



Asociación de Psiquiatras  
Argentinos  
Residentes en el país  
y en el exterior



# Sinopsis

APSA REVISTA

**SUMARIO** • La represión de la profesión psiquiátrica en la Argentina | Dr. Horacio Vommaro • Evaluación de la ansiedad y la calidad del sueño en pacientes internados en un hospital general | Dr. Alexis Mejías Delamano, Dr. Santiago Muñoz, Dr. Nahuel Magrath Guimet, Dra. Milagros M. Muñoz, Dr. Martín J. Mazzoglio y Nabar • Fibromialgia, a propósito de dos casos clínicos | Dra. Diana Berrios Cuartas, Dra. Alejandra Acquaviva, Dra. Claudia Villafañe • Farmacovigilancia en Neuropsiquiatría | Dr. Alexis Mejías Delamano, Dr. Martín Mazzoglio y Nabar • Editorial Espacio Ex Alumnos de Apsa / Publicación de tesinas finales de carrera. Versión sinóptica. Disidencias en el tratamiento y la evolución del trastorno límite de la personalidad. Cuestiones clínicas, diagnósticas y pronósticas de la personalidad de tipo borderline | Autor: Dr. David M. Achával, Tutor: Dra. Ana María Vaemet •



**Asociación de Psiquiatras  
Argentinos**  
residentes en el país  
y en el exterior



## APSA

Miembro de la Asociación Mundial de Psiquiatras (WPA)

Miembro de la Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL)

Miembro de la World Federation for Mental Health

## APSA

Rincón 355 - (C1081ABG)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Tel / Fax: (54 11) 4952-1249 - línea rotativa

[www.apsa.org.ar](http://www.apsa.org.ar) • [apsa@apