Psychology* 2001, 57:1589-1596.
12. Larrabee GJ. Detection of malingering using atypical performance patterns on standard neuropsychological tests. *The Clinical Neuropsychologist* 2003, 17:410-425.
13. Bagby R, Nicholson R, Bacchiochi J, Ryder A, Bury A. The predictive capacity of the MMPI-2 and the PAI validity scales and indexes to detect coached and uncoached feigning. *Journal of Personality Assessment* 2002, 78:69-86.
14. González Ordi H, Capilla Ramírez P, Casado Morales MI. Trastornos por ansiedad. En: González Ordi H, Santamaría P y Capilla Ramírez P. Estrategias de detección de la simulación. Madrid: TEA Ediciones; 2012, p. 461-504.
15. González Ordi H, Santamaría P, Capilla Ramírez P. La simulación como estilo de respuesta. En: González Ordi H, Santamaría P y Capilla Ramírez P. Estrategias de detección de la simulación. Madrid: TEA Ediciones; 2012, p.19-64.
16. Bertone MS, Ortiz Lugo ME, Muniello J, Marquez E, López P. Detección de la Simulación de Enfermedad Mental dentro del ámbito penitenciario mediante el Protocolo de Evaluación de Simulación (PES). *Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias* 2012, 12:109-128.
17. Blasco Saiza JL, Pallardó Durá L. Detección de exageración de síntomas mediante el SIMS y el MMPI-2-RF en pacientes diagnosticados de trastorno mixto ansioso-depresivo y adaptativo en el contexto médico legal: un estudio preliminar. *Clínica y Salud* 2013, 24:177-183.
18. Kuczynski M, Rodriguez Maria C, Wiese R, et al. La evaluación de trastornos mentales y capacidad laboral en juntas psiquiátricas. *VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría* 2011, Vo.XXII: 11 - 18.
19. Smith GP, Burger GK. Detection of malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of the American Academy on Psychiatry and Law* 1997, 25:180-183.
20. González Ordi H, Santamaría P. (2009). Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas. Madrid: TEA Ediciones.
21. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90-R: an outpatient psychiatric rating scale preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 1973, 9:13-28.
22. Casullo MM, Castro Solano A. Síntomas psicopatológicos en estudiantes adolescentes argentinos. *Anuario de Investigaciones* 1999, 7:147-157.
23. Clegg C, Fremouw W, Mogge NL. Utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) and the Assessment of Depression Inventory (ADI) in screening for malingering among outpatients seeking to claim disability. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2009, 20:239-254.
24. Cima M, Hollnack S, Kremer K, Knauer E, Schellbach-Matties R, Klein B. Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome. *Der Nervenarzt* 2003, 74:977-986.
25. Edens JF, Otto RK, Dwyer T. Utility of the structured inventory of malingered symptomatology in identifying persons motivated to malingering psychopathology. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 1999, 27:387-396.
26. Alwes YR, Clark J, Berry DTR, Granacher R. Screening for feigning in a civil forensic setting. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 2008, 30(2):133-140.

# Los psiquiatras argentinos y la investigación. Encuesta sobre conocimiento, actitudes y prácticas

## **Diana Milena Berrío Cuartas**

*Médica Psiquiatra (APSA), Hospital Británico de Buenos Aires, Instituto Frenopático de Buenos Aires.  
Miembro del Capítulo de Psiquiatras en Formación*

## **Viviana A. Peskin**

*Médica Especialista en Psiquiatría, UBA. Capítulos Psiquiatras en Formación e Investigación en Psiquiatría, APSA  
E-mail: vpeskin@gmail.com*

## **Graciela Onofrio**

*Médica Psiquiatra y Psicoanalista  
Miembro Fundador del Capítulo de Investigación en Psiquiatría de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA)  
Prof. Titular del Depto. Académico de Ciencias Humanas del Instituto Universitario del Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina  
E-mail: graciela.onofrio@gmail.com*

## **Daniel Serrani**

*Médico Psiquiatra y Geriatra universitarios  
Doctor en Psicología, Mg. en Salud Mental, docente investigador UNR, Docente U. Maimónides, U. Waterloo associated researcher*

## **Oscar Maximiliano Cesoni**

*Médico Especialista en Psiquiatría, Hospital José T. Borda.  
Presidente del Capítulo Psiquiatras en Formación, APSA*

## **Claudia Inés Villafañe**

*Médica Psiquiatra (APSA). Mg. en Salud Mental (UNER). Jefa de Departamento de Salud Mental  
del Hospital Regional de Río Gallegos, Pcia. de Santa Cruz, Argentina*

---

### **Resumen**

La investigación en el campo de la Salud Mental es fundamental no sólo en los ámbitos académicos sino también asistenciales. Conocer las actitudes, conocimientos y prácticas en investigación de los psiquiatras permite pensar en intervenciones para fomentar su participación. Con el objetivo de explorar la situación de la investigación en Psiquiatría en la Argentina, se realizó un estudio de corte transversal, descriptivo, en el periodo de mayo - agosto de 2014 a partir de una encuesta de 26 preguntas en formato digital e impreso, anónima y voluntaria dirigida a los médicos psiquiatras y en formación de diferentes centros.

Participaron 378 psiquiatras de todo el país. Entre los datos más relevantes encontramos que 97.2 % considera importante incluir la investigación en su formación como psiquiatras, 46.4% maneja alguna base de datos y 68.8% ha presentado un trabajo en alguna actividad académica. 88.5% considera deficiente la investigación en Argentina.

**Palabras clave:** Educación en salud mental - Investigación clínica – Investigación.

ARGENTINEAN PSYCHIATRISTS AND RESEARCH. SURVEY ON KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES

**Abstract** Research in the Mental Health field is essential not only in the academic area, but also in the patient care setting. Knowing the attitudes, knowledge and practices in research among psychiatrists allow for the design of interventions to promote their participation. The aim of this study is to explore the current situation of research among psychiatrists in Argentina. A cross sectional 26-question survey was applied between May-August 2014, anonymous and voluntary among psychiatrists and psychiatrists in training in different centers. 378 psychiatrists participated from different centers in Argentina. Among the most relevant results, 97.2% considers it's important to include research in their training as psychiatrists, 46.4% has knowledge about database use and 68.8% has presented work in an academic setting. 88.5% believes research in Argentina is deficient.

**Keywords:** Mental Health education - Clinical research – Research.

## Introducción

La investigación en el campo de la Medicina es un componente importante en la formación profesional actual. Constituye uno de los puntos esenciales para mejorar los índices de salud poblacional, además de representar un área indispensable para organizar y afianzar los conocimientos que se producen en el campo asistencial (1).

A partir de 1950, la educación médica en Latinoamérica siguió los lineamientos planteados por Abraham Flexner en 1910. Uno de ellos postulaba que la Medicina debía tener la labor de capacitar a sus estudiantes en “técnicas intelectuales de la ciencia inductiva” (2). La teoría flexneriana fue la base para el paradigma hegemónico global en términos de salud y el desarrollo de currículos académicos de las escuelas de medicina latinoamericanas (3, 4).

En los años sesenta y de la mano de la corriente funcionalista, se propuso un modelo epistemológico “crítico”, que reconoció la importancia de incorporar aspectos teóricos de las ciencias sociales a la enseñanza de la Medicina. En el modelo crítico se pretende repensar los conocimientos dados y no tomarlos como verdaderos e indiscutibles sino sujetos al contexto en el cual se generan, y revalorizar la Medicina preventiva (2). Relacionado con el paradigma crítico, para poder leer concienzudamente las indicaciones que aportan las guías internacionales y los artículos publicados, se requiere formación en el área de investigación (5). En las últimas décadas los sistemas de educación superior en Latinoamérica se han diversificado en cuanto a su organización y calidad (2, 4, 6).

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) ha sido fundamental para la toma de decisiones clínicas consensuadas en el ámbito científico y el soporte de los tratamientos indicados (7, 8, 9). Para la MBE el conocimiento psicopatológico y la experiencia clínica pueden ser imprecisos para las decisiones en la práctica clínica. Establece como necesaria la búsqueda de la “mejor evidencia disponible” en la literatura científica (7, 8). Saber leer los resultados garantiza una toma de decisiones más responsable. En este sentido, en un artículo publicado en el año 2008, *Conocimientos, actitudes y prácticas en investigación de los estudiantes de pregrado de facultades de medicina del Perú* se plantea: “Sin inversión en educación y en investigación cualquier país se desliza progresivamente al subdesarrollo. Las universidades pierden gradualmente su competitividad y los profesionales se convierten en meros repetidores de conocimientos generados por los países desarrollados” (10).

Desde la Primera Conferencia de Trabajo sobre Salud Mental en las Américas realizada en 1967 se recomendó la realización regional de investigaciones aplicadas en Psiquiatría general, Psiquiatría social y transcultural (11). Una de las perspectivas más importantes consideradas por los expertos en cuanto a la investigación en Psiquiatría para 1975 era: “estudiar la realidad Latinoamericana y, de esa manera, estar en condiciones

para servir a nuestros pueblos de una manera lógica y bien organizada” (11). Perspectiva que no ha cambiado en la actualidad, pero que aún no ha logrado establecer un buen panorama en cuanto a educación para investigar e interés en propiciar los recursos específicos en cada región para desarrollar tareas en investigación (6).

En una conferencia en el XXIII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría en Uruguay (2004), Alarcón afirma que los problemas que afronta la Psiquiatría en América Latina no son diferentes de los del resto de la Medicina en este continente, identifica problemas en el área de la investigación como la falta de recursos, de comunicación y de trabajo en equipo, además de la escasa difusión de los hallazgos en medios consistentes y confiables de literatura científica mundial (12).

En una serie de publicaciones locales sobre el perfil de la investigación Médica en Latinoamérica (6, 13) se afirma que aproximadamente dos tercios de los profesionales de la salud no realizan tareas de investigación. Entre las razones para ello se enumeran escasez de tiempo, carencia de formación metodológica y ausencia de apoyo institucional (14, 15, 16). Argentina aparece en un importante lugar en el escenario de la investigación en Latinoamérica (3, 13, 14), se encuentra en tercer lugar de recursos en cuanto a investigadores preparados en ciencia básica, y es el segundo país con más publicaciones indexadas en el ámbito de salud mental de la región (3, 17, 18).

Existe evidencia de que aquellos hospitales que presentan mayor actividad académica (docencia, investigación) brindan mejor atención a sus pacientes y obtienen mejores resultados en sus prácticas profesionales (19). Debido a la escasez de estudios sistemáticos referidos al interés en investigación entre psiquiatras graduados y en formación en Argentina, se llevó a cabo una encuesta acerca de este tema durante el año 2014, por parte de investigadores del Capítulo de Investigación en Psiquiatría de la Asociación de Psiquiatras Argentinos. Debido a la aplicación de una primera encuesta en psiquiatras en formación (20) surgió la necesidad de explorar el tema en psiquiatras con más años de ejercicio profesional. Se diseñó y aplicó una nueva encuesta ampliando la muestra y el número de tópicos en torno a las actitudes hacia la investigación, los conocimientos sobre investigación y las prácticas en investigación.

## Materiales y métodos

Estudio poblacional transversal y descriptivo mediante encuesta con muestra de conveniencia (21). Se invitó a completar la encuesta a los 3046 médicos que se encontraban inscriptos en la base de datos de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) (22), donde figuran los afiliados que reciben semanalmente el boletín informativo. La investigación se llevó a cabo en el periodo comprendido entre mayo y agosto de 2014, mediante una encuesta auto administrada distribuida mediante correo electrónico y en papel. Del total, 12.5% aceptaron participar.

Consideraciones éticas: La participación en la encuesta fue voluntaria. Se aseguró en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los participantes, dado que no se registraron datos filiatorios en los resultados de la encuesta. Se añadió un consentimiento informado al comienzo del cuestionario explicando los propósitos del estudio y solicitando su participación. Se obtuvo el permiso para la distribución de la encuesta por parte de la Comisión Directiva de APSA.

## Instrumento

El cuestionario fue diseñado por los autores. El mismo consta de 26 preguntas (algunas dicotómicas, otras de opción múltiple, y otras abiertas) las que fueron elaboradas a partir de la consulta a diversas fuentes (23, 24, 25, 26, 27, 28, 29). El cuestionario está diagramado en varias partes. La primera incluye los datos demográficos de los participantes: edad, género, formación, lugar de recibido, lugar de cursado, lugar de residencia, años de recibido, graduado o en formación, tipo de formación académica (residencia, concurrencia, carrera de especialista).

En la segunda parte se enunciaron las preguntas relativas a las actitudes hacia la investigación se exploró mediante ítems: importancia de la investigación, formación/actualización en investigación y la opinión acerca de la formación en investigación.

En la tercera parte se consideraron las preguntas referidas a los conocimientos sobre investigación con los siguientes ítems: definición de investigación, actualización en psiquiatría y frecuencia de lectura de artículos.

Finalmente en la cuarta parte se evaluaron las prácticas en investigación mediante 5 ítems: rol desempeñado en investigación, financiación de investigación, manejo de base de datos, presentación de trabajos, y escritura para revista con o sin referato.

La legibilidad de las preguntas se exploró con el Índice Flesch-Szigriszt, el Grado en la escala Inflesz (Muy Fácil), la Correlación Word (41.71) y el Índice Fernández-Huertas (85.97) todos los cuales corroboraron que las preguntas eran de fácil lectura y comprensión para un hablante medio.

## Tamaño muestral

El tamaño muestral fue estimado empleando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

Considerando que el valor de N (tamaño de la población) es de 5000 psiquiatras (30), un valor de Z de 1,96 (IC: 95 %), un valor de P 0,5 (es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de

estudio, en este caso al ser desconocida se considera 50%), un valor de q de 0,5 (proporción de individuos que no poseen esa característica), d se considera un error del 5%. Con estos valores obtenemos un tamaño muestral mínimo de 357 encuestados.

## Análisis estadístico

El software utilizado para realizar el análisis estadístico fue SPSS Statistics 22. Se empleó el test de Kolmogorov-Smirnov (KS-test) no paramétrico permitiendo tomar los datos distribuidos en forma normal. Se compararon y cruzaron las respuestas de acuerdo con las variables de género, edad, tipo de formación, mediante test-t de Student no apareado para las variables continuas, chi-cuadrado para variables categóricas, regresión logística y test de V Cramer. Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0.05$ .

## Resultados

Se completaron 378 encuestas. De los entrevistados 204 (54%) eran mujeres y 174 (46%) eran hombres. En la tabla 1 se presentan los datos sociodemográficos de la muestra con una edad media de  $49.52 \pm 13.85$

Dentro de las **actitudes hacia la investigación** 349 encuestados (97.2%) respondió que es importante incluir investigación durante la formación como psiquiatra. Con respecto a la disposición del entrevistado para realizar un curso relacionado con la investigación: 186 (51.4%) respondió que preferiría que este fuera presencial, 146 (40.3%) contestó que sería mejor virtual y 30 (8.3%) que no tenía interés. Para 315 (88.5%) de los encuestados la formación en investigación en Argentina era deficiente, 39 (11.0%) la consideró adecuada y 2 (0.6%) excesiva.

El siguiente ítem evaluado por la encuesta fueron los **conocimientos acerca de la investigación**. Para 306 (83.2%) de los encuestados, investigar es "aplicar un método validado sobre un objeto de conocimiento"; para 261 (70.9%) investigar corresponde a "realizar una investigación en el ámbito clínico" y para 161 (43.8%) es "una revisión bibliográfica de un caso" (La encuesta permitía marcar más de una respuesta).

Respecto a *cómo se actualizan los psiquiatras encuestados* y considerando el total de los encuestados, 322 (89.4%) contestó que leía artículos de revistas, 93 (25.8%), monografías de la industria farmacéutica, 281 (78.1%) que asistía a cursos presenciales y 201 (55.8 %) realizaba cursos virtuales (La encuesta permitía marcar más de una respuesta). Al preguntar: *¿Cuántos artículos académicos relacionados con el ejercicio de la profesión médica lee por mes?* 176 (49.9%) respondió que de 1 a 5 artículos por mes; 162 (45.9%) de 6 a 10 artículos por mes y 15 (4.2%) más de 10 artículos. El tercer ítem de la encuesta corresponde a **Prácticas en investigación** (ver tabla 2).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los participantes

<b>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	<b>N = 378</b>	<b>%</b>
<b>Edad (años) media ± DE (rango)</b>	49.52 ± 13.85	
<b>Género (n/%)</b>		
Femenino	204	54
Masculino	174	46
<b>Formación (n/%)</b>		
Residente	104	32.7
Concurrente	62	19.5
Carrera especialista	77	24.2
Residente y carrera especialista	34	10.7
Concurrente y carrera especialista	41	12.9
<b>Participación en investigación (n/%)</b>		
Participación en investigación como estudiante de medicina	129	36.4
Participación en investigación realizando especialización	120	33.7
Participación en investigación con título de psiquiatra	240	63.5
<b>Ámbito ejercicio (n/%)</b>		
Privado	156	43
Público	50	13.8
Ambos	157	43.2
<b>Lee Inglés</b>	<b>294</b>	<b>77.8</b>

**Tabla 2.** Prácticas en investigación por total de encuestados

<b>PRÁCTICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Rol en investigación</b>		
Colaborador	224	53.7
Principal	145	34.8
Asesor	48	11.5
<b>Si tiene Manejo base de datos</b>	<b>157</b>	<b>46.4</b>
<b>Financiación de investigación</b>		
Con subsidio	69	21.0
Sin subsidio	259	79.0
<b>Presentación trabajo en actividad científica</b>	<b>243</b>	<b>68.8</b>
Nacional	122	49.4
Internacional	12	4.9
Ambas	113	45.7
<b>Escritura para revista</b>	<b>211</b>	<b>59.1</b>
Con referato	131	59.8
Sin referato	88	40.2

Se exploraron distintas asociaciones entre las variables demográficas y las prácticas en investigación. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el hecho de escribir artículos científicos y el género. Los hombres escribieron más artículos científicos que las mujeres. (Pearson  $\chi^2$  (11,759), OR 2.125,  $p$  0.001). En relación a la asociación entre participación en un proyecto de investigación como estudiante de medicina y como psiquiatra la diferencia fue estadísticamente significativa (Pearson  $\chi^2$  (4,908), OR 1,757, Sig 0.027). Aquellos que habían participado como estudiantes lo hicieron en mayor medida como psiquiatras en comparación con los que no habían estado involucrados en investigación durante el pregrado.

Por otro lado, la asociación entre ser investigador principal y manejar bases de datos, o publicar en revista con referato, no dieron diferencias estadísticamente significativas, cuestiones que en apariencia podrían pensarse como vinculadas o su ausencia como limitante para desarrollar proyectos de investigación. Es interesante también que no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el ámbito de ejercicio y la realización de investigación.

Con respecto a la asociación entre años de ejercicio agrupados en intervalos de 10 años (menos de 10 años, 11-20 años, 21-30 años, más de 31 años) y participación en proyecto de investigación como psiquiatra se evidenció que existe una relación directamente proporcional entre ambas variables estadísticamente significativa (Pearson  $\chi^2$ : 49,82, Sig 0,000,  $V$  de Cramer 0,377). A su vez, aquellos participantes con más años de ejercicio profesional refirieron haber publicado más que aquellos con menos años de actividad profesional (Pearson  $\chi^2$ : 78,85, Sig 0,000,  $V$  de Cramer 0,470).

No se observó una diferencia estadísticamente significativa cuando se buscó asociación entre los años de ejercicio y la participación como investigador principal, tampoco hallamos con manejo de base de datos ni conocimiento de idioma inglés.

## Discusión

La carga de enfermedad que generan los trastornos mentales y neurológicos está claramente reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y varios de sus lineamientos apuntan a llamar la atención de los gobiernos en este área (31). Pero la investigación en Salud Mental aún no ha recibido una atención adecuada en comparación con otras áreas de la salud (17, 32, 33). Explorar el interés que tienen los profesionales en la investigación ayuda a pensar su importancia en la práctica clínica y a diseñar estrategias para fomentar su participación (9, 6, 15).

En el presente estudio se evidenció una participación del 63.5% de los encuestados en investigaciones durante su formación como psiquiatras, lo cual representa un incremento notorio respecto a la participación como estudiantes de medicina que fue de 36.4%. En una encuesta previa realizada a psiquiatras en formación en

la Ciudad de Buenos Aires en el 2013 al preguntar por la participación en proyectos de investigación durante la formación como estudiante de Medicina el 43.7% contestó afirmativamente (20). Valores cercanos al 40% se encuentran en ambas encuestas, por lo cual no pareciera haber una diferencia en el porcentaje de estudiantes que participan en investigación a pesar de los distintos momentos históricos.

La mayor parte de los estudios publicados en bases de datos oficiales se ciñen al idioma inglés (8, 34). La habilidad de lectura en idioma inglés es importante en cuanto a la formación y actualización en investigación. Al respecto Marginson, Ordorika, Carnoy en el 2010 dicen: "La mayor parte de las principales revistas académicas se dirigen desde Estados Unidos y muy pocos de sus editores se sienten obligados a tener en cuenta contribuciones que no están escritas en inglés" (34). El 93% de los ensayos clínicos publicados en Latinoamérica y el Caribe son en inglés (35). En la encuesta realizada el 77.8% afirma leer en este idioma, lo cual daría cuenta de la necesidad de manejarlo como herramienta fundamental para estar actualizado, incluso en Argentina.

De los psiquiatras argentinos encuestados para el presente estudio, 97.2 % manifestaron estar de acuerdo sobre la importancia de la investigación en psiquiatría. Por otra parte el 88.5% de la muestra refirió estar en desacuerdo con la calidad de la formación en investigación actual al calificarla como deficiente. Fue menor este porcentaje en la encuesta realizada un año antes entre psiquiatras en formación el 76.6% (20). Esta tendencia decreciente podría estar vinculada con un mayor fomento de la investigación en la actualidad, ya que la encuesta del 2013 sólo incluía médicos actualmente en formación como psiquiatras.

En la presente encuesta ante la pregunta: ¿qué es la investigación? y con tres respuestas posibles no excluyentes el 83.3% dice que es "aplicar un método validado sobre un objeto de conocimiento", para el 71.2% de los encuestados se relaciona a la investigación clínica y para el 43,8% investigar es la revisión bibliográfica de un caso.

Consideramos relevante la inclusión de esta pregunta ya que permite orientarnos sobre el paradigma vigente en salud mental en la Argentina. El hecho de que las tres definiciones hayan sido marcadas por casi la mitad de los encuestados da cuenta de la heterogeneidad formativa en nuestro país, que no necesariamente coincide con los abordajes en salud mental en otros países americanos o incluso en Latinoamérica.

Según Mastandueno, los artículos, productos de la investigación científica tienen algunos problemas que determinan su calidad y por tanto su utilidad; entre ellos se encuentra la formulación inadecuada de la pregunta y los defectos en el diseño del estudio. Lo anterior se suma a que los profesionales de la salud aceptan que no hacen investigación por no saber cómo hacerlo (17.2%), por no tener tiempo (29.4%), por no estar motivados (13.5%) (13). Sin embargo, al explorar en nuestros resultados si había diferencias en el manejo de base de datos,

idioma inglés entre aquellos que investigan y aquellos que no, no encontramos diferencias significativas.

En Argentina las instancias formativas de postgrado son muy variadas; al respecto dice Fliess en su informe sobre las especialidades médicas (2004): “El panorama actual de las especialidades médicas en la Argentina es de una gran heterogeneidad, aunque en los últimos tiempos se ha observado una tendencia a establecer pautas y criterios que permitan consensuar una normatización uniforme” (36). En el presente estudio más del 90% de los encuestados refiere estar totalmente de acuerdo sobre la necesidad de incluir la formación en investigación durante la etapa formativa y la disposición a realizar un curso, ya sea virtual o presencial, en este sentido.

El nivel de citación de una publicación se corresponde con el reconocimiento por parte de la comunidad científica (34). En la presente encuesta 33.7% contestaron que habían realizado algún trabajo de investigación en su formación como psiquiatra. Entre los encuestados 53.7% habían sido colaboradores en una investigación, 34.8% investigadores principales y 11% asesores. El nivel de compromiso del investigador principal es mayor en cuanto a la elección del tema, definición de objetivos y metodología.

Para llegar a publicar en una revista indexada es necesario estar sujeto a correcciones de referatos, lo cual promueve la calidad de las publicaciones finales. Entre los participantes que contestaron haber publicado en una revista, el 59.8% era con referato. En Argentina en psiquiatría son escasas las revistas con exigencia de referato para la publicación y por lo tanto de index internacional.

Es relevante que la Argentina se encuentra entre los países latinoamericanos con mayor inversión en investigación. Las principales fuentes de financiación declaradas por los investigadores de ciencia básica relacionados con salud mental fueron las ONGs y fundaciones, seguidas por las universidades. El 18% de los investigadores declararon tener múltiples fuentes de financiamiento (17). Entre los encuestados en el presente estudio que llevaron a cabo

un trabajo de investigación, 21% contestó haber contado con subsidio y 79% sin subsidio. Sería relevante profundizar los motivos de la falta de subsidio para investigar en Argentina y específicamente en salud mental, teniendo en cuenta la relevante producción.

Una de las limitaciones del presente estudio es el modo en que fue tomada la muestra (de conveniencia). Esto podría introducir un sesgo en los resultados obtenidos, ya que el 12,5% de los psiquiatras argentinos participaron del estudio. Aquellos que se prestaron a participar voluntariamente en la encuesta podrían, por ejemplo, estar más interesados en distintos aspectos de la temática del estudio. Sin embargo, los resultados obtenidos y la relevancia de la investigación en el campo de la salud mental permiten pensar estrategias para fomentar la participación en investigación de los psiquiatras argentinos.

## Conclusiones

Para mejorar la práctica asistencial y el desarrollo académico de nuestra disciplina es importante la labor investigativa. Hay varias instancias formativas para los médicos interesados en la psiquiatría en la Argentina y es importante que la metodología de la investigación sea un área a incluir tanto en los currículos académicos de las especializaciones como en la oferta de distintos postgrados.

Se deben realizar más investigaciones relacionadas con la educación en medicina y psiquiatría. Es importante favorecer espacios de discusión de la literatura científica publicada y el aprendizaje continuo de herramientas para investigar.

## Agradecimientos

Capítulo de Investigación en Psiquiatría de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), Dra. Verónica Mora Dubuc, Dra. Laura Martínez Didolich, Dr. Walter Pereyra. ■

## Referencias bibliográficas

- Core Committee, Institute for International Medical Education. Global minimum essential requirements in medical education. *Med Teach* 2002 Mar;24(2):130-5.
- Borrell Benz RM. La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa. Capítulo 1. Debates y problemas en la educación médica latinoamericana. 1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2005.
- Seguín C A, Mariátegui J. Perspectivas de la investigación psiquiátrica en América latina. Antología de textos clásicos de la psiquiatría latinoamericana. Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales. Guadalajara, Jalisco. México, 1975.
- Pinzón CE. Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. *Acta Médica Colombiana* vol. 33 n° 1 - enero-marzo - 2008, pp. 33-41.
- Flores Fahara M. Implicaciones de los paradigmas de investigación en la práctica educativa. *Revista Digital Universitaria*. 31 de enero 2004. Volumen 5, Número 1, pp 2-9.
- Flichtentrei D. ¿Cómo investigan los médicos en Latinoamérica? Editorial. Abril 2015 / Volumen IV - Número 1.
- Desviat M. "Pros y contras" de la psiquiatría basada en la evidencia. Notas para el debate. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*, Vol. 5, N.º 1, pp. 7 - 15, 2005
- García-Valdecasas Campelo J, Vispe Astola A, Tobías Imbernón C, I Hernández González M. De la (curiosísima) relación entre la Medicina Basada en la Evidencia y la práctica psiquiátrica en nuestro entorno. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* 2009, Vol. XXVIII, n.º 104, pp. 405-421.
- Sanz de la Garza CL. Lectura crítica de artículos científicos. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria* 2005, Vol. 5, N.º 1, pp. 34 - 46.
- Díaz Vélez C, Manrique González L M, Galán Rodas E, Apolaya Segura M. Conocimientos, actitudes y prácticas en investigación de los estudiantes de pregrado de facultades de medicina del Perú. *Acta Med Per* 2008. 25(1).pp. 9-15.
- Primera conferencia de Trabajo sobre la Salud Mental en las Américas. Informe final, Ed. E. B. Brody, Asociación Psiquiátrica América. Washington, 1969.
- Alarcón R. Psiquiatría Latinoamericana: ¿quo vadis? Conferencia Magistral en la Sesión Inaugural del XXIII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, Punta del Este, Uruguay, Noviembre 18, 2004.
- Mastandueno R, Prats M, Enriquez D, Flichtentrei D. Perfil de la investigación médica en Latinoamérica. Vol. 4 / Número 1.
- Hermes-Lima M, Santos NCF, Alencastro ACR, Ferreira ST. Whither Latin America? Trends and Challenges of Science in Latin America. *IUBMB Life* 2007. 59 (4-5):199-210.
- Miyahira Arakaki, JM. La investigación formativa y la formación para la investigación en el pregrado. *Editorial. Rev Med Hered* 2009, 20 (3). pp. 119- 122.
- Houlden RL, Raja JB, Collier CP, Clark AF, Waugh JM. Medical students' perceptions of an undergraduate research elective. *Med Teach*. 2004, Nov;26(7). pp. 659-61.
- Gallo C, Poletti G, Fiestas F, Razzouk D, Mari JJ, Alarcón RD. Investigación en Salud Mental en América Latina y el Caribe: Enfoque en las Ciencias Básicas. *Rev Neuropsiquiatría* 2008, 71(1-4). pp. 65- 74.
- Maceira D, Paraje G, Aramayo F, Duarte Masi S, Sánchez D. Financiamiento público de la investigación en salud en cinco países de América Latina. *Rev Panam Salud Pública* 2010, 27(6).
- Ferrero F, Ossorio MF, Eiguchi K. La investigación científica en las instituciones de salud del gobierno de la ciudad de Buenos Aires. *Medicina (Buenos Aires)* 2013; 73: 443-447.
- Peskin VA, Berrío Cuartas DM, Villafañe CI, Pereyra WD, Martínez Didolich LC, Cesoni OM, Uriarte M. La investigación en psiquiatras en formación de la Ciudad de Buenos Aires. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat* 2015, Vol XXVI. pp. 333-339.
- Montero I, León OG. Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2005, 5. pp. 115-127.
- Asociación de Psiquiatras Argentinos. APSA. [Internet] Disponible en: <http://www.apsa.org.ar/>. Visto el 31/07/2016.
- Vodopivec I, Vujaklija A, Hrabak M, Lukiaë IK, Marušiaë A, Marušiaë M. Knowledge about and attitudes towards science of first year medical students. *Croat Med J* 2002; 43. pp. 58-62.
- Burgoyne LN, O'Flynn S, Boylan GB. Undergraduate medical research: the student perspective. *Med Educ Online* 2010. 15: 5212. pp: 1-10.
- Rosemann T, Szecsenyi J. General practitioners' attitudes towards research in primary care: qualitative results of a cross sectional study. *BMC Fam Pract* 2004, Dec 21;5(1):31. pp: 1-5.
- Chakraborti C, Bourgeois DJ, Gleeson E, Gunderson W. Identifying barriers to successful research during medical school. *Med Educ Devel*. 2012;2(e2). pp. 1-7.
- Gill S, Levin A, Djurdjev O, Yoshida EM. Obstacles to residents' conducting research and predictors of publication. *Acad Med*. 2001 May; 76(5):477.
- Rivera JA, Levine RB, Wright SM. Completing a scholarly project during residency training. Perspectives of residents who have been successful. *J Gen Intern Med* 2005 Apr;20(4). pp. 366-369.
- Laskowitz DT, Drucker RP, Parsonnet J, Cross PC, Gesundheit N. Engaging students in dedicated research and scholarship during medical school: the long-term experiences at Duke and Stanford. *Acad Med* 2010, Mar;85(3). pp. 419-28.
- Guzzo E. Relación estrecha entre los Factores de Riesgo de Suicidio y la Conducta Suicida. En Colección Serie: El Paciente de Máximo Riesgo Psicopatológico. Sociedad Iberoamericana de Información Científica. 2016, pp: 12- 14.
- mhGAP: Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Organización Mundial de la Salud, 2008.
- Caballero P, Yagui M, Espinoza M, Castilla T, Granados A, Velásquez A, Cabezas C. Prioridades regionales y nacionales de investigación en salud, Perú 2010-2014: un proceso con enfoque participativo y descentralista. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2010, 27(3). pp. 398-411.
- Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2005, 18(4/5).
- Marginson S, Ordorika I, Carnoy M. Hegemonía en la era del conocimiento: competencia global en la educación superior y la investigación científica. Primera edición: 2010 D.R. 2010. Universidad Nacional Autónoma de México Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán.
- Revez L, Sangalang S, Glujovsky D, Pinzon CE, Asenjo Lobos C, Cortes M, Cañón M, Bardach A, Bonfill X. Characteristics of Randomized Trials Published in *Latin America and the Caribbean According to Funding Source*. 2013.
- Fliess E. Especialidades médicas reconocidas CONEAU. Ministerio de Salud y Ambiente Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria CONAPRIS. Buenos aires, 2004.

# Propuesta de escalas en población española para adicción a internet

**Gonzalo Ruiz Manrique**

*Médico Psiquiatra. Hospital Universitario  
Fundación Alcorcón, Alcorcón, España. Universidad Rey Juan Carlos  
E-mail: gruizml@gmail.com*

**Kazuhiro Tajima Pozo**

*Médico Psiquiatra. Hospital Universitario  
Fundación Alcorcón, Alcorcón, España*

**Francisco Montañés Rada**

*Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario  
Fundación Alcorcón, Alcorcón, España*

---

## Resumen

El uso de internet y las nuevas tecnologías han generado una vinculación tan estrecha de los usuarios a sus dispositivos que se ha generado una preocupación creciente por su uso perjudicial e incluso por la adicción, con estudios de prevalencia que alertan sobre cifras superiores al 5% de adicción en los estudios más restrictivos. En el estudio de este fenómeno son muchas las discrepancias y controversias tanto en la metodología como en la conceptualización clasificatoria, objeto de estudio (internet, uso de pantallas, nuevas tecnologías vs clásicas...) tipo de dispositivo (ordenadores, consolas, móviles, tv, etc.) e incluso uso online u offline. Toda esta falta de consenso ha generado tal profusión de escalas que nos parece necesario un artículo como el presente que proponga un conjunto mínimo de escalas de consenso. En el presente artículo nos referimos a ciertas escalas que, por su fácil aplicación, su demostrada validez y la extensión de su uso nos parecen las más adecuadas para población española. Así, presentamos las versiones validadas para lengua castellana del YIAT 20 y del MPPUSA. También hemos realizado una traducción donde no había versión española de la escala CIAS de Chen et al. y de los criterios de Ko et al.

**Palabras clave:** Adicción - Castellano - Escala - Internet - Móvil - Traducción - Uso problemático.

SCALES FOR INTERNET ADDICTION IN SPANISH POPULATION: A PROPOSAL

**Abstract** New technologies and internet use have generated such an intimated bound between users and their devices that an increasing preoccupation about problematic use and addiction has raised. Prevalence studies warn about values higher than 5% in the most restrictive studies. There are many differences in the study of this phenomenon attending to the methodology, conceptualization, object of study, device, or even on-line or off-line use. This lack of consensus has generated a number of scales. An article as the present one proposing a minimum set of scales seems necessary. This article refers to some scales which seem adequate for Spanish population due to their easy application, their validity and their extension of use. We present the validated translations for the YIAT20 and the MPPUSA. We have also done a translation where it was not available a Spanish version for the CIAS and Ko's criteria.

**Keywords:** Addiction - Spanish - Scale - Internet - Mobile - Translation - Problematic use.

## Introducción

Desde principios del siglo XXI, internet se ha convertido en una parte fundamental de nuestra vida diaria. Son muchas las actividades que se pueden realizar en internet: navegar, escribir correos, descargar y compartir información, chatear, compartir imágenes, jugar... Todas estas actividades pueden ser parte del trabajo, el ocio y las relaciones interpersonales. Es obvio que la mayor aportación de la conectividad que proporciona internet ha sido acceder a personas y contenidos distantes en lo físico o de difícil acceso para el público no especializado.

Tras su inicial uso en ordenadores en ámbitos académicos, la conectividad a la web se ha ido extendiendo a toda la población y se integrado en dispositivos tecnológicos previos que no la tenían como la televisión y el móvil, generando nuevas funcionalidades. La opción de servicios administrativos y compras de servicios y productos online está pasando en el momento actual de ser una opción a ser a veces la única alternativa disponible.

Son muchos los factores que pueden influir en que el uso normal se convierta en sobreuso e incluso se considere adicción: mejoras en el hardware o software, mejoras comerciales como la contratación de productos y servicios online o el encapsulamiento del cliente en redes de fidelización, bajo coste, etc. Sin embargo, en nuestra opinión, pueden ser más importantes los factores psicológicos asociados, como facilidad para comunicar (especialmente emociones), anonimato, sensación de que las consecuencias no repercuten en la vida real, refuerzo social inmediato, accesibilidad permanente, etc. (1-3).

Aunque la existencia de la Adicción a Internet como trastorno es aún una realidad cuestionada, el impacto de internet sobre la sociedad, especialmente en poblaciones más sensibles o menos protegidas -como niños o pacientes psiquiátricos-, ha aumentado la preocupación sobre la misma, hasta el punto de que el DSM 5 ha incluido el *Internet Gaming Disorder* en la sección 3, condiciones que requieren estudio posterior antes de ser consideradas como trastorno (4).

La historia de la investigación sobre los problemas generados por el uso de internet es en estos momentos confusa, pues se ha mezclado el estudio de los dispositivos (ordenadores, consolas, móviles, tv, etc.), con el del tipo de uso (online, offline, etc.), el estudio de categorías como "nuevas tecnologías" versus antiguas y, cómo no,

los problemas de terminología y clasificación (uso patológico, abuso, adicción, etc.) y conceptualización (criterios más orientados a la dimensión impulsividad o de adicción por ejemplo).

La falta de consenso en estos puntos se refleja en la multitud de escalas disponibles. Laconi et al. recogen en su revisión de 2014 un total de 45 escalas diferentes para la evaluación de la adicción a Internet de las cuales sólo 17 han sido evaluadas en más de una ocasión, en lo que a sus propiedades psicométricas se refiere y sólo 10 de ellas tienen tres o más estudios de evaluación. En la tabla 1 se puede ver un resumen de las escalas más frecuentemente empleadas de entre estas (5). Respecto a la evaluación de la adicción al móvil, E. Pedrero et al. encuentran hasta 15 escalas diferentes (6).

Añádase a estos problemas metodológicos que casi todos los estudios se han orientado a adultos, o como mucho adolescentes en general siendo la población infantil la más vulnerable, con el consiguiente sesgo en los estudios y escalas disponibles.

Debido a la falta de consenso sobre los criterios diagnósticos y la carencia de grandes estudios epidemiológicos la prevalencia del uso problemático de internet en la población general no está claramente definida (1), si bien existe un consenso respecto a que la cifra es alta y va en aumento. En función de la muestra y de la técnica de recogida de datos, la prevalencia de la adicción a Internet oscilaría entre el 6 y 66,4% en muestras autoseleccionadas on-line (7-9) y entre el 4 y 18% en muestras universitarias (9-14).

En 1996, la psicóloga K Young fue la primera en publicar un caso clínico detallado sobre el uso problemático de Internet (15). Basándose en este y otros paciente que entrevistó, Young propuso el primer set de criterios diagnósticos para lo que llamó «Adicción a Internet». Para ello se basó en la definición de DSM-IV para el abuso de sustancias debido a las similitudes que encontró con los estados de tolerancia.

Simultáneamente, otros autores conceptualizaron el uso problemático de internet como una adicción conductual sin presencia de tóxicos (16). Adaptándose a esta tendencia, Young corrigió su definición adaptando los criterios DSM-IV de juego patológico, un trastorno del control de impulsos que frecuentemente se ha descrito como una adicción conductual y formuló el «Diagnostic Questionnaire» (17).

**Tabla 1.** Relación de escalas con más de tres estudios de evaluación psicométrica

Escala	Autores	Citaciones	Coefficiente de consistencia interna	Validación al Español
Chen Internet Adicción Scale	Chen et al., 2003	131	0.93	-
Computers Internet Use Scale	Meerker et al., 2009	178	0.89	-
Generalized Problematic Internet Use Scale	Caplan, 2002	500	0.78	-
Internet Addiction Test	Young, 1998	1096	-	Puerta-Cortes et al., 2012
Internet related Problem Scale	Armstrong et al., 2000	362	0.87	-
Online Cognition Scale	Davis et al., 2002	372	0.94	-
Problematic Internet Use Cuestionnaire	Demetrovics et al., 2008	58	0.87	-

Saphira sus colaboradores propusieron un esquema diagnóstico más inclusivo siguiendo el estilo general de los trastornos del control de impulsos (18). Rechazaron el término «adicción a internet» debido a la falta de evidencia científica de que fuere realmente una adicción y en su lugar propusieron el término «uso problemático de internet», que definieron como: a) Preocupación maladaptativa por el uso de internet, vivida como el uso irresistible por periodos de tiempo superiores a lo pretendido, b) distrés o problemas derivados de esta conducta y c) ausencia de otra patología del Eje I que pudiera explicar dicha conducta.

Hasta la fecha, sólo dos estudios (del mismo autor) han intentado desarrollar criterios diagnósticos empíricamente, contrastándolos con el diagnóstico realizado en base a una entrevista psiquiátrica sistemática (Tabla 1). En un primer estudio llevado a cabo en Taiwán se comprobaron un conjunto de criterios diagnósticos sobre una muestra de 468 estudiantes de bachillerato (19). Partiendo de 13 criterios candidatos, excluyeron aquellos con poca precisión diagnóstica y determinaron que el punto de corte en seis de los nueve criterios mantenidos tenía la mayor precisión diagnóstica, manteniendo una alta especificidad (97,1%) y una sensibilidad aceptable (87,5%). El criterio de afectación funcional se añadió por separado como un criterio B, también requerido para el diagnóstico. En el segundo estudio llevado a cabo por este mismo grupo de investigadores, se confirmó la validez diagnóstica de sus criterios en una cohorte de 216 estudiantes universitarios de Taiwán (20).

### Escalas propuestas

De entre las múltiples escalas que están siendo usa-

das de forma frecuente en estudios para el diagnóstico de la adicción a Internet (21-23), proponemos para su uso en población española, por su frecuencia de uso y relevancia (21), los siguientes instrumentos:

- Chen Internet Addiction Scale (CIAS) (24)
- Young's Internet Addiction Test (YIAT20) (7)
- Ko's proposed diagnostic criteria for Internet Addiction (19)

También incluimos una escala para uso del móvil MPPUS (Mobile Phone Problem Use Scale), desarrollada por Bianchi y Phillips en el año 2005 y validada posteriormente en población española (25).

En las tablas 2 a 4, podrán encontrar las traducciones validadas para población española en su caso, o nuestra traducción (realizada con retrotraducción) cuando no estaban disponibles en nuestro idioma hasta la fecha.

El YIAT20 (Tabla 2) es posiblemente el cuestionario más frecuentemente usado hasta ahora. Consiste en 20 preguntas tipo Likert con 5 posibles respuestas. Las propiedades psicométricas del YIAT incluyen las siguientes características:

- Valoran el grado en que el uso de internet afecta la vida diaria, vida social, productividad, patrones de sueños y sentimientos.

- Las puntuaciones oscilan entre 20 y 100. A mayor puntuación, mayor son los problemas causados por el uso de internet.

- Puntuaciones en 20-39 sugieren un uso moderado de internet en el que el usuario tiene completo control. Valores en 40-69 significan frecuentes problemas derivados del uso de internet. Puntuaciones entre 70 y 100 sugieren que el uso de internet está causando problemas significativos en la vida del usuario.

**Tabla 2.** Criterios diagnósticos de Adicción a internet de KO (traducción al español de nuestro equipo)

#### A. Seis o más de los siguientes:

1. Preocupación por las actividades en Internet.
2. Fracaso recurrente en resistir el impulso de usar Internet.
3. Tolerancia: Un marcado aumento en el uso de Internet necesario para alcanzar satisfacción.
4. Abstinencia, que se manifiesta como alguno de los siguientes: a) síntomas de disforia, ansiedad, irritabilidad y aburrimiento después de varios días sin Internet; b) Uso de Internet para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
5. Uso de Internet por periodos de tiempo superiores a lo pretendido.
6. Deseo persistente y/o intentos fallidos de reducir o eliminar el uso de Internet.
7. Tiempo excesivo invertido en actividades de Internet.
8. Esfuerzo excesivo invertido en actividades necesarias para conseguir acceso a Internet.
9. Uso excesivo de internet a pesar de sufrir daño físico o psicológico causado o exacerbado por el uso de Internet.

#### B. Afectación funcional. Uno o más de los siguientes:

1. Uso recurrente de Internet que conlleva el incumplimiento otras obligaciones.
2. Afectación de las relaciones sociales.
3. Incumplimiento de la ley o normas escolares debido al uso de Internet.

#### C. La conducta adictiva a Internet no se explica mejor por otro trastorno.

Desde su primera aparición en 1998 ha sido extensamente usado por multitud de investigadores alrededor del mundo ha sido adaptado y validado en numerosos países, entre ellos: Italia (26), Francia (27), Turquía (28), Estados Unidos (29), Alemania (30), Chipre (31), Líbano (32), Portugal (33), Bangladesh (34), Grecia (35). En lengua española, Puerta-Cortés analizó las propiedades psicométricas del IAT sobre una muestra de 1117 usuarios de internet de nacionalidad colombiana (36).

Frangos et al. realizaron un meta-análisis para estudiar la fiabilidad del YIAT20. Dicho Meta-análisis incluía 11 estudios diferentes con un total de 6821 participantes. El coeficiente  $\alpha$  de Cronbach calculado de los estudios fue de 0.889 (95% CI 0.884-0.895). La desviación estandar de alfa fue de 0.049 (37).

La Chen Internet Addiction Scale (CIAS) (Tabla 3) es un cuestionario autocompletado de 26 ítems con 4 posibles respuestas. Recoge síntomas y problemas que se corresponden con cinco dimensiones: uso compulsivo, abstinencia, tolerancia, problemas en las relaciones interpersonales y problemas en la organización del tiempo/salud. El resultado total de la CIAS puntúa entre 26 y 104, correspondiéndose puntuaciones más elevadas con mayor gravedad en la adicción a internet (24).

Ko et al. establecieron el punto de corte óptimo para la CIAS tanto para screening como para el diagnóstico. En un estudio que incluía 468 adolescentes de entre 12 y 19 años concluyeron que el punto de corte 63/64 era el mejor para discriminar los casos de adicción a internet de los no-casos, con una precisión diagnóstica de 87,6% Cohen Kappa de 0.61, DOR 26.17 y especificidad del 92%. Por otro la puntuación 57/58 mostraba alta sensibilidad (85.6%), alto Factor Predictivo Negativo 95.7% y una especificidad y coeficiente Kappa de Cohen aceptables (78.6% y 0.5 respectivamente) lo que lo convertía en un punto de corte óptimo para el *screening* de posibles casos (19). A nuestro conocimiento la CIAS no ha sido traducida ni validada para su uso en español hasta el momento actual.

Con respecto al teléfono móvil se han elaborado múltiples instrumentos para el estudio de su uso disfuncional. Entre ellos, proponemos usar en población española la escala MPPUS (Mobile Phone Problem Use Scale), desarrollada por Bianchi y Phillips (25), que ha sido el instrumento más ampliamente usado, y que podría considerarse como el "patrón oro" para el estudio de esta problemática. Se trata de 27 ítems que se puntúan del 1 (para nada cierto) al 10 (extremadamente cierto). La

**Tabla 3.** Traducción de AIT propuesta por Puerta-Cortés et al.

---

**Responda a las siguientes preguntas tipo Likert:**

**1=raramente, 2=ocasionalmente, 3=frecuentemente, 4=a menudo, 5=siempre**

---

1. ¿Con qué frecuencia se conecta a internet más de lo previsto?
  2. ¿Con qué frecuencia descuida las actividades de la casa para estar más tiempo conectado?
  3. ¿Con qué frecuencia prefiere más la emoción que le produce estar conectado a la intimidad con su pareja o la relación directa con sus amigos?
  4. ¿Con qué frecuencia forma nuevas relaciones con usuarios de Internet?
  5. ¿Con qué frecuencia las personas cercanas a usted se quejan por la cantidad de tiempo que permanece conectado?
  6. ¿Con qué frecuencia sus calificaciones o actividades académicas se afectan negativamente por la cantidad de tiempo que permanece en Internet?
  7. ¿Con qué frecuencia revisa su correo electrónico antes de realizar otra tarea que necesita hacer?
  8. ¿Con qué frecuencia el tiempo que pasa en Internet afecta negativamente su desempeño o productividad en el trabajo?
  9. ¿Con qué frecuencia está a la defensiva o se muestra reservado cuando alguien le pregunta qué hace en Internet?
  10. ¿Con qué frecuencia bloquea los pensamientos desagradables de su vida con pensamientos agradables relacionados con Internet?
  11. ¿Con qué frecuencia anticipa cuando estará conectado de nuevo?
  12. ¿Con qué frecuencia teme que la vida sin Internet sería aburrida, vacía o triste?
  13. ¿Con qué frecuencia se enoja si alguien lo molesta mientras está conectado?
  14. ¿Con qué frecuencia se queda sin dormir por conectarse durante la noche?
  15. ¿Con qué frecuencia se siente preocupado por no estar conectado o imagina estarlo?
  16. ¿Con qué frecuencia dice: "unos minutos más", cuando está conectado?
  17. ¿Con qué frecuencia trata de disminuir el tiempo que pasa en Internet y no lo logra?
  18. ¿Con qué frecuencia intenta ocultar el tiempo que permanece conectado?
  19. ¿Con qué frecuencia prefiere pasar más tiempo en Internet que salir con otras personas?
  20. ¿Con qué frecuencia se siente deprimido, malhumorado o nervioso cuando no está conectado, pero se siente mejor cuando se conecta de nuevo?
-

escala ha mostrado una moderada correlación con otras medidas de uso del móvil, como el tiempo informado de uso durante una semana ( $r = 0,45$ ), el número de personas llamadas ( $r = 0,42$ ) o el gasto mensual ( $r = 0,43$ ). En lengua castellana esta escala ha sido traducida y adaptada para la población adolescente por O. López Fernández et al. (Tabla 4). En su estudio participaron 1132 alumnos de secundaria y bachillerato con edades comprendidas entre los 12 y 18 años. La consistencia interna mostró un alfa de Cronbach de 0.97, que indicaba la alta fiabilidad del MPPUSA en población adolescente española. La puntuación total del MPPUSA tenía una amplitud de 26 a 260 (el ítem 4 fue eliminado por su falta de relevancia), donde a mayor puntuación mayor uso problemático del móvil. La clasificación de uso problemático se basa en los percentiles 15, 80 y 95, que corresponden al usuario ocasional, habitual, en riesgo y problemático respectivamente. En este caso, dichos percentiles correspondían a las puntuaciones 36, 174 y 182 del MPPUSA (38).

## Discusión

En nuestra revisión se ha mostrado que respecto al estudio del uso patológico o adicción a internet, y por extensión las nuevas tecnologías, son muchas las discrepancias y controversias en su metodología, e incluso en el objeto de estudio. Mucho ha tenido que ver que Internet no es una entidad simple sino una forma bidireccional de comunicación que se ha fusionado a casi todos los dispositivos y tecnologías clásicas que conocemos, siendo la radio tradicional la que más ha resistido a su penetración hasta el punto de que muchos smartphones no la incluyen a pesar del alto precio de dichos terminales.

También ha generado nuevas discapacidades muy específicas y en todo caso en un grado de intensidad desconocido hasta ahora. De entre ellos destacaríamos la confusión de lo virtual con lo real, el alejamiento emocional de las personas cercanas, la pérdida de aficiones e intereses placenteros previos que se abandonan por

**Tabla 4.** Traducción española del CIAS de nuestro equipo

**Centrándose en los tres últimos meses, calcule el grado en que cada ítem se corresponde con su experiencia:**

(1= no se corresponde con mi experiencia para nada; 2= probablemente no se corresponde con mi experiencia;  
3= probablemente se corresponde con mi experiencia; 4= definitivamente se corresponde con mi experiencia)

1. Me han dicho en más de una ocasión que paso mucho tiempo conectado.
2. Me siento incómodo cuando estoy sin conectarme durante cierto tiempo.
3. Me he dado cuenta de que cada vez paso conectado periodos más largos de tiempo.
4. Me siento intranquilo o irritable cuando Internet está desconectado o no disponible.
5. Me siento energizado al conectarme.
6. Permanezco conectado por periodos más largos de lo que pretendía.
7. A pesar de que el uso de internet ha afectado negativamente mis relaciones, la cantidad de tiempo que paso conectado no ha disminuido
8. En más de una ocasión he dormido menos de cuatro horas por estar conectado.
9. Ha aumentado considerablemente la cantidad de tiempo que paso conectado.
10. Me siento angustiado o triste cuando dejo de usar internet durante cierto tiempo.
11. No consigo controlar el impulso de conectarme.
12. Me veo conectándome en lugar de pasando tiempo con amigos.
13. Tengo dolores de espalda u otras molestias físicas debido al tiempo que paso surfando la red.
14. Conectarme a internet es el primer pensamiento que tengo al despertarme por la mañana.
15. Conectarme a internet ha afectado de forma negativa mi rendimiento académico o laboral.
16. Tengo la sensación de que me estoy perdiendo algo si no me conecto durante cierto periodo de tiempo.
17. Mi interacción con otros miembros de mi familia ha disminuido debido mi uso de internet.
18. Mis actividades de ocio han disminuido debido al uso de internet.
19. No controlo el impulso de volver a conectarme después de haberme desconectado para realizar otras tareas.
20. Mi vida sería infeliz sin internet.
21. Navegar por internet ha afectado negativamente mi salud física.
22. He intentado pasar menos tiempo en internet pero no lo he conseguido.
23. Se ha vuelto un hábito el dormir menos horas para poder pasar más tiempo conectado.
24. Necesito pasar cada vez más tiempo conectado para alcanzar la misma satisfacción que al principio.
25. Realizo las comidas a deshora debido al uso de internet.
26. Me siento cansado durante el día por haber usado internet hasta tarde por las noches.

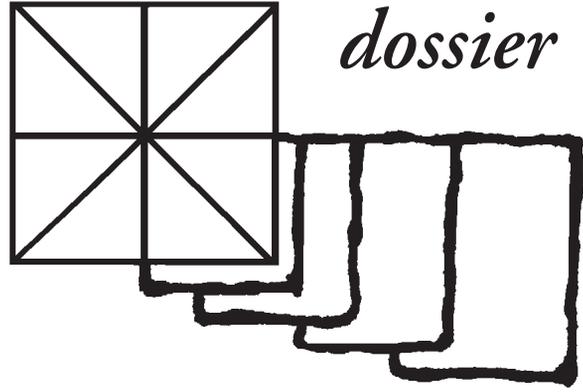
falta de tiempo o agotamiento (leer, quedar con amigos, etc.). Está claro que internet y los dispositivos asociados nos dan pero también nos quitan y que es necesaria una autorregulación al menos.

Todo esto carece de consenso conceptual: los diversos objetos de estudios y metodologías han generado tal profusión de escalas que nos parece necesario un artículo como el presente que proponga un conjunto mínimo de escalas de consenso. En el presente artículo nos referimos a ciertas escalas que, por su fácil aplicación, su demostrada validez y la extensión de su uso, nos parecen las más adecuadas para población española. La traducción se ha

realizado con retrotraducción donde no la había (Chen, Ko). En este trabajo se recogen las versiones validadas para lengua castellana del YIAT 20 por Puerta-Cortés y del MPPUSA por López-Fernández. Además se propone una traducción al castellano de los criterios diagnósticos de Ko y del CIAS, herramientas que han sido validadas ampliamente en población asiática. Nuestra experiencia en su aplicación y actual proceso de validación nos sugería cambios en la terminología -sobre todo si planteábamos una versión para niños- pero esto será objeto de otro artículo, siendo las escalas que se presentan en este artículo adaptadas exclusivamente para adultos. ■

## Referencias bibliográficas

- Beranuy Fargues M, et al. Validation of two brief scales for Internet addiction and mobile phone problem use. *Psicothema* 2009; 21(3): p. 480-5.
- Wu, AM, et al. Psychological risk factors of addiction to social networking sites among Chinese smartphone users. *J Behav Addict* 2013; 2(3): p. 160-6.
- Beranuy, M, Sánchez-Carbonell, X. El móvil en la sociedad de la comunicación. A. Talarn (Ed.): Globalización y salud mental. Barcelona: Herder. 2007: p. 369-391.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric publishing. Washington DC 2013.
- Laconi S, Chabrol H, The measurement of Internet addiction: A critical review of existing scales and their psychometric properties. *Computers in Human Behavior* 2014; p. 41, p. 190.
- Pedrero Perez EJ, Rodriguez Monje MT, Ruiz Sanchez De Leon JM. Mobile phone abuse or addiction. A review of the literature. *Adicciones* 2012; 24(2): p. 139-52.
- Young, K. Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *Cyber Psychol Behav* 1998; 1: p. 237-44.
- de Gracia M, Vigo M, Fernández Pérez MJ, Marco M. Problemas conductuales relacionados con el uso de Internet: un estudio exploratorio. *Anales de Psicología* 2002; 18: p. 273-292.
- Niemz K, Griffiths M, Banyard P. Prevalence of pathological Internet use among university students and correlations with self-esteem, the General Health Questionnaire (GHQ), and disinhibition. *Cyberpsychol Behav* 2005; 8(6): p. 562-70.
- Kubey RW, Lavin MJ, Barrows JR. Internet use and collegiate academic performance decrements: Early findings. *Journal of Communication* 2001; 51: p. 366-382.
- Morahan-Martin J, Schumacher P. Incidence and correlates of pathological Internet use among college students. *Computers in Human Behavior* 2000; 16: p. 13-29.
- Wang W. Internet dependency and psychosocial maturity among college students. *International Journal of Human-Computer Studies* 2001; 55: p. 919-938.
- Lavin MJ, et al. Internet dependence in the collegiate population: the role of shyness. *Cyberpsychol Behav* 2004; 7(4): p. 379-83.
- Yen JY, et al. Psychiatric symptoms in adolescents with Internet addiction: Comparison with substance use. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62(1): p. 9-16.
- Young KS. Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype. *Psychol Rep* 1996; 79(3 Pt 1): p. 899-902.
- Griffiths M, Internet addiction: an issue for clinical psychologists, C.P. Forum, Editor. 1996.
- Young KS. Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *Cyber Psychol Behav* 1998; 1: p. 237-44.
- Shapira NA, et al. Problematic internet use: proposed classification and diagnostic criteria. *Depress Anxiety* 2003; 17(4): p. 207-16.
- Ko CH, et al. Screening for Internet addiction: an empirical study on cut-off points for the Chen Internet Addiction Scale. *Kaohsiung J Med Sci* 2005; 21(12): p. 545-51.
- Ko CH, et al. Proposed diagnostic criteria and the screening and diagnosing tool of Internet addiction in college students. *Compr Psychiatry* 2009; 50(4): p. 378-84.
- Frangos C. Internet Addiction among Greek University Students: Demographic Associations with the Phenomenon, using the Greek version of Young's Internet Addiction Test. *International Journal of Economic Sciences and Applied Research* 2010; 3: p. 49-74.
- Widyanto L. Internet Addiction: A Critical Review. *International Journal of Mental Health and Addiction* 2006; 4(1): p. 31-51.
- Moreno MA, Cox E, Young H, Christakis DA. Problematic Internet Use Among US Youth: A Systematic Review. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2011; 165(9): p. 797-805.
- Chen SH, Su YJ, et al. Development of Chinese Internet Addiction Scale and its psychometric study. *Chin J Psychol* 2003; 45: p. 279-94.
- Bianchi A, Phillips JG. Psychological predictors of problem mobile phone use. *Cyberpsychol Behav* 2005; 8(1): p. 39-51.
- Ferraro G, et al. Internet addiction disorder: an Italian study. *Cyberpsychol Behav* 2007; 10(2): p. 170-5.
- Khazaal Y, et al. French validation of the internet addiction test. *Cyberpsychol Behav* 2008; 11(6): p. 703-6.
- Kesici S, Sahin I. Turkish adaptation study of Internet Addiction Scale. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2010; 13(2): p. 185-9.
- Jelenchick LA, Becker T, Moreno MA. Assessing the psychometric properties of the Internet Addiction Test (IAT) in US college students. *Psychiatry Res* 2012; 196(2-3): p. 296-301.
- Barke A, Nyenhuis N, Kroner-Herwig B. The German version of the internet addiction test: a validation study. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2012; 15(10): p. 534-42.
- Panayides P. Evaluation of the psychometric properties of the Internet Addiction Test (IAT) in a sample of Cypriot high school students: The Rasch measurement perspective. *Europe's Journal of Psychology* 2012; 8: p. 327-351.
- Hawi NS. Arabic validation of the Internet addiction test. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2013; 16(3): p. 200-4.
- Pontes HM, Patrao IM, Griffiths M. Portuguese validation of the Internet Addiction Test: An empirical study. *J Behav Addict* 2014; 3(2): p. 107-14.
- Rezar Karim AK, Nigar N. The Internet Addiction Test: assessing its psychometric properties in Bangladeshi culture. *Asian J Psychiatr* 2014; 10: p. 75-83.
- Tsimtsiou Z, et al. Greek version of the Internet Addiction Test: a validation study. *Psychiatr Q* 2014; 85(2): p. 187-95.
- Puerta-Cortés DX, Chamorro A. Análisis de las propiedades psicométricas de la versión en español del Internet Addiction Test. *Trastornos Adictivos* 2012; 14(4): p. 99-104.
- Frangos CCyS. A Meta-analysis of the Reliability of Young's Internet Addiction Test. The 2012 International Conference of Computational Statistics and Data Engineering. Proceedings of the World Congress on Engineering. 2012. Londres, Reino Unido: Newswood Limited.
- Lopez-Fernandez O, Honrubia-Serrano ML, Freixa-Blanxart M. Spanish adaptation of the "Mobile Phone Problem Use Scale" for adolescent population. *Adicciones* 2012; 24(2): p. 123-30.



# EXPERIENCIAS CLÍNICAS

*Coordinación*

Daniel Abadi

Santiago Levín

Daniel Matusevich

*En esta ocasión decidimos presentarles a nuestros lectores un dossier compuesto por artículos que abrevan en las diversas circunstancias clínicas que afligen a un grupo diverso de pacientes psiquiátricos.*

*Para llevar adelante tal tarea, los trabajos presentados (salvo uno, que propone un itinerario más teórico por los modos de contar historias de pacientes) nos relatan las historias de personas aquejadas por diferentes padecimientos: Takotsubo, erotomanía, psicosis hipocondríaca, encefalitis, demencia, esquizofrenia y Munchausen, son los diagnósticos elegidos por nuestros colaboradores.*

*A lo largo de las páginas por venir, irán quedando delineados mapas de posibilidades que abarcan los diferentes vectores que constituyen las enfermedades: descripción clínica, opciones terapéuticas, lugar de la familia, datos estadísticos, aspectos antropológicos, diálogo "mente-cuerpo", intervenciones fallidas y éxitos parciales que se enlazan en un minué clínico de derivaciones imprevistas.*

*La relevancia de revisitar en estas páginas un menú de experiencias clínicas, radica en la repetida constatación de que el objeto central de nuestra práctica, el mismísimo paciente, pareciera estar atravesando una etapa de eclipse bibliográfico.*

*Por eclipse bibliográfico queremos significar que en la mayoría de las revistas de la especialidad encontramos presentaciones clínicas con sesgo estadístico -positi-*

*vista en extremo, de experiencias de laboratorio con las que es muy difícil identificarse-, en desmedro de la narración que da cuenta de la enfermedad.*

*De ninguna manera es nuestra intención relativizar la importancia de aquellas investigaciones que no son de sencilla comprensión para el psiquiatra de a pie; simplemente buscamos señalar aquí que no es fácil encontrar buenos relatos, como si estuviéramos asistiendo al final de las historias de pacientes. Estos escritos desmienten de plano esta aseveración desplegando una amplísima panoplia de posibilidades que esperamos conformarán al lector más exigente, confirmando que los trabajos protagonizados por pacientes gozan de buena salud.*

*Relato clínico, narración, viñeta, historia clínica, relato de caso, material clínico, apostillas acerca de un paciente, historiales, comentario de pasillo, ateneos: múltiples maneras de denominar al encuentro con el paciente, cada una de las cuales reviste un modo singular en su articulación. El punto común de las mismas es que, como diría Fabián Casas, no se puede hacer con ellas una lectura de superficie, hay que ponerse el traje de buzo y bajar a las profundidades; es una práctica riesgosa y contundente de la cual emergemos con algo ya casi en extinción como la **experiencia**. Nos referimos aquí a la experiencia insustituible que se obtiene sumergiéndonos en las historias de los pacientes contadas en primera persona por aquellos que los acompañaron en su jornada a través de la enfermedad.*

*Resulta paradójico que en tiempos de hiper-comunicación e hiper-conexión sea tan difícil sostener intercambios de historias clínicas entre colegas... o quizás no lo sea tanto, ya que los espacios virtuales, que cada vez son más frecuentes, conllevan el riesgo de perdernos en un mundo transparente (Chul Han dixit) donde los encuentros reales son cada vez más dificultosos.*

*Sabemos que no hay mayor encuentro entre colegas que cuando se comparten buenas narraciones acerca de pacientes. Son esos los momentos en los que se pro-*

*duce una comunión muy difícil de intelectualizar, una interacción de nivel superior al servicio de la comprensión de una historia de vida signada por una determinada enfermedad.*

*Es por estos motivos que el colectivo VERTEX decidió compartir y publicar esta serie de experiencias clínicas con la esperanza de que la riqueza y la singularidad de sus miradas tengan un efecto multiplicador y sean cada vez más los lectores dispuestos a problematizar y compartir las historias de sus propios pacientes en formato trabajo escrito. ■*

# No hay psiquiatría sin historias. Apuntes preliminares

**Daniel Abadi**

*Médico psiquiatra. Proyecto SUMA  
E-mail: danielabadi@gmail.com*

**Santiago Levín**

*Médico psiquiatra. Universidad de Buenos Aires (UBA)*

**Daniel Matusevich**

*Médico psiquiatra. Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA)*

*“... la nostalgia reflexiva, en contraste, es personal; se abstiene de la arena política en favor del ensueño, o se autosublima a través del arte, la literatura y la música. Lejos de querer resucitar una edad dorada perdida, la nostalgia reflexiva se complace en la neblinosa lejanía del pasado y cultiva las agridulces punzadas de lo conmovedor. Pero el nostálgico reflexivo comprende en el fondo que la perdida es irrecuperable: el tiempo hiere todas las totalidades.”*

Simon Reynolds, 2012

---

## Resumen

El objetivo de este trabajo es analizar la aplicación de los conceptos que se originan en la narrativa al aprendizaje y la enseñanza de la psiquiatría. Asimismo exploraremos como se desarrollan los procesos de lectura y escritura en la especialidad.

**Palabras clave:** Narrativa - Historia clínica - Médico lector - Médico escritor.

NARRATIVE AND PSYCHIATRY

**Abstract** The aim of this work is to analyze the application of the concepts that originate in the narrative, to the learning and teaching of psychiatry. We will also explore how the reading and writing processes in the specialty are developed.

**Keywords:** Narrative - Clinical history - Doctor as a writer - Doctor as a reader.

## Introducción

Escuchar historias es, tal vez, la tarea principal del médico. Historias narradas por el/la paciente, historias contadas, balbuceadas, proferidas al modo de un quejido, “escritas” en el cuerpo del paciente, en sus gestos y su marcha (el anticuado término prosopografía, que viene de la retórica y se refiere a la descripción de los rasgos externos de una persona). Desde el primer instante de encuentro con el otro el médico se convierte, lo sepa o no, en un lector, un descifrador de signos, un organizador, un dador de inteligibilidad y coherencia y, finalmente un narrador que construye y co-construye una historia con esos elementos que trae el paciente.

El quehacer médico transcurre en un proceso narrativo complejo que lo incluye como oyente, “lector” y narrador, que se inicia aún antes del conocimiento personal con su paciente, y que se perfecciona y ramifica de los modos más insólitos de allí en más: cada vez que un pensamiento, una intuición, una alarma, cruzan por la mente del psiquiatra (en adelante hablaremos del y de la psiquiatra, porque es desde allí que escribimos) en el momento menos esperado, la narración continúa su curso. Queremos significar aquí que el proceso narrativo tiene vida propia, fluye más allá de las personas, las trasciende y lo mismo sucede con sus efectos, mucho más allá del marco teórico que acompañe a cada profesional; vivimos, entonces, en un mundo de narraciones.

En este artículo nos proponemos revisar algunos de los supuestos narrativos que subyacen en el encuentro con el paciente, proponiendo algunas ideas que creemos tienen una cierta relevancia ya que los modos de pensar la clínica y los modos de “contarla” están indisolublemente relacionados, y un cierto empobrecimiento de las “narraciones clínicas” se acompaña seguramente de un empobrecimiento del pensamiento clínico.

Cabe preguntarse, en el contexto actual, adónde fueron a parar las historias en nuestra especialidad, dónde quedaron las narraciones, las aventuras de los pacientes, los increíbles historiales de Freud, los anales de Binswanger o del impar Jaspers. Una pista para pensar esta cuestión la podemos encontrar en la progresiva separación, que se vislumbra inexorable, entre las ciencias sociales y la psiquiatría. Quizás tenga alguna significación recordar aquí que las mejores historias de pacientes en los últimos veinte años no fueron escritas por psiquiatras precisamente, sino que fue un neurólogo, Oliver Sacks, quien nos permitió acceder a los maravillosos mundos de sus pacientes a través de sus incomparables crónicas.

Aquel que escribe historias clínicas debería leer (leer lo que sea) ya que leer adiestra el oído, desarrolla el sentido del ritmo, ayuda a encontrar un estilo propio, produce humildad y sirve para no creer que uno ha inventado el paraguas. No es preciso que el psiquiatra sea un émulo de Kafka, pero tampoco nos parece conveniente que se transforme en el personaje de Caparrós conocido como “el lector que no lee”.

Asistimos a una encrucijada vital donde las historias clínicas psiquiátricas se están separando de manera progresiva de los relatos y las narraciones; no siempre fue así y no tiene por qué ser así ahora. Las páginas que siguen proponen un recorrido posible para el médico interesado en seguir siendo parte de la historia. Dadas las características del trabajo nos tomamos algunas libertades en el modo de citar que se ven reflejadas en la bibliografía final.

## Géneros

Intentando una suerte de organización del campo, creemos que el aspecto narrativo de la tarea médica tiene, al menos, cuatro géneros. Estos son: la historia clínica propiamente dicha, la viñeta destinada al ateneo clínico (que puede elevarse al estatuto de historial clínico), la siempre rica, aunque casi nunca escrita, “charla de pasillo” entre colegas y la narración literaria (al estilo de Oliver Sacks, por mencionar un solo caso).

Lo que queremos remarcar aquí es que la división entre géneros es a los fines explicativos y de aportar un cierto orden, pero de ninguna manera se nos escapa que la realidad es mucho más compleja que cualquier intento de cercarla. O sea que, una vez establecidas las divisiones, se comienzan a producir los cruces y las transgresiones (Piglia *dixit*) que dificultan sensiblemente todo intento de estructurar los relatos de nuestros pacientes y nuestros relatos acerca de ellos.

Dijimos que todo psiquiatra es un narrador, le guste o no le guste. No dijimos que es un escritor, porque sería simplemente falso; dejemos a la literatura por fuera de estas reflexiones. Habrá médicos literatos, pero eso es harina de otro costal. Nos interesa aquí el aspecto narrativo de la tarea del psiquiatra, nos interesa reflexionar sobre el lenguaje con el que se capta al otro, ese conjunto de símbolos con el que el otro se hace inteligible y se revela.

Y también nos interesa la imagen del psiquiatra como lector, como alguien que desarrolla esa habilidad que le permite “evadirse por autopistas infinitas de vidas imaginarias” para finalmente encontrarse con el paciente y su circunstancia. A Stephen King le llaman la atención aquellos que pretenden escribir sin leer: la lectura y la historia del paciente también pueden funcionar como un par inseparable.

Para capturar la narración de los otros con sus matices inabarcables es importante asomarse a los mundos imaginados y escritos por aquellos que se dedican a contar historias. Quizás los psiquiatras deberían formar parte del grupo que Ricardo Piglia dio en llamar “lectores puros”, para los cuales la lectura no es solo una práctica sino una forma de vida. Es por esto que escribimos unos párrafos atrás que es imposible concebir un profesional de la mente que renuncie a la lectura; sería como un nadador que rechace el agua o un piloto que no disfrute las alturas. Ahora sí, la lectura siempre debe ser según el interés y la necesidad del que lee, una marca

de autonomía a ser respetada y que permite que cada uno construya su propio canon que inevitablemente trascenderá modas y tiempos.

El mismo Piglia (interpretando a Borges) plantea que cada obra va produciendo su propio lector quien a su vez a través de la escritura también produce lectores y que es así como evoluciona la literatura; en los espacios institucionales las historias clínicas escritas por los psiquiatras van pasando de mano en mano, volúmenes *"alineados en los anaqueles silenciosos de una biblioteca"* admitiendo relecturas y significados infinitos, pero cuyo sentido depende no solo de quien la construye sino también de quien la lee.

### Historia clínica

La historia clínica no es sólo un documento médico legal, ni un ayuda-memoria: es la expresión gráfica del esfuerzo por conocer a un ser humano, el intento de capturar la esencia de una vida que a su vez nos allane el camino para ayudar a alguien que sufre. Más allá y más acá de la jerga técnica puesta en juego, su riqueza expresará la riqueza simbólica de quien la escribe.

A mayores recursos, mayor complejidad y capacidad de captar lo singular de cada historia, convertida en este caso en una Patobiografía. En palabras de Luis Chiozza *"...Patobiografía será, pues, una biografía en la cual se prestará especial atención al encadenamiento, a la sucesión, o a la sustitución, de las múltiples enfermedades, afecciones y trastornos que forman parte de una vida. Pero Patobiografía será, además, y sobre todo, el relato escrito de una vida en cuanto tiene de padecimiento y de pasión, y en cuanto alude a lo inacabado de esa vida que se encamina, siempre, de modo inevitable, hacia una meta incumplida"*. Una biografía que apunte a la enfermedad y a la pasión, que incluya a la ficción y a la poesía, a la música, al cine y al arte, es decir, a todo aquello que haya hecho que el redactor de la historia sea quien es, de alguna forma vamos siendo cada historia que escribimos, con sus luces y sus sombras, con todos sus matices.

Sabemos que las exigencias legales, la falta de tiempo y el saludable interés por la investigación, transformaron a la historia clínica de las últimas décadas en un texto que pocas veces nos permite "ver" al paciente. Nos encontramos con siglas y cruces puestas en largas filas de casilleros por un lado y en textos escritos "para el juez" por el otro: formulismos que poco dicen del padecer del paciente o del pensamiento del médico que más bien busca "cubrirse" y defenderse.

Lo preocupante es que, como decíamos, aquello que pensamos y hacemos está indisolublemente ligado a lo que escribimos y, así, se corre el riesgo de que el pensamiento clínico termine siendo también esa "check list" o eso que se hace (escribe) para un eventual juez (Como decía Victoria Ocampo: *"Cuando no se tiene el coraje de vivir como se piensa, se termina por pensar como se vive"*).

La apuesta es a salir del modelo de historia clínica defensiva e intentar un regreso actualizado a los histo-

riales clínicos; no estamos apelando aquí a un romanticismo trasnochado o pasado de moda sino a poner en valor viejos modos de contar y de escribir pasándolos por el tamiz de nuestro tiempo. Los listados de síntomas están totalmente alejados del espíritu de estas líneas, que, en cambio, están cerca de las palabras que componen textos imperfectos donde podemos buscar al paciente y sus contradicciones.

### Viñeta

La viñeta es un recorte destinado a mostrar un caso clínico ante colegas, con el propósito de discutir alguna dificultad diagnóstica o terapéutica. Se trata siempre de un escrito ficcional: el paciente no está allí. Está el escrito, y nada más que el escrito, un escrito que es una producción atravesada por la subjetividad de quien presenta el caso, sus intenciones y necesidades, así como su lectura. Para complejizar la cuestión podemos agregar aquí que todo escrito es ficcional; veamos qué dice Leila Guerriero cuando revisita a Talese: *"...escribo no ficción como una forma de escritura creativa. Creativa no quiere decir falsa: no invento nombres, no junto personas para construir personajes, no me tomo libertades con los datos..."*. Muchas de las historias de pacientes que contamos no son verdaderas, pero sí son verdaderas ya que condensan en un determinado paciente hechos auténticos y circunstancias reales recopiladas a través de nuestro trabajo como clínicos; decimos lo que los pacientes nos cuentan, no decimos lo que nosotros decidimos decir.

En la misma línea Juan Nasio propone que el relato de un caso (el "armado" de un caso) tiene *"una función didáctica –por ser un ejemplo que respalda una tesis–, una función metafórica –porque es la metáfora de un concepto– y hasta una función heurística, como destello que está en el origen de un nuevo saber"*. Luego nos dice que eso *"no impide que el informe de un encuentro clínico nunca sea el reflejo fiel de un hecho concreto y que sea en cambio su reconstitución ficticia. El ejemplo nunca es un acontecimiento puro; siempre es una historia modificada."*

Más adelante, al explicarnos algo de la importancia de contar con esos textos y valernos de ellos para favorecer un intercambio que redundará en un enriquecimiento de nuestro quehacer clínico, nos dirá: *"Es así como el caso clínico resulta siempre de una diferencia inevitable entre lo real de donde surgió y el relato en el cual cobra forma. De una experiencia verdadera, extraemos una ficción y, a través de esta ficción, inducimos en el lector efectos reales. Partiendo de lo real creamos la ficción y, con la ficción, recreamos lo real"*.

Historias verdaderas o ficciones verdaderas, John Coetzee y Arabella Kurtz proponen escribir las historias de manera narrativa, con la intención de obtener una comprensión holística del individuo y su historicidad, rescatando fragmentos que reflejan la complejidad de los pacientes pero que resguardan totalmente la identidad de los mismos, de esa forma evitando obstaculizar el proceso terapéutico.

### Intercambio de pasillo

Son incontables (e invaluable) las charlas de pasillo en las que un profesional “cuenta” un paciente a un colega. Extrañísima escena para los no iniciados: dos sujetos en guardapolvo farfullan datos e impresiones. Al cabo de un minuto, a veces menos, el que está en silencio mira hacia arriba y pronuncia dos o tres oraciones rápidas. El que habló primero asiente, y una vaga sonrisa asoma en su rostro: el intercambio funcionó. Ya puede “volver” a su paciente con ideas nuevas. El relato de pasillo es limitado, pero su valor en la práctica del médico es incalculable. Eso sí: hay que aprender a “contar” un paciente en un minuto y medio; de nuevo, la habilidad de narrar (que siempre es también la de recortar, seleccionar y, a su vez, invitar al otro a que pueda sentirse motivado para intervenir, disentir, proponer y hasta hacerse cargo indirectamente de ese paciente) tiene que poder desarrollarse.

Esos intercambios divertidos, motivantes, apasionados, sumamente enriquecedores que se dan en los pasillos (y que son en gran parte lo que nos motiva a querer trabajar con otros o en instituciones) muchas veces no aparecen siquiera insinuados en las presentaciones de casos tan condicionadas por las exigencias teóricas, los obligados guiños de pertenencia, el miedo de quedar expuesto con alguna vacilación y los formalismos a los que el género parece “obligar”.

En el Ateneo se pierde el ritmo y la espontaneidad del pasillo, aunque probablemente se gane en profundidad. Por eso es que todos estos modos de conexión y contacto son complementarios y necesitan uno del otro para retroalimentarse. No se reemplazan ni se excluyen, sino que se potencian.

### Narración literaria

La narración literaria es un grado más de profundización, de complejidad y de extensión que la historia clínica convencional. Debemos remontarnos a los historiales del mismísimo Freud, los casos relatados por Binswanger o más cerca en el tiempo las historias de Sacks para vislumbrar a que nos estamos refiriendo. Aquel interesado en transitar estos caminos requerirá un entrenamiento especial, que en los tiempos que corren no es fácil de obtener.

¿Cuáles serían las motivaciones que justifiquen abrazar un camino a todas luces complejo y árido? Veamos que nos dice Oliver Sacks: “...si queremos saber de un hombre preguntamos cuál es su historia, su historia real interior, porque cada uno de nosotros es una biografía, una historia. Cada uno de nosotros es una narración singular, que se construye, continua, inconscientemente, por, a través de y en nosotros a través de nuestras percepciones, nuestros sentimientos, nuestros pensamientos, nuestras acciones; y, en el mismo grado, nuestro discurso, nuestras narraciones habladas. Biológicamente, fisiológicamente, no somos distintos unos de otros, históricamente, como narraciones, somos todos únicos...”.

Historias de vida, biografías, patobiografías. ¿Dónde se enseña esa materia? Por cierto que no en las facultades de medicina (no al menos en las “nuestras”). ¿Quién enseña al futuro médico, a la futura médica, a contar historias? ¿Cómo se cuenta un paciente? ¿Qué es lo importante y qué lo accesorio en el proceso de enfermar y de curar? ¿Cómo se eligen las palabras para contar una vida? Necesariamente hay que elegir palabras, y dejar mucho de lado (para no caer en el delirio de Funes el memorioso). ¿Cómo se hacen esas elecciones?

Si una parte esencial de la tarea médica consiste en elegir palabras para contar (construir) a nuestros pacientes, es evidente que a los médicos nos está faltando algo en nuestra formación y que ese déficit inevitablemente tiene consecuencias clínicas difíciles de predecir.

### Discusión

A la hora de escribir, Raymond Carver recomendaba “un poco de autobiografía y un mucho de imaginación”. Creemos que esta sugerencia se aplica a la historia clínica, ya que sin duda en el proceso de construcción de la misma, el conocimiento que poseamos de nuestra propia historia y la capacidad de escucha que tengamos influirá de manera notable en el proceso creativo. Nos manejamos con palabras: las mismas construyen, evocan, reflexionan, sugieren y es a través de ellas que construimos las historias. Vale la pena remarcar que necesitamos que otros se interesen por nuestro relato, que lo lean, que se apropien de él, que le encuentren sus propias resonancias. Para que este efecto se produzca tenemos que comprometernos con utilizar todos los recursos disponibles para transmitir el personaje de la mejor manera posible, de la manera más profunda posible. La rutina para escribir no vale, no es un recurso válido: cuando hay rutina no hay historia.

También será importante la capacidad de descubrir los “destellos” (Caparrós) o la “fisura” (Uhart) en el relato del otro; ambos autores hacen referencia, desde lugares diferentes, a esos momentos en los que algo (una imagen, un olor, una idea, una mirada, un recuerdo, un lugar) estalla y todo se hace esplendor por un par de minutos. Es el instante en el cual el psiquiatra siente que pudo aprehender alguno de los sentidos de la historia y plasmarlo en el papel.

Esperamos también que estas líneas contribuyan a despejar el equívoco acerca de que escribir es fácil, uno tiene las palabras y solo se trata de combinarlas cruzando “una Mac Air con un par de horas libres”; escribir historias de pacientes requiere de esfuerzo, de tiempo, de concentración, de lectura y de tener la certeza que “no da igual contar la historia de cualquier manera”. Contamos la historia para nosotros, pero también la contamos para los otros, para entender y acompañar mejor a nuestro paciente, para poder hablar con nuestros colegas, para dejar testimonio escrito, para alcanzar aquello que Leila Guerriero plantea de manera muy clara: “... sólo si una

*prosa intenta tener vida, tener nervio y sangre, un entusiasmo, quien lea o escuche podrá sentir la vida, el nervio y la sangre: el entusiasmo”.*

Una sentencia de Juan Forn aplicada a los libros creemos podría ser apropiada para el encuentro con los pacientes y sus historias: “...yo creo que hay un libro que nos está esperando a todos. Lo bueno que tiene la literatura

*es que ese libro en realidad son millones de libros. Alcanza con que encuentres uno solo que te guste y vas a entender de qué se trata todo”.* En esta línea proponemos que hay una historia esperando ser develada y construida en cada paciente; el hecho de contar con millones de pacientes es el estímulo perfecto para que cada uno pueda ir en busca de la historia que lo está esperando. ■

---

## Referencias bibliográficas

1. Caparrós M. Una luna, Barcelona: Anagrama; 2009.
2. Caparrós M. Lacronica, Buenos Aires: Planeta; 2016.
3. Carver R. Carver Country, Barcelona: Anagrama; 2013.
4. Chejov A. La sala número seis (múltiples ediciones y traducciones).
5. Coetzee J, Kurtz A. El buen relato, Barcelona: Literatura Random House; 2015.
6. Ford R. Flores en las grietas, Barcelona: Anagrama; 2012.
7. Freud S. Los historiales (Dora, Juanito, El hombre de las Ratas, Dr. Schreber, El hombre de los Lobos). Obras completas, Amorrortu Editores.
8. Guerriero L. Zona de obras, Buenos Aires: Anagrama; 2014.
9. King S. Mientras escribo, Buenos Aires: Debolsillo; 2004.
10. Mainetti J, Mainetti J. Bioética Narrativa, La plata: Quirón; 2014.
11. Moreno M. Subrayados. Leer hasta que la muerte nos separe, Buenos Aires: Mar Dulce; 2015.
12. Nasio JD. Los más famosos casos de psicosis. Ed. Paidós, 2008.
13. Pagliaro N. Sólo se trata de escribir. Conversaciones con dieciséis narradores contemporáneos, Buenos Aires: Milena Caserola; 2015.
14. Piglia R. Crítica y ficción, Buenos Aires: Anagrama; 2001.
15. Piglia R. El último lector. Barcelona: Anagrama; 2005.
16. Quiroga H. Decálogo del perfecto cuentista.
17. Sacks O. El hombre que confundió a su mujer con un sombrero, Barcelona: Anagrama; 2002.
18. Villanueva L. Las clases de Hebe Uhart, Buenos Aires: Blatt & Rios; 2015.

# Enfermedad de Takotsubo: el binomio mente-cuerpo

## Edgardo Carísimo

*Médico especialista en Cardiología. Miembro adherente de la Sociedad Argentina de Cardiología.  
Médico especialista en Psiquiatría, UBA  
Médico concurrente del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental Instituto "A. Lanari"  
JTP de Salud Mental Sede 073 Unidad 28, a cargo del Dr. Fadel*

## Natalia Fantacone

*Médica especialista en Psiquiatría, USAL  
JTP de Salud Mental Sede 073 Unidad 28, a cargo del Dr. Fadel*

## Daniel Fadel

*Médico especialista en Psiquiatría. Jefe de Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Instituto "A. Lanari".  
Docente Adscrito Iª Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA Director del Curso de Posgrado Avanzado:  
"Bases Neurobiológicas y Farmacológicas de la Terapéutica Psiquiátrica 2015", Facultad de Medicina, UBA  
E-mail: fadel.daniel@lanari.fmed.uba.ar*

---

### Resumen

La enfermedad de Takotsubo, también llamada "balonamiento apical", "miocardiopatía por estrés" o "síndrome del corazón roto", es una entidad potencialmente letal. Generalmente es gatillada por una experiencia psíquica o física, individual o comunitaria, con vivencia traumática, de carácter súbito y agudo. Se acompaña en el correlato somático, por una falla miocárdica, también aguda, que por su magnitud requiere habitualmente ser abordada en Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares. Constituye un claro ejemplo del "diálogo" mente-cuerpo a través de distintos niveles de complejidad.

**Palabras clave:** Takotsubo - Miocardiopatía - Balonamiento - Estrés.

TAKOTSUBO CARDIOMYOPATHY: THE MIND-BODY CONTINUUM

**Abstract** Takotsubo disease, also called "apical ballooning syndrome", "stress cardiomyopathy" or "broken-heart syndrome" is a potentially lethal entity. It is usually triggered by psychological or physical stress, either individual or collective, as a traumatic experience which is sudden and acute. Clinical presentation is usually accompanied by severe myocardial failure, which generally requires hemodynamic support in Cardiovascular Care Unit.

**Keywords:** Takotsubo - Stress cardiomyopathy - Apical ballooning syndrome - Broken heart syndrome.

## Introducción

En los últimos años han sido reportados varios casos de vivencias psíquicamente estresantes, tanto individuales como comunitarias, que por su sola presencia, fueron capaces de desencadenar una descompensación cardíaca de grandes dimensiones, sin que ésta estuviera mediada por un evento coronario agudo (1). La misma se ha observado mayormente en mujeres post-menopáusicas en los casos individuales, así como también en población joven en los casos reportados de catástrofes comunitarias.

Se trata de una entidad no tan conocida y considerando su frecuencia relativamente significativa, este trabajo ayuda a la comprensión y al conocimiento de la misma, poniendo énfasis en los mecanismos psíquicos relacionados con su fisiopatología. Nos apoyamos en la hipótesis de que el Síndrome de Takotsubo constituye una entidad mórbida con un origen emocional (mente) y una expresión anatomo-fisiológica (cuerpo) con impacto en el órgano cardíaco. Esta característica del diálogo mente-cuerpo lo cual constituye un fuerte interés epistemológico, fue lo que nos motivó a realizar este reporte de caso en una publicación como *Vertex*, cuyo eje temático central es la psiquiatría y la neurociencia.

En esta comunicación se aborda el caso clínico de una paciente cuyo ingreso al Instituto de Investigaciones Médicas "Alfredo Lanari" (IDIM), fue a través del Servicio de Guardia por presentar un cuadro clínico caracterizado por disnea, dolor precordial y cambios electrocardiográficos, que rápidamente por su magnitud, debió ser internada.

## El caso

Se trataba de una mujer de 76 años de edad, viuda desde hacía varios años, con antecedentes de trastorno por estrés postraumático (TEPT) y ataques de pánico (AP) secundarios a robos perpetrados en la vía pública, en ocasión de concurrir al banco para el cobro de su haber jubilatorio. Padecía de insomnio mixto de conciliación y mantenimiento, pesadillas, *hyperarousal*, reacciones de sobresalto, conductas evitativas debido al miedo a transitar por la vía pública, recuerdos traumáticos recurrentes e intrusivos junto a sintomatología autonómica con eventos de taquicardia, hiperventilación, sudoración, dolor abdominal y temblor. Debido a que la sintomatología no cedía y se consolidaba un incremento del consumo de benzodicepinas (clonazepam) para neutralizar el TEPT, fue medicada por su psiquiatra en la fase ambulatoria de su tratamiento con sertralina en dosis de 50 mg/día, la que fuera retirada al momento de su ingreso a nuestro Servicio. La inclusión de sertralina, permitió en dosis mínimas y luego de superar la latencia farmacológica, neutralizar la sintomatología y comenzar con la progresiva disminución de la dosificación del clonazepam.

La paciente vivía en una vivienda donde había residido por más de 50 años en compañía de su esposo e

hijas y que últimamente habitaba ella sola desde que enviudó. Si bien el ambiente de tranquilidad residencial era el habitual, ella había sido víctima de dos episodios de asalto y amenaza a su integridad ya mencionados. Ante estas situaciones que vivió con intenso estrés y teniendo en cuenta su edad mayor, fue inducida por una de sus hijas para mudarse al departamento de ésta, dejando su casa.

Posteriormente la "vieja casona" familiar fue puesta en venta y una semana antes de ser entregada a sus nuevos dueños, la enferma le solicitó a su hija volver a la misma para "despedirse de la casa". Al entrar a la vivienda en la que había pasado muchos y felices años de su vida, encontró que la misma estaba totalmente vaciada, dado que la totalidad del antiguo mobiliario había sido trasladado a un guardamuebles.

Ante esta situación, ella experimentó súbitamente un episodio de profundo quebranto emocional, caracterizado por un cuadro de desasosiego, desconsuelo, disnea y dolor precordial opresivo, lo cual motivó la consulta en el servicio de emergencia del IDIM. Así se constató en el electrocardiograma de ingreso severos cambios en el segmento ST y en la onda T, indistinguibles *a priori* de un evento coronario agudo.

El eco Doppler cardíaco realizado durante su permanencia hospitalaria mostró akinesia de los segmentos medio-apicales, adoptando el ventrículo izquierdo la típica forma de vasija que remeda la "trampa para atrapar pulpos", *takotsubo*, que utilizan los pescadores japoneses y que ha dado el nombre a esta entidad.

Durante su internación en la institución, no fue requerido apoyo inotrópico cardíaco, resolviéndose el cuadro clínico en aproximadamente 5 a 6 días con *resstitutio ad integrum*. La cinecoronariografía no puso en evidencia arterias coronarias con lesiones angiográficamente significativas.

## Discusión

Ha sido la intención de esta publicación, transmitir a los colegas psiquiatras a través de esta revista, cuyos temas son específicos de la especialidad, y no temas clínicos, la relevancia que adquiere una experiencia traumática estresante, en el desencadenamiento agudo de una afección somática, toda vez que cuando se hace referencia al estrés, se lo liga a enfermedades crónicas: HTA, trastornos metabólicos, oncológicos, etc. Por lo tanto este reporte se apoya en la hipótesis de que el Síndrome de Takotsubo constituye una entidad mórbida con un origen emocional (mente) y una expresión anatomofisiológica (cuerpo) con impacto en el órgano cardíaco. Ya en el año 1991, Dote y cols. (1) describieron originariamente el cuadro clínico, que se presenta fundamentalmente en mujeres posmenopáusicas entre la quinta y séptima década de la vida luego de un severo estrés físico o emocional.

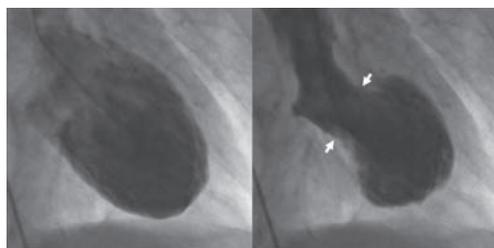
Posteriormente, en otros reportes se acuñó la denominación de "miocardiopatía por estrés" o "síndrome del corazón roto". (2)

Entre los estresores destacados, se pueden considerar el “estrés perioperatorio”, “muerte de un familiar”, “fiesta sorpresa”, “ruptura de un vínculo afectivo”, sepsis, abuso de drogas y tirotoxicosis, entre otros.

La denominación de *takotsubo* proviene de Japón, dado que alude a la forma de vasija o ánfora que es usada

### Figura 1. Balonamiento apical

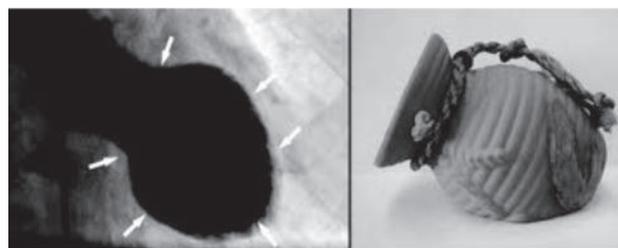
Ventriculograma izquierdo, en donde se aprecia al final de la sístole (derecha) la forma de vasija, *takotsubo* que adopta el ventrículo izquierdo.



por los pescadores de ese país, con el objeto de atrapar pulpos. Dado que el ventrículo izquierdo remeda dicha forma, la cual es posible observar a través de un ventriculograma angiográfico, se lo ha denominado “balonamiento apical”. (3)

### Figura 2. Takotsubo (trampa para pulpos)

Se observa en el ventriculograma izquierdo (flechas) las áreas de hipokinesia comprometidas. Véase a la derecha *takotsubo* (trampa para pulpos).



## Criterios diagnósticos

### I. Criterios de la “Mayo Clinic”

- 1) Hipokinesia transitoria, akinesia, o diskinesia de los segmentos mediales del ventrículo izquierdo con o sin compromiso apical, anormalidades de la motilidad parietal que se extienden más allá de la distribución de la circulación coronaria epicárdica, y frecuentemente, pero no siempre, se reconoce un factor estresante desencadenante.
- 2) Ausencia de lesiones coronarias angiográficamente significativas, o evidencia angiográfica de ruptura de placa.
- 3) Presencia de nuevos cambios en el ECG (elevación del segmento ST y/o inversión de la onda T) o ligera elevación de la troponina T.
- 4) Ausencia de feocromocitoma y de miocarditis.

### II. Criterios de la Sociedad Japonesa de Cardiología

- 1) Balonamiento apical agudo del ventrículo izquierdo de causa desconocida.
- 2) El ventrículo izquierdo toma la forma de un *takotsubo* (trampa japonesa para atrapar pulpos).
- 3) Al mes se observa resolución casi completa de la akinesia apical en la mayoría de los pacientes tratados.
- 4) Las anomalías de la contractilidad ocurren principalmente en el ventrículo izquierdo, pero en algunos casos se observa también compromiso del ventrículo derecho.
- 5) La obstrucción dinámica del tracto de salida del ventrículo izquierdo también puede ser observada.
- 6) Ausencia de lesión orgánica o espasmo coronario significativo, enfermedad cerebrovascular, feocromocitoma, o miocarditis viral o idiopática.

## Clínica

Como observamos en el caso reportado, coincidente con la mayoría de otras publicaciones, en general el cuadro clínico es inicialmente muy dramático y se acompaña de dolor precordial opresivo, dificultad respiratoria (disnea) y severos cambios en el electrocardiograma de superficie que son indistinguibles de un infarto agudo de miocardio, requiriendo en muchos casos internación en unidad coronaria y asistencia circulatoria. Por otro lado, la realización de la cinecoronariografía debe demostrar ausencia de enfermedad significativa de las arterias coronarias epicárdicas, puesto que de lo contrario, representaría un evento coronario agudo. (4)

A pesar del dramatismo inicial, el cuadro clínico suele evolucionar favorablemente con resolución total en los pacientes tratados y en raras ocasiones se repite. Nótese que en el caso clínico que reportamos, la paciente no padeció el trastorno de *takotsubo* en momentos de los asaltos que motivaron su mudanza. La vivencia traumática con consecuencias cardíacas se desarrolló en el contexto de un entorno sin factores disruptores. La vivencia emocional intensa surgió al ver por última vez, la que por más de 50 años fuera su “casa” (*house*), y notar que su “hogar” (*home*) había sido removido. Esta y no otra, fue la situación subjetiva que gatilló el estrés para ella, tras el cual, ingresó a la internación por la descompensación cardiológica.

## Factores predisponentes

Se postula que desde diferentes caminos, puede desencadenarse una cascada de eventos que en forma conjunta y no “*per se*” cada uno de ellos aisladamente, generarían las condiciones para gatillar este fenómeno que involucra al Sistema Nervioso Central (SNC) y al Sistema Cardiovas-

cular, constituyendo un ejemplo más, de la vinculación entre **mente y cuerpo**, destituyendo con estas evidencias los postulados del dualismo cartesiano. (5)

Entre otros factores predisponentes, se encuentra el descenso del nivel de estrógenos que ocurre durante la menopausia, y se postula que ello disminuiría el efecto protector de los esteroides para prevenir alteraciones cardiovasculares (6). Por otro lado, se han reportado gran cantidad de casos ocurridos en el contexto de catástrofes naturales, como los tornados o en las no naturales como en los atentados terroristas de gran magnitud comunitaria (7).

En otra línea, han sido reportados casos en el contexto de la realización de tratamientos con psicofármacos, como antidepresivos duales o en casos de intoxicación por litio (8, 9, 10). Hay evidencia que refuerza la teoría de la tormenta simpática como la responsable de la cascada de eventos que llevan a los cambios que se verifican en el miocardio de éstos pacientes (11).

### Fisiopatología

La fisiopatología de este síndrome aún no está adecuadamente comprendida, pero se dispone de suficiente evidencia proveniente de la neurociencia y de la cardiología, que ha demostrado que el factor de “**severo estrés**” casi nunca falta. Este factor psíquico opera como “gatillador” o factor que enciende una serie de eventos en cascada, entre los cuales es condición una masiva liberación de catecolaminas (adrenalina A y noradrenalina NA) tanto a nivel sistémico (A) como fundamentalmente a nivel local miocárdico, desde las terminales nerviosas noradrenérgicas (NA). Este comienzo a **nivel subjetivo** (vivencia estresante) que luego se acompaña de una cascada de **eventos objetivos** o moleculares, en los que se destaca la entrada masiva de calcio ( $Ca^{++}$ ) al interior de la célula miocárdica, provocan un “atontamiento metabólico” del miocardio con las consiguientes alteraciones en la motilidad de las paredes del corazón (12). Así, es posible considerar al *takotsubo* como un modelo espontáneo de patología que denota la articulación entre el a) componente emocional o **mental**, y el b) componente biológico o **cerebral**, el cual a su vez establece un enlace (*link*) con el c) **aparato cardiovascular**. Se conforma un camino que incluye **Entorno-Mente-Cerebro-Corazón**, en sus diferentes niveles de complejidad social-psicológico-bioquímico-celular somático.

De la interacción de los distintos componentes del camino descrito, se desencadena a nivel cardíaco, un estado de akinesia de los segmentos medioseptales y apicales con hipercontractilidad reactiva de los segmentos basales, adoptando el ventrículo izquierdo la peculiar forma de “vasija” que han descrito los autores japoneses, acuñando también el término de síndrome de “balonamiento apical”.

Se postula que este fenómeno de “toxicidad” por catecolaminas (tormenta simpática) se acompañaría también de vasoespasmo coronario y disfunción de la microcirculación, generando la presencia de necrosis en “bandas de contracción”, las cuales se observan en los

preparados histológicos de los especímenes miocárdicos en contraposición con lo que se observa durante la isquemia miocárdica, representada por la “necrosis de coagulación” (11).

Shao y colaboradores (8) evaluaron las respuestas catecolaminérgicas mediadas por receptores adrenérgicos  $\beta$  en ratas a las que se les administró isoproterenol (estimulante adrenérgico  $\beta$  no selectivo) con el objeto de inducir un síndrome similar al *takotsubo*. Asimismo evaluaron a pacientes portadores de *takotsubo*, e investigaron la cascada de eventos intracelulares gatillados por el desorden catecolaminérgico a nivel extracelular. De acuerdo a los hallazgos que derivan de dicho estudio, se postula la directa intervención de la NA (noradrenalina) liberada *in situ* (nivel neural) sobre los miocitos (nivel cardíaco), los cuales expresan receptores  $\beta_1$  y  $\beta_2$ . Se jerarquiza más esta modulación local, que la acción de la adrenalina sistémica (hipótesis endócrina) (1). Se evaluó la participación de los receptores  $\beta$  adrenérgicos, tanto el  $\beta_1$  y el  $\beta_2$ , acoplados a la proteína Gs y Gi respectivamente. A su vez se evaluó la activación o inhibición de las cascadas intracelulares gatilladas a partir de la activación o inhibición de la adenilciclase (AC), y las consecuencias que subyacen en los pasos secuenciales posteriores dentro de la cascada intracelular. Estos cambios se vincularon a alteraciones en el metabolismo lipídico y de los carbohidratos en los miocitos localizados en las áreas akinéticas del ventrículo izquierdo. El mecanismo postulado que explicaría estos hallazgos de “atontamiento metabólico” se basa en un fenómeno de lipotoxicidad que obstaculiza la disponibilidad de ácidos grasos en la producción energética mitocondrial. Lo mismo acontece con el metabolismo de carbohidratos, por lo cual la célula carecería de ácidos grasos y glucosa necesarios para activar la función mitocondrial, y disponer de la energía suficiente para su funcionamiento. El camino del receptor  $\beta_2$ -proteína Gi, estaría involucrado en esa etapa de disfuncionalidad metabólica, la cual coincidiría con el “reposo” (akinesia) de la fibra miocárdica. Ésta se encuentra en busca de su propia reparación celular que le sigue al fenómeno de necrosis en “bandas de contracción” (12), sólo que por esa acción de quiescencia celular, se obstaculizan caminos metabólicos que no habilitan la degradación de lípidos y carbohidratos para la suficiente disponibilidad de ácidos grasos y glucosa respectivamente, como fuentes de energía.

En resumen, se produciría un prevalencia de la actividad del receptor  $\beta_2$  que por un lado coloca en quiescencia (“hibernación”) a la fibra miocárdica para su reparación, pero sin la suficiente provisión energética que la célula requiere para dicha restitución.

Similares alteraciones de la motilidad parietal miocárdica, se han observado en pacientes que cursan una hemorragia subaracnoidea o feocromocitomas (13). Sin embargo, estos dramáticos cambios iniciales suelen derivar en *restitutio ad integrum*, cuando se implementan las medidas de soporte terapéutico, mientras que en un infarto agudo de miocardio, aún con medidas de soporte, suele resolver con secuelas (lesión miocárdica).

Se ha hipotetizado últimamente que los mecanismos

subyacentes citoprotectores, observados en la enfermedad de *Takotsubo*, estarían relacionados con la *up regulation* de los genes que codifican a las proteínas que intervienen en la vía metabólica de la fosfatidilinositol 3-quinasa/protein kinase B (PI3K/AKT). Esta vía metabólica estaría involucrada en la regulación de la proliferación, sobrevida y metabolismo celular y que por lo tanto el incremento de esta actividad podría representar un componente clave en la sobrevida de los miocitos.

En los últimos tiempos la enfermedad de *takotsubo* ha sido considerada como una forma más de angina microvascular o síndrome X (14).

La recuperación completa de la función sistólica es típicamente observada dentro de las 4 a 6 semanas posteriores al evento, siendo el pronóstico promisorio.

## Conclusiones

El presente reporte, denota la interacción entre el *nivel ambiental (ambiotoma)*, el *nivel mental*, el *nivel cerebral* y el *nivel somático*, como un verdadero *link multidireccional* entre ellos (15). Por el lado externo, el entorno, es capaz de ofrecer desafíos que el sujeto puede afrontar o evitar con la lucha o la huida. Por el lado interno, el cuerpo, conforma el entorno interno, dado que recibe y envía señales del y hacia el cerebro. Así, de la primer interacción entorno-mente, se constituye un segundo tándem, mente-cerebro, el cual a su vez, producto del procesamiento de la señalización, emitirá hacia el corazón, las señales que resulten de dicho proceso cerebro-corazón. Así, las respuestas no son lineales, y cada uno de los distintos binomios que conforman unidades de procesamiento de la señalización, decodi-

ficarán la señalización dentro de cada subsistema y con el lenguaje molecular propio de cada uno de ellos, cuya resultante influirá en el resto del sistema. Las respuestas no pueden ser anticipadas. Cada uno de los niveles de complejidad, utilizará un lenguaje intrínseco y específico (palabra, emociones, neurotransmisores, cascada intracelular, factores de transcripción, expresión génica, etc.), que la siguiente estación de relevo, receptora de la información, procesará y emitirá a su vez la señalización para la siguiente.

De allí, la importancia de este modelo, que integra procesos mentales con los cardiovasculares, mostrando con toda crudeza el *link* que existe entre mente y cuerpo, destituyendo la división entre ambos espacios y con él, la división cartesiana mente-cuerpo (16).

El modelo fisiopatológico de la enfermedad de *takotsubo* reproduce la integración holística entre distintos niveles de complejidad. Ello denota que una simple emoción puede ejercer un efecto disparador a través de una maquinaria molecular que por medio de traductores, la resultante, se expresaría en el cuerpo.

Por lo tanto, se entenderá que el abordaje del mismo, requerirá entonces, las mencionadas medidas de soporte médico iniciales que deben combinarse simultánea y posteriormente, con medidas psicoterapéuticas, psicoeducativas y psicofarmacológicas.

## Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses, tratándose de un reporte de caso en el cual se mantiene la confidencialidad de los datos de identidad personales del paciente. ■

## Referencias bibliográficas

- Dote K, Sato H, Tateishi H, Uchida T, Ishihara M. Myocardial stunning due to simultaneous multivessel coronary spasms: a review of 5 cases. *J Cardiol* 1991; 21: 203-14. [PMID: 1841907]
- Tsai TT, Nallamothu BK, Prasad A, et al. A Change of Heart. *N Engl J Med* 2009; 361:1010-1016 September 3, 2009 DOI: 10.1056/NEJMcps0903023
- Seth PS, Aurigemma GP, Krasnow JM, et al. A syndrome of transient left ventricular apical wall motion abnormality in the absence of coronary disease: a perspective from the United States. *Cardiology* 2003; 100 (2): 61-6. [PMID: 14557691]
- Yalta K, Yilmaztepe M, Ucar F, Ozkalayci F. Coronary slow flow in the setting of Tako-tsubo cardiomyopathy: a causative factor? An innocent bystander? Or a prognostic sign? *Int. J. Cardiol* 2015; 198, pp. 229-231 [Internet] Disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S0167527315300772/1-s2.0-S0167527315300772-main.pdf?\\_tid=eff43fb0-8163-11e5-91f0-00000aacb361&acdnat=1446470373\\_991909aa1d4817e4a41838ccfb6b3723](http://ac.els-cdn.com/S0167527315300772/1-s2.0-S0167527315300772-main.pdf?_tid=eff43fb0-8163-11e5-91f0-00000aacb361&acdnat=1446470373_991909aa1d4817e4a41838ccfb6b3723)
- Iga K, Gen H, Tomonaga G, Matsumura T, Hori K. Reversible left ventricular Wall motion impairment caused by pheochromocytoma: a case report. *Jpn. Circ. J* 1989; 53: 813-818.
- Pant S. Clustering of Takotsubo Cardiomyopathy Cases in United States in 2011. Presentado en el American College of Cardiology meeting (ACC). 2014, 29 de Marzo.
- Rotondi F, Manganelli F, Carbone G, et al. "Tako-Tsubo". Cardiomyopathy and duloxetine use. *Southern Medical Journal* 2011; 104, (5): 345-347.
- Shao Y, Redfors B, Scharin Täng M, et al. Novel rat model reveals important roles of  $\beta$ -adrenoreceptors in stress-induced cardiomyopathy. *Int J Cardiol* 2013; 3; 168 (3):1943-50. doi: 10.1016/j.ijcard.2012.12.092.
- Nef HM, Möllmann H, Hilpert P, et al. Activated cell survival cascade protects cardiomyocytes from cell death in Tako-Tsubo cardiomyopathy. *European Journal of Heart Failure* 2009; 11: 758-764. doi:10.1093/eurjhf/hfp076.
- Selke KJ, Gaurav Dhar DO, Cohn JM. Takotsubo Cardiomyopathy associated with titration of duloxetine. *Tex Heart Inst J* 2011;38(5):573-6.
- Samuels M. The Brain-Heart Connection. *Circulation* 2007; 116:77-84.
- Kawai S, Suzuki H, Yamaguchi H, et al. Ampulla cardiomyopathy 'Takotsubo' cardiomyopathy) - reversible left ventricular dysfunction with ST segment elevation. *Jpn Circ J* 2000; 64:156-9. [PMID: 10716533]
- Kandel E. The Neuroscience of Mind and the Future of Knowledge. *Neuron* 2013; 80: 546-560.
- Kitami M, Oizumi H, Kish SJ, Furukawa Y. Takotsubo cardiomyopathy associated with lithium intoxication in bipolar disorder: a case report. *J Clin Psychopharmacol* 2014; 34 (3): 410-1. doi: 10.1097/JCP.0b013e3182a95a27.
- Ueyama T, Hano T, Kasamatsu K, et al. Estrogen Attenuates the Emotional Stress-induced Cardiac Responses in the Animal Model of Tako-Tsubo (Ampulla) Cardiomyopathy. *Journal of Cardiovascular Pharmacology* 2003; 42 (Suppl. 1): S117-S119.
- Bunge M. Blushing and the philosophy of mind. *Journal of Physiology* 2007; 101: 247-256

# ¿Es la erotomanía una defensa contra la melancolía?

**Dominique Wintrebert**

*Psiquiatra, Ex-jefe de Servicio Hospital "Les Murets", La Queue en Brie, Francia  
Psicoanalista, Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP)  
Presidente de la Coordinación Francia-América Latina de Psiquiatría (COFALP)  
E-mail: wintreberd@aol.com*

---

## **Resumen**

En el presente artículo se relata un caso clínico de erotomanía cuyas manifestaciones clínicas son interpretadas desde la perspectiva de la teoría de Jacques Lacan. El autor postula, apoyándose en datos clínicos y su correlato interpretativo psicoanalítico una posible vinculación entre la erotomanía y la melancolía, en la que la primera opera como una defensa ante la segunda.

**Palabras clave:** Erotomanía - Melancolía - Clínica diferencial de las psicosis - Parafrenización.

IS EROTOMANIA A DEFENSE AGAINST MELANCHOLY?

## **Abstract**

In this article we report a clinical case of erotomania whose clinical manifestations are interpreted from the perspective of the Lacan theory. The author postulates, based on clinical data and its psychoanalytic interpretative correlate, a possible link between Clérambault syndrome and melancholia, in which the former operates as a defense against the latter.

**Key words:** Clérambault syndrome - Melancholy - Differential clinic of the psychoses.

---

## Introducción

Presentamos aquí el caso de una mujer con un cuadro de erotomanía con aspectos megalomaniacos, casi parafrénicos, como se podrá constatar en el relato del mismo. Dicho cuadro comenzó alrededor de los treinta años de edad, en la época del nacimiento de su primer hijo. La conocimos el año pasado en ocasión de su sexta y séptima internaciones en el hospital psiquiátrico. Actualmente cuenta 46 años de edad, y, a los fines de esta presentación la llamaremos Grace.

## Algunos datos familiares

Grace es originaria de un país de Extremo Oriente. Se crió en un ambiente familiar en el que la expectativa de éxito social era desmesurada, particularmente para su madre. La vida de ésta última, según la relata Grace, sufrió traumatismos que explican la revancha que buscó y obtuvo a través de sus hijos, y al sostén que encontró en la religión. En efecto, la familia se convirtió al protestantismo en un país en el que el budismo y el confucianismo son ampliamente dominantes.

El trauma mayor que sufrió la madre de Grace fue la muerte por lapidación de su padre, el abuelo de Grace, ante sus ojos, cuando ella tenía tres años de edad. Luego de esa ejecución, la esposa del muerto, es decir, la abuela de Grace, abandonó a la madre de nuestra paciente en la casa de sus suegros porque decidió rehacer su vida.

Cuando los suegros fallecieron, la madre de Grace, a la sazón una adolescente, pasó a vivir en la casa de un tío, en la que fue tratada como una verdadera Cenicienta, debiendo abandonar sus estudios para trabajar allí como sirvienta. Años después se casó con un hombre cuyo único rasgo distintivo era un estrabismo no operado.

Grace habla poco de su padre, solo dice que él tenía vergüenza de su esposa porque la encontraba fea.

Acaso por el abandono del que fue víctima a la edad de tres años, la madre de Grace tuvo un hijo cada tres años; siendo nuestra paciente la tercera de cuatro niños nacidos en esa secuencia. Todos, excepto Grace -quien considera haber hecho una elección matrimonial inadecuada al haber aceptado casarse con su profesor francés-, han llegado a ocupar una situación social muy acomodada en su país de origen. Efectivamente, al terminar sus estudios superiores de lenguas, Grace entró a trabajar en una compañía francesa. Para perfeccionar su manejo del idioma, comenzó entonces a concurrir a la Alianza Francesa, adonde fue cortejada insistentemente por su profesor hasta que este venció su reticencia a establecer una relación amorosa y, al cabo de tres años y medio de noviazgo, se casaron, contra la opinión de su familia. En esa época una nativa que tuviera relación con un extranjero era considerada como una prostituta y, frecuentemente, los transeúntes escupían en el suelo ante el pasaje de una pareja mestiza.

En un país en el que los padres tienen una total autoridad sobre sus hijos, Grace demostró una oposición notable a las directivas familiares: *“Yo tenía un pésimo carácter, era rebelde, feminista y, al mismo tiempo, ingenua”*, nos relata cuando la interrogamos sobre sus decisiones.

## La intuición delirante

Poco después del casamiento el marido de Grace fue asignado para trabajar en otro país asiático. Partieron juntos y tuvieron su primera hija.

A continuación, pienso poder reconstruir los acontecimientos de la siguiente manera. El parto la desestabilizó y apareció una intuición delirante: ella es una reina, un hombre la busca y la hará feliz. No se puede decir que ella “meditó su delirio”, como decían los clásicos. En efecto, su intuición encerraba y encubría el postulado fundamental; sólo le faltaba encontrar el “objeto”, en el sentido de Clérambault, es decir, aquel que fuera adecuado para encarnarlo.

En su nuevo trabajo se cruzó con un hombre que respondía a esos criterios: era de buena familia, rico, corpulento, apuesto y, además, egresado de una muy buena escuela. *“Cada vez que lo veía me sentía bien”*, dice durante las entrevistas cuando la empezamos a atender en su internación en nuestro hospital (*vide infra*). *“No había tenido esa sensación con mi marido”*. A los fines de esta reconstrucción lo llamaremos el *amado*. El hecho de que fuera casado nunca representó un obstáculo para Grace, quien tuvo ocasión de encontrar a la mujer del *amado* en las fiestas que regularmente tenían los miembros de la colonia francesa que trabajaban en ese país de Oriente. *“Ella tenía carácter, era muy grandota y me intimidaba”*, nos dice Grace. Un día el *amado* fue trasladado por su empleador a otro país y ese hecho le dejó a Grace un gran vacío. Es en ese momento, en circunstancias muy particulares, que se declaró la erotomanía.

## El desencadenamiento

Durante una fiesta, una amiga de Grace que vivía en el mismo país que el *amado*, filmó la escena y se la envió. Nuestra paciente tuvo la convicción de que su amiga no había asistido a esa fiesta por azar sino para darle noticias de ella a su *amado*. Era la prueba de que no la había olvidado. Insistentemente la asaltó un pensamiento: *Ce que femme veut, Dieu le veut*<sup>1</sup>. A partir de ese momento se convenció de que todo lo que deseaba iba a ocurrir y que lo iba a reencontrar. Tenía la convicción de que el *amado* se había divorciado y de que su mujer lo engañaba. Escuchó por telepatía la voz de Dios y hacía lo que Él le ordenaba. Pero Dios no le daba la solución, solamente le señalaba el camino, ella le rezaba y Él le respondía. Era una decisión divina que el *amado* llegara a ser su esposo.

Contamos con pocos datos de sus dos primeras hospitalizaciones; las que tuvieron lugar en su país de origen.

<sup>1</sup> *Ce que femme veut, Dieu le veut*, proverbio francés, de origen desconocido, cuya aparición en la literatura data de fines del siglo XIX, y cuya interpretación es: *“Una mujer siempre logra obtener lo que desea”*.

Los motivos de las mismas se registraron en esas ocasiones como delirio erotomaniaco y delirio paranoide, que la inducían a cumplir con las órdenes de Dios. Eso ubica el caso de Grace no como una erotomanía delirante, ya que estas clásicamente carecen de alucinaciones, sino como un "caso mixto" como los denominaba Clérambault (1).

Gracias al tratamiento Grace criticó su delirio y retomó su vida conyugal.

Siete años después, en la época de su segundo parto, Grace fue nuevamente hospitalizada; esta vez en Francia. Se le imponía, en ese momento, la idea de que sería incapaz de dar un buen futuro al recién nacido. Se sucedieron así tres periodos de hospitalización psiquiátrica motivados por una reagudización de su erotomanía.

El tercero tuvo lugar en mi Servicio, al que arribó para una breve estadía a raíz de una tentativa de suicidio durante su tercera descompensación. La relación con su hija adolescente era muy tensa. Grace quería que la joven estudiara más porque temía que no pudiera lograr el éxito en la prestigiosa carrera que había previsto para ella. Como no lograba una respuesta a su gusto por parte de la joven y el padre tomó partido en su defensa, Grace ingirió algunos comprimidos de medicamentos.

Se fue de alta en pocos días pero, un mes después, fue internada nuevamente. Unos días antes de esa segunda hospitalización en nuestro Servicio y según sus palabras: *"Todo se concretizó"*. Se desencadenó, en ese momento, un delirio, inexistente durante la hospitalización anterior, enriquecido de una singular manera por la pulsión escópica.

El basamento erotomaniaco del delirio fue el mismo, lo que prueba que la crítica del delirio, cara a los clásicos, nunca se puede considerar como definitivamente adquirida.

## La parafrenización

Grace comenzó a pensar que un jurado mundial, compuesto por miembros de diferentes razas, religiones y estratos sociales, opinaba sobre el devenir de su relación amorosa. Convertida en la heroína de un juego televisivo de difusión mundial intitulado, justamente: *"Ce que femme veut, Dieu le veut"*, su vida adquirió un verdadero suspenso.

Como no tuvo ninguna dificultad para encontrar el número de teléfono del *amado* en el otro extremo del mundo dedujo que la gente había votado por ella y que el juego la autorizaba. Se convenció de esa manera de que la mayoría del jurado había decidido, dos días antes de ser hospitalizada en nuestro Servicio, que debía divorciarse de su marido. Ella pensaba que quizás los jurados europeos votaron en su contra porque el *amado* es rico. Luego, invadida por ese modo de pensamiento omnipotente, fue al aeropuerto con la idea de que si la gente había votado en su favor el *amado* estaría allí.

Durante esa segunda hospitalización me confesó: *"Dios ha cambiado de táctica, Él quiere que le diga la verdad, solamente la verdad"*, y luego: *"Por el momento, yo soy*

*Dios"*. Estos propósitos deben relacionarse con la eclosión de la erotomanía, ya que no son otros que los del título del juego mundial en lo que podemos comprobar un cierto transitivismo entre Dios y ella misma. Gracias a que el tratamiento se demostró notablemente eficaz, la hospitalización duró poco tiempo y Grace pudo reintegrarse a su hogar.

Agreguemos dos elementos: la paciente me reveló que la sexualidad no le interesaba (sufría de frigidez y vaginismo) y que tenía vergüenza de la familia de su marido porque estaba compuesta por obreros.

## Comentarios

Analicemos la historia de Grace con la pulsión escópica como hilo conductor, dejando de lado el rol tomado por los partos. Al comienzo encontramos la escena traumática de la lapidación del abuelo en el curso de la cual la mirada es rechazada del registro Simbólico: el juicio condenando a la lapidación hará retorno en lo Real bajo la forma del jurado que vota a su favor o en su contra.

Luego tenemos el estrabismo del padre, en el que la mirada es defectuosa; al que se agrega la mirada sobre la madre con el sentimiento de vergüenza en el que la mostración ocupa un lugar esencial.

Luego está la cámara filmadora de la compatriota en el exilio, punto de viraje, mirada en exceso que hay que revestir de delirio erotomaniaco.

Y, por fin, tenemos la mirada generalizada, con el jurado mundial televisado en el que se nota que, a diferencia de su madre mirada con vergüenza por su padre, Grace está en posición de ser vista por el mundo entero como una heroína. Una cita de Lacan en su Seminario sobre *Las psicosis* va a servir para ilustrarlo: *"El delirio erotomaniaco se dirige a un otro tan neutralizado que es agrandado a la dimensión misma del mundo, puesto que el interés universal ligado a la aventura, como se expresaba Clérambault, es para el mismo un elemento esencial"*(2).

Tomemos ahora los datos por el sesgo del amor:

- En la vida de Grace, el amor no contiene el deseo, el deseo no tiene lugar en ella y podemos sostener con seguridad para su caso la hipótesis de una forclusión de la significación fálica. Las desestabilizaciones consecutivas a los partos, lo mismo que su completo desinterés por la vida sexual, son prueba de ello.
- El postulado: "Él me ama", tiene la ventaja de poner íntegramente la castración del lado del amado; lo cual implica que la falta esté de su lado. Una referencia de Lacan sobre la erotomanía en su Seminario sobre *La angustia* puede ser de utilidad para entenderlo. Lacan pone en serie la mujer mística, la enamorada de un sacerdote y la erotomaniaca, como otras tantas formas típicas *"de resolver la difícil relación de la mujer con respecto al objeto a"*(3). Lacan construye, así, una gradación de la relación que las mujeres mantienen con la castración de su partenaire:
- La mujer mística no necesita de otra presencia que la fantasmática; inclusive bajo la forma de un frag-

mento, como fue el Sagrado Corazón de Jesús para Marguerite Marie Alacoque<sup>2</sup>. Por medio de lo cual, nos dice Lacan en su estilo inimitable, ellas encarnan “el tipo de temible cogedora”. Ellas acceden al goce.

- En el caso de las enamoradas de los sacerdotes, encontramos el resorte que las anima en la prohibición de toda relación sexual ligada a la vida eclesiástica, lo que Lacan llama “castración institucionalizada”. Sin duda en esos casos, se podrán encontrar mujeres Pygmalion que se aplicarán a dar a sus amantes castrados una virilidad intocada hasta entonces. Pero también se verán mujeres psicóticas atraídas justamente por la seguridad de no correr el riesgo de ser solicitadas sexualmente.
- Finalmente, la erotomaniaca, nos dice Lacan, es aquella para la que “no es necesario que el trabajo esté preparado, ella lo hace sola”. ¿Como se debe entender esa afirmación? Supongamos que una parte de la respuesta es que la erotomaniaca se burla de las convenciones: cualquiera sea el estatus social del amado, que sea casado, que tenga hijos, responsabilidades, nada importa. Todo lo que estaba institucionalizado es deshecho por el delirio. El amado parece dedicado a tomar el valor de A barrado en tanto responde infaliblemente a la demanda de ser amada. Tuvimos la sorpresa de escuchar a Grace pronunciar, en tres oportunidades el lapsus: “Mi mujer”, en lugar de “Mi madre”. Evidentemente nunca se lo mencioné, de la misma manera que ella jamás lo registró. Uno escucha allí tanto al padre eliminado, como la evidencia de un trastorno profundo de la sexuación.

Por otro lado, debemos observar dos aspectos en la elección del amado:

- Primeramente que un punto queda intocado en relación al marido. En efecto el amado también es un extranjero de otra etnia, similitud que debemos asumir como marca de rechazo forclusivo del padre.
- En segundo lugar, que los criterios que presidieron la elección son correlativos del deseo de revancha de la madre. En términos freudianos podríamos decir que es el yo ideal, desligado de Grace, que retorna bajo la

forma de ese hombre rico que responde a los ideales de la madre.

La posición ocupada por Dios es un aspecto de la erotomanía de Grace que merece ser destacado. Al comienzo tenemos esa conversión familiar al protestantismo, no rara en el país de origen de nuestra paciente. Dios queda en un lugar de terceridad en su historia, en una dimensión de llamado contenido en la idea “*Ce que la femme veut, Dieu le veut*” mucho antes de constituirse en el título del juego televisado en el que Grace juega el rol de heroína.

El hecho de remitirse a Dios en el momento más intenso de su delirio erotomaniaco lo contamina con una tonalidad mística. Cuando el automatismo mental llega a su máxima expresión, Grace navegará entre dos posiciones: la de ser una marioneta de un Dios que parece dictarle su conducta, pero más secretamente devenir ella misma Dios o su representante, o hacer que Dios se pliegue a sus fines.

### La relación erotomanía-melancolía

En el Seminario *Las Psicosis*, Lacan vuelve sobre la idea freudiana de que la megalomanía es la cobertura de una extrema fragilidad narcisística.

Nosotros proponemos lo siguiente: el amor erotomaniaco por su rasgo megalomaniaco, es decir la agalma posicionada íntegramente del lado del sujeto erotomaniaco, es la inversa del *niederkommen*, del dejarse caer del que es presa el sujeto melancólico cuando se identifica con el objeto *a* (4). Los vínculos entre paranoia y melancolía han sido identificados en nuestro medio desde hace mucho tiempo.

Si bien la erotomanía pueda ser ubicada entre los delirios paranoicos, la articulación que proponemos es nueva y merece ser sometida a debate. Más allá de una transposición del afecto, clave para pasar del postulado melancólico (soy odiable, todo el mundo lo sabe) al de la erotomanía (soy amable, todo el mundo lo sabe), proponemos la fórmula siguiente: en la erotomanía, contrariamente a la melancolía, no es la sombra sino la luz del objeto la que cae sobre el yo. ■

### Referencias bibliográficas

1. Clérambault G. G de [1942] (1987) *Œuvres psychiatriques*. Paris: Frénesie.
2. Lacan J [1955-1956] (1981) *Le Séminaire, Livre III: Les psychoses*. Texte établi par Jacques-Alain Miller. Paris: Seuil, p. 54.
3. Lacan J. [1962-1963] (2004) *Le Séminaire, Livre X: L'angoisse*, Texte établi par Jacques-Alain Miller. Paris: Seuil, p. 234.
4. Lacan J [1955-1956] (1981) *Le Séminaire, Livre III: Les psychoses*. Texte établi par Jacques-Alain Miller. Paris: Seuil, p. 351.

<sup>2</sup> Santa Margarita María de Alacoque (1647-1690) fue una monja de la Orden de la Visitación de Santa María, canonizada en 1920, quien comunicó haber recibido apariciones del Sagrado Corazón de Jesús que ocurrieron donde hoy se sitúa la Basílica del Sagrado Corazón en la localidad de Paray-le-Monial, Francia.

# Psicosis agudas y crónicas con cenestopatías y/o síntomas hipocondríacos

Federico Rebok

*Médico especialista en Psiquiatría y Medicina Legal  
Jefe del Servicio de Emergencia, Hospital «Dr. Braulio A. Moyano»  
Equipo de evaluaciones interdisciplinarias, OSDE  
Prof. Titular, Cátedra de Urgencias Psiquiátricas, USAL  
E-mail: federicorebok@gmail.com*

---

## Resumen

Tanto las cenestopatías (sensaciones corporales anormales) como los síntomas de la serie hipocondríaca pueden presentarse en trastornos psicóticos, tanto agudos como crónicos. En el presente artículo se describirán brevemente algunos cuadros psicóticos que pueden cursar con cenestopatías y/o síntomas hipocondríacos. Todas las descripciones serán ilustradas con ejemplos clínicos que faciliten la comprensión y delimitación de estos cuadros.

**Palabras clave:** Sensaciones corporales anormales - Cenestopatías - Delirios hipocondríacos - Psicosis agudas y crónicas.

ACUTE AND CHRONIC PSYCHOSES WITH CENESTOPATHIES AND / OR HYPOCHONDRIACAL SYMPTOMS

## Abstract

Both cenestopathies (abnormal body sensations) and hypochondriac symptoms can occur in both acute and chronic psychotic disorders. The present article will briefly describe some psychotic pictures that may accompanied with cenestopathies and/or hypochondriac symptoms. All descriptions will be illustrated with clinical examples to facilitate the understanding and delimitation of these diseases.

**Key words:** Abnormal body sensations - Cenestopathies - Hypochondriac delusions - Acute and chronic psychoses.

## Introducción

Con el término “alucinaciones cenestésicas” se hace mención a todas aquellas sensaciones corporales anormales que tienen un tinte extremadamente diverso: desde simples sensaciones de frío, calor, dolor, presión, tensión o electricidad generalmente referidas al interior del cuerpo, hasta experiencias más o menos graves referidas a los órganos o extremidades, por ejemplo la contracción, estiramiento, arrancamiento, etc. (1).

Las alucinaciones cenestésicas (sensibilidad interna) contradicen la clásica definición de Ball acerca de la alucinación como “percepción sin objeto”, ya que en las mismas existe una percepción aberrante pero con la presencia de un objeto, el cuerpo. Es por ello que diferentes autores han propuesto la denominación de “sensaciones corporales anormales” en su reemplazo (2).

Estas alucinaciones cenestésicas, pueden involucrar todo el cuerpo o solamente una parte del mismo y pueden presentarse tanto en las psicosis agudas como en las crónicas (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Alucinaciones cenestésicas (sensibilidad interna) y ejemplos clínicos

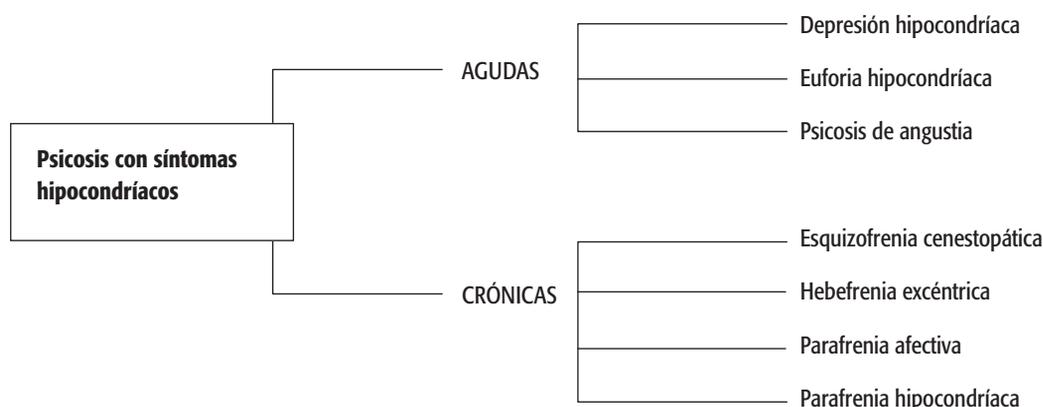
Alucinaciones cenestésicas		
Topografía	Ejemplos	Ejemplo(s) clínico(s)
Cenestopatías referidas a todo el cuerpo	Metamorfosis, vaciamiento, estiramiento, arrancamiento	Una paciente esquizofrénica veía, al mirarse en el espejo, cómo había perdido una talla, y sentía cómo las clavículas se cruzaban por el medio de su garganta, generándole una sensación de ahogo
Cenestopatías referidas sólo a una parte del cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alucinaciones genitales o sexuales (masturbación, penetración, orgasmo, violación, erección, etc.)</li> <li>- Tracto digestivo: obstrucción, distensión.</li> <li>- Tórax: corazón podrido, pulmones de piedra.</li> </ul>	<p>Una paciente esquizofrénica sentía cómo el diablo la penetraba hasta llevarla al orgasmo</p> <p>Una paciente depresiva decía sentir un cáncer en el abdomen, que los médicos no podían diagnosticar, y que según ella era la consecuencia de un castigo divino por los “pecados” cometidos en su juventud</p> <p>Una paciente con psicosis de angustia paranoide refería tener un sapo en el estómago, producto de una brujería, a la vez que también afirmaba tener SIDA y sentir cómo la sangre le quemaba las venas</p>

Por su parte, se ha destacado, desde antaño, la presencia de sintomatología hipocondríaca en el campo de los delirios, tanto agudos como crónicos. En el presente artículo se describirán brevemente algunos cuadros psicóticos que pueden cursar con cenestopatías y/o síntomas de la serie hipocondríaca. Todas las descripciones serán ilustradas con ejemplos clínicos.<sup>1</sup>

## Clasificación

En la Figura 1 se enumeran los cuadros psicóticos que pueden presentar sintomatología de la serie hipocondríaca.

**Figura 1.** Trastornos psicóticos que cursan con sintomatología de la serie hipocondríaca



<sup>1</sup> Para los ejemplos clínicos se han modificado ciertos datos clínicos y sociodemográficos de manera que no modifiquen el esquema diagnóstico y a la vez no vuelven reconocibles a los pacientes en cuestión.

En realidad no todas estas formas de psicosis presentan la sintomatología hipocondríaca en primer plano. Tal vez ésta sea mayormente visualizable en la depresión hipocondría, la euforia hipocondríaca, la esquizofrenia cenestopática y la parafrenia hipocondríaca. En cambio, en la psicosis de angustia, en la hebefrenia excéntrica y en la parafrenia afectiva, la sintomatología corporal suele quedar relegada a un segundo plano.

### Depresión hipocondríaca

Es una forma de depresión que toma base en lo corporal. Aparecen, por un lado, temores referidos al bienestar corporal, y por el otro, sensaciones corporales anormales para las cuales no se pueden encontrar correlato orgánico; son estas últimas las que le dan la característica a este cuadro, ya que las primeras pueden presentarse en otras formas de depresión. Las sensaciones anormales pueden referirse al interior o superficie del cuerpo. Sin embargo, la localización es imprecisa o difusa; el paciente señala zonas amplias, no circunscritas. Son quejas habituales: dolor, picazón, ardor, quemazón, pinchazos, perforación, desgarró y muchísimas otras, en general, combinadas (y por ello, imprecisas en su descripción). Es por ello que los pacientes apelan al "como si", para tratar de transmitir lo que no es empaticizable por la población general (ej. siento como si el cerebro se hubiera hecho gelatina) (3, 4).

Al mismo tiempo, puede aparecer una despersonalización que se traduce en un delirio de negación de órganos y de condenación eterna, con intentos de suicidio que pueden tomar características cruentas (ej. prenderse fuego) (3).

A diferencia de lo que ocurre con el paciente esquizofrénico, aquí las sensaciones corporales anormales no se acompañan de un síndrome de influencia externa; es decir, que aquí el paciente se siente enfermo (por ej. de cáncer, HIV, etc.) pero no "moleestado" desde afuera. En todo caso, se autoinculpan (3, 4).

El paciente se queja mucho de sus dolencias corporales, pero sin embargo no llegan a mostrar verdaderos cuadros de agitación (4).

Una paciente de 42 años de edad presentó un cuadro depresivo durante el cual afirmaba sentir un cáncer en el abdomen "que los médicos no podían diagnosticar", y que según ella era la consecuencia de un castigo divino por los "pecados" cometidos en su juventud (abortos, que nunca consideró "pecados" ni antes ni después del episodio depresivo). Deseaba que el cáncer acabara rápidamente con ella para dar fin a su existencia y de esta manera alejar a su familia de la vergüenza. El cuadro resolvió en tres meses, con un esquema combinado de clorimipramina 300 mg/día y trifluperazina 10 mg/día.

### Euforia hipocondríaca

Al igual que en la depresión hipocondríaca, las sensaciones corporales anormales dominan el cuadro, pero aquí el estado de ánimo es de euforia: las quejas hipocondríacas que denotan un notable sufrimiento interno y que pueden ser caracterizadas como "insoportables" por los pacientes, se acompañan de un tono afectivo alegre, jovial, contagioso. Tal como plantea Leonhard, la forma en que estos pacientes expresan su sufrimiento hace acordar, en principio, a las expresiones más comunes: pinchazos, perforaciones, ardor. Pero cuando se les pide que sean más específicos en sus descripciones, aparecen las comparaciones más descabelladas, por ejemplo: "es como si me cortaran el cerebro", "es como si me hubieran tensado las cuerdas vocales", etc. A veces la queja tapa la euforia e incluso puede acompañarse de lágrimas, pero rápidamente ésta vuelve a aflorar bajo la forma de una expresión facial alegre; pueden explicar que son conscientes de la contradicción, pero que aún a pesar de todos los padecimientos pueden seguir alegres. Es difícil desviarlos de sus padecimientos, puesto que no muestran fuga de ideas (3, 4, 5).

Leonhard comenta el caso de una mujer que presentó dos episodios, uno a los 28 años y el otro a los 41. Se quejaba de sentir golpes en toda la espalda, dolores de cabeza y de tener herida la columna. Decía haber "muerto en vida". Afirmaba tener una sensación extraña en la cabeza, tirones violentos en los dedos, estiramientos de los ojos, contracciones en el cerebro, nudo en la cabeza, hendidura en el cráneo. Todas estas quejas las relataba con afecto alegre, a tal punto que la enferma se denominó a sí misma "una floreciente candidata a la muerte". Fue notable, pues, el contraste entre las quejas hipocondríacas y el estado de ánimo alegre.

### Psicosis de angustia

La angustia paranoide es el síntoma cardinal que caracteriza el cuadro. El paciente, angustiado, piensa que «vendrán a matarlo», que será asesinado o torturado, o que su familia se encuentra en peligro o correrá su misma suerte.

Dice Leonhard que el temor interno se fundamenta en los acontecimientos del entorno, los cuales se vuelven amenazantes. Si el cuadro progresa, pueden aparecer junto con las autorreferencias, ilusiones y alucinaciones que por lo general son de carácter auditivo: hablan de su ejecución o de su familia («vamos a buscarte»). Más raramente pueden aparecer alucinaciones olfativas y/o gustativas (que en realidad no pueden ser claramente distinguidas de las ideas de envenenamiento) (3, 4).

Muchas veces aparecen vivencias hipocondríacas e incluso ideas de influencia corporal, pero el síndrome

de influencia externo no es tan acusado como el de la «parafrenia afectiva». Por otro lado, las ideas hipocondríacas aparecen aquí en medio de una angustia abrumadora, hecho que las diferencia de aquellas que se presentan en la «depresión paranoide» (3, 4).

Pueden, asimismo, presentarse ideas de extrañamiento, inferioridad o autorreproches, e incluso ideas de pecado, que, a diferencia de las observadas en la depresión paranoide, se presentan en el contexto de un cuadro psicótico francamente polimorfo (3, 4).

En general, la psicosis de angustia-paranoide cursa con un componente motor de acinesia. Cuando se acompañan de formas motoras o confusas excitadas, entonces remedan un “estado mixto” de psicosis maníaco-depresiva (pero con el transcurso del cuadro sólo queda la psicosis de angustia).

Una paciente de 45 años de edad cursaba su segundo episodio cicloide, presentando un cuadro de intensa angustia, pues creía que padecía SIDA, a la vez que sentía como la sangre le quemaba las venas. “Se me rompen las células”, afirmaba. Al ser entrevistada en profundidad, admitió que creía que una vecina suya que la “envidiaba” le había hecho un trabajo de brujería, por el cual tenía un sapo en el estómago. El cuadro resolvió en menos de una semana, con risperidona 3 mg/día y lorazepam 5 mg/día.

### Esquizofrenia cenestopática

Si bien Huber no la considera un trastorno de la esfera hipocondríaca, el cuadro se caracteriza por presentar durante todo su curso sensaciones corporales combinadas muy estrechamente con perturbaciones afectivas. Además, ocurren desórdenes neurovegetativos, motores y perceptivos. Los síntomas esquizofrénicos típicos son breves (episodios psicóticos floridos pero de muy corta duración), evolucionan en brotes, dejan defecto leve y son más frecuentes en el sexo masculino (a diferencia de las depresiones hipocondríacas, más frecuentes en la mujer) (5).

Esta forma de esquizofrenia tiene un inicio más tardío (en general, después de los 30 años), y su forma de comienzo suele ser insidiosa, manifestándose inicialmente como cansancio muscular y sensación de agotamiento. Junto con esta sintomatología corporal anormal, totalmente inespecífica, aparecen alteraciones de la timia, con angustia y preocupación, y a veces irritabilidad. Este estado muchas veces lleva a que el paciente abandone los estudios o el trabajo; se produce un déficit en el rendimiento. El humor delirante se hace presente, con sospechas y ocurrencias delirantes que tratan de explicar el estado en que se encuentra la persona (delirio aclaratorio): el paciente ha sido envenenado o le han practicado algún gualicho o brujería. Se produce una tendencia a la apatía y al aislamiento. El cuadro cursa con “crisis disestésicas”, verdaderos paroxismos de cenestopatías que se acompañan de un afecto vivaz

que puede llegar al extremo de la agitación ansiosa. Con el paso del tiempo, la afectividad puede tornarse indiferente e inadecuada, apática, pero el paciente aún así continúa cautivo de sus sensaciones. Pero al aparecer las crisis disestésicas el afecto aún puede volverse vivaz. En algunos casos, sin embargo, se avanza hacia un defecto hipocondríaco con afecto aplanado (6).

Entre los criterios generales, Huber destaca que: (i) una gran variedad de cenestesis pueden darse en el mismo paciente, en diferentes períodos de evolución de la enfermedad; (ii) la naturaleza de las cenestopatías es rápidamente cambiante; (iii) se manifiestan frecuentemente bajo la forma de paroxismos y brotes; (iv) tienen dependencia de ritmos y estados fisiológicos o bien de influencias atmosféricas; (v) la novedad y la calidad subjetivamente diferente para el paciente, comparada con todas las sensaciones comunes normales; (vi) su carácter extraño, peculiar, en parte bizarro, la dificultad del paciente para describirlas y la dificultad del médico para empatizarlas; (vii) los pacientes carecen de nombres adecuados para expresar y verbalizar las cenestesis, motivo por el cual recurren a comparaciones, metáforas, imágenes y neologismos (el esfuerzo del paciente por explicar su padecimiento, hace que a veces pasen a segundo plano o pasen desapercibidas percepciones delirantes y otros síntomas psicóticos de primero y segundo orden); (viii) la mayoría de las sensaciones tienen el carácter de movimiento y dinamismo, prevalecen las sensaciones errantes sobre y dentro del cuerpo, no fijas, sino fluctuantes y cambiantes (6).

Huber informa el caso de un paciente que enferma a los 23 años, cuando experimenta por primera vez una sensación extraña, como si tuviera un aro alrededor de la cabeza. A partir de allí, ya nunca más volvió a tener la experiencia de sentirse bien. Luego comenzó a presentar dolor en el hombro, “como un dolor de dientes común, pero diferente de alguna manera”; esos dolores se le extendieron por toda la espalda y un día desaparecieron por completo. Más adelante sintió tirones y empujones en los miembros, pero “no como un dolor reumático”, dolores torturantes de estómago, que aumentaron paroxísticamente y llevaron a una intervención quirúrgica, porque se sospechó un íleo. También sintió zonas calientes del cuerpo, del tamaño de una mano, y como un “fuego eléctrico parcial”, que duraba unos pocos minutos; sensación “como si tuviera la cabeza envuelta en un aliento caliente”. Pensó que alguien en su empresa lo quería perjudicar y abandonó el trabajo.

Los síntomas mejoraron con terapia electro-convulsiva, pero ya no volvió a trabajar y se fue a vivir con sus padres. Volvió a presentar las sensaciones corporales anormales, las cuales no mejoraban con analgésicos. Nuevamente se le realizó terapia electro-convulsiva y las cenestopatías mejoraron, pero quedó débil y sin iniciativa. Los síntomas volvieron y realizó un intento de suicidio. Evolucionó apáticamente, aunque con crisis disestésicas, la última se le tornó insoportable y consumó el suicidio a los 37 años.

## Hebefrenia excéntrica

Corresponde a una forma esquizofrénica de inicio juvenil en donde la timia puede caracterizarse como superficialmente triste o malhumorada. Es muy característico un inicio pseudodepresivo en este cuadro, en el que pueden aparecer intentos de suicidio. Sumado a este estado depresivo o angustioso superficial, aparecen manifestaciones pseudoobsesivas que rápidamente se convierten en manierismos y estereotipias. La actividad se torna uniformemente monótona, y puede aparecer la característica “queja machacona” (uniformidad y amaneramiento de la queja, que no cambia con las influencias externas), cuyo contenido puede ser muy diverso (desde la solicitud del alta o de cigarrillos, hasta las más diversas y difusas quejas hipocondríacas, que sólo al principio de la enfermedad pueden contener verdaderas alucinaciones cenestésicas). La negativa o la desatención de la queja no la extingue. El paciente repite una y otra vez las mismas palabras (3, 4).

Por su parte, el habla tiene una leve nota querulante: se quejan de familiares, de profesionales, de otros pacientes; a la vez que exaltan las características de la propia persona. Pero el lenguaje, que es monótono, no se acompaña de la consecuente vibración emocional. Es por ello que la queja no se transforma en irritación, tal lo que ocurre, por ejemplo, en la parafrenia afectiva. La querulancia parece, entonces, más una actividad amanerada que una actitud con sentido. El amaneramiento del lenguaje se detecta cuando el paciente acentúa determinadas sílabas en las frases, o adquiere un nuevo tono (por ejemplo, su discurso parece el de un extranjero) (3, 4).

Los pacientes también pueden presentar fenómenos de acumulación (acumulación apragmática) y estereotipias (ej. comer siempre lo mismo) (3, 4).

Estos pacientes desarrollan distimias irritables, que son infrecuentes y apenas interrumpen la monotonía del cuadro. Estos pacientes presentan un nivel menor de defecto que el que se presenta en la hebefrenia pueril (3, 4).

Una paciente enferma durante su adolescencia, cuando comienza a presentar fallas de concentración, con fracaso académico, marcada retracción social y fugas del hogar. Se queja de sentir una “sensación como de muerte en la cabeza”, “los brazos se me achican”, “las piernas casi ni las siento”, “la cabeza se me hunde”, “creo no tener pulmones”. Presentaba crisis durante las cuales se ponía irritable, arrojaba objetos por la ventana y se desorganizaba. Además, se ponía ambivalente con su madre, y llegando a agredirla. Ocasionalmente también escuchaba voces injuriantes y autorreferencias vagas.

## Parafrenia afectiva

La parafrenia afectiva fue singularizada por Leonhard como una forma especial de esquizofrenia asistemática. Muchos de estos casos corresponden a las «paranoias» y

«parafrenias sistemáticas» de Kraepelin o a las «psicosis paranoides con ideas delirantes sistematizadas» de los autores franceses (3, 4, 7).

Se trata de una afección que manifiesta especial predilección por el sexo femenino. Tiene una marcada tendencia a comenzar más tardíamente que el resto de las esquizofrenias, presentándose no antes de los 25 años de edad, y generalmente entre los 30 y los 40. Esta demora en el florecimiento de la enfermedad se debería a la presencia, en estos pacientes, de personalidades de constitución pícnico-timopática más acentuada que en otros tipos de esquizofrenia, lo cual los haría apreciablemente más resistentes (3, 4).

La «parafrenia afectiva» se caracteriza por la presencia de una *psicosis de autorreferencia megalómana, irritable y hostil*. Como resulta lógico de todo lo que hemos expuesto hasta ahora, las evidencias clínicas de esta parafrenia se derivan de la exageración patológica de la díada desconfianza-arrogancia que mencionáramos al hablar de los psicópatas paranoides. Así tendremos, por un lado, la conformación de un *delirio de persecución (Verfolgungswahn)*, derivado de la amplificada e irreductible desconfianza del enfermo; y por otro, la irrupción de *ideas de grandeza (Grössenideen)*, nacidas de una arrogancia hipertrofiada en un Yo sobrevalorado. Se entiende al delirio de grandeza como contrapartida de las ideas de persecución y perjuicio: el enfermo supone ser un personaje significativo, pues sólo de esta manera logra una explicación (mórbida, claro está), de su persecución (3, 4).

Además de las falsificaciones de los recuerdos (*Erinnerungsfälschungen*) ya descritas por Wernicke y Kraepelin, suelen existir *alucinaciones polimorfas* en todos los campos sensoriales, aunque para Leonhard su ausencia no descarta el diagnóstico de la enfermedad, como luego veremos. Más importante resulta la presencia del característico afecto que le da el nombre a esta entidad. Mientras que en los demás grupos de esquizofrenias el afecto no se corresponde con el contenido del delirio (“persecuciones, acosos y apremios” de los más severos son tolerados con total indiferencia), en estos parafrénicos el afecto *grava* fuertemente las ideas delirantes, aún cuando éstas tomen un colorido fantástico. Esta particular forma de afecto había sido esbozado por Specht en su «afecto patológico» de la paranoia y por Störring en su «afecto delirante»; pero Leonhard es quien mejor define el concepto bajo el término de «afecto paranoide» arriba enunciado (3, 4).

De mirada suspicaz, porte paranoide y genio irascible, estos enfermos se muestran por demás altaneros y despreciativos, irónicos en sus chistes y difíciles en su trato. Sumamente desconfiados, han perdido el menor resquicio de serenidad, y se han transformado en individuos que practican el arte de la denuncia y que declaran ser espías, por ejemplo, a través de micrófonos y cámaras con las que extraños y vecinos los persiguen y vulneran su intimidad. Ante la más mínima contradic-

ción a su discurso, se produce un incremento del afecto y rápidamente responden, irritados, con la amenaza. Se ve, pues, que su Yo Social (*Gemeinschafts-Ich*) se encuentra gravemente perturbado (3, 4).

Las formas iniciales de la parafrenia afectiva ya habían sido delineadas por Kleist en su «psicosis progresiva de referencia» (*Progressive Eigenbeziehungspsychose*). Este término da clara cuenta del comienzo insidioso de este proceso (aún sin cambios esquizofrénicos profundos), y pone de relieve el grado de confusión que puede generar esta entidad a la hora de realizar un certero diagnóstico precoz (3, 4).

Al igual que en la paranoia -con la que se encuentra íntimamente emparentada a través del comportamiento del afecto-, en la parafrenia afectiva también existe una relativa conservación de las funciones psíquicas, aunque con el transcurso de la enfermedad la sistematización inicial del delirio vaya diluyéndose. En su mayor parte, estos pacientes presentan una adecuada capacidad de trabajo, conservan su status cultural y mantienen sus rendimientos pragmáticos durante más tiempo que el resto de los esquizofrénicos (3, 4).

En la parafrenia afectiva es frecuente que aparezcan cenestopatías e ideas delirantes hipocondríacas pero que se encuentran al servicio de las ideas delirantes persecutorias. Es decir, que en este cuadro clínico el delirio no es primariamente hipocondríaco sino que la hipocondría y las cenestopatías «alimentan» al delirio persecutorio, generando aún más irritación y hostilidad en el paciente.

Una paciente de 32 años es llevada por sus familiares a la evaluación en una Guardia, por presentar ideas delirantes de perjuicio y de persecución objetivadas en su ex-esposo, con el que había vivido en otro país. Hace un año comienza a sentirse «observada» en la calle, sentía cómo hablaban de ella. Al principio no comprendía lo que estaba sucediendo; intuía que podía tener algún aparato en el cuerpo mediante el cual la controlaban, probablemente un chip. Así, sentía una «pesadez», propia de una «especie de energía» que siente en su cuerpo, como si fueran pinchazos o electricidad. Dice que su ex-esposo la trataba de «loca», que le había puesto cámaras y micrófonos, y que en definitiva la quería matar. Pero sus familiares que viven en Argentina también querían hacerle daño: le ofrecían comidas con gustos extraños, «veneno». Se muestra hostil de palabra con sus familiares. Quiere que la estudien, para corroborar que le han implantado un chip. Pero momentos después exige retirarse ya que ella «no tiene nada». La paciente mejoró con haloperidol, y luego fue rotada a risperidona.

### Parafrenia hipocondríaca

El cuadro de la parafrenia hipocondríaca se caracteriza por la presencia de cenestopatías que el paciente describe como sensaciones extrañas en el cuerpo, habi-

tualmente -aunque no de forma exclusiva- en las vísceras internas. Dichas sensaciones no pueden ser entendidas por el entrevistador y presentan una cualidad torturante, pues son producidas por un aparato que actúa sobre el paciente, generalmente a la distancia. Aquí no interesa quién es el perseguidor, como en la parafrenia afectiva, y el mismo puede incluso cambiar de un momento a otro. A las cenestopatías acompañan alucinaciones auditivas que se tornan desagradables y también torturantes no por su contenido, sino más bien por su mera existencia. Los enfermos se sienten más torturados por las sensaciones que por las voces. El estado de ánimo suele ser abatido, depresivo, irritable y hasta quejoso. La afectividad y la personalidad del paciente suelen encontrarse relativamente bien conservadas (3, 4, 8).

Una paciente enferma a los 45 años, cuando tras un breve período de delirio erótico objetivado en un reconocido actor de teatro, comienza a presentar malestares en el cuerpo. Un día se miró en el espejo y notó que había disminuido “dos talles”. Comenzó a sentir “como si la cabeza se le hundiera en el cuerpo”. Las clavículas se le entrecruzaban por delante del cuello, asfixiándola. Sentía dolores en la espalda “como roldanas que se mueven”; también molestias en el abdomen, “como si una cajita musical se abriera adentro del estómago”. Además, dudaba de la existencia de sus intestinos: “debe haber un sistema de laberintos para que pueda defecar, pero no sé si tengo intestinos”. Tenía la sensación de que se le “despellejaba la encía y se le caían los dientes”.

Toda esta sintomatología era producida, al parecer, por un aparato que emitía rayos láser que le alteraban el cuerpo. Éste era manejado por «subversivos o por militares», no sabía bien, y cambiaba de opinión de una semana a la otra. De lo que estaba seguro es que el aparato se encontraba en uno de los edificios de la cuadra y que los rayos penetraban por su ventana y le producían vejaciones a su cuerpo.

Durante su internación, escuchó voces que la denigraban y planeaban su muerte, voces que atribuyó a un complot perpetrado por sus compañeras del servicio. La paciente mejoró con clozapina 300 mg/día.

### Discusión

Tanto las sensaciones corporales anormales (“cenestopatías”) como los síntomas hipocondríacos pueden presentarse tanto en las psicosis agudas como en las psicosis crónicas. Además, pueden constituir el síntoma cardinal del cuadro, o aparecer en forma satélite a otra sintomatología más nuclear. Finalmente, la reacción del paciente a dicha sintomatología puede variar desde la resignación hasta la hostilidad. En la Tabla 2 se resumen los complejos sintomáticos que delimitan los diferentes cuadros clínicos. ■

**Tabla 2.** Delimitación de los cuadros psicóticos que cursan con cenestopatías y/o síntomas de la serie hipocondríaca

	<b>Depresión hipocondríaca</b>	<b>Euforia hipocondríaca</b>	<b>Psicosis de angustia</b>	<b>Esquizofrenia cenestopática</b>	<b>Hebefrenia excéntrica</b>	<b>Parafrenia afectiva</b>	<b>Parafrenia hipocondríaca</b>
<b>Equivalente actual</b>	Depresión mayor unipolar (con síntomas psicóticos hipocondríacos)	Trastorno bipolar (con síntomas psicóticos hipocondríacos)	Trastorno psicótico breve	Otra esquizofrenia (CIE-10)	Esquizofrenia desorganizada o hebefrénica	Esquizofrenia paranoide	Esquizofrenia paranoide
<b>Humor</b>	Depresivo	Eufórico	Angustia (psicótica)	Crisis disestésicas que despiertan un afecto vivaz. Fondo hipotímico	Hipotimia con oscilaciones tímicas superficiales	Crisis catatímicas con hostilidad	Malhumorado irritable
<b>Síntomas corporales</b>	Congruentes con el estado de ánimo	Incongruentes con el estado de ánimo	Se derivan de la angustia paranoide	Sensaciones corporales anormales (síntoma cardinal)	Síntoma satélite al cuadro nuclear	Síntoma satélite al delirio persecutorio	Se derivan del síndrome de influencia externa
<b>Síndrome de influencia externo</b>	Ausente	Ausente	Presente y pasajero	Delirio aclaratorio	Puede o no estar presente. Genera distimias pasajeras	Presente, cualidad torturante	Presente, cualidad torturante

**Referencias bibliográficas**

1. Bräunig P, Krueger S, Rommel O, Börner I. Zönästhetische Schizophrenen. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 2000; 151: 16-21.
2. Jaspers K. Psicopatología general. Buenos Aires, Editorial Beta, 1980.
3. Leonhard K, Beckmann H. Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology. 2nd rev. and enlarged ed. New York, Springer, 1999.
4. Solé-Sagarra J, Leonhard K. Manual de Psiquiatría. 1ª edición. Madrid, Ediciones Morata, 1953.
5. Derito MNC, Monchablon Espinoza A. Las Psicosis. Buenos Aires, Editorial Inter-Médica, 2011.
6. Huber G. La esquizofrenia cenestésica: un subtipo de esquizofrenia. *Alcmeon* 1996; 4 (16).
7. Astrup C. Esquizofrenia Paranoide Atípica. En Huber G. Esquizofrenia y Ciclotimia. Resultados y Problemas. Madrid: Ediciones Morata 1972; 135-146
8. Rebok F, Pérez Roldán ML, Daray FM. Acerca del delirio hipocondríaco en las parafrenias: una revisión historiográfica y clínica. *Vertex* 2009; 20 (85): 213-220.

# Encefalitis por anticuerpos contra el receptor N-metil-D-aspartato: presentación clínica en un adolescente y revisión de la literatura. ¿Cómo manejar los síntomas neuropsiquiátricos?

**Facundo De Ciervo**

*Médico residente de 4to año de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital de Niños  
Dr. Ricardo Gutiérrez, Ciudad de Buenos Aires  
E-mail: facundo.dc@hotmail.com*

**Valentina Willimburgh**

*Médica residente de 1er año de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital de Niños  
Dr. Ricardo Gutiérrez, Ciudad de Buenos Aires*

**Gustavo Finvarb**

*Jefe de la Unidad de Salud Mental del Hospital de Niños  
Dr. Ricardo Gutiérrez, Ciudad de Buenos Aires*

---

## Resumen

La encefalitis autoinmune por anticuerpos anti-receptor NMDA fue descrita como entidad clínica en el 2007. El objetivo del trabajo es presentar el cuadro clínico, diagnósticos diferenciales, tratamiento y evolución de un adolescente de 16 años con encefalitis anti-r NMDA que estuvo internado durante casi dos meses. A su vez, se expondrán el manejo terapéutico y las dificultades que se presentaron en el manejo de los síntomas neuropsiquiátricos, teniendo en cuenta el complejo contexto de manifestaciones clínicas heterogéneas causadas por esta patología. Se realizaron búsquedas en PubMed, LILACS, Cochrane y métodos suplementarios para recopilar mayor evidencia que apoyara las decisiones clínicas. No se encontraron a la fecha revisiones sistemáticas ni guías clínicas para el abordaje de los síntomas psiquiátricos en adolescentes con este padecimiento. Sólo se dispone de series y reportes de casos. La calidad de la evidencia es pobre dado que no hay estudios analíticos. El joven se presentó a la guardia con un cuadro sindrómico subagudo de confusión, trastornos del habla y hemiparesia braquiocrural derecha. Durante el curso de la internación desarrolló signos catatónicos, varios episodios de excitación psicomotriz, trastornos del sueño y síntomas psicóticos. Recibió sucesivos tratamientos inmunomoduladores para la encefalitis autoinmune y psicofarmacológicos para el tratamiento de síntomas neuropsiquiátricos. Fue dado de alta con restitución casi ad integrum. Se concluye que el diagnóstico de encefalitis anti-rNMDA debería ser sospechado en adolescentes previamente sanos, sin antecedentes psicopatológicos que presentan súbitamente un cuadro con síntomas psiquiátricos y neurológicos. La evolución y el pronóstico dependen del inicio temprano del tratamiento inmunomodulador. El rol del psiquiatra es fundamental para la sospecha temprana del cuadro y para el manejo de los síntomas psiquiátricos y conductuales concomitantes.

**Palabras clave:** Encefalitis por anticuerpos anti receptor N-metil-D-aspartato (NMDA) - Tratamiento neuropsiquiátrico - Excitación psicomotriz - Catatonía - Tratamiento psicofarmacológico.

---

**N-METHYL-D-ASPARTATE RECEPTOR ENCEPHALITIS: AN ADOLESCENT CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW. HOW TO MANAGE NEUROPSYCHIATRIC SYMPTOMS?****Abstract**

Anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis was described as a clinical entity in 2007. The present case report aims to describe the signs and symptoms, differential diagnosis, treatment and course of a sixteen-year-old boy with this disorder who was hospitalized for almost two months. In addition, we will expose the therapeutic management and the difficulties presented in the handling of neuropsychiatric symptoms, considering the complex context of heterogeneous clinical manifestations caused by this disorder. The authors conducted a PubMed, LILACS and Cochrane search and added supplementary methods to compile the major quantity of evidence to support the clinical decisions. To date no systematic reviews or clinical guidelines about the management of psychiatric symptoms in adolescents with this condition were found. Only case reports and series of cases are available. The quality of evidence is poor as long as there are not analytic studies available. The adolescent presented to the emergency department with confusion, speech disturbances and right brachio-crural hemiparesis. During the course of hospitalization he developed a catatonic syndrome, several episodes of psychomotor agitation, sleep disorders and psychotic symptoms. He received successive immunomodulatory therapy for autoimmune encephalitis and psychiatric medication. He was discharged with recovery almost ad integrum. In conclusion, the diagnosis of anti-rNMDA encephalitis should be suspected in previously healthy adolescents with no psychopathological antecedents who suddenly present psychiatric and neurological symptoms. The evolution and prognosis depend on the early initiation of immunomodulating therapy. Psychiatrists should be aware and suspect this entity rapidly and play an important role as consultants for the management of psychiatric and behavioral disturbances.

**Key words:** N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis - Psychiatric management - Psychomotor agitation - Catatonia - Pharmacological treatment.

---

**Introducción**

La encefalitis anti-receptor NMDA fue descrita por primera vez por Dalmau y colaboradores en 2007, quienes confirmaron la presencia de anticuerpos contra una subunidad del receptor NMDA del glutamato en pacientes con síntomas neuropsiquiátricos (1).

Debido a los comportamientos neurológicos y autonómicos de esta condición la encefalitis puede ser confundida por un estado psicótico primario, y debido a que la mortalidad es del 25% (1) los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental deberían incluir este desorden en sus diagnósticos diferenciales, sobre todo cuando co-existen signos neurológicos y autonómicos con psicosis (2).

Dado que este cuadro puede estar asociado a neoplasias, es fundamental descartar la presencia de las mismas ya que de estar presentes su tratamiento puede ser curativo. En los casos en que no haya asociación con neoplasias el tratamiento inmunomodulador está indicado, lo cual involucra tanto el uso de gammaglobulina y corticoides en primera línea, como de plasmaféresis, ciclofosfamida, micofenolato y anticuerpos monoclonales (rituximab) en función de la respuesta (3, 4).

Por otra parte, uno de los problemas a la hora de conducir el tratamiento sintomático está relacionado con lo complejo y heterogéneo que es el cuadro. El paciente puede tener tanto excitación psicomotriz, como sensorio alternante, insomnio, psicosis y síndrome catatónico -entre otros- de manera secuencial o solapada, por lo que la elección de una droga debe sopesar distintas variables y tener en cuenta los riesgos potenciales de su uso.

**Objetivos**

El objetivo de este trabajo es presentar el caso clínico de un joven con encefalitis anti-rNMDA que presentó

síntomas neurológicos y psiquiátricos que produjeron un cuestionamiento clínico en relación a los riesgos y beneficios de distintos tratamientos farmacológicos.

El paciente y su familia fueron informados de la posibilidad de publicación del caso clínico y han otorgado el consentimiento por escrito. Los datos filiatorios y personales están modificados para preservar el anonimato y la confidencialidad.

**Problemas a abordar**

Se abordarán la presentación clínica de este cuadro y las problemáticas psicofarmacológicas que surgieron en relación al manejo del síndrome neuropsiquiátrico.

**Metodología empleada**

Este trabajo es el reporte de un caso, un estudio de tipo observacional descriptivo. Se realizó un seguimiento clínico longitudinal durante la internación y externación de un paciente adolescente. También se condujeron revisiones bibliográficas.

**Actividades o etapas desarrolladas**

Se realizaron múltiples entrevistas tanto con el joven como con sus padres. Se registró la información en papel y también se hizo una revisión del material presente en la historia clínica. A su vez se mantuvieron reuniones interdisciplinarias entre los profesionales del área de Salud Mental y el equipo de clínicos internos de la sala y neurólogos. Se condujeron múltiples estudios diagnósticos complementarios.

A su vez, se realizaron distintas búsquedas bibliográficas en bibliotecas virtuales (PubMed, LILACS y Cochrane) con el fin de encontrar evidencia que pudiera ayudarnos a responder algunas de nuestros interrogan-

tes clínicos relacionados a la estrategia farmacológica a emplear para el manejo de los signos y síntomas psiquiátricos en adolescentes con esta patología.

Las búsquedas implicaron la utilización del término Mesh "Anti-N-Methyl-D-Aspartate Receptor Encephalitis" y sus sinónimos en LILACS y Cochrane). En PubMed la búsqueda quedó enunciada así "Anti-N-Methyl-D-Aspartate Receptor Encephalitis/therapy"[Majr]. Además se amplió la búsqueda utilizando esta terminología en texto libre (no-Mesh). También se buscó en PubMed mediante texto libre: "anti-n-methyl-d-aspartate receptor encephalitis" AND psychiatric, "anti-n-methyl-d-aspartate receptor encephalitis" AND symptomatic treatment, "anti-n-methyl-d-aspartate receptor encephalitis" AND symptomatic management, "anti-n-methyl-d-aspartate receptor encephalitis" AND catatonia, "anti-n-methyl-d-aspartate receptor encephalitis" AND agitation. No se analizaron trabajos que no estén en idioma español o inglés. Se seleccionaron aquellos que en su título hicieran referencia al tratamiento de esta entidad y/o que en su texto hagan referencia al tratamiento sintomático específicamente. Además se hicieron búsquedas manuales a través de citas bibliográficas y utilizando la herramienta de búsqueda por artículo relacionado ofrecida en PubMed.

## Caso clínico

Consultaron por guardia un joven de 16 años y su madre derivados de la provincia de Santa Fe. El adolescente no lograba expresar el motivo de consulta con claridad. Presentaba trastornos en el habla (disartria), por momentos impresionaba confuso y desorientado en tiempo y espacio, y no comprendía algunas preguntas simples. Se observó impotencia funcional de miembro superior derecho. No presentó fiebre ni signos meníngeos.

El resto del examen físico y la tomografía computada fueron normales. Se decidió que sea internado para continuar estudios y descartar patología orgánica. Se barajaron distintos diagnósticos diferenciales: *encefalopatía de origen vascular, infeccioso o autoinmune, intoxicación, episodio psicótico agudo/esquizofrenia, histeria de conversión, simulación, trastorno psicósomático.*

Según su madre y su padre el joven había llevado una vida sana sin patologías de relevancia hasta la manifestación inicial del cuadro. Diez días antes de llegar al servicio de urgencias la madre lo notó "distinto", más callado y retraído. En esos días, él les había manifestado que tenía dificultades para hablar y que se sentía "raro", refiriéndose a que tenía una sensación "extraña" en la cabeza, algo similar a una cefalea. Cinco días después fue llevado a un servicio de urgencias cercano a su domicilio por presentar una lateralización del cuello hacia la derecha, más tarde de la comisura de la boca hacia el mismo lado y finalmente de miembro superior derecho. Estos síntomas fueron interpretados en esa institución como episodios convulsivos y fue tratado empíricamente con ácido valproico 250 mg cada 8 horas. La tomografía computada de cerebro, hemograma, coagulograma, glucemia, uremia,

creatinina en suero, creatinfosfoquinasa e ionograma fueron normales. Luego, se les dio el alta, pero durante la semana posterior los síntomas del joven empeoraron. Sus padres, preocupados, lo llevaron al servicio de urgencias de otro hospital donde finalmente se internó.

Al ingreso se suspendió el ácido valproico. El electroencefalograma y una nueva tomografía computada estuvieron dentro de los límites normales. La anamnesis y el examen físico descartaron causas toxicológicas y traumas físicos.

## Examen psiquiátrico

Durante la internación se realizaron periódicos exámenes psiquiátricos en los que se apreciaron distintos síntomas alternantes. Sin embargo, algunos estuvieron de manera constante: trastornos en el habla con dificultad para la expresión y comprensión de órdenes simples, síntomas catatónicos, a/hipobulia. El joven solía estar reposando la mayor parte del día sin interactuar espontáneamente con otras personas.

Entre los síntomas alternantes pudimos encontrar: **desorientación, sensorio alternante** (en una oportunidad pudo constatar un episodio de clara pérdida de conciencia sin respuestas al estímulo doloroso y afortunadamente sin depresión respiratoria), **mutismo aquinético, confusión, hipoprosia** (a veces parecía que escuchaba lo que se le decía pero por momentos se desconectaba dejando la mirada fija en algún punto de la habitación o en los ojos del profesional sin emitir sonidos ni gestualizar); **irritabilidad** (en algunas evaluaciones se irritaba y se frustraba al notar que no era comprendido ni oral ni gráficamente; en varias oportunidades demandó volver a su casa y se enfadó ante la negativa de los profesionales y su familia; **aplanamiento afectivo y apatía** (durante varias semanas de instalado el cuadro se podía observar al joven sin expresar emociones marcadas salvo excepcionalmente), **alteraciones en el sueño** (presentaba alteración del ritmo circadiano y terrores nocturnos; en una oportunidad la madre refirió que su hijo "no podía cerrar los ojos en toda la noche" (sic); **alucinaciones y delirios** (los padres refirieron que en varias oportunidades lo notaron inquieto realizando señas que parecían tener la intención de mostrar un objeto o imagen ubicado lejos de él). Cuando mejoró el trastorno del habla, él mismo comunicó ansiosamente a los profesionales que a veces escucha voces amenazantes dentro y fuera de su cabeza acerca de unos hinchas de "Boca" que vendrían a "pegarle". En una entrevista exclamó angustiado y horrorizado "¡Estoy muerto!" (sic). Al principio resultó difícil contenerlo emocionalmente, evidenciándose rigidez en su pensamiento, pero sin llegar a desarrollar un delirio sistematizado. Luego de acompañarlo durante media hora mirando un video de un partido de fútbol en el celular, volvió a exclamar súbitamente con alegría y sorpresa "¡Estoy vivo!" (sic). Inmediatamente solicitó que el profesional le comunicara esta noticia a su madre, quien en ese momento no estaba en la habitación.

Dado que resultaba muy difícil conversar con él, la evaluación de la esfera del pensamiento no era completa. No comprendía ni percibía suficientemente su cuadro patológico, por lo que no tenía clara conciencia de enfermedad (anosognosia). A su vez presentaba dificultad para entender algunas consignas concretas simples durante la evaluación neurológica.

No hablaba espontáneamente, pero ocasionalmente manifestaba intención comunicativa. Sus respuestas eran cortas, mayormente monosilábicas. Presentaba disartria y trastorno en el habla (símil a la afasia transcortical mixta con dificultad en la expresión y comprensión, pero la repetición de frases estaba conservada). Esta afectación fue mejorando gradual y significativamente a partir de las 4 semanas de internación aproximadamente.

En cuanto a la evaluación motora, diez días después del ingreso al hospital comenzó a mejorar la impotencia funcional de miembro superior derecho y la hemiparesia facio-braquio-crural derecha, pero desarrolló síndrome catatónico con catalepsia, cataplexia, flexibilidad cérica, rigidez al movimiento pasivo de miembros superiores, negativismo y ecopraxia. Además presentó obediencia automática, mutismo, hipoquinesia, dismetría, adiadococinesia y disgrafia. Cuando se le pedía que escriba su nombre en papel sujetaba con dificultad el lápiz y graficaba correctamente las primeras letras, pero luego comenzaba a repetir una letra de manera exagerada por lo que no completaba la consigna. Lo mismo sucedía cuando se le pedía que escriba su nombre utilizando un teclado en una pantalla táctil de una tablet. No desarrolló catatonía maligna ni síndrome neuroléptico maligno.

**Antecedentes personales:** Los padres negaron antecedentes patológicos tanto durante el embarazo como puerperio. Vacunas completas según calendario.

**Antecedentes familiares:** Madre con hipertiroidismo.

**Grupo conviviente y aspectos familiares:** Padre, madre y 2 hijos.

**Escolaridad:** Actualmente concurría a 2º año de la secundaria. Había repetido 1º año por ausentismo.

**Aspectos sociales y de recreación:** Tenía muchos amigos en el barrio y era muy apreciado. Le gustaba mucho jugar al básquet.

## Estudios complementarios

Las imágenes cerebrales fueron normales (resonancia magnética y 2 tomografías computadas). Inicialmente el EEG de vigilia y prolongado fue normal pero más tarde se detectaron ondas lentas compatibles con encefalitis. Laboratorio bioquímico completo normal. Punción lumbar: proteínas aumentadas y pleocitosis. Serologías y cultivos de LCR negativos. Perfil tiroideo normal. Perfil inmunológico normal (C3, C4, FAN, GAM). Bandas oligoclonales negativas en LCR. Ecografías abdominal y testicular: no se encontraron neoplasias. **Anticuerpos anti-rNMDA positivos en suero y LCR.**

## Tratamiento

Al 6to día de la internación, debido a la sospecha de encefalitis autoinmune se comenzó tratamiento inmunomodulador con gammaglobulina 1 gramo/día por 2 días. Al finalizar, recibió secuencialmente pulsos de metilprednisolona 30 mg/kg/día por 5 días y meprednisolona 20mg/día durante el resto de la internación. A continuación se realizaron por lo menos 7 ciclos de plasmaféresis al mismo tiempo que empezó tratamiento con ciclofosfamida y más tarde micofenolato. Con este último esquema obtuvo notable mejoría clínica.

Para el tratamiento de los episodios de **excitación psicomotriz** se utilizó principalmente lorazepam en dosis no superiores a 4mg. Al comienzo de la internación, previo a presentar síntomas catatónicos y antes de sospechar sólidamente la encefalitis, recibió en dos oportunidades haloperidol intramuscular, en dosis no superiores a 5 mg.

Dado que el paciente presentó trastornos del sueño y algunos episodios de síntomas psicóticos transitorios, se consideró la opción de utilizar un antipsicótico. Está reportado que este tipo de drogas pueden asociarse a síndrome neuroléptico maligno o incluso enmascarar síntomas de la propia encefalitis, por lo que se realizó una revisión bibliográfica intentando responder a la pregunta acerca de cuál sería el mejor abordaje psicofarmacológico del trastorno del sueño, fenómenos psicóticos y trastornos de conducta como agitación en un paciente con encefalitis autoinmune (particularmente la de anticuerpos anti-receptor NMDA) con signos catatónicos.

Inicialmente se indicó olanzapina 2,5 mg por presentar un perfil más favorable que otros antipsicóticos más incisivos en relación a los eventos adversos extrapiramidales, pero dado que el paciente presentó un aumento de CPK mayor a 10 veces en 48hs se decidió suspender, esperar a que normalizara el valor y estimar evolución sosteniendo la indicación de lorazepam.

Sin embargo el síndrome psiquiátrico continuó y, teniendo en cuenta la evidencia sostenida en la literatura (1), se indicó quetiapina 25 mg en una sola toma nocturna. El paciente toleró adecuadamente la droga y mejoró significativamente sus síntomas pudiendo regular el sueño, los síntomas psicóticos y los trastornos conductuales.

## Evolución

La evolución del paciente fue satisfactoria. No requirió ingreso en unidad de terapia intensiva durante su internación. Luego de aproximadamente 2 meses de internación su recuperación fue casi *ad integrum*. Continuó tratamiento corticoideo para evitar recaídas y con quetiapina. Durante el primer mes luego del alta el paciente presentó lagunas mnésicas y dificultades cognitivas en la comprensión de tareas escolares. Este síntoma ha podido revertirse más adelante. El joven se integró a la escuela y a su grupo de amistades con normalidad. Debido al

considerable aumento de peso asociado a la medicación continúa sin jugar al básquet y ha manifestado estar disconforme con su imagen corporal. Esto afectó notablemente su autoestima. Luego de la suspensión gradual del tratamiento corticoideo comenzó a disminuir de peso.

## Resultados de la revisión bibliográfica

En cuanto a los resultados obtenidos de la revisión bibliográfica, la calidad de la literatura médica disponible en relación al abordaje de los síntomas psiquiátricos asociados a esta entidad es limitada (5, 6).

No se encontraron revisiones sistemáticas, ensayos clínicos ni meta-análisis empleando la metodología de búsqueda explicitada anteriormente. La evidencia disponible proviene solamente de estudios descriptivos (no analíticos). Sólo una serie de caso intentó comparar distintas drogas aplicando una razón "evento adverso/beneficio" (7). Interesantemente, una revisión sistemática de series de casos realizada en China incluyó bibliografía proveniente de países orientales y presenta una revisión bibliográfica detallada acerca de esta entidad pero no analiza el tratamiento sintomático (8).

Chapman y colaboradores han reportado mejoría de la regulación del ciclo sueño-vigilia con clonidina, trazodona y benzodiazepinas (9). La terapia electroconvulsiva es el gold standard cuando los pacientes no responden a dosis elevadas de benzodiazepinas o muestran signos de catatonía maligna. La evidencia resalta que su efectividad es del 80% en menores de 18 años (6). Van de Riet y colaboradores describieron el uso de haloperidol y risperidona de manera combinada en dos pacientes adolescentes pero ni el uso de bajas dosis ni el aumento gradual y lento previnieron efectos extrapiramidales (10). Monteiro y colaboradores utilizaron quetiapina y lorazepam en dosis elevadas obteniendo buena respuesta para el manejo de los trastornos del sueño (5).

En un estudio retrospectivo en el que analizaron bases de datos de 27 niños de 3 hospitales pediátricos de referencia en Australia y Nueva Zelanda, los autores analizaron el perfil de beneficios y de efectos adversos de distintas drogas para el manejo sintomático de niños con encefalitis anti-rNMDA utilizando una razón de efecto adverso-beneficio para describir riesgos y beneficios, definida como el número de pacientes que tuvieron una reacción adversa por el número de pacientes que obtuvieron un beneficio para cada medicación (7).

Aquí se enuncian algunos datos significativos obtenidos en relación a las drogas más utilizadas para el tratamiento de la agitación.

**Benzodiazepinas:** Midazolam (beneficio 91%; razón EA/beneficio= 0,04), diazepam (beneficio 73%, razón EA/B= 0,18), lorazepam (beneficio 60%; razón EA-beneficio= 0 (no se reportaron efectos adversos).

**Sedativos e hipnóticos no benzodiazepínicos:** Clonidina (beneficio 80%; razón EA/B= 0)

**Antipsicóticos:** Risperidona (beneficio 13%; razón EA/B= 4; se reportaron SNM y distonías), haloperidol (beneficio 14%, razón EA/B= 3, se reportaron distonías

y prolongación QTc.). En todos los casos, la suspensión del antipsicótico revirtió el efecto adverso.

**Anticonvulsivantes:** fenobarbital (beneficio 59%; razón EA/B= 0,10), hidrato de cloral (beneficio 60%; razón EA/B=0,2)

La melatonina se indicó para trastornos del sueño: (beneficio 54%; razón EA-B= 0,14; se reportó agitación).

Se encontró depresión respiratoria con midazolam, diazepam e hidrato de cloral.

Por otra parte, se sugieren el uso de medidas ambientales como la regulación de la luz y tiempo de intervenciones físicas como fisioterapia y terapia de juego durante las horas diurnas para corregir el ciclo sueño-vigilia.

Los autores recomiendan el uso de benzodiazepinas dado que pueden ser beneficiosas para distintos síntomas, resaltando especialmente el lorazepam por ser la única droga potencialmente beneficiosa para desórdenes del movimiento y catatonía. En relación a los antipsicóticos, sus observaciones sugieren que los niños con encefalitis anti-rNMDA tienen mayor vulnerabilidad a los efectos adversos asociados a antipsicóticos. Hipotetizan que aquellas drogas con menor efecto bloqueante del receptor D2, como la quetiapina, podrían ser mejor toleradas para el manejo de los síntomas psiquiátricos. Nos aventuramos a decir que este fármaco tendría el beneficio extra de ser útil para los trastornos del sueño debido a su efecto sobre el receptor H1.

Parece ser que el uso de lorazepam asociado a alguna medicación sedativa e hipnótica no benzodiazepílica podría servir para cubrir la mayor cantidad de síntomas psiquiátricos asociados a este cuadro encefalítico. En nuestro caso, la urgencia con la que queríamos regular el sueño y los síntomas psiquiátricos y nuestra amplia experiencia con la droga, nos llevaron a elegir a la quetiapina para estos fines. Utilizamos una dosis máxima de 25 miligramos/día con excelente respuesta.

Reconocemos que puede ser tentador asociar directamente la mejoría clínica con la utilización de los fármacos mencionados, pero cabe destacar que además se tomaron medidas ambientales para regular el ciclo sueño-vigilia y que el joven estaba recibiendo al mismo tiempo tratamiento inmunomodulador, lo que también podría haber contribuido a su mejoría clínica.

**Conclusiones:** Teniendo en cuenta lo reportado por esta publicación, parece ser mejor utilizar drogas que puedan tratar distintos grupos sintomáticos. Esta estrategia también tendría como objetivo disminuir la probabilidad de efectos adversos e interacciones medicamentosas. Analizando las distintas clases de drogas utilizadas, las benzodiazepinas muestran ser las drogas más ampliamente empleadas entre los distintos síntomas psiquiátricos. En nuestro medio solemos utilizar lorazepam en salas generales (no terapia intensiva) para distintas indicaciones. Esta droga puede servir tanto para la excitación psicomotriz, como para la catatonía. Su efecto sedativo e hipnótico puede ser beneficioso siempre y cuando uno esté atento al potencial efecto depresor del sistema nervioso central, que podría ser perjudicial en cuadros como éstos en los que pueden desencadenarse alteraciones de la conciencia y depresión respiratoria.

En 2016 se publicó una serie de 4 casos de niños en la que todos recibieron quetiapina para el manejo de la agitación (11). Los autores recomiendan utilizar este antipsicótico en comparación con aquellos que tienen mayor afinidad por el receptor D2. Citan varios trabajos para sustentar su recomendación y la experiencia que obtuvieron fue satisfactoria. Los efectos adversos producidos no fueron significativos. En los casos descritos utilizaron dosis superiores a 250 mg/día. A su vez, alertan acerca del uso de benzodiacepinas en niños dado que existe el riesgo de producir agitación paradójica y, por otra parte, advierten acerca de los efectos adversos anticolinérgicos de la difenhidramina en pacientes enfermos.

Un trabajo del año 2008 reporta dos casos de mujeres adultas con encefalitis límbica que se complicaron con catatonía y catatonía maligna (12). Ambos casos fueron resistentes a distintas estrategias farmacológicas incluyendo lorazepam y finalmente recibieron varios ciclos de terapia electroconvulsiva con óptimo resultado. Los autores apoyan el uso de benzodiacepinas inicialmente para los cuadros de catatonía y TEC si no responde o si se desarrolla catatonía maligna. Sugieren que ante este último cuadro la terapia comience dentro de los primeros cinco días. A su vez recomiendan la utilización de escalas para el diagnóstico temprano de catatonía.

Una revisión del año 2014 también sostiene el uso de benzodiacepinas para la agitación y particularmente lorazepam para la catatonía (además de TEC) (13).

Además, los autores proponen el uso de difenhidramina tanto para la agitación como para el insomnio, y la trazodona para ésta última también. Continúan recomendando fuertemente la evitación de antipsicóticos con riesgo aumentado de efectos adversos extrapiramidales para el tratamiento de la agitación y/o psicosis. De manera práctica presentan una tabla indicando los principales fármacos indicados para cada síntoma y sus respectivas dosis sugeridas (Ver Cuadro 1).

En cuanto al diagnóstico de la entidad, refieren que el EEG es útil para diferenciar etiologías psiquiátricas de encefalíticas porque la mayoría de los pacientes con encefalitis presentará anormalidades en el este estudio. Agregan que el 90% de los pacientes con encefalitis anti-rNMDA presentan un EEG anormal, en el cual, si está sufriendo convulsiones se verá el patrón de actividad correspondiente, y si no, actividad desorganizada lenta.

Afirman que la prueba de oro o *gold standard* para realizar el diagnóstico definitivo es encontrar los anticuerpos anti-rNMDA en suero y/o en LCR, siendo esto último más sensible.

Finalmente, resaltan que cuando un paciente sin antecedentes psiquiátricos presenta un cuadro abrupto de síntomas psiquiátricos y/o con cambios conductuales el psiquiatra debe incluir en su evaluación signos y síntomas neurológicos, entre ellos, problemas en la memoria, convulsiones y movimientos anormales.

**Cuadro 1.** En el siguiente cuadro se resumen las principales drogas utilizadas en nuestro medio para distintos signos y síntomas neuropsiquiátricos asociados a esta entidad, las dosis y los efectos adversos reportados en la literatura para cada una de ellas

Síntoma	Tratamiento	Dosis diaria total (en mg)	Eventos adversos (EA)
AGITACIÓN	Lorazepam	2-4 (13)	Potencial depresión respiratoria y agitación paradójica en niños con benzodiacepinas (7)
	Diazepam	5-7 (13)	
	Difenhidramina	25-100 (13)	Potencial efecto anticolinérgico
	Quetiapina	25-700 (5) (11)	Sedación, prolongación QTc
PSICOSIS <b>EVITAR ANTIPSICÓTICOS CON GRAN AFINIDAD D2/ EFECTO EXTRAPIRAMIDAL</b>	Quetiapina	No establecido Se sugiere comenzar con 25mg/día y titular según respuesta	Acatasia. reportada solamente en un niño de 4 años con dosis de 5mg (15) Resto de literatura no reporta otros EA
	Aripiprazol	30 (13)	No reportado en literatura consultada
DISTONÍA	Biperideno	2-4 (13)	No reportado. Potencial EA anticolinérgico
INSOMNIO	Quetiapina	25-50 (5)	Ver arriba
	Difenhidramina	25-100 (13)	Ver arriba
CATATONÍA	Lorazepam	8-30 (13)	Ver arriba

**Notas:** Las dosis máximas utilizadas en nuestro caso fueron: lorazepam 6 mg/día y quetiapina 25 mg/día. Si bien la Terapia Electroconvulsiva no suele ser usada en población pediátrica en nuestro medio, la bibliografía señala que es una de las principales indicaciones ante un cuadro de catatonía maligna o catatonía resistente (13). La trazodona ha sido utilizada en distintos casos reportados, incluso en niños. Se sugiere dosis de 75 a 150 mg (13,11). En nuestro medio no suele utilizarse para este grupo etario. Tener en cuenta que el trabajo de Kraus (13) reporta el caso de 2 mujeres, una de 16 años y otra de 19 años. El trabajo de Schumacher (11) es un reporte de 4 niños varones: 3, 7, 10 y 11 años de edad. El caso presentado por Monteiro (5) es de un hombre de 30 años. Vale aclarar que el cuadro clínico con frecuencia es de tal gravedad que los efectos adversos menores de las drogas pueden no ser significativos o fácilmente evaluados.

## Discusión

La presentación clínica de este joven fue compatible con las descripciones que se han hecho en distintas publicaciones y los resultados de los estudios complementarios realizados (LCR con pleocitosis, EEG con patrón encefalítico de ondas lentas, anticuerpos anti-rNMDA positivo en suero y LCR) fueron compatibles con esta entidad. Además contamos con varios datos para desestimar el diagnóstico de una descompensación psicótica endógena: primero, el inicio sintomático fue abrupto en un paciente previamente sano; segundo, no presentaba antecedentes psiquiátricos personales ni familiares; tercero, tampoco mostraba ni fueron referidos rasgos de personalidad esquizoide por parte de sus familiares ni se observaron durante los exámenes psiquiátricos realizados en fase de recuperación (de hecho tenía amigos y lazos sociales con pares con quienes compartía actividades lúdicas, recreativas y escolares). Por otra parte, no había antecedentes de consumo de sustancias y el paciente lo negó aún durante el seguimiento posterior al alta. Teniendo en cuenta todo lo anterior y los criterios diagnósticos propuestos por los autores referentes en el tema (Ver cuadro 2) (3, 14) estamos en condiciones de afirmar que el diagnóstico de encefalitis por anticuerpos anti-receptor N-metil-D-aspartato en este joven es definitivo.

## Conclusiones y recomendaciones

Este reporte de caso puede servir como referencia para futuras investigaciones. La experiencia, aunque sea limitada, nos ha sido muy provechosa para asimilar nociones clínicas que deben tenerse en cuenta en la atención psiquiátrica de niños y adolescentes.

La literatura recomienda ser cautos en la utilización de neurolépticos y antipsicóticos atípicos con gran afinidad por receptores D2 a la hora de tratar los síntomas psiquiátricos asociados a esta entidad dado que podrían enmascarar o desencadenar un síndrome neuroléptico maligno o empeorar síntomas catatónicos y distónicos. En nuestra experiencia la quetiapina y el lorazepam parecen haber sido medicaciones efectivas y seguras para el tratamiento de los trastornos del sueño y de conducta. Es importante resaltar que también se podría considerar utilizar medidas no farmacológicas para manejar la agitación y el insomnio (5).

Aún se necesitan estudios con mayor calidad de evidencia, como ensayos clínicos, meta-análisis, cohortes para poder comparar y establecer cuáles son las estrategias más efectivas y seguras en el manejo de este cuadro.

El conocimiento de esta entidad y de su peculiar presentación clínica es fundamental para poder sospechar el diagnóstico diferencial, realizar la pronta derivación

### Cuadro 2. Criterios diagnósticos de encefalitis por ANTI-rNMDA (Graus F y colaboradores, Lancet, 2016)

#### ENCEFALITIS ANTI-rNMDA PROBABLE:

El diagnóstico puede realizarse cuando se cumplen los siguientes 3 criterios:

**1) Inicio rápido (menos de 3 meses) de al menos 4 de los 6 grupos de síntomas principales siguientes:**

- Comportamiento anormal (psiquiátrico) o disfunción cognitiva
- Disfunción del habla (habla apresurada, reducción verbal, mutismo)
- Convulsiones
- Trastorno del movimiento, disquinesias o rigidez/posturas anormales
- Disminución del nivel de conciencia
- Disfunción autonómica o hipoventilación central

**2) Por lo menos 1 de los siguientes resultados de los estudios de laboratorio:**

- EEG anormal (actividad lenta difusa focal o desorganizada, actividad epiléptica o signos "extreme delta brush")
- LCR con pleocitosis o bandas oligoclonales

**3) Exclusión razonable de otros trastornos**

El diagnóstico también puede hacerse en presencia de 3 de los grupos de síntomas anteriores acompañados por un teratoma sistémico.

Los pacientes con antecedentes de encefalitis por el virus herpes simplex en las semanas anteriores podrían tener una recaída de síntomas neurológicos medidos por la inmunidad (encefalitis post-virus herpes simplex)

#### ENCEFALITIS ANTI-RECEPTOR NMDA DEFINITIVA:

El diagnóstico puede realizarse en presencia de  $\geq 1$  de los 6 grupos principales de síntomas y anticuerpos IgG anti-GluN1 y luego de la exclusión razonable de otros trastornos.

**Nota:** La determinación de anticuerpos debe incluir pruebas de LCR. Si sólo el suero está disponible se deben realizar otros estudios confirmatorios, como por ejemplo, inmunohistoquímica de neuronas vivas o de tejidos, además de pruebas en células.

**Traducción y resumen objetivo:** Dra. Marta Papponetti del trabajo original (3) y modificado por los autores de este trabajo. El texto traducido puede obtenerse del sitio de IntraMed: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=88807>

e interconsulta con servicios de clínica y neurología de manera urgente para que se inicie el tratamiento específico adecuado. El inicio temprano del tratamiento inmunomodulador mejora el pronóstico.

### Conflictos de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

### Consentimiento

Tanto el paciente como su familia otorgaron y fir-

maron por escrito el consentimiento informado para participar de esta investigación con fines académicos y respetando la confidencialidad de los datos.

### Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de la Dra. Silvia Wikinski quien nos alentó a publicar este trabajo y ayudó en la revisión del mismo. Agradecemos también al joven y a su familia por habernos autorizado a utilizar la información clínica con fines académicos para contribuir al conocimiento científico y médico acerca de esta patología. ■

### Referencias bibliográficas

- Barry H, Byrne S, Barrett E, Murphy KC, Cotter DR. Anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis: review of clinical presentation, diagnosis and treatment. *BJ Psych Bulletin* 2015; 39:19-23.
- Dowben JS, Kowalski PC, Keltner NL. Biological Perspectives: Anti-NMDA Receptor Encephalitis. *Perspect Psychiatr Care* 2015 Oct; 51(4):236-40.
- Graus F, Titulaer MJ, Balu R, Benseler S, Bien CG, Cellucci T et al. A clinical approach to diagnosis of autoimmune encephalitis. *The Lancet* 2016; Vol 15, No. 4, p391-04.
- Florance NR, Davis RL, Lam C, Szperka C, Zhou L, Ahmad S et al. Anti-N-Methyl-D-Aspartate Receptor (NMDAR) Encephalitis in Children and Adolescents. *Ann Neurol* 2009; 66(1):11-18.
- Monteiro VL, Barreto FJ, Rocha PM, do Prado PH, Garcia FD, Correa H, das Neves MC. Managing severe behavioral symptoms of a patient with anti-MDAR encephalitis: case report and findings in current literature. *Trends Psychiatry Psychother* 2015; 37(1):47-50.
- Mann A, Machado NM, Liu N, Mazin AH, Silver K, Afzal KI. A multidisciplinary approach to the treatment of anti-NMDA-receptor antibody encephalitis: a case and review of the literature. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2012; 24(2): 247-54.
- Mohammad SS, Jones H, Hong M, Nosadini M, Sharpe C, Pillai SC et al. Symptomatic treatment of children with anti-NMDAR encephalitis. *Dev Med Child Neurol* 2016 Apr; 58(4):376-84.
- Zhang L, Wu MQ, Hao ZL, Chiang SM, Shuang K, Lin MT et al. Clinical characteristics, treatments, and outcomes of patients with anti-N-methyl-d-aspartate receptor encephalitis: A systematic review of reported cases. *Epilepsy Behav* 2017 Jan 18;68:57-65.
- Chapman MR, Vause HE. Anti-NMDA receptor encephalitis: diagnosis, psychiatric presentation, and treatment. *Am J Psychiatry* 2011 Mar; 168(3):245-51.
- van de Riet EH, Esseveld MM, Cuyppers L, Schieveld JN. Anti-NMDAR encephalitis: a new, severe and challenging enduring entity. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2013) 22:319-323.
- Schumacher LT, Mann AP, MacKenzie JG. Agitation Management in Pediatric Males with Anti-N-Methyl-D-Aspartate Receptor Encephalitis. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2016 Dec; 26(10):939-943.
- Ali S, Welch CA, Park LT, Pliakas AM, Wilson A, Nicolson S et al. Encephalitis and catatonia treated with ECT. *Cogn Behav Neurol* 2008 Mar; 21(1):46-51.
- Kruse JL, Jeffrey JK, Davis MC, Dearlove J, IsHak WW, Brooks JO 3rd. Anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis: a targeted review of clinical presentation, diagnosis, and approaches to psychopharmacologic management. *Ann Clin Psychiatry* 2014 May; 26(2):111-9.
- Sartori S, Nosadini M, Cesaroni E, Falsaperla R, Capovilla G, Beccaria F et al. Paediatric anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis: The first Italian multicenter case series. *Eur J Paediatr Neurol* 2015 Jul; 19(4):453-63.
- Mohammad SS, Wallace G, Ramanathan S, Brilot F, Dale RC. Antipsychotic-induced akathisia and neuroleptic malignant syndrome in anti-NMDAR encephalitis. *Ann Clin Psychiatry* 2014 Nov; 26(4):297-8.

### Otra bibliografía consultada

- Armangue T, Petit-Pedrol M, Dalmau J. Autoimmune encephalitis in children. *J. Child. Neurol* 2012; 27:1460-1469.
- González-Valcárcel J, Rosenfeld MR, Dalmau J. Diagnóstico diferencial en la encefalitis por anticuerpos contra el receptor NMDA. *Neurología* 2010 Sep; 25(7): 409-413.
- Leypoldt F, Armangue T, Dalmau J. Autoimmune encephalopathies. *Ann N Y Acad Sci* 2015 March; 1338(1): 94-114.
- Scheer S, John RM. Anti-N-Methyl-D-Aspartate Receptor Encephalitis in Children and Adolescents. *J Pediatr Health Care* 2016 Jul-Aug;30(4):347-58.
- Kuppuswamy PS, Takala CR, Sola CL. Management of psychiatric symptoms in anti-NMDAR encephalitis: a case series, literature review and future directions. *Gen Hosp Psychiatry* 2014 Jul-Aug; 36(4):388-91.
- Dalmau J, Tüzün E, Wu HY, Masjuan J, Rossi JE, Voloschin A et al. Paraneoplastic anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis associated with ovarian teratoma. *Ann Neurol* 2007 Jan; 61(1):25-36.
- Erazo R, González J, Quintanilla C, Devaud C, Gayoso C, Toledo X et al. Subacute anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis. A serie of 13paediatric cases. *Rev Chil Pediatr* 2016 Nov - Dec; 87(6):487-493.
- Leboyer M, Berk M, Yolken RH, Tamouza R, Kupfer D, Groc L et al. Immuno-psychiatry: an agenda for clinical practice and innovative research. *BMC Med* 2016 Oct 28; 14(1):173.
- Pérez E, Ruggieri V, Monges So, Loos M, Caraballo R, Rugilo C et al. Encefalitis aguda mediada por anticuerpos contra el receptor ionotrópico de glutamato activado por N-metil-D-aspartato (NMDAR): análisis de once casos pediátricos en Argentina. *Medicina* 2013; 73(1): 1-9.

# Uso de antidepresivos en pacientes institucionalizados con demencia y agitación: reporte de casos

**Judith Szulik**

*Médica psiquiatra  
Jefa del área de Psiquiatría de Fundación Nuevo Hogar Ledor Vador  
Docente de la Carrera de médico Especialista en Psiquiatría,  
Facultad de Medicina, UBA  
Miembro de International Psychogeriatric Association  
E-mail:Judith.szu@gmail.com*

**Micaela Tassara**

*Médica especialista en Geriatría  
Médica de planta del Nuevo Hogar LeDor VaDor*

**Hugo Pisa**

*Médico especialista en Psiquiatría  
Psiquiatra del Nuevo Hogar LeDor VaDor  
Director Médico de Integra Más*

---

## **Resumen**

Los síntomas psicológicos y conductuales en las demencias son frecuentes: afectan al 90% de los pacientes en algún momento de la evolución de la enfermedad. Su presencia determina en general la institucionalización de la persona. Asimismo, en ese contexto, puede conducir a una prescripción abusiva de antipsicóticos, a pesar de la poca evidencia respecto de su eficacia y perfil de efectos adversos. Siguiendo esta línea, el objetivo de este trabajo se centrará en el “uso” y “utilidad” de un grupo poco estudiado en pacientes agitados con demencia: los antidepresivos. Transmitiremos una experiencia clínica a partir del reporte de diez casos de pacientes institucionalizados.

**Palabras clave:** Demencia - Agitación - Antidepresivos - Síntomas conductuales.

USE OF ANTIDEPRESSANTS IN INSTITUTIONALIZED PATIENTS WITH DEMENTIA AND AGITATION: CASE REPORT

## **Abstract**

Psychological and behavioral symptoms in dementias are frequent: they affect 90% of patients at some point in the evolution of the disease. Their presence determines in general the institutionalization of the person. Also, in that context, it may lead to an abusive prescription of antipsychotics, despite little evidence regarding its efficacy and adverse effects profile. Following this line, the objective of this work will focus on the “use” and “utility” of an under-examined pharmacological class in agitated patients with dementia: antidepressants. We will share a clinical experience from the report of ten cases of institutionalized patients.

**Keywords:** Dementia - Agitation - Antidepressants - Behavioral symptoms.

## Introducción

Debido al incremento de la expectativa de vida sumado al envejecimiento poblacional, las demencias constituyen y constituirán un problema de salud cada vez mayor. Su prevalencia global se estima que es del 3,9% en personas mayores de 60 años (1). En particular, la enfermedad de Alzheimer (el tipo más frecuente), se calcula que afecta a un 20-30% de los pacientes ambulatorios y entre un 40-60% a los residentes de una institución geriátrica (2).

Los síntomas psicológicos y conductuales en las demencias son frecuentes: afectan al 90% de los pacientes en algún momento de la evolución de la enfermedad (3). Cohen-Mansfield define *agitación* como “la actividad inapropiada, verbal, vocal o motora no atribuible por un observador externo como resultado evidente de una necesidad insatisfecha o de confusión del paciente”.

La agitación puede ser agresiva y no agresiva. La autora diferencia así cuatro tipos de comportamientos agitados:

- 1) Comportamientos físicos *no agresivos*: inquietud, manierismos, manipulación inadecuada de objetos, vestirse inapropiadamente o quitarse la ropa, ocultar cosas;
- 2) Comportamientos físicos *agresivos*: golpear, arañar, rasguñar, empujar, patear, agarrar objetos o personas;
- 3) Comportamientos verbales *no agresivos*: negativismo, demandas constantes de atención, quejas, frases repetitivas, interrupciones irrelevantes o relevantes;
- 4) Comportamientos verbales *agresivos*: gritos, ruidos, insultos, explosiones temperamentales (4, 5).

La presencia de agitación frecuentemente determina la institucionalización (6). Y asimismo, puede hacer peligrar la misma: algunas instituciones “se niegan” a recibir o a que la persona continúe en el lugar, debido a que ciertas conductas resultan disruptivas para el entorno. Por último, constituyen en muchos casos situaciones de difícil manejo que ponen en tensión la estabilidad del equipo tratante (7), ocasionando, no pocas veces, conductas negligentes y de violencia por parte del personal u otros residentes.

Si bien la *aproximación psicosocial*, comprendida como la amplia gama de intervenciones que se diseñan y aplican tanto para aliviar al paciente como para mitigar la carga y el estrés de los cuidadores, constituye –sin duda– el abordaje central del tratamiento, en ocasiones resulta insuficiente. En estos casos, una de las intervenciones con la que contamos son los psicofármacos. Pero es sabido que la agitación del paciente con demencia puede conducir a una prescripción abusiva de los mismos, sobre todo de antipsicóticos atípicos, a pesar de la poca evidencia respecto de su eficacia y perfil de efectos adversos (8). En este sentido pretendemos ser cautos al considerar la inclusión de un psicofármaco como parte del tratamiento. Siguiendo esta línea, nuestro objetivo e interés se centrará en el “uso” y “utilidad” de un grupo poco estudiado en estas situaciones: los *antidepresivos*. A partir del reporte de diez casos de pacientes institucionalizados, buscamos transmitir una experiencia clínica, que no es otra cosa que una búsqueda de alternativas

al momento de tratar a estos pacientes, en los cuales el denominador común sigue siendo la complejidad y dificultad del manejo.

## Pacientes y métodos

Todos los datos de historia clínica que se exponen corresponden a pacientes que se encontraban institucionalizados en el Hogar LeDor VaDor durante el año 2015. Se tuvieron en cuenta como criterios de inclusión que los mismos hubieran presentado en algún momento comportamientos agitados –según la definición de Cohen Mansfield– en el contexto de un síndrome demencial; y que hubieran recibido como parte del tratamiento un antipsicótico.

### Caso 1

Varón de 89 años.

*Antecedentes clínicos*: Fibrilación auricular (anticoagulado), ex tabaquista, EPOC moderado, ACV con secuela (paresia braquiocrural derecha), deterioro funcional. Dependiente para todas las ABVD (actividades básicas de la vida diaria).

*Antecedentes neurológicos*: Diagnóstico de demencia de causa mixta de 7 años de evolución con deterioro cognitivo severo.

*Antecedentes psiquiátricos*: Conducta vocal disruptiva, gritos frecuentes (insultos en general). Situación que generaba malestar al personal a cargo y a otros residentes.

*Tratamiento*: Fue medicado con varios antipsicóticos: quetiapina 100 mg; risperidona 1.5 mg; haloperidol 6 mg. Otros: divalproato de sodio 500 mg. Todos sin resultados.

Los gritos cedieron con el inicio de paroxetina 20 mg.

### Caso 2

Mujer de 90 años.

*Antecedentes clínicos*: Diabetes Mellitus insulino requiriente, Mieloma múltiple en tratamiento, IAM, hipertensión arterial, dislipemia.

*Antecedentes neurológicos*: Demencia de causa mixta de 5 años de evolución con deterioro cognitivo moderado.

*Antecedentes psiquiátricos*: Agitación verbal no agresiva: inquietud, pedidos constantes de ayuda, necesidad de estar acompañada continuamente, dolores precordiales inespecíficos.

*Tratamiento*: Inicialmente fue medicada con quetiapina 100 mg sin respuesta. Los síntomas mejoran luego del inicio de Citalopram 20 mg.

### Caso 3

Varón de 91 años.

*Antecedentes clínicos*: Hipertensión arterial, enfermedad coronaria, cataratas con disminución de la agudeza visual, inestabilidad en la marcha, caídas a repetición con múltiples traumatismos encéfalo craneanos.

*Antecedentes neurológicos*: Demencia con deterioro cognitivo moderado de causa mixta.

*Antecedentes psiquiátricos*: delirios de robo, ánimo depresivo, ansiedad.

*Tratamiento:* Se inicia con quetiapina 50 mg; luego risperidona 1 mg sin resultados. Se evidencia una mejoría a partir del inicio de paroxetina 20 mg.

#### Caso 4

Varón de 89 años.

*Antecedentes clínicos:* Hipertensión arterial.

*Antecedentes neurológicos:* Demencia de causa mixta con deterioro cognitivo moderado.

*Antecedentes psiquiátricos:* Al ingreso a la institución presentó múltiples episodios de agitación psicomotriz con agresividad verbal y física permanente. Se estabiliza con antipsicóticos (quetiapina 150 mg); pero presenta síntomas de negativismo a la ingesta y apatía.

*Tratamiento:* Se inicia escitalopram 10 mg con buena respuesta.

#### Caso 5

Mujer de 82 años.

*Antecedentes clínicos:* Síndrome mielodisplásico, fractura de cadera con osteosíntesis.

*Antecedentes neurológicos:* Demencia por cuerpos de Lewy de años de evolución con deterioro cognitivo y funcional severo.

*Antecedentes psiquiátricos:* llanto sin causa aparente.

*Tratamiento:* Inicialmente fue tratada con quetiapina 50 mg con escasa respuesta. Se rotó a paroxetina en forma progresiva hasta 20 mg. Los síntomas desaparecieron.

#### Caso 6

Mujer de 86 años.

*Antecedentes clínicos:* Hipertensión arterial, broncoespasmo, fractura de cadera con infección de prótesis por lo que posteriormente requiere institucionalización.

*Antecedentes neurológicos:* Demencia de tipo Alzheimer con deterioro cognitivo moderado.

*Antecedentes psiquiátricos:* agitación no agresiva, inquietud, pedidos reiterados de comida.

*Tratamiento:* Inicialmente recibe quetiapina 50 mg sin respuesta. Se inicia escitalopram progresivamente hasta 20 mg con mejoría de los síntomas ansiosos.

#### Caso 7

Mujer de 71 años.

*Antecedentes clínicos:* Hipotiroidismo, cáncer de endometrio tratado quirúrgicamente con histerectomía.

*Antecedentes neurológicos:* Retraso mental con evolución a síndrome demencial.

*Antecedentes psiquiátricos:* Conducta vocal disruptiva: gritos y perseveraciones.

*Tratamiento:* Estaba medicada con quetiapina 150 mg, trazodone 100 mg y divalproato de sodio 250 mg, sin respuesta. Se agrega mirtazapina 30 mg. Disminuyen los síntomas.

#### Caso 8

Mujer de 90 años.

*Antecedentes clínicos:* Hipertensión arterial, cirugía de aneurisma de aorta abdominal ascendente, operada de cataratas, colitis isquémica.

*Antecedentes neurológicos:* Demencia de causa vascular con deterioro cognitivo moderado.

*Antecedentes psiquiátricos:* ansiedad, demandas continuas de atención.

*Tratamiento:* risperidona hasta 1.5 mg sin respuesta. Posteriormente se agrega al esquema de medicación mirtazapina 30 mg, a partir de lo cual evidencia una mejoría de los síntomas.

#### Caso 9

Mujer de 100 años.

*Antecedentes clínicos:* Hipertensión, fractura de hombro izquierdo que requirió reemplazo humeral, infecciones urinarias a repetición.

*Antecedentes neurológicos:* Demencia de tipo Alzheimer con deterioro cognitivo severo.

*Antecedentes psiquiátricos:* Conductas agresivas frente a la asistencia del personal de enfermería en la higiene y baño. Negativismo a la ingesta.

*Tratamiento:* Paroxetina 20 mg. Evidencia una mejoría parcial.

#### Caso 10

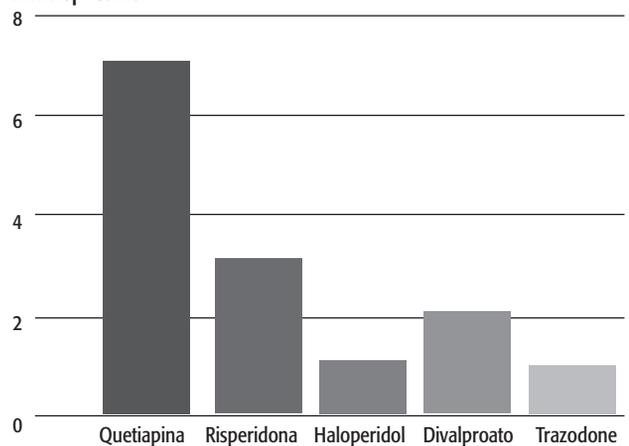
Varón de 97 años.

*Antecedentes clínicos:* Infarto de miocardio hace 25 años, insuficiencia cardíaca, marcapasos por bradicardia.

*Antecedentes neurológicos:* Demencia vascular con deterioro cognitivo moderado.

*Antecedentes psiquiátricos:* Enfermedad bipolar que requirió TEC en 1990. Presenta en forma reciente conducta vocal disruptiva (canto perseverante). Se inicia paroxetina 10 mg con buena respuesta.

**Figura 1.** Medicaciones indicadas previo al inicio de un antidepresivo



#### Discusión

Entre los síntomas conductuales de las demencias la agitación es uno de los más prevalentes: ocurre en el 20-30% de los pacientes ambulatorios; cifra que se eleva al 40-60% en las residencias geriátricas (9).

Más allá de que coincidimos en que la primera línea de abordaje son las intervenciones no-farmacológicas llevadas a cabo a partir de una aproximación psicosocial, nos preguntamos al igual que otros autores (10) si la me-

dicación antidepresiva puede aliviar la agitación en los pacientes con síndromes demenciales. Sobre todo tras haber reparado en los probables y potenciales desencadenantes (como por ejemplo un cambio ambiental), descartado una causa médica (*delirium*), la presencia de dolor, de efectos adversos de las medicaciones y de depresión.

Teniendo en cuenta, además, que las medicaciones prescritas con mayor frecuencia en estos casos son los antipsicóticos atípicos, a pesar de su eficacia limitada y de los efectos adversos que pueden ocasionar (hipotensión ortostática, somnolencia, síndromes extrapiramidales, falta de coordinación, síndrome metabólico, prolongación del segmento QT en ECG y eventos cerebrovasculares) (3, 11-13).

Una de las hipótesis que intentan explicar la causa de la agitación, sobre todo en la enfermedad de Alzheimer, es la que atribuye al efecto neurodegenerativo de la enfermedad la alteración del sistema de monoaminérgico del cerebro, en particular la vía ascendente serotoninérgica. En este sentido se demostró una correlación entre los síntomas de agitación y la disminución de la actividad metabólica temporal derecha, corteza frontal derecha y cíngula bilateral (14). Esta situación nos habilita a considerar que medicaciones que actúen de forma específica en esta vía podrían ser útiles en el alivio de la agitación, en contraste con los antipsicóticos que actúan sobre todo a nivel dopaminérgico.

En los casos descriptos, tras haber implementado diversas intervenciones no-farmacológicas, no obtuvimos buenos resultados con los antipsicóticos ni con otros psicofármacos tales como divalproato de sodio y trazodone. Conseguimos, sin embargo, con el uso de antidepresivos una disminución en algunos casos, y una resolución total en otros, de las manifestaciones de agitación, lo que impactó a su vez de forma significativa en la calidad de vida de los pacientes y de toda la estructura de cuidados.

En esta línea de trabajo encontramos coincidencias con otros autores quienes incluso relatan situaciones similares: ante la falta de respuesta a las intervenciones no-farmacológicas, utilizaron antipsicóticos con los que tampoco tuvieron respuesta, motivo por el cual rotaron a o agregaron un antidepresivo. Un ejemplo son los artículos que sugieren al citalopram como una alternativa válida ante los casos de agitación en pacientes con demencia (15, 16). Ambos artículos refieren que los pacientes no tenían depresión y la dosis efectiva fue a partir de los 10 mg. Pero señalan (17) que a partir de los 30 mg se evidenciaron alteraciones cognitivas y prolongación del segmento QTc en el ECG. Otro trabajo hace referencia a cómo influye la variación genética en HTR2A y loci HTR2C en la respuesta a citalopram. Sin duda, una línea de investigación a tener en cuenta en un futuro (18).

Dos trabajos de revisión son categóricos al afirmar que los antidepresivos son una alternativa efectiva para los síntomas de agitación en los pacientes con demencia, al mismo tiempo que son bien tolerados. Sobre todo ponderan a sertralina y citalopram, pero son cautos con su recomendación debido a que no hay pruebas suficientes sobre su seguridad a largo plazo (19, 20).

Llama la atención la poca literatura relacionada con el uso de escitalopram. Un artículo advierte que todos los ISRS pueden producir acatisia, síntoma que en general es poco reconocido y atribuido a este grupo farmacológico. De igual manera da cuenta (en una paciente de 53 años) de que el escitalopram sería el que con menor frecuencia la produce; sin embargo describe un caso severo de acatisia por este psicofármaco (21). Si bien el trabajo en cuestión no se refiere a un caso de demencia, consideramos importante mencionarlo debido a que dicho antidepresivo es uno de los más utilizados en el adulto mayor.

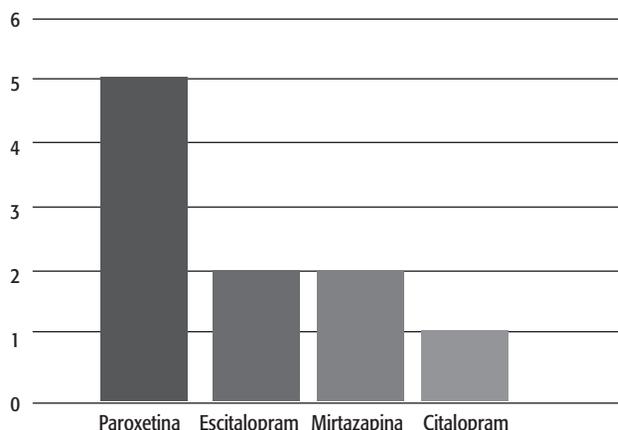
Por otro lado, la fluvoxamina es un ISRS que se utiliza poco en nuestro medio. Un trabajo lo ubica como alternativa para el manejo de los síntomas conductuales y psicológicos en las demencias en dosis de 75 a 150 mg; no obstante, su debilidad radica en que es un reporte de tres casos (22).

La mirtazapina se usa habitual y *folclóricamente* como indicación ante casos en los cuales predomina una alteración del sueño en concomitancia con un trastorno depresivo (o no). En nuestro caso obtuvimos una respuesta favorable en los dos pacientes a los que se les indicó; al contrario, se reportaron efectos adversos severos en pacientes adultos mayores, a pesar de tener un perfil de tolerabilidad mayor que los antidepresivos tricíclicos. Se observó la presencia de delirios, alucinaciones, agitación psicomotriz y alteraciones del sensorio en los pacientes que presentaban depresión en el contexto de una enfermedad cerebral subclínica. La hipótesis más fuerte es que se debería al aumento central de norepinefrina en un cerebro vulnerable (23). Otro artículo hace referencia a un dato poco conocido –a partir del estudio de ocho casos–: el uso de mirtazapina en bajas dosis (hasta 15 mg) ante un cuadro de acatisia debido a aripiprazol u otros antipsicóticos atípicos (24).

Por último queremos referirnos al uso de paroxetina, la cual fue el antidepresivo que más se indicó en nuestro trabajo. Si llevamos a cabo una búsqueda en la base de datos PubMed con las palabras claves *paroxetine AND agitation AND dementia*, obtenemos como resultado seis artículos, de los cuales el último es del año 2006. Esta situación, para nuestra sorpresa, le otorga al presente artículo una mayor relevancia. De las publicaciones mencionadas, uno de los artículos se centra, justamente, en evaluar la seguridad y la eficacia de paroxetina como alternativa a los antipsicóticos para el tratamiento de la agitación en pacientes con demencia. A su vez, los pacientes que fueron incluidos se encontraban en dos residencias de ancianos (ocho residentes) y en una clínica geriátrica ambulatoria (siete pacientes). Los síntomas que exhibían fueron agitación verbal en forma de preguntas repetitivas o solicitud injustificada de atención. Todos los pacientes recibieron paroxetina en dosis de 10 a 40 mg por día. El Inventario de Cohen-Mansfield Agitación (CMAI) se utilizó para evaluar la frecuencia de agitación verbal. Una puntuación basal se obtuvo antes de empezar con paroxetina. Todos los pacientes tuvieron una reducción (2-4 puntos por elemento) en las puntuaciones

CMAI al final del primer mes de tratamiento con esta droga. Asimismo, las puntuaciones se redujeron aún más en cinco de los pacientes al final del tercer mes. En general, el psicofármaco fue bien tolerado (25). Sin embargo sugerimos estar atentos y evaluar las posibles interacciones que puede tener paroxetina con –por ejemplo– los anticolinesterásicos y las medicaciones antihipertensivas.

**Figura 2. Antidepresivos indicados**



Para finalizar, queremos dejar abierto el interrogante sobre el motivo por el cual algunos pacientes responden al uso de antidepresivos. Hablamos sobre la alteración que se produciría en la vía serotoninérgica en los pacientes con demencia. Pero no hablamos –en definitiva– de pacientes a los cuales no se les diagnostica una depresión debido a la dificultad que plantea el diagnóstico en aquellos que presentan un deterioro cognitivo severo. Hablamos, entonces, de un verdadero desafío de la práctica asistencial en una institución geriátrica.

## Conclusiones

Los antidepresivos se presentan como una alternativa válida para el tratamiento de los síntomas de agitación en pacientes institucionalizados con demencia. Tienen un perfil de efectos adversos más benigno que el de los antipsicóticos. En nuestro caso la experiencia con paroxetina fue positiva. De todas formas consideramos que hay que ser prudentes con su manejo debido a que son necesarios mayores trabajos que profundicen con respecto a su uso. ■

## Referencias bibliográficas

- Ferri CP, Prince M, Brayne C, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005 Dec 17;366(9503):2112-7.
- Steinberg M, Shao H, Zandi P, et al. Cache County Investigators. Point and five-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache county study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23:170-7.
- Ballard C, Corbett A, Chitramohan R, Aarsland D. Management of agitation and aggression associated with Alzheimer's disease: controversies and possible solutions. *Current Opinion in Psychiatry* 2009, 22:532-540.
- Cohen-Mansfield J. Conceptualization of agitation: Results based on the Cohen-Mansfield agitation inventory and the agitation behavior mapping instrument. *Int Psychogeriatr* 1996, 8 (3): 309-15.
- Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviours in dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001 Fall;9(4):361-81.
- Steele C, Rovner B, Chase G, Folstein, M. Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry* 1990, 147: 1049-1051.
- Mune L, Pisa H. Aproximación psicosocial de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias en las instituciones geriátricas. *Vertex* 2015; vol XXVI, número 120.
- Lee PE, Gill SS, Freedman M, Bronskill SE, Hillmer MP, Rochon PA. Atypical antipsychotic drugs in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. *BMJ* 2004, Jul 10;329(7457):75.
- Gauthier S, Cummings J, Ballard C, et al. Management of behavioral problems in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr* 2010; 22(03):346-72.
- Porsteinsson AP, Smith JS, Keltz MA, Antonsdottir IM. Can antidepressant medication relieve agitation in Alzheimer's disease? *Expert Rev Neurother* 2014 Sep;14(9):969-71.
- Small GW. Treating dementia and agitation. *JAMA* 2014;311(7):677-8.
- Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *JAMA* 2005; 293:596-608.
- Steinberg M, Lyketsos CG. Atypical antipsychotic use in patients with dementia: managing safety concerns. *Am J Psychiatry* 2012; 169:900-906.
- Melrose RJ, Ettenhofer ML, Harwood D, et al. Cerebral metabolism, cognition, and functional abilities in Alzheimer disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2011;24(3):127-34.
- Kotbi N, Singh A, Kneifati-Hayek J, Odom A, Alexopoulos G. Citalopram in agitated and delusional demented patients who failed treatment with antipsychotic agents. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2014 Apr 1;26(2):E62.
- Porsteinsson AP, Drye LT, Pollock BG, et al. Effect of citalopram on agitation in Alzheimer disease: the CitAD randomized clinical trial. *JAMA* 2014;311(7):682-91.
- Underwood BR, Fox C. Citalopram decreases agitation in the context of Alzheimer's disease, but at doses higher than those commonly prescribed and at the expense of side effects. *Evid Based Med* 2014 Oct;19(5):181.
- Peters ME, Vaidya V, Drye LT, Devanand DP, Mintzer JE, Pollock BG, Porsteinsson AP, Rosenberg PB, Schneider LS, Shade DM, Weintraub D, Yesavage J, Lyketsos CG, Avramopoulos D; CitAD Research Group. Citalopram for the Treatment of Agitation in Alzheimer Dementia: Genetic Influences. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2016 Mar;29(2):59-64.
- Henry G, Williamson D, Tampi RR. Efficacy and tolerability of antidepressants in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: a literature review of evidence. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2011 May;26(3):169-83.
- Bui Q. Antidepressants for agitation and psychosis in patients with dementia. *Am Fam Physician* 2012 Jan 1;85(1):20-2.
- Basu B, Gangopadhyay T, Dutta N, Mandal B, De S, Mondal S. A case of akathisia induced by escitalopram: case report & review of literature. *Curr Drug Saf* 2014 Mar;9(1):56-9.
- Kurita M, Sato T, Nishino S, Ohtomo K, Shirakawa H, Mashiko H, Niwa S, Nakahata N. Effects of fluvoxamine on behavioral and psychological symptoms of dementia in Alzheimer's disease: a report of three cases. *Fukushima J Med Sci* 2006 Dec;52(2):143-8.
- Bailer U, Fischer P, Küfferle B, Stastny J, Kasper S. Occurrence of mirtazapine-induced delirium in organic brain disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2000 Jul;15(4):239-43.
- Poyurovsky M, Bergman J, Pashinian A, Weizman A. Beneficial effect of low-dose mirtazapine in acute aripiprazole-induced akathisia. *Int Clin Psychopharmacol* 2014 Sep;29(5):296-8.
- Ramadan FH, Naughton BJ, Bassanelli AG. Treatment of verbal agitation with a selective serotonin reuptake inhibitor. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000 Summer;13(2):56-9.

# Esquizofrenia resistente: neutropenia con olanzapina y clozapina, y estabilización con dos antipsicóticos de depósito

Patricio Alba

*Médico especialista en psiquiatría  
Médico de planta del Hospital de emergencias psiquiátricas Torcuato de Alvear  
E-mail: patricio.alba@gmail.com*

---

## Resumen

Se presenta un caso clínico de una mujer con diagnóstico de esquizofrenia resistente al tratamiento, quién experimentó neutropenia con olanzapina y clozapina y que logró la estabilización sintomática con una combinación de decanoato de haloperidol y risperidona de depósito. Se realiza una breve revisión sobre la ocurrencia de eventos hematológicos con antipsicóticos y sobre la evidencia de la combinación de antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia.

**Palabras clave:** Esquizofrenia resistente - Neutropenia - Olanzapina - Clozapina - Antipsicóticos - Combinación.

TREATMENT-RESISTANT SCHIZOPHRENIA: NEUTROPENIA WITH OLANZAPINE AND CLOZAPINE, AND STABILIZATION WITH TWO DEPOT ANTIPSYCHOTICS

## Abstract

This case report describes a case of a woman with treatment-resistant schizophrenia, who experienced neutropenia induced by olanzapine and clozapine, and reached symptomatic stabilization with a combination of two depot antipsychotics. This report presents a brief review about the incidence of haematologic events by antipsychotics and the evidence of antipsychotic combination in the treatment.

**Key words:** Treatment-resistant schizophrenia - Neutropenia - Olanzapine - Clozapine - Antipsychotics-combination.

La esquizofrenia resistente al tratamiento se presenta en aproximadamente un 30% de las personas con esta enfermedad (1). Está definida como la falta de respuesta al ensayo farmacológico con dos antipsicóticos, en dosis adecuadas por 4 a 6 semanas (2). Ante esta resistencia, la clozapina continúa siendo el *gold standard* y recomendación de las guías de tratamiento en los casos de esquizofrenia resistente (3, 4, 5).

Ante la imposibilidad de utilizar clozapina -ya sea por efectos adversos, contraindicaciones o falta de respuesta-, entre las opciones más utilizadas, se encuentra la combinación de antipsicóticos (aunque la evidencia sobre esto no sea del todo satisfactoria).

En este artículo introduciré el caso clínico de una mujer con diagnóstico de esquizofrenia resistente que presentó neutropenia con olanzapina y clozapina y que logró la mayor estabilización clínica con la combinación de decanoato de haloperidol y risperidona de depósito.

Se realizará una breve revisión acerca de la ocurrencia de eventos adversos hematológicos con antipsicóticos y sobre la evidencia de la combinación de antipsicóticos.

### Caso Clínico

N. es una mujer de 32 años y diagnóstico de esquizofrenia. Su cuadro comenzó a los 21 años, pero la primera consulta se realizó a sus 25 años, incluyéndola en tratamientos breves que no sostenía. Tuvo la primera internación psiquiátrica a los 28 años a raíz de un cuadro caracterizado por ideación delirante polimorfa, alucinaciones auditivas y cenestopáticas, insomnio, labilidad afectiva y frecuentes episodios de excitación psicomotriz.

En las primeras dos internaciones el cuadro remitió con la implementación de risperidona, aunque el periodo de remisión sintomática fue breve debido a su escasa adherencia al tratamiento farmacológico. Esta situación trajo como correlato reagudizaciones de su cuadro.

Tras una nueva descompensación psicótica a los 29 años, que ameritó su reingreso en la sala de internación, se indicó tratamiento con haloperidol oral 12.5 mg con escasa respuesta (presentaba frecuentes episodios de excitación psicomotriz y heteroagresividad). Por su evolución desfavorable, sumada a la presencia de síntomas extrapiramidales y su falta de adherencia al tratamiento farmacológico vía oral, se indicó risperidona de depósito 50 mg. Con esta indicación se llegó a una remisión parcial del cuadro y fue posible su externación y tratamiento ambulatorio.

Luego de dos meses y por abandono del tratamiento sufrió una nueva descompensación y fue nuevamente ingresada. Durante este período se instaló tratamiento con risperidona sin respuesta, rotando a olanzapina hasta 30mg/día. Con este cambio se observó un marcado descenso de neutrófilos con una caída de valores de la fórmula leucocitaria de 55% de neutrófilos a 36% el 28º día de tratamiento (1476 neutrófilos/mm<sup>3</sup>). Luego de la suspensión de la olanzapina los neutrófilos retornaron a valores normales en 4 semanas.

En este contexto se indicó una combinación de decanoato de haloperidol 1 ml y risperidona de depó-

sito 50 mg, llegando a la remisión parcial del cuadro (persistía ideación delirante, sin mayor repercusión en su conducta y afecto).

En el tratamiento ambulatorio se ensayó retirar la risperidona de depósito y se mantuvo el decanoato de haloperidol 1 ml y haloperidol vía oral 10 mg/día. Esto no sólo no tuvo respuesta, sino que desencadenó una desestabilización clínica con episodios frecuentes e intensos de agitación y agresividad en su hogar, requiriendo ser internada por quinta vez.

En esta oportunidad se implementó clozapina. Al 12º día de tratamiento y a una dosis de 150 mg/día, el control hematológico mostró una drástica caída de la serie blanca a valores de leucocitos 3000/mm<sup>3</sup> y neutrófilos de 1450/mm<sup>3</sup>. En vistas de esto, se decidió suspender la clozapina e iniciar controles hematológicos diarios, lográndose el retorno a valores dentro de los rangos normales durante la semana siguiente a la suspensión.

Ante este acontecimiento y con el cuadro clínico sin cambios, se inició tratamiento con aripiprazol hasta una dosis de 30 mg. El cuadro clínico evolucionó tópidamente, con episodios de excitación psicomotriz y negativa a la toma de medicación vía oral. Se decidió entonces, reintentar el plan de haloperidol decanoato 3 ml y risperidona de depósito 25 mg, sumado a ácido valproico 1200mg/día. Lentamente el cuadro fue evolucionando de manera favorable. N. estabilizó su ánimo y si bien la ideación delirante no remitió completamente, la repercusión conductual era prácticamente nula, permitiendo el egreso de la internación.

Durante la internación y el tratamiento ambulatorio posterior fue de mucho valor el trabajo de psicoeducación con sus padres. Se mantenían entrevistas con ellos, las cuales podían ser más frecuentes dependiendo de factores como empeoramiento sintomático u ocurrencia de eventos de estrés psicosocial que pudieran impactar negativamente en la evolución de la enfermedad, o percepción de sobrecarga familiar.

N. mantuvo su estabilidad durante dos años, durante los cuales presentaba ideación delirante paranoide con escaso correlato conductual y sostenía el tratamiento ambulatorio. Por falta de disponibilidad hospitalaria tanto de risperidona de depósito primero, y de decanoato de haloperidol luego, el plan farmacológico debió ser modificado, esta vez sin lograr respuesta clínica, de modo que N. fue internada nuevamente.

### Discusión

Las alteraciones hematológicas se han descrito para cualquier antipsicótico, pero sólo la clozapina presenta una prevalencia de alteraciones hematológicas y riesgo de agranulocitosis que amerita un protocolo de seguimiento. Sin embargo, como en el caso de N., cada vez se presentan más reportes sobre leucopenia o neutropenia por olanzapina (6, 7, 8). La pregunta en este caso fue cómo valorar este antecedente. Si bien la paciente presentó una disminución de glóbulos blancos con olanzapina, no existen datos que contraindiquen el ensayo terapéutico con clozapina luego de este evento adverso.

Sólo existen datos de pacientes que presentaron leucopenia con clozapina, y luego les fue indicado olanzapina, en donde en algunos casos la prueba fue exitosa (9, 10), y en otros, se repitió la disminución de glóbulos blancos o se prolongó la leucopenia si el tratamiento se había iniciado antes de la restitución a valores normales (6, 11-14). Son varios los reportes que señalan la posibilidad de presentar neutropenia o leucopenia con múltiples antipsicóticos (15-19). Por esto se recomienda que si se presentó leucopenia o neutropenia con un antipsicótico, se monitoree la ocurrencia de un evento similar ante la indicación de un antipsicótico diferente.

Por otro lado, el plan farmacológico más exitoso -aún sin lograr la remisión sintomática completa- se basó en la combinación antipsicótica mediante dos fármacos de depósito. Esto nos lleva a plantearnos dos cuestiones: por un lado, la eficacia de la combinación o polifarmacia con antipsicóticos y, por otro lado, si los antipsicóticos de depósito presentan evidencia de superioridad respecto a las presentaciones de vía oral.

En relación a la combinación de antipsicóticos, los reportes indican que la polifarmacia con antipsicóticos se da en un 10-30% de los pacientes, siendo la combinación más común la de un antipsicótico típico con un atípico (20). Estimaciones en los Estados Unidos sugieren que el 33% de los pacientes reciben dos antipsicóticos y cerca del 10% reciben tres, mientras que en Europa cerca del 20% de las personas con esquizofrenia reciben combinación de antipsicóticos (21). En un estudio reciente de Leiderman y col. (22) realizado en nuestro medio, se encontró que el 64.2% de los psiquiatras utilizaba la estrategia de combinar antipsicóticos.

A pesar del amplio uso de la combinación, la evidencia sigue siendo escasa en cuanto a la eficacia de esta estrategia. Si bien existen algunos datos positivos sobre la potenciación de clozapina con otro antipsicótico (23, 24), otros estudios presentaron datos negativos (25-28). Una revisión reciente encontró que la evidencia es de bajísima calidad como para apoyar esta estrategia y dada la escasez de estudios no pudo realizarse un metaanálisis (29). En relación a combinación de antipsicóticos que no sean clozapina, una extensiva revisión, encontró un único estudio controlado doble ciego que comparaba risperidona y quetiapina en monoterapia o combinadas con aripiprazol, no encontrando diferencias entre la asociación y la monoterapia (30). No hay datos de evidencia sobre la combinación de antipsicóticos de depósito, y sólo se registran 3 reportes de caso de buena respuesta a la combinación de 2 antipsicóticos de depósito, tanto dos antipsicóticos atípicos (31, 32) como un típico con un atípico (33).

Dada la falta de soporte científico contrastado con el amplio uso de la combinación, se podría pensar que los

médicos evalúan beneficios con esta práctica en pacientes individuales y, por otro lado, cabría considerar las limitaciones que se presentan para lograr la remisión sintomática con los psicofármacos con los que contamos en la actualidad.

En relación a los antipsicóticos de depósito, se ha sugerido que, además de mejorar la adherencia, las características farmacocinéticas de la vía inyectable de depósito impactarían en la efectividad y en la presentación de efectos adversos al lograr niveles plasmáticos más estables (34).

En los últimos años han sido publicados diversas revisiones sistemáticas y metaanálisis comparando las formulaciones de depósito con las orales en cuanto a eficacia, efectos adversos, tasas de recaídas y reinternaciones. Los resultados no han mostrado mayores diferencias entre oral vs. depósito. Ostuzzi y col. (34) realizaron un metaanálisis comparando cada antipsicótico de depósito con su formulación oral, no encontrando diferencias en cuanto a eficacia y tolerabilidad, remarcando la baja calidad de evidencia de los estudios utilizados. Misawa y col. (35) no encontraron diferencias significativas en la aparición de eventos adversos entre ambas formulaciones. En un metaanálisis de Kishimoto y col. (36) no se encontró diferencia en la disminución de recaídas con los antipsicóticos de depósito en comparación con antipsicóticos orales, remarcando que los ensayos controlados serían menos representativos de pacientes del *mundo real* que los estudios observacionales, los cuales mostraron resultados positivos en la reducción de recaídas y rehospitalizaciones con antipsicóticos de depósito (37, 38).

Más allá de todos estos resultados y de la necesidad de mayor evidencia, en la práctica cotidiana sería esperable que la adherencia sea mayor con antipsicóticos de depósito en pacientes que no cumplen con la medicación por vía oral, lo cual impactaría en la estabilidad del cuadro clínico al sostener el tratamiento antipsicótico por periodos más prolongados.

Finalmente, es necesario remarcar la importancia de las intervenciones familiares. Algunos estudios y metaanálisis han mostrado los beneficios del trabajo con la familia del individuo con esquizofrenia, ya sea bajo el formato de psicoeducación, terapia familiar o programas de tratamiento. Las intervenciones familiares impactarían positivamente en la adherencia al tratamiento, en la prevención de recaídas y en el funcionamiento social (39-44), así como serían beneficiosas para mejorar la empatía en el familiar (45), disminuir la sobrecarga (46) e incentivar el compromiso del familiar con el apoyo y acompañamiento en el tratamiento (39).

Se solicitó consentimiento informado de la paciente y su familia para esta publicación. ■

## Referencias bibliográfica

1. Lally J, Gaughran F, Timms P, Curran SR. Treatment-resistant schizophrenia: current insights on the pharmacogenomics of antipsychotics. *Pharmacogenomics Pers Med* 2016; 9: 117-129.
2. Elkis H, Buckley PF. Treatment-Resistant Schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 2016 ;39(2):239-65.
3. Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2016;50:410-72.
4. Kuipers E, Yesufu-Udechuku A, Taylor C, Kendall T. Management of psychosis and schizophrenia in adults: summary of updated NICE guidance. *BMJ* 2014 ; 348:g1173.
5. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gat-

- taz WF, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, part 1: update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World J Biol Psychiatry* 2012;13:318-78
6. Tolosa-Vilella C, Ruiz-Ripoll A, Mari-Alfonso B, NavalSendra E. Olanzapine-induced agranulocytosis: a case report and review of the literature. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2002; 26:411414.
  7. Duggal HS, Gates C, Pathak PC. Olanzapine-induced neutropenia: mechanism and treatment. *J Clin Psychopharmacol* 2004; 24:234235
  8. Malhotra K, Vu P, Wang DH, Lai H, Faziola L. Olanzapine-Induced Neutropenia. *Ment Illn* 2015;7:5871.
  9. Dernovsek MZ, Tavcar R. Olanzapine appears haematologically safe in patients who developed blood dyscrasia on clozapine and risperidone. *Int Clin Psychopharmacol* 2000;15:237-8.
  10. Wu SY, Liu CC, Hsieh MH. Successful re-exposure to clozapine following uneventful rechallenge with olanzapine in a patient with neutropenia related to both agents. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008 ;32:1089-90.
  11. Thangadurai P, Jyothi KS, Gopalakrishnan R, Kuruville A, Jacob KS. Reversible neutropenia with olanzapine following clozapine-induced neutropenia. *Am J Psychiatry* 2006 ;163:1298.
  12. Teter CJ, Early JJ, Frachtling RJ. Olanzapine-induced neutropenia in patients with history of clozapine treatment: two case reports from a state psychiatric institution. *J Clin Psychiatry* 2000; 61:872873.
  13. Konakanchi R, Grace JJ, Szarowicz R, Pato MT. Olanzapine prolongation of granulocytopenia after clozapine discontinuation. *J Clin Psychopharmacol* 2000; 20:703704.
  14. Jagadheesan K, Mehrtens J. Prolongation of clozapine-induced neutropenia with olanzapine. *Aust N Z J Psychiatry* 2007 Feb;41:192.
  15. Mary-Rabine S, Demulder A, Fossion P, Dan B, Kornreich C. Neutropenia as a class effect of antipsychotic agents: a case report. *J Clin Psychopharmacol* 2010;30:639-40.
  16. Ho Lim M, Park J, Park TW. A Case with Neutropenia Related with the Use of Various Atypical Antipsychotics. *Psychiatr Investig* 2013;10:428-431.
  17. Vila-Rodriguez F, Tsang P, Barr AM. Chronic benign neutropenia/ agranulocytosis associated with non-clozapine antipsychotics. *Am J Psychiatry* 2013;170:1213-4.
  18. Qureshi S, Rubin E. Risperidone- and aripiprazole-induced leukopenia: a case report. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008;10:482-483.
  19. Lander M, Bastiampillai T. Neutropenia associated with quetiapine, olanzapine, and aripiprazole. *Aust N Z J Psychiatry* 2011;45:89.
  20. Moore TA, Covell NH, Essock SM, Miller AL. Real-World Antipsychotic Treatment Practices. *Psychiatr Clin N Am* 2007;30:401-416.
  21. Goodwin G, Fleischhacker W, Arango C, Baumann P, Davidson M, de Hert M, et al. Advantages and disadvantages of combination treatment with antipsychotics ECNP Consensus Meeting, March 2008, Nice. *Eur neuropsychopharmacol* 2009 19, 520-532.
  22. Leiderman E, Lorenzo L. Hábitos prescriptivos en el tratamiento de la esquizofrenia. *Vertex - Revista Argentina de Psiquiatría* 2015;26:11-16.
  23. Josiassen RC, Joseph A, Kohegyi E, Stokes S, Dadvand M, Paing WW, et al. Clozapine augmented with risperidone in the treatment of schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 2005;162:130-6.
  24. Weiner E, Conley RR, Ball MP, Feldman S, Gold JM, Kelly DL, et al. Adjunctive risperidone for partially responsive people with schizophrenia treated with clozapine. *Neuropsychopharmacology* 2010;35:2274-2283.
  25. Freudenreich O, Henderson DC, Walsh JP, Culhane MA, Goff DC. Risperidone augmentation for schizophrenia partially responsive to clozapine: a double-blind, placebo-controlled trial. *Schizophr Res* 2007;92:90-94.
  26. Anil Yagcioglu AE, Kivircik Akdede BB, Turgut TI, Tümüklü M, Yazici MK, Alptekin K et al. A double-blind controlled study of adjunctive treatment with risperidone in schizophrenic patients partially responsive to clozapine: efficacy and safety. *J Clin Psychiatry* 2005 ; 66:63-72.
  27. Akdede BB, Anil Yagcioglu AE, Alptekin K, Turgut TI, Tümüklü M, Yazici MK, et al. A double-blind study of combination of clozapine with risperidone in patients with schizophrenia: effects on cognition. *J Clin Psychiatry* 2006;67:1912-1919.
  28. Honer WG, Thornton AE, Chen EY, Chan RC, Wong JO, Bergmann A, et al. Clozapine alone versus clozapine and risperidone with refractory schizophrenia. *N Engl J Med* 2006;354:472-48.
  29. Barber S, Olotu U, Corsi M, Cipriani A. Clozapine combined with different antipsychotic drugs for treatment-resistant schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;3:CD006324.
  30. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. A Systematic Review of Combination and High-Dose Atypical Antipsychotic Therapy in Patients with Schizophrenia. 2011:1.
  31. Scangos KW, Caton M, Newman WJ. Multiple Long-Acting Injectable Antipsychotics for Treatment-Resistant Schizophrenia: Case Report. *J Clin Psychopharmacol* 2016;36:283-5.
  32. Wartelsteiner F, Hofer A. Treating Schizophrenia With 2 Long-Acting Injectable Antipsychotic Drugs: A Case Report. *J Clin Psychopharmacol* 2015;35:474-5.
  33. Ladds B, Cosme R, Rivera F. Concurrent Use of Two Depot Antipsychotic Medications in Schizophrenia. *The Internet Journal of Psychiatry* 2009;1.
  34. Ostuzzi G, Bighelli I, So R, Furukawa TA, Barbui C. Does formulation matter? A systematic review and meta-analysis of oral versus long-acting antipsychotic studies. *Schizophr Res* 2016;S0920-9964:30503-5.
  35. Misawa F, Kishimoto T, Hagi K, Kane JM, Correll CU. Safety and tolerability of long-acting injectable versus oral antipsychotics: A meta-analysis of randomized controlled studies comparing the same antipsychotics. *Schizophr Res* 2016;176:220-30.
  36. Kishimoto T, Robenzadeh A, Leucht C, Leucht S, Watanabe K, Mimura M, et al. Long-Acting Injectable vs Oral Antipsychotics for Relapse Prevention in Schizophrenia: A Meta-Analysis of Randomized Trials. *Schizophr Bull* 2014;40:192-213.
  37. Grimaldi-Bensouda L, Rouillon F, Astruc B, Rossignol M, Benichou J, Falissard B, et al. Does long-acting injectable risperidone make a difference to the real-life treatment of schizophrenia? Results of the Cohort for the General Study of Schizophrenia (CGS). *Schizophr Res* 2012;134:187-94.
  38. Tiihonen J, Wahlbeck K, Lönnqvist J, Klaukka T, Ioannidis JP, Volavka J, et al. Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. *BMJ* 2006;333:224.
  39. Caqueo-Urizar M, Rus-Calafell M, Urzúa A, Escudero J, Gutiérrez-Maldonado J. The role of family therapy in the management of schizophrenia: challenges and solutions. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; 11: 145-151.
  40. Sin J, Norman I. Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *J Clin Psychiatry* 2013;74:1145-62.
  41. Patterson TL, Leeuwenkamp OR. Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophr Res* 2008;100:108-19.
  42. Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2007;96:232-45.
  43. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (12): CD000088.
  44. Ran MS, Chan CL, Ng SM, Guo LT, Xiang MZ. The effectiveness of psychoeducational family intervention for patients with schizophrenia in a 14-year follow-up study in a Chinese rural area. *Psychol Med* 2015;45:2197-204.
  45. Girón M, Nova-Fernández F, Mañá-Alvarenga S, Nolasco A, Molina-Habas A, Fernández-Yañez A, et al. How does family intervention improve the outcome of people with schizophrenia? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015;50:379-87.
  46. Nasr T, Kausar T. Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Ann Gen Psychiatry* 2009; 8: 17.

# Síndrome de Munchausen mixto con comorbilidad orgánica

**Marcelo Mora**

*Médico concurrente del Servicio de Salud Mental Instituto de Investigaciones Médicas "A. Lanari",  
Facultad de Medicina, UBA. Doctor en Ciencias Biológicas, UBA*

**Valeria Saluto**

*Médica especialista en Neurología. Servicio de Neurología del Instituto de Investigaciones Médicas "A. Lanari",  
Facultad de Medicina, UBA*

**Paula Balbi**

*Dra. en Psicología. Facultad de Psicología, UBA*

**Martina Spotti**

*Médica residente de Clínica Médica. Instituto de Investigaciones Médicas "A. Lanari",  
Facultad de Medicina, UBA*

**Daniel Fadel**

*Médico especialista en Psiquiatría. Jefe de Servicio de Psiquiatría y Salud Mental,  
Instituto de Investigaciones Médicas "A. Lanari". Docente Adscripto de la 1ª Cátedra de Farmacología,  
Facultad de Medicina, UBA.*

*Director del Curso de Posgrado Avanzado: "Bases Neurobiológicas y Farmacológicas  
de la Terapéutica Psiquiátrica 2015", Facultad de Medicina, UBA  
E-mail: fadel.daniel@lanari.fmed.uba.ar*

---

## Resumen

El presente caso clínico muestra las características de una paciente con un trastorno facticio: Síndrome de Munchausen "mixto" manifestado por la coexistencia de las dos modalidades descriptas para este síndrome: a) Munchausen típico o directo y b) Munchausen por poder o indirecto: siendo el directo sobre la propia persona y el indirecto sobre un tercero, generalmente un hijo en etapa infantil. Además en el caso que reportamos, la paciente presentaba la particularidad de tener marcadores biológicos positivos para miastenia gravis (serología positiva), con inconsistentes manifestaciones clínicas dado que aún en período de remisión, ella continuaba refiriendo síntomas que son propios de las fases de reagudización. En las búsquedas bibliográficas que hemos realizado, no hemos encontrado hasta el momento reportes que avalen la existencia de este constructo que hemos descripto: "Síndrome de Munchausen mixto con comorbilidad orgánica". Del mismo modo, al realizar una búsqueda bibliográfica sobre los algoritmos diagnósticos y las posibles estrategias de abordaje terapéutico, ésta no arrojó reportes similares. Por último, esta caracterización clínica se constituye en un escotoma para la comunidad científica generándose una falta de reconocimiento de la categoría diagnóstica y sobre todo de la distorsión que este trastorno mental puede generar en a) el uso inadecuado de los recursos terapéuticos, b) el uso irracional de fármacos, c) la distorsión de las instancias institucionales y d) las conductas médicas que ocurrieron en este caso.

**Palabras clave:** Síndrome de Munchausen - Comorbilidad orgánica - Miastenia gravis.

## MIXED MUNCHAUSEN SYNDROME WITH ORGANIC COMORBIDITY

**Abstract**

We present a detailed case report that shows a woman patient who has Factitious Disorder manifested by the coexistence both of: A) typical/direct Munchausen and B) Munchausen by proxy or indirect: being the first one (A) about the own person and the second one (B) about other people (most cases about their own young children). Furthermore, in the reported case we observed that the patient shown the particularity of having positive biological markers for Myasthenia Gravis (serology markers), and having inconsistent clinical manifestations that are typically observed in the exacerbation phase when she still continued in remission phase. In our own bibliographic research we couldn't find anything about this case of "Mixed Munchausen Syndrome with organic comorbidity". In the same way as we tried to get information about the diagnostic algorithms and the possible therapeutic treatment strategies we found nothing like this reported before. Finally, this clinical presentation constitutes a blind spot for the scientific community generating a lack of recognition for this diagnostic category and above all of the confusion that this mental disorder can generate in: a) the inadequate use of therapeutic resources, b) the irrational use of drugs, c) the distortion of institutional instances, and d) the medical behaviors that occurred in this case.

**Key words:** Munchausen syndrome - Organic comorbidity - Myasthenia gravis.

**Introducción**

Los primeros reportes del Trastorno Facticio comenzaron en 1951, con un artículo publicado en la revista *Lancet* (1) por el psiquiatra Richard Asher quien por primera vez acuñó el término "Síndrome de Munchausen" (SM), para referirse a una enfermedad psicósomática en la que los pacientes buscaban ser admitidos en un hospital a través de la producción consciente de síntomas físicos o mentales sin aparentes beneficios, a no ser solamente la demanda de atención y contención por parte de profesionales reconocidos o destacados. El Trastorno Facticio fue reconocido como categoría diagnóstica recién en el año 1980 por el grupo de trabajo del DSM-III. En la actualidad, se encuentra en vigencia el DSM V, que establece como criterios para su diagnóstico: 1. Fingimiento o producción intencionada de síntomas o signos físicos o psicológicos 2. El sujeto busca asumir el papel de enfermo y 3. Ausencia de incentivos externos para el comportamiento. Estos criterios buscan diferenciar el Trastorno Facticio de los Trastornos Somatomorfos (síntomas no volitivos, inconscientes y sin beneficio secundario) y también de la Simulación (síntomas conscientes, volitivos y con beneficio secundario). Por otro lado en el síndrome de *Munchausen-by-proxy* (o Munchausen-por-poder o indirecto), descrito por primera vez por Meadow en 1977 (2), uno de los progenitores simula o causa una enfermedad en alguno de sus hijos. Dicho progenitor puede "armar" una historia médica, provocar síntomas físicos, o alterar muestras de laboratorio o de registros de temperatura corporal entre otros. Todos estos actos devienen en relatos de enfermedades que muchas veces, a partir de la obtención de data objetiva (laboratorio, etc.) los hallazgos resultan discordantes respecto de lo referido por el progenitor, y allí el equipo médico comienza a detectar un nivel de controversia que genera la necesidad de incrementar el número y la complejidad de los estudios. La enfermedad provocada puede llegar, en su grado más extremo, a causar la muerte del niño. Los síntomas suelen ser de una amplia variedad e involucran múltiples aparatos y sistemas orgánicos. Se presentan generalmente cuando el padre/madre/cuidador está cerca del niño. El "agresor",

que es por lo general la madre, establece "un vínculo que aparenta" ser de una relación muy cercana con el niño, pero una observación ajustada del vínculo madre-hijo, revela que ésta está más atenta e involucrada en los temas relacionados con la enfermedad del niño que con el niño mismo (3). Incluso es altamente significativo que no da muestras de satisfacción en caso de la mejoría del cuadro clínico (4). La prevalencia e incidencia de este trastorno no está bien establecida aún, dado que la mayor parte de la bibliografía disponible está confeccionada en base a reportes de casos (5).

Volviendo al SM o T. Facticio directo, se evidencia que no es fácil desmontar este constructo, pues a medida que el tiempo transcurre, se refuerza dicho dispositivo aberrante, convirtiéndose en un "enfermo crónico", "grave", prácticamente discapacitado psíquicamente. Cuando se intenta desenmascarar o terminar con el relato inconsistente o facticio, se genera una reacción casi inmediata: su estado empeora rápidamente, el reclamo de ayuda al profesional es entonces más demandante que lo habitual, y puede inducirse involuntariamente al paciente a que cause mayores daños en su propio organismo para poner en evidencia que sus síntomas podrían conducirlo a la muerte; todo lo cual induce a la constitución de un círculo vicioso del cual el médico debe estar advertido para evaluar el tipo y la oportunidad de sus intervenciones (6). De ninguna manera el paciente está dispuesto a perder su *status* o su condición de enfermo, aquello que tantos años le ha costado construir. Las motivaciones de estos casos son a menudo difíciles de determinar y pudieran relacionarse con hechos de su vida pasada (historicidad). Se ha planteado la existencia de rasgos morbosos en la personalidad de estos enfermos tales como: masoquismo, fobias, necesidad de afecto, necesidad de ser atendidos, ser protegidos, ser el centro de preocupaciones de personas importantes -invirtiendo a los médicos de tal valencia afectiva-, y hasta de ser motivo de confrontaciones y discrepancias entre especialistas connotados (7). Estos pacientes cursan con frecuencia comorbilidad con trastornos de la personalidad, incluyendo un inadecuado control de los impulsos, conductas de auto-injuria y personalidad

límitrofe o pasiva-agresiva (8). Se ha observado que estos pacientes son conscientes que se están produciendo y experimentando síntomas, pero se encuentran impedidos (-¿inconscientemente?-) a hacerlo; y aunque no existe una argumentación lógica o un propósito claro, no tienen capacidad judicativa ni discernimiento suficiente para subjetivar o reflexionar sobre sus actos y de las razones que lo llevan a hacerlo (9). Este perfil configura quizás uno de los rasgos más conspicuos y distintivos de éste síndrome. Incluso están en riesgo de afrontar verdaderos problemas de salud vinculados con el daño que se auto-infligen para provocar el “falso positivo”, y a la sintomatología derivada. Además, pueden sufrir las consecuencias sanitarias relacionadas con la reiteración de múltiples exámenes que a veces son cruentos o tóxicos potencialmente, como las biopsias, laparoscopías exploratorias, sustancias de contraste, marcadores radioactivos, etc. (10)

A su vez, el incremento de procedimientos diagnósticos y tratamientos que en su peregrinar por distintas instituciones les son solicitados o aplicados los expone a un alto riesgo de abuso de sustancias e intentos de suicidio si sus objetivos de lograr un “alojamiento en el otro” no se concretan dado que el médico al solicitar más estudios estaría “dudando” de los dichos del paciente y así una complicación del trastorno facticio es el abuso y la muerte potencial de las víctimas.

## Discusión

En este reporte se presenta el caso de una paciente de 48 años de edad que fue derivada desde la institución hospitalaria que correspondía a la localidad en la que ella residía. El motivo del traslado en ambulancia, se debió a que la propia atención médica estaba en riesgo, dado que ella misma presentó demanda judicial requiriendo se le provean las ampollas de medicación opiácea que según su criterio aberrante, necesitaba para calmar sus referidos padecimientos. Esta situación fue el corolario de una larga fatiga del equipo profesional que tenía a su cargo el abordaje de este caso, ya que los tratamientos administrados no resultaban efectivos ante los relatos de nuevos y múltiples síntomas no correlacionables con la signología de una fase de remisión de la miastenia gravis, ni tampoco con los estudios complementarios, entablándose así una confrontación en plena relación médico-paciente. Una vez generada la inviabilidad de esta situación, se solicitó la derivación ya mencionada, con el objeto de contar con una “segunda opinión” de otro equipo médico.

Una vez recepcionada la paciente, la conducta consistió en re-validar los estudios que ya habían sido realizados y agregar otros que faltaban, como así también, realizar un exhaustivo interrogatorio y examen físico. A medida que los resultados fueron obtenidos, y se evidenciaba un relato discordante con los datos objetivos, se solicitó la interconsulta con el equipo de Salud Mental, dado que a su vez, cada día que transcurría la internación, el relato de la paciente mutaba. A partir de

la evaluación de los distintos caminos de exploración psico-físicos, el diagnóstico presuntivo al que se arribó fue SM directo. Como se instauró un seguimiento psicológico de la paciente, se le administraron test de evaluación de personalidad y se continuó con la recolección de datos de su historia personal y familiar. Esta exploración arrojó información sobre la concurrencia de un “SM por poder o indirecto” toda vez que por sentencia judicial se le impidió que continuara criando a sus hijos. Luego, se detectaron marcadores biológicos de tipo inmunológicos que serán descriptos más adelante y que corresponden al diagnóstico de miastenia gravis, todo lo cual configuró un “SM directo, indirecto y con base orgánica”, lo cual constituiría el carácter de inédito del reporte de este caso.

¿Por qué afirmamos que se trataba de un cuadro indirecto de SM? Porque respecto de su rol como madre, la paciente comentó que cuando sus hijos contaban con la edad de 4 y 6 años, mediante un procedimiento de intervención judicial estos fueron separados de ella por el lapso de 45 días, sin establecer los motivos, los cuales surgieron a partir de la información suministrada por su propia hija.

La paciente sólo se refería a que no le permitían verlos y que cuando se la habilitó a recibirlos, ello fue con consignas judiciales muy precisas respecto de aquello a lo que estaba autorizada versus aquello que le estaba vedado a pesar de su condición de madre.

Entre las consignas judiciales estaba su inhabilitación para ejercer cualquier tipo de sanción con castigos físicos, como también el impedimento de medicarlos. Además debía reportar el tipo de alimentación que les proveía. También fuimos informados por su hija de que la paciente los medicaba desde pequeña edad y que consultaba de manera “excesivamente frecuente” a los médicos pediatras por supuestas “dolencias” de los niños, no siempre corroborables. Es necesario resaltar que si no padecían diversas enfermedades aberrantemente referidas por la paciente, las mismas podían ser provocadas con el fin de lograr la atención profesional buscada. Por lo tanto, sus hijos fueron puestos en custodia judicial para evitar ser medicados, por encontrarse siempre enfermos.

## Antecedentes de la historia familiar y personal

- a) No conoció a su padre.
- b) Su madre tenía conductas sexuales promiscuas, sosteniendo un vínculo afectivo con su cuñado (esposo de su hermana) del cual sospecha la paciente la probable filiación sanguínea con él, nunca confirmada por su madre. Esta duda se pronuncia por la diversidad de encuentros sexuales que su madre tuvo con diferentes hombres.
- c) No promocionó segundo grado de la escolaridad a nivel primario. Cuando se la interroga sobre los motivos, ella adjudica dicho fracaso a la miastenia gravis, no accediendo a una escolaridad completa.
- d) Refiere que habitualmente jugaba el rol de denunciante en la familia, y en su interpretación, agrega

que por esta razón tanto su madre como su tía ejercían violencia física sobre ella (“me daban muchos golpes en la cabeza”). También dijo que debido a estas golpizas sufrió “desprendimiento de retina”.

- e) Agregó haber estado expuesta a experiencias de abuso sexual infantil y abuso sexual en la edad adulta y que por ello tuvo un segundo embarazo, del cual nació su hijo.
- f) Maltrato psicofísico por parte de su primer marido.
- g) También dice haber sido maltratada por parte de su hijo desde el inicio de su adolescencia, acusándolo a través de múltiples denuncias policiales y judiciales que se efectivizaron en la mayoría de edad, siendo alejado del hogar. Por ejemplo, lo acusó de haberle aplicado una “patada voladora”, por la cual dice tener lesión en la columna cervical, la cual no fue objetivada a través de estudios radiológicos.
- h) En el contexto de esta disfuncionalidad descripta, su hija decide trasladarse a otra provincia dada la reiteración de los actos de violencia física que también su hermano le ocasionaba.
- i) Historia de automedicación en forma crónica con opioides y corticoides.

### Base respaldatoria para el diagnóstico

¿Qué signos y síntomas presentaba la paciente para reunir criterio de SM típico o directo? La paciente ya tenía diagnóstico previo de miastenia gravis a partir de hallazgos de laboratorio realizados en el año 1998, a través del cual se hallaron anticuerpos AChRA +, con resultado normal para el estudio de Estimulación Repetitiva realizada en Fundación de Ayuda Integral al Miasténico junto a un *score* dudoso o en límite del test de Tensilon. Refería “disfagia alta” para sólidos y líquidos, y un dato muy importante, sus requerimientos de opiáceos no presentaban una base racional para su uso en las dosis y tiempos en los que éstos se indican. Ella se auto-administraba la medicación que había logrado que se le provea un acopio para cada mes, a partir de un amparo judicial que le falló favorable, contra toda racionalidad farmacológica. El motivo al que apelaba para estas maniobras facticias era el supuesto traumatismo de la columna cervical provocado por lo que llamaba la “patada voladora de su hijo” en el año 2015. En la Resonancia Magnética Nuclear de (RMN) de columna cervical que ella aporta se observa una fractura del atlas. Además presenta RMN de encéfalo donde se ponen de manifiesto lesiones hiperintensas en T2 y FLAIR en sustancia blanca subcortical, y ocupación del seno maxilar izquierdo. En la RMN realizada en nuestra institución, no se evidencian los hallazgos que mostraba la RMN por ella aportada. Además, la paciente utiliza un dispositivo CPAP durante la noche desde hacía 4 meses, sin que se pudiera documentar dicha indicación.

### Seguimiento

Durante la internación clínica, se realizó un seguimiento a través de entrevistas psicológicas de explora-

ción semiológica, apoyo terapéutico y administración de test, junto con un seguimiento psiquiátrico. Este espacio se combinó con toda la atención médica realizada conjuntamente con los servicios de Clínica Médica y Neurología. El objetivo fue dilucidar las causas de las discordancias entre las manifestaciones somáticas relacionadas por la paciente, y la evidencia aportada por los signos y estudios complementarios, desde las distintas miradas por parte de cada especialidad.

En nuestro caso, hemos realizado un inventario que resultó representativo y por lo tanto colaboró en la mejor estrategia a adoptar:

**1a) Síntoma:** Debilidad muscular y analgesia referida en los 4 miembros.

**1b) Signo:** Al examen semiológico, no se verifica la hipotrofia-atrofia que correspondería a toda debilidad muscular. En relación a las maniobras algéscas, se constató analgesia, la cual se interpretó congruente con el uso de opiáceos: morfina 5 mg cada 6 hs, más rescates ocasionales de aproximadamente 3 por día, según criterio de la propia paciente, sin la posibilidad de aplicar criterio farmacológico por el antecedente del recurso de amparo judicial por el cual había logrado que se le provea el acopio de ampollas de morfina para su uso discrecional.

No presentó ptosis palpebral ni tampoco movimientos anormales de los ojos a lo largo del período de vigilia de la jornada diurna. Tampoco se verificaron signos de compromiso bulbar. Los pares craneales explorados se hallaron siempre conservados, denotando ausencia de debilidad en músculos inervados, tono muscular del cuello conservado. La debilidad en extremidades fluctuaba con los exámenes diarios, pudiéndose observar incapacidad total para movilizar los miembros en algunas ocasiones. Pero en los momentos en los que la paciente no advertía la presencia de los médicos se constataba sedestación, bipedestación y marcha sin ninguna dificultad, lo que desestimó considerar el diagnóstico de cuadriparesia, tal como ella lo refería. Otro hallazgo buscado activamente, fue evidenciado cuando al serle solicitado que acuda a su agenda para la búsqueda de algún número telefónico de referencia (por la ausencia de familiares o responsables), la paciente manifestó que estos datos se encontraban en el teléfono celular y que no podía manipularlo ella por sus propios medios. Sin embargo, en otras ocasiones en las que los profesionales debieron ingresar a la sala, por simple observación fortuita constataron que con gran celeridad y destreza motora, podía hacer uso del celular, sin ninguna ayuda. Aún más, refirió ser cosmetóloga, y realizar su propia depilación. Incluso, ella misma se auto-administraba la morfina con inusitada destreza.

En el estudio de Potenciales Evocados, no se hallaron registros anormales.

**2a) Síntoma:** Disfagia alta para sólidos y líquidos indistintamente (refiriendo: “*mi capacidad de tos es nula*”).

**2b) Signos:** Ausencia de signos patológicos respi-

ratorios a la auscultación y de imágenes anormales en el diagnóstico por imágenes. Tampoco se han puesto de manifiesto episodios de tos, fiebre, expectoración o desaturación de oxígeno. Esto último se evidenció a través de saturómetro institucional (registros de 97% de saturación sin aporte de O<sub>2</sub>). A su vez el personal que la asistía (enfermeros y médicos) registraron ingestas de la paciente en oportunidad de estar evaluando a otros enfermos de la misma sala que compartían. Pudieron constatar la ingesta de alimentos y líquidos, sin que presentara tos ni posteriores síntomas compatibles con neumopatía por aspiración.

**3a) Síntoma:** Inanición de un mes de duración.

**3b) Signos:** La paciente no se encontraba desnutrida, todo lo contrario, puesto que presentaba incluso sobrepeso moderado. El laboratorio no arrojó valores anormales. Las proteínas totales se hallaban en rango de 6.5g/dl y la albúmina en 3.7g/dl.

**4a) Síntoma:** Insuficiencia Respiratoria.

**4b) Signos:** Al realizarse el examen funcional respiratorio, la paciente no respetó las consignas dadas, lo cual hizo que el estudio no cumpliera con los criterios de aceptabilidad ni reproducibilidad. Por lo tanto, estos estudios no son concluyentes debido a la falta de colaboración de la paciente y la no constatación de debilidad muscular no tiene ningún valor.

**5a) Síntoma:** Refiere síntomas de retención urinaria (refiriendo: *"No puedo orinar"*).

**5b) Signo:** Se ha hecho ella misma la cateterización varias veces al día. La retención urinaria puede asociarse al uso crónico de morfina, al igual que la potencial constipación que provoca como efecto adverso. Cuando no le era realizada la colocación de sonda vesical durante la internación, ella misma realizaba maniobras de compresión o masajes en la zona del hipogastrio para lograr la micción, constituyendo esta referencia, una evidencia más que suficiente, de la presencia de tono muscular.

Al poner a su disposición el uso de lactulosa como laxante, con el fin de neutralizar los efectos constipantes que el uso crónico de morfina puede generar, la paciente rehusó dicha medicación, dado que refirió que no presentaba constipación. Ésta referencia denota una manifestación contraposición con lo que habitualmente sucede en un alto porcentaje de pacientes tratados con morfina que presentan retención urinaria.

**6a) Síntoma:** Refería dolor en la columna cervical en la cual tenía un antecedente de traumatismo que ya fuera mencionado y adjudicaba a una agresión de su hijo. Ella manifestaba: *"mi hijo me dio una patada voladora en el cuello y tuve una fractura del Atlas"*.

**6b) Signo:** Se realizó una Tomografía Axial Computada (TAC) de columna cervical con reconstrucción la que no permitió objetivar la presencia de trazo fracturario secuelar, con defecto de la fusión del arco posterior del Atlas. Estas referencias sintomáticas constituirían "la

excusa" para la perpetuación del consumo abusivo de morfina, la cual no pudo ser deprivada en forma gradual, puesto que ante la falta de alguna de las aplicaciones diarias (por no contar con suficiente stock del medicamento o por cualquier otro motivo), la paciente solicitaba la morfina reclamándola en un tono imperativo. Este hecho no habilitaba para lograr promover un plan estratégico de deprivación gradual o sustitución de la droga. Si bien en su momento la morfina pudo haber sido una indicación médica pertinente, terminó invirtiéndose la ecuación. El médico quien fuera originalmente el prescriptor de una indicación, quedó reducido simplemente a "confeccionar" la receta, cuya "indicación" estaba generada por ella con el aval judicial. Si bien desde el punto de vista farmacológico no reviste un carácter "recreativo" como habitualmente ocurre en la adicción, sí reúne criterio de farmacodependencia de larga data (no menos de 6 años). De esta manera logra perpetuar el consumo abusivo en un marco "legitimado" por la prescripción médica, y además (bajo los efectos de la morfina) logra sostener síntomas colaterales (retención urinaria, aumento del umbral para el dolor, etc.), los cuales promueven intervenciones médicas (cateterismos, estudios complementarios para descartar posibles patologías), etc.

## Entrevistas

A medida que el cuerpo médico realizaba las preguntas propias del examen médico con el fin de arribar a los diagnósticos principales o diferenciales, la paciente iba agregando síntomas que se vinculaban a las preguntas que se le formulaban. Igualmente estas manifestaciones inconsistentes e improvisadas, se caracterizaban por una duración fugaz.

Comentaba anécdotas de tono bizarro, fantástico, e inverosímiles que estaban vinculadas con las preguntas que el equipo médico le realizaba respecto de su posible enfermedad o que ella asociaba libremente para explicar su sintomatología: *"A los 16 años fui alcanzada por un rayo en el hombro; el mismo ingresó por el ventiluz del baño, rebotó en el espejo y me dio en la clavícula, perdiendo el conocimiento"*.

Al continuar con el interrogatorio sobre este suceso, la paciente se preguntaba: *"¿no será que las dificultades motoras que tengo se deben al rayo más que a la miastenia que teóricamente me fue diagnosticada?"*.

Refiere también que 2 años más tarde caminando por la calle, un rayo la alcanzó en el pie, agujereando la zapatilla sin dañarle el pie.

También dijo que: *"A los 12 o 13 años estuve ciega por 6 meses y como mi madre no me creía, me ponía objetos en el camino, para ver si chocaba con dichos objetos"*. Esto lo vivenció de forma traumática ya que decía que su madre cambiaba los muebles de lugar para que ella se golpeará. *"Por eso sé lo que significa perder la vista"*.

Una de las noches de internación, refirió que se le había perforado un tímpano. Su decir fue el siguiente: *"Hablame fuerte porque no escucho bien ya que tengo un*

*tímpano perforado*". Al preguntársele si sabía cómo había ocurrido la supuesta perforación timpánica, respondió: "Como tengo que hacer mucha fuerza para defecar sentí como se me perforó el tímpano".

Refirió que su primer amor, su primer novio, falleció de cáncer y la madre se puso muy contenta porque no consentía dicha relación. Agregó que nunca pudo superar esa pérdida. Producto de las relaciones sexuales con dicha pareja ella dice haber tenido "8 (ocho)" abortos espontáneos. "Así, por estos "abortos" me enteré que no podía quedar embarazada ya que "tenía las trompas de Falopio tapadas". También en su relato fantástico, dice que "cuando me casé me hice destapar las trompas de Falopio para no tener más abortos y poder quedar embarazada". Ella vivenció personalmente ese procedimiento médico como una "violación" por el dolor que le provocaron durante ese acto médico. Su interpretación fue que "gracias" a dicho procedimiento pudo quedar embarazada de su primer hijo (una niña). Respecto a la acción judicial por la que le quitaron los hijos cuando ellos tenían 4 y 6 años, lo interpretó como una "intromisión de la justicia" en la crianza de sus hijos: no debía golpearlos, ni retarlos para educarlos, y que tenía que explicar al juzgado, en forma de registro diario, lo que les daba de comer y si los medicaba o no. Tenía prohibido darles medicamentos o llevarlos a otro médico que no fuera el pediatra asignado judicialmente.

Con el objeto de explorar y documentar objetivamente el carácter fantástico de sus afirmaciones, establecer el *status* de su juicio y determinar la capacidad de discernimiento de la paciente, se decidió administrar el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) MMPI-2. En su última versión el MMPI-2 (revisión para adultos por Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989) (11), el test se compone de 567 ítems dispuestos en 10 escalas clínicas, que exploran distintos aspectos de la personalidad, y en 3 escalas de validación, que señalan el grado de confiabilidad de las respuestas obtenidas. Si se quisieran evaluar sólo las escalas básicas, con los primeros 370 reactivos sería suficiente, pero es conveniente realizarlo completo para poder valorar todas las escalas. (12, 13)

Al evaluar las escalas de validez obtuvimos los siguientes resultados: en las "L" 62 T, en la "K" 52 T y en la "F" 113 T. Cuando los resultados de la escala L y K se encuentran entre 50 y 60 T y la F es mayor a 70, se trataría de sujetos que presentan problemas psicopatológicos, pero intentan elaborar conductas adaptativas. Sin embargo sus mecanismos de defensa resultan ineficientes, por lo cual se los considera pacientes crónicamente desajustados o mal-adaptados.

### Detalle de las Escalas Relevantes en este caso reportado

**Hipocondría 107 T:** Este *score*, configura una presentación caracterizada por una aberrante preocupación por sus funciones corporales, la que domina su vida y restringe severamente su actividad como también sus

relaciones interpersonales. Ello, además, se corresponde con un *rasgo caracterológico* más que con un *estado transitorio*. Además de estas preocupaciones somáticas exageradas, los sujetos con puntuaciones tan altas en esta escala se caracterizan por ser *egocéntricas e inmaduras*, con una disminuida capacidad de *insight*. Ello les impide advertir o detectar introspectivamente las bases de sus preocupaciones debido a su tendencia a "controlar" el entorno a través de las quejas somáticas y el pesimismo.

**Histeria 92 T:** Las puntuaciones elevadas se relacionan con *egocentrismo, narcisismo, tendencia a la negación de las dificultades o conflictos, manipulación y demanda de atención*. Por ello ha sido llamada también la "escala de la inmadurez".

**Esquizofrenia 100 T:** Es necesaria una valoración global del paciente para concluir en el diagnóstico de esquizofrenia, por lo cual no debería esta categoría diagnóstica basarse exclusivamente en la administración e interpretación de esta escala. Esta condición se debe a que si bien muchos esquizofrénicos pueden obtener puntuaciones por sobre los 70 T, hay un gran número de sujetos neuróticos muy ansiosos o con problemas biográficos, así como adolescentes con problemáticas típicas de ese grupo etario (crisis de identidad) que pueden escalar a puntuaciones tan elevadas como 90 T. En general los sujetos que obtienen puntuaciones más bien elevadas se caracterizan por tener sentimientos de alienación, sensación de ser diferentes y de incompreensión además de tener dificultades en expresar la hostilidad.

**Hipomanía 91 T:** Este ítem de contenido heterogéneo, resalta características como la expansividad, excitabilidad, actividad y otros perfiles vinculados a las relaciones familiares, a las actitudes morales y a las preocupaciones somáticas. Los puntajes altos se encuentran en personas hiperactivas, emocionalmente lábiles y que pueden experimentar fuga de ideas. El estado de ánimo es habitualmente hipertímico placentero o displacentero y que estos estados pueden cambiar bruscamente de un polo al otro.

## Conclusiones

### Conclusiones sobre el cuadro

Abunda en la bibliografía disponible en la web la descripción de los aspectos semiológicos intrínsecos del carácter facticio del SM. Fundamentalmente se hace hincapié en las posibles categorías nosológicas en las que aparezca la dimensión de lo facticio. La contraposición con las patologías psicóticas delirantes, se basa en la cualidad de esa dimensión fantástica que cada cuadro adquiera. No siempre es posible realizar un diagnóstico diferencial entre lo fantástico de un cuadro delirante psicótico vs lo facticio de un SM.

En cambio en este caso se aprovechó el recurso de la presencia-ausencia de personal médico y de enfermería con el fin de utilizar dichas alternancias como un recurso diagnóstico para poder establecer si el relato verosímil era congruente con la evidencia objetivable de sus conductas. Como las conductas cambiaban de acuerdo a dichas

presencias o ausencias de personal, hecho que no sería esperable en una estructura psicótica (ya que el grado de certeza delirante atravesaría toda la economía psíquica) ello constituyó evidencia de lo facticio, excluyéndose el diagnóstico de psicosis también por este camino exploratorio. Ello a su vez nos ha inspirado a esta comunicación para resaltar desde la “trastienda” (al utilizar los dichos textuales de la paciente) que lo fantástico/fácticio no puede entrar en la dimensión moral de la “mentira”.

De esta forma acordamos con la acertada descripción del propio Asher que en el año 1951 apeló a las historias fantásticas del Barón de Munchausen (14) sin concebirlas como trastorno de carácter psicótico.

### Conclusión sobre el quehacer médico

**a) Vacilación.** En cuanto al quehacer del cuerpo médico, hemos verificado la vacilación que genera en la primera aproximación al interrogatorio seguido del examen semiológico discordante y atípico con él. Así el médico queda impedido de poder interpretar aquello que no pertenece a la lógica de la ciencia dura para la cual se formó y que estos pacientes irrumpen subvirtiendo el núcleo duro y la lógica racional del pensamiento científico.

**b) Validación.** El riesgo consiste en que ante esta psicopatología, el saber médico agrietado dilapide recursos económicos institucionales en pro de recuperar la “razón perdida” o lo típicamente descrito para un determinado cuadro clínico. Además los estudios repetidos se ven facilitados por el alto grado de peregrinación de estos pacientes en búsqueda de ser alojados afectivamente en un equipo médico, a través de la “enfermedad”. La medicina puede esforzarse con el propósito de borrar lo atípico tratando de encontrar por todos los medios posibles, la recuperación de la lógica perdida, y así, se reiteran una y otra vez, estudios costosos que un sistema de salud tan atomizado como el nuestro, se constituye en un facilitador de la falta de un uso racional de los recursos.

**c) Frustración.** Ante el fracaso de encontrar la “razón perdida”, como es el caso de toda experiencia

que provoque un “escotoma” o “punto ciego” en un saber “consistente”, se genera una vivencia altamente frustrante en el operador que fue formado en esa dimensión. Esta frustración-impotencia aparece frente a discursos inconsistentes de “verdad” de estos pacientes pero con visos de verosimilitud en el contexto de un juicio aparentemente conservado y con suficiente capacidad de discernimiento. Es altamente frustrante para el profesional, luego de “creer” lo escuchado, “descreer al sujeto falso-enfermo”

**d) Abandono del caso.** Una vez determinadas todas estas características descriptas, el paciente ya no reúne criterio de “paciente enfermo”, afectándose la relación médico-paciente y es altamente conflictivo para el profesional dar cuenta de toda esta serie de inconsistencias en la Historia Clínica. Allí donde debe asentar la estrategia elegida en base a sus hallazgos y evidencias logradas, debería concluir que todo lo evaluado no permitió hacer diagnóstico. Así se genera una derivación o migración del paciente a otra área o a otra institución como fue el caso recibido en nuestra institución. Del mismo modo el propio paciente también puede recurrir a otras instancias, como hemos visto en este caso: la judicial.

Tal puede ser el grado de verosimilitud con un aparente juicio conservado y suficiente capacidad de discernimiento que ni los médicos ni las Instituciones, incluida la Judicial pueden a tiempo, responder adecuadamente al “punto de fuga” que estos discursos provocan. De esta manera en este caso, un fallo judicial avaló a la “patología” (que es la que demanda) como un reclamo pertinente, sometiendo al médico a cumplir el rol de “confeccionador” de indicaciones que formula el paciente y no el saber médico, contraponiéndose a la racionalidad del uso de los recursos.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses tratándose de un reporte de caso en el cual se mantiene la confidencialidad de los datos de identidad personales del paciente. ■

### Referencias bibliográficas

1. Asher R. Munchausen syndrome. *Lancet* 1951; 1: 339 – 341.
2. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse. *Lancet* 1977; 2: 343–45.
3. Morales-Franco B, de la Morena-Fernández ML. El Síndrome de Munchausen infantil. Etiología, criterios diagnósticos y tratamiento. *Gaceta Médica de México* 1995; 131(3), 323-328.
4. Cheng L, Hummel L. The Munchausen syndrome as a psychiatric condition. *British Journal of Psychiatry* 1978; 133: 20- 21.
5. Meadow R. Different interpretations of Munchausen syndrome by proxy. *Child abuse & neglect* 2002; 26:501-508.
6. Fink P, Jensen J. Clinical characteristics of the Munchausen syndrome. *Psychother Psychosom* 1989; 52: 164–71.
7. Ludviksson BR, Griffin J, Graziano FM. Munchausen syndrome: the importance of a comprehensive medical history. *Wis Med J* 1993;92(3):128-9.
8. Sinaman K, Houghton H. Evolution of variants of the Munchausen syndrome. *Br. J. Psychiatric* 1986; 148/Abril (465-467).
9. Castilla del Pino C. Los discursos de la mentira, en “El discurso de la mentira”. Ed. Alianza Universidad. Núm. 545. Madrid. 1988.
10. Asher R. The dangers of going to bed. *BMJ* 1947; 2:967–68.
11. Butcher JN, Dahlstrom WG, Graham JR, Tellegen A, Kaemmer B. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2): Manual for administration and scoring, Minneapolis, MN: University of Minnesota Press. 1989.
12. Dahlstrom WG, Welsh GS, Dahlstrom LE. An MMPI handbook. Vol I. Clinical Interpretation. University Minnesota Press. 1972.
13. Hermosilla M. Introducción al estudio del inventario multifásico de la personalidad de Minnesota. Manuales de Psicología. Pontificia Universidad Católica de Chile. 1987.
14. Raspe RE. Singular travels, campaigns and adventures of Baron Munchausen. London: Cresset Press, 1948.

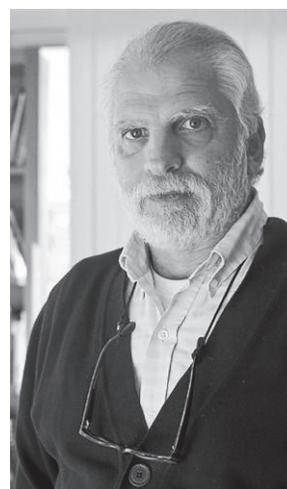
# Entrevista a Eduardo Müller

Por Daniel Abadi, Santiago Levín, Daniel Matusevich

---

El interés en conversar con Eduardo Müller viene de su conocida trayectoria y su original mirada en lo que respecta a las relaciones entre psicoanálisis y literatura y a sus desarrollos (teóricos y llevando a cabo talleres y cursos) acerca de presentaciones y escritos de materiales clínicos.

Eduardo Müller es Psicoanalista. Ex colaborador del Suplemento Literario de La Nación y de la sección Psicología de Página 12. Publicó numerosos artículos en Psiqué, Topía, El Psicoanalítico, Psicolibro, Controversias y otras revistas. Supervisor y coordinador de talleres de material clínico de numerosos hospitales públicos. Abonado a la platea Sur del estadio de San Lorenzo de Almagro.



**Vertex:** ¿Con quién se formó profesionalmente? ¿Dónde aprendió el gusto por las historias?

**Eduardo Müller:** Si lo profesional tiene que ver con el psicoanálisis, me formé en la Escuela de Psicoterapia en plena dictadura, donde algo de aire fresco corría, especialmente leyendo los llamados textos sociales de Freud. Estudié esos mismos años Epistemología con Klimovsky, lo que me abrió bastante la cabeza, y para compensar tanta ciencia estudié también Filosofía con Raul Sciarreta. La llamada “universidad de las catacumbas” fue entonces también un lugar de formación y de compartir con otros el poder pensar. Luego decidí no entrar en la IPA y continué estudiando, analizándome y supervisando con analistas que habían estado en los grupos Plataforma y Documento. Hubo después intentos de instituciones no institucionalizadas con muchos de ellos, y formamos un grupo con un gran y polisémico nombre: “Asociación Libre”. Si no recuerdo mal, se le ocurrió a Julio Marotta. Ya en los ’90 formamos un grupo llamado “Generación”, en que dos generaciones diferentes nos animamos a producir juntos sin marcadas jerarquías en un intercambio muy rico. Fueron todos años de mucha lectura y alguna escritura. Y después ingresé al Colegio de psicoanalistas.

En el ’84 me invitan a colaborar en el Suplemento Literario de La Nación para comentar libros de psicología. Estuve como 15 años y habré publicado cien críticas de libros. Eso me enseñó mucho. Mi padre era crítico musical en el diario, y se había formado como periodista en Uruguay en el Semanario Marcha, y después trabajó en los medios de Jacobo Timerman: Primera Plana y La Opinión. Esos medios produjeron una verdadera revolución dentro del periodismo y de la relación entre relato y realidad. Y claro, todo eso me influyó.

Fui aprendiendo lo más difícil, a leer los propios textos. Escribir es básicamente corregir. Y las exigencias del diario, en términos de tiempos y espacios, disciplinan bien. Durante varios años también colaboré con el suplemento de psicología de Página 12 cuando lo dirigía Claudia Selser. Me daba gran libertad para escribir lo que quisiera. Y después colaboré en distintas revistas psi, desde Psiqué y Malestar hasta Topía y El Psicoanalítico, entre muchas otras.

Esta formación bastante autodidacta se fue volcando también a la enseñanza. Notaba un empobrecimiento general en la escritura de los analistas. La relación que se formó entre instituciones psicoanalíticas y universidades influyó, bajo mi punto de vista, en ese empobrecimiento. Se obligó a los estudiantes de grado y posgrado a una escritura académica en la que los modelos paper, monografía y tesis censuraron la creatividad de la escritura. En vez de nutrirse de la riquísima tradición del ensayo cultural argentino, se eligió un modo de escritura en la que se apela a metodologías que en general omiten al sujeto. Pensemos que la tesis como género es la que muestra la mayor asimetría, entre los miles que son obligados a escribir y los pocos que emprenden

su lectura. Se trata de un género que sólo leen los que burocráticamente están exigidos a hacerlo. Y que pocos eligen leer sin necesidad.

Me empecé a ocupar especialmente con grupos de residentes de hospitales. Notaba que los ateneos clínicos eran desaprovechados. Supervisores y maestros provenientes de instituciones poderosas imponían un modo de leer y de escribir que provocaba efectos inquisitoriales. Recordemos que la Inquisición era básicamente una policía de lecturas. Un lugar que debía ser un encuentro sincero entre compañeros que comparten sus primeros pasos en el tratamiento del sufrimiento mental, se volvió un lugar persecutorio en donde se debía complacer a amos que imponían un modo de escribir y relatar. Intenté hace muchos años implementar un trabajo de taller que fue convocado por muchos hospitales públicos.

**Vertex:** ¿A qué género pertenece «el caso clínico»?

**E. Müller:** Es un género en sí mismo, inventado por Freud para contar su clínica. Él rápidamente se dio cuenta que el modelo clásico de la historia clínica médica no le sirve. Renuncia a ella y la sustituye por el relato psicoanalítico. Y para contar se nutre necesariamente de la literatura de su época, que era la que determinaba los modos de contar. Tenía además un obstáculo enorme: su propia teoría y su propia práctica lo obligaban a contar sexualidades de niños, mujeres y adultos. El caso Dora se trataba de una adolescente que dialogaba con su médico adulto de sus deseos y fantasías sexuales frente a lectores que no estaban preparados para esos relatos. Nabokov todavía no había escrito Lolita, y recordemos el escándalo que ese libro produjo. Recordemos, como decía Borges, que cada género inventa a sus lectores. Freud inventó también al lector del caso clínico.

**Vertex:** ¿Qué efectos en la clínica tiene escribir sobre la clínica?

**E. Müller:** La escritura es un instrumento poderoso. No sirve sólo para transcribir experiencias. Sirve para pensar. A veces uno se pone a escribir sobre algo para enterarse de qué piensa sobre ese algo. Las notas que un analista hace después de una sesión siempre le agregan algo a esa sesión, que si no lo hubiera escrito, tal vez no hubiera aparecido.

**Vertex:** ¿Existe el material clínico como una entidad «pura» o siempre tiene algo de recorte / edición / ficcionalización? ¿Es inevitable hacerlo? ¿Es deseable?

**E. Müller:** La relación entre una sesión y su relato es la misma que la de un sueño y su relato. El sueño como experiencia pura se perdió en el momento de despertar. La sesión también se pierde cuando el paciente atraviesa la puerta al irse. Pero si bien el relato de un sueño no es el sueño, la interpretación de un sueño se produce sobre el relato y sus asociaciones. El relato es inevitablemente ficción. Por las trampas del recuerdo, por la selección de

la importancia que da el relator a lo que cuenta, por el orden temporal en que se narra. Ficción no es mentira ni falsedad. Es una vía regia. El único recurso para acceder a algo de una verdad de una experiencia perdida como tal, pero viva y productiva en su ficción. No hay que confundir literalidad con fidelidad. Recuerdo hace muchos años a un supervisor que me pedía que traiga las sesiones desgrabadas. Una tarde leyendo mi material de modo literal, descubro que si leo una palabra que efectivamente se dijo en la sesión no iba a reflejar el clima en que sucedió. Cambié esa palabra efectivamente dicha por otra en ese momento inventada. Pero verdadera. Eso experiencia me sorprendió muchísimo y me trastocó mi perspectiva de cuál es la verdad de una sesión. De nuevo, entonces: la ficción como vía regia a la verdad.

**Vertex:** ¿Qué relación existe entre las lecturas y las escrituras de quien escribe?

**E. Müller:** Eso lo explica de modo ingenioso el crítico norteamericano Harold Bloom en "La angustia de las influencias". Sostiene que todo poema que se escribe es la lectura de un poema anterior. Agrega que es una *mala* lectura. Porque si la lectura fuera perfecta se escribiría el mismo poema, un plagio o un "Pierre Menard". La necesaria *mala lectura*, es la que se desvía y produce otro poema. Toda creatividad nace del modo de leer. Hay instituciones que imponen un modo canónico de leer sus textos sagrados. Las lecturas desviadas son consideradas herejías. Hay tribunales inquisitoriales que vigilan los modos de leer y de escribir. Y de citar, claro.

**Vertex:** ¿Se leía más antes? ¿Cuál sería el motivo?

**E. Müller:** No se leía más, se leía distinto. Yo creo que nunca se leyó tanto como ahora. Basta curiosear dentro de un subte o un colectivo y veremos a la mayoría de sus pasajeros leyendo y escribiendo. Lo que las nuevas tecnologías trajeron es un nuevo modo de leer y escribir. Una nueva temporalidad para practicar esos modos. Pensemos en el gran cambio que se produjo entre la carta y el chat. La urgencia se devoró la pausa. Este cambio creo que es semejante al del invento de la imprenta, en que también modificó para siempre el modo de leer y escribir. Los cambios en los medios de producción, decía algún autor, siempre modifican los modos de producir, circular y consumir.

**Vertex:** ¿Qué lugar ocupan las historias en la formación de médicos y psicólogos?

**E. Müller:** Sólo puedo responder lo siguiente. A mí los grandes escritores me enseñan psicoanálisis. Con Borges, Saer, Piglia tengo una deuda impagable. Son mis "analistas didácticos", con ellos me formo en psicoanálisis.

**Vertex:** Nombre dos o tres textos fundamentales para entender mejor qué es la narrativa clínica.

**E. Müller:** No creo que se trate de entender la narrativa clínica, sino la narrativa en general. Para dar ejemplos rápidos: Glosa de Saer enseña de modo magistral cómo se cuenta una conversación. Cómo se cuenta el paso del tiempo. Cómo se refleja un clima de una situación perdida. Los textos ensayísticos de Piglia enseñan qué se cuenta cuando se cuenta. Como todo relato cuenta dos historias, una de las cuales sostiene a la otra como un iceberg. Y Piglia enseña además algo muy importante: todo se puede contar. Hasta la teoría. Hay materiales clínicos en que sus autores dividen una primera parte que es el relato o viñeta y una segunda parte de "fundamentación o articulación teórica" (que es en general la que aterroriza a los jóvenes practicantes que sienten que allí deben rendir cuentas de lo que hicieron a un inquisidor). Piglia, que siempre mezcló los géneros para escribir, enseña que se puede contar la clínica sin esa división, contar al mismo tiempo lo que sucedió y lo que se piensa de lo que sucedió. El pensamiento también es relatable. Y forma parte tanto de la experiencia de analizar como la de escribir.

**Vertex:** ¿Hay subgéneros del género caso clínico?

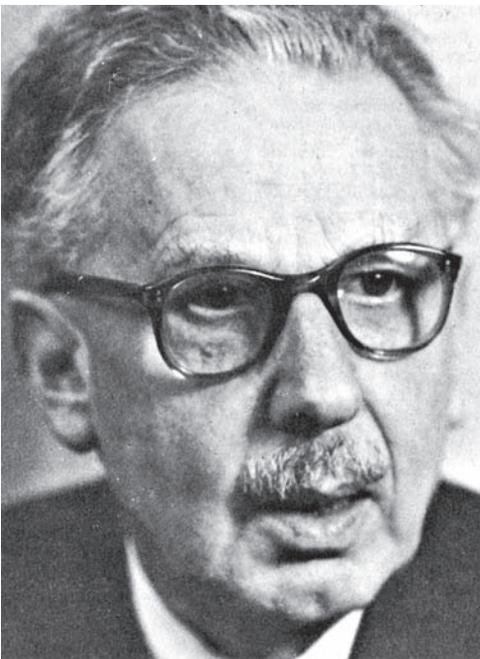
**E. Müller:** Sí, y cada uno se nutre de algún género de la literatura. El relato acerca del tratamiento de un neurótico adulto se parece al policial inglés. El analista es una suerte de detective sedentario que resuelve enigmas sin que se le apague la pipa. Sherlock Holmes requería sólo de su inteligencia para resolver sus "casos". El relato de tratamientos de adolescentes debiera parecerse al teatro del absurdo. Sesiones que suenan como piezas de Ionesco. Muchas veces el relato de tratamiento de niños se parece a historietas. Con dibujos y personajes que viven distintas aventuras. El relato de tratamientos de situaciones traumáticas se parece al policial negro norteamericano de Chandler o Hammett. Detectives rudos que salen de sus oficinas a insertarse en experiencias que les requiere poner el cuerpo y que no siempre sale indemne. Escuchar una situación traumática es también vivirla. No es descifrar enigmas sino acompañar vivencias. Los terapeutas que acompañan tratamientos con sobrevivientes del terrorismo de Estado, de abusos sexuales infantiles, de víctimas de catástrofes sociales, son atravesados por sus escuchas. Para ellos es imprescindible contar con dispositivos de socialización de relatos donde puedan, como sus pacientes víctimas, acceder a la transmisión de lo que vivieron. Para evitar la intoxicación, la enfermedad y la desertión es indispensable contar con gente a la que se le pueda contar. Especialmente cuando se trata de residentes o concurrentes. El sistema a veces es tan injusto que los pacientes más graves terminan atendidos por los terapeutas más inexpertos. Cuidar su salud mental es cuidar la salud mental. Por eso abogo por una verdadera *clínica del relato*. Y aclaro que la elección del género no es una decisión del autor. Son las mismas historias, quienes, si los autores no se resisten, determinan los modos de contarse. ■



*el rescate y la memoria*

## **Ludwing Binswanger. La locura como fenómeno biográfico en la totalidad de la existencia**

Norberto Aldo Conti



Ludwing Binswanger nació en Kreuzlingen, Thurgau, Suiza, el 13 de abril de 1881, en una familia de varias generaciones de médicos, estudió medicina en Lausanne, Heidelberg y Zurich, donde se recibió con un trabajo dirigido por C.G. Jung. Ingresó como psiquiatra interno en el sanatorio Bulgolzli, bajo la dirección de Eugen Bleuler, pasó después a desempeñarse como residente en la Clínica Universitaria para Enfermedades Nerviosas de Jena, bajo la dirección de su tío Otto Binswanger. En 1911 sucedió a su padre en la Dirección Médica del Sanatorio Bellevue de Kreuzlingen, la cual ejerció hasta 1956, aunque siguió colaborando activamente hasta poco antes de su muerte el 5 de febrero de 1966.

Binswanger vivió, durante el período de entre guerras, la experiencia de participar en el surgimiento de los dos grandes modelos críticos del naturalismo psiquiátrico consolidado a principios del siglo XX. Por un lado cultivó una larga amistad con Sigmund Freud a quien conoció, de la mano de Jung, en 1907, participando del grupo inicial psicoanalítico. En 1912 ante la inminen-

te operación de un tumor maligno Binswanger recibió una angustiada carta de Freud que consolidó su amistad y, finalmente, en 1938 envió la propuesta a Freud de visitar Suiza con la idea de alejarlo de los nazis pero que Freud declinó. Años después Binswanger publicó un libro con sus recuerdos de esa amistad: *Sigmund Freud: Reminiscences of a Friendship*, Grune & Stratton, 1958. Por otro lado, para la misma época, y por el resto de su vida, toma contacto con los desarrollos de las corrientes de filosofía fenomenológica y existencial que estarán a la base de sus desarrollos psicopatológicos. La obra de Husserl, en particular sus *Lecciones sobre la conciencia del tiempo inmanente le permitirá pensar la estructura existencial de la manía y la melancolía como alteraciones originarias del tiempo trascendental. También a partir de este autor caracterizará a la esquizofrenia como la ruptura de la consistencia de la experiencia del mundo o sea la imposibilidad de mantener la creencia habitual de la experiencia compartida. De Heidegger tomará los elementos para desarrollar el análisis existencial que constituye su propuesta de abordaje e interpretación en psicopatología. Acerca del mismo nos dice en un artículo de 1946:*

*“Entendemos por análisis existencial un sistema antropológico de investigación científica que apunta a la esencia del ser humano. Su nombre y su base filosófica derivan del Análisis del ser de Heidegger. Es un mérito suyo el haber descubierto una estructura fundamental de la existencia y el haberla descrito en sus partes esenciales, es decir, en su estructura de ser-en-el-mundo ... el descubrimiento ... de esta condición esencial suministró al análisis existencial su estímulo decisivo, su base y ... sus directrices metodológicas ... en este sentido el análisis existencial es una ciencia empírica, con su método propio y su ideal particular sobre la exactitud propio de las ciencias empíricas fenomenológicas.”*

*Encontramos en Binswanger la búsqueda de fenómenos originarios (temas) que den cuenta y ordenen a los síntomas yuxtapuestos de la clínica naturalista, pensando a los fenómenos psicopatológicos solo desde la totalidad de la vida humana.*

*En este contexto de su pensamiento presentamos hoy a nuestros lectores un fragmento de la patobiografía de “El caso Ilse”, publicado por primera vez en Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie, vol. 110, pp. 129-160, 1945. ■*

# La locura como fenómeno biográfico<sup>1</sup>

Ludwing Binswanger

Nuestra paciente es una mujer inteligente, de treinta y nueve años. Casada felizmente, pero no del todo satisfecha en su matrimonio; protestante, piadosa, madre de tres hijos, hija de un padre sumamente egoísta, duro y tiránico, y de una madre "angelical", cordialmente amable, propensa a pasar inadvertida, que se dejó tratar por su marido como una esclava y que sólo vivía para él.

Desde niña, Ilse sufrió mucho ante esta situación, sintiéndose impotente para cambiar las cosas. Durante tres años mostró síntomas de sobretensión y nerviosidad. Presenciando una representación de *Hamlet* se le ocurrió la idea de recurrir a algún acto decisivo para inducir a su padre a que tratase a su madre con más consideración. Durante su estancia como pensionista en el colegio, la niña precoz había desarrollado un amor casi extático hacia su padre, y creía tener gran influencia sobre él. La resolución de Ilse de ejecutar su plan se vio reforzada por aquella escena en que Hamlet planea asesinar al rey mientras está en oración, pero se retrae de hacerlo. Si en ese preciso momento no hubiera desaprovechado Hamlet la ocasión, se habría podido salvar, pensó Ilse. Confesó a su marido que estaba proyectando algo insólito y que solo esperaba el momento oportuno. Cuatro meses después de la representación de Hamlet, al solicitar su madre la ayudase contra su padre, dijo a su marido que quería "demostrar a su padre de lo que es capaz el amor". Si él le prohibía hacerlo, la haría desgraciada para el resto de su vida; ella necesitaba "terminar con esto".

Un día en que su padre volvió a reprocharla, le dijo su hija que sabía la manera de salvarle, y allí, a la vista de su padre, puso su mano hasta el antebrazo en la estufa ardiente y luego extendió sus manos hacia su padre con estas palabras: "Mira, esto es para mostrarte lo muchísimo que te quiero".

Durante el acto no sintió el dolor, aunque sufrió graves quemaduras de tercer grado, con la consiguiente su-

puración. En las cuatro semanas que duró el tratamiento demostró una energía indomable y mucho aguante. Inmediatamente después de su proeza pareció poseída de un estado de espíritu exaltado y heroico, dirigiéndose a la gente allí presente, que se había quedado petrificada. Durante algunas semanas su padre cambió de conducta para con su madre, pero pronto surgieron nuevos conflictos, con la consiguiente desolación de Ilse. Y, con todo, su marido la encontró en los meses siguientes más vigorosa, ágil, enérgica y activa que nunca. Ahora, dijo, ya no tenía otras obligaciones y podía consagrarse íntegramente a su marido y a sus hijos. Cuando ese mismo año murió su cuarto hijo, se sobrepuso valerosamente a su pena, pero creyó firmemente que esa pérdida había sido una expiación por su amor hacia el doctor que trató a la criatura.

Ocho meses después de su acto se encontraba más ocupada y eufórica que nunca, y se cargó con demasiado trabajo intelectual y físico. Leía a Freud, asistía a una clase de gimnasia Dalcroze, la nombraron secretaria de la "Society for the Improvement of Women's Dress", pero sintió que las fuerzas le iban fallando, especialmente antes y después de los períodos. Un día, trece o catorce meses después de la quemadura, preguntó al médico de familia si creía él que ella podría contraer una enfermedad mental. Pasados otros tres meses decidió tomarse una vacaciones. tenía la impresión de "jugárselo todo a una carta". Refirió que la torturaban pensamientos que ella estimaba rayanos con la locura.

Durante su estancia en el establecimiento de salud y descanso se creía "convertida en centro de la atención" y se figuraba que en las lecturas en común las señoras elegían los asientos con la intención de observarla. Al leer la novela de Gottfried Keller *Der Landvogt von Greifensee*, encontró muchas alusiones a sí y a su familia ... Creía ella que algunas líneas que solo aparecían en el original

---

<sup>1</sup> Fragmento de "La Locura como fenómeno biográfico y como enfermedad mental: El caso de Ilse", publicado en *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, vol. 110, pp. 129-160, 1945.

una sola vez se las leía varias veces. “¡Una y mil veces esas escenas de saludos con los caballeros! ¡Todo tan divertido! Cada vez que salía a relucir el tema del exceso en el vestir, las señoras reían de una forma tan impropia, como nunca lo hacen en ninguna otra circunstancia. ¡Qué idiotas! ¡Bien! Querían probarme y ver cómo reaccionaba.” ... De pronto se puso de pie de un salto gritó: “¿Creéis que no me doy cuenta de que os estáis burlando de mí? Me importa un comino; haced lo que os dé la gana”. Con esto hubo que interrumpir la lectura.

Después de trasladarse a nuestro establecimiento proliferaron aún más sus manías alusivas junto la aparición de manías eróticas. Estas últimas se manifestaron no solo en su creencia de que era amada y puesta a prueba por los doctores, sino también en su amor compulsivo hacia ellos. “No puedo comer o beber más hasta calmar el hambre y la sed de mi alma. Por favor, dame el alimento que necesito, como tú sabes tan bien como yo.” Ilse se imaginaba que los médicos estimulaban todos sus impulsos para hacer que se purificase de ellos, sus impulsos hacia la verdad y el amor. Esto representaba para ella su tratamiento, que ella encontraba durísimo. Pronto acabó por considerarlo pura tortura.

Al ver en su habitación un cuadro representando un paisaje invernal, sacó la conclusión de que tenían el propósito de convertirla en un témpano. En otra ocasión tuvo la impresión de que sus dedos, manos y antebrazos eran de arcilla húmeda, como si estuvieran hinchados y no perteneciesen en absoluto a su cuerpo.

Cuando le preguntaban sobre su quemadura, explicaba: “Yo quería demostrar a mi padre que el amor es algo que se supera a sí mismo, no con palabras sino con hechos. Esto le produciría el efecto de un rayo, de una revelación, y cortaría en seco su vida egoísta. Al principio se me ocurrió la idea por amor a mi madre, pero luego pensé que lo propio sería hacerlo por amor a mi padre. Yo le compadecía, y desde entonces sentí todavía más amor y comprensión con él. Supongo que debo amar a los hombres tanto porque quería tantísimo a mi padre.”

Ilse pasó por varios estados de excitación con tendencias suicidas, confusión de personas y muchas ideas referenciales, pero sin incurrir nunca en alucinación real. A los trece meses de tratamiento en la institución, Ilse pudo regresar a su casa completamente curada de su aguda psicosis.

-----

El tema sobre el que gira esta biografía es el *padre*. Al mismo tiempo se aprecia el esfuerzo por dominar el tema. Se advierte una aguda disonancia entre su amor extático (una veneración casi idolátrica por su padre) y la vigorosa reacción contra su tiranía, ante todo contra la forma en que tiraniza a su madre. La disonancia en este tema expresa una herida abierta en la vida que nunca cicatriza; solo podría resolverse por un cambio en la mentalidad y conducta del padre, por divorcio de los cónyuges o por eliminación de su progenitor. todos estos caminos se veían cerrados por obstáculos insuperables externos e internos. Así la vida se convierte en

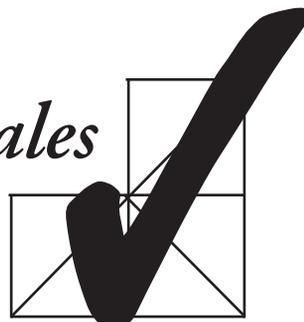
sufrimiento por la disonancia de su tema principal, en continua tortura y desesperante impotencia. Lo que desde el punto de vista del mundo aparece como impotencia en el mundo del ego se traduce en irresolución, en indecisión, en un encogerse ante la perspectiva de tomar una determinación. Esta era la situación de Hamlet. Ilse se ve en él y en su fatalidad como en un espejo. La decisión que no puede tomar con respecto a sí misma, por lo menos puede tomarla con respecto a Hamlet. Ella cree que Hamlet debía haber matado al rey en oración sin importarle esta circunstancia y así se hubiera salvado. Sólo esa decisión de actuar le hubiera salvado de la locura. Ahora empieza rodar la bola de nieve. En su propia situación queda excluida la posibilidad de eliminar al tirano. La idea del parricidio no puede germinar, y si germinase, su amor por su padre impediría la ejecución. En cuanto al divorcio, no hay cosa más alejada del pensamiento de los cónyuges. Solo le queda intentar convencer a su padre a que cambie de actitud y conducta para con su madre. Aquí se ofrece el tema llamado *sacrificio*. Éste proporciona a Ilse la oportunidad de demostrar su amor a su padre y de ejercer sobre él la impresión deseada. El *sacrificio del amor* está destinado a vencer la brutal tiranía de su padre. Por ese sacrificio de amor Ilse carga sobre sí el peso de la brutalidad. Ella se somete a sufrir un dolor brutal para que su madre no vuelva a sufrir. En todo este proceso se ahorra el dolor al mismo padre.

A la larga falla el pretendido efecto del sacrificio; éste ha sido en vano. La llaga vital se abre de nuevo, más profunda y dolorosa que nunca. El sacrificio seguía siendo una decisión de libre elección, una decisión del yo para lograr la reconciliación de las fuerzas discordantes; pero ahora el yo está dispensado de toda decisión, y sucumbe bajo la pesada carga de proseguir el *leit motiv* de su historia. Pero esa tarea vital impuesta por el tema como tal sigue en pie exigiendo una solución. Esta solución, que tiende a eliminar al yo, sigue esta trayectoria según la idea de Ilse: Tú tienes que amar tanto a los hombres porque amas tantísimo a tu padre (manías eróticas). Esto puede complementarse con esta otra observación: tú tienes que atraer la atención y el interés de todo el mundo, porque tú quisiste impresionar a tu padre; tú tienes que reaccionar a todo lo que hagan los otros, porque tú quisiste conocer como reaccionaba tu padre contigo; en una palabra, tú tienes que ocupar el *centro de la atención* de todo el mundo (manías referenciales). La falta de visión del sentido de ese “tienes que” amar y atraer la atención es lo que llamamos locura. Su curación consiste en aventar ese “tienes que” y restablecer el imperio del yo.

En nuestro caso el restablecimiento fue duradero. Ilse continuó perfectamente sana hasta su muerte, ocurrida a la edad de setenta y tres años.

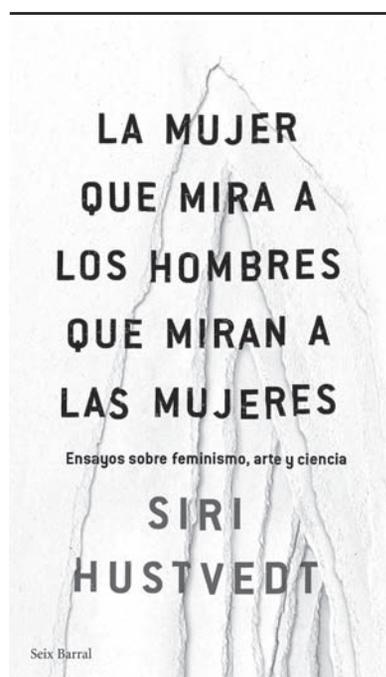
Ilse fue capaz de orientar el tema “salvación” y “purificación” por cauces sanos, es decir, por su consagración a obras sociales. Asesorada y aconsejada por expertos durante cierto período de tiempo, practicó con éxito una asesoría psicológica y en alguna ocasión fue también jefe de un grupo psicológico de un taller. ■

*Lecturas y señales*



**La mujer que mira a los hombres  
que miran a las mujeres.  
Ensayos sobre feminismo, arte y ciencia**

Daniel Matusevich



Autora: Siri Hustvedt  
Seix Barral, 2017

En nuestra sección habitual nuevamente nos ocuparemos del libro de una escritora mujer y feminista, en este caso Siri Hustvedt, nativa de Minnesota, y por adopción, de Brooklyn. Nuestra autora se declaró feminista porque considera que este movimiento “puede abrir las puertas y liberar a los hombres y a las mujeres para que ambos exploren sus aspectos masculinos y femeninos”. Declaración que sin duda provocará resonancias en los hábitos de esta sección, ya acostumbrados a leer reseñas que tomen en cuenta al feminismo en todas sus acepciones.

Esta exploración está presente en *La mujer que mira a los hombres que miran a las mujeres* a través de veinte ensayos en los que indaga temas absolutamente disímiles, más allá de que en todos está presente la manera de ser hombre y de ser mujer así como sus múltiples posibilidades. La identidad femenina y masculina nunca está dada por descontada en la obra de Hustvedt, eso hace que la lectura de su obra siempre depare sorpresas y puntos de

vista límites; esto quiere decir que nuestro improbable lector deberá navegar estas páginas atento y receptivo, ya que de otra manera pasara de largo frente a reflexiones en las que vale la pena detenerse y pasar un tiempo.

Reputada ensayista y conferencista, es habitual columnista del New York Times y fue finalista del premio Booker con su novela *El mundo deslumbrante*; vale la pena remarcar que el recorrido propuesto en referencia a la cuestión de género es mucho más profundo que en el ensayo de Chimamanda Adichie que comentamos en estas páginas; aquí las referencias a autores y obras son la regla, dando lugar a un texto que requiere de un compromiso mucho más intelectual que emocional para captar sus sutilezas. Las emparenta la militancia y, quizás, las diferencie el enfoque y el público al que están dirigidos ambos textos.

La propia autora cuando habla acerca de la cuestión plantea que "(...) vi a un sinnfín de mujeres pedir perdón por ser quienes eran (...) tenemos la tendencia a no poder ver en una mujer la autoridad, la hostilidad hacia una mujer agresiva va a ser siempre mayor que hacia un hombre agresivo (...) estamos acostumbrados a sexualizar absolutamente todo, le ponemos género a cualquier tipo de disciplina o manera de ser y esto es algo que interfiere con la libertad de lo que significa ser humano".

Esta reflexión es retomada en el ensayo "El perro globo", en el cual la autora se interroga acerca de porqué la obra artística de los hombres es más cara que la de las mujeres, a pesar de que en el mundo del arte hay muchas mujeres al frente de algunas de las galerías más importantes y ellas también tienden a exponer sobre todo a artistas masculinos (en los últimos diez años cerca del 80% de todas las exposiciones de Nueva York han sido de hombres). Hustvedt plantea que "...el estigma de lo femenino y sus innumerables asociaciones metafóricas afecta a todo el arte. Pequeño, suave débil emocional, sensible, doméstico y pasivo se oponen a las cualidades masculinas grande, duro, fuerte, cerebral, resistente, público y agresivo. Muchos hombres tienen las primeras y muchas mujeres, las segundas, aunque la mayoría somos una mezcla de ambos". En este ensayo y en el que da título al libro queda claramente determinado que los atributos asociados a ambos sexos están determinados culturalmente y muchas veces registrados de una manera subliminal y no consciente, denigrando mucho más a las mujeres que a los hombres.

Esta colección fue escrita entre 2011 y 2015, desplegando un amplio conocimiento de temas en apariencia disímiles; las obras pictóricas de Koons, Rothko y Picasso, la literatura de Sontag, de Knusgard y de Perec, la psiquiatría de Kraepelin y de Griesinger, el psicoanálisis de Freud, Almodovar, Wenders y Pina Bausch son solo algunos de los temas y autores abordados en las más de cuatrocientas páginas que la componen. Es verdad que en algunas ocasiones el estilo puede hacerse farragoso, que pierde volumen en la comparación con Oliver Sacks (quien no) o que no siempre los temas abordados mantienen el mismo interés, pero, más allá de esto, la autora ha forjado un estilo propio que la emparenta con otros escritores ensayistas como Franzen, Foster Wallace o Smith capaces de escribir sobre los temas más variados (Roger Federer, el psicoanálisis, los pingüinos, el Alzheimer, el festival de la langosta en Maine, los viajes en cruceros o el mundo del porno) sin perder personalidad y amalgamando influencias que a simple vista parecen imposibles de sintetizar.

Nos parece que un poco por encima de todos los ensayos se ubica la reflexión acerca de Susan Sontag y los modos de escribir ficción, una pequeña joya en la que vale la pena detenerse: "(...) para qué sirve la ficción? ¿Es desfasado hoy día sostener con Sontag que la literatura tiene el poder de cambiar a una persona para siempre, de provocar en ella otro modo de pensar? ¿Por qué algunos libros continúan siendo interesantes después de cientos de años y otros desaparecen en menos de una década o una temporada?". La teoría acerca del cambio que pueden llegar a producir ciertas lecturas se relaciona con el trabajo que desarrollo Hustvedt como profesora de escritura creativa para pacientes psiquiátricos hospitalizados en la Clínica Payne Whitney de Nueva York; la experiencia subjetiva de aquellos que escriben o leen es hoy un elemento clave para pensar diferentes modelos de tratamientos psicoterapéuticos basados en el efecto que producen las historias en la vida de las personas. El capítulo "El Yo escribiente y el paciente psiquiátrico" es un aporte significativo a esta cuestión, detallando ideas en torno a la calidad de las historias que escriben los médicos y a la imposibilidad de eliminar la subjetividad a la hora de construir los relatos de los pacientes: "(...) debe y tiene que haber una literatura médica paralela en la que aparezca cada caso detalladamente descrito, ya sea por el paciente o por su médico, preferiblemente ambos".

*"También estoy muy unida a dos parejas que han perdido un hijo por suicidio. Uno estaba en plena adolescencia, el otro ya era adulto. Estas muertes causaron a los padres un gran sufrimiento, una desdicha tan profunda que resulta difícil comprender de dónde sacaron fuerzas para seguir adelante. Encontraron esa fortaleza, pero seguir adelante no es lo mismo que 'superarlo' o 'cerrar el proceso de duelo', esas horribles expresiones que a menudo se emplean en los casos de muertes atroces. Las heridas perduran." ■*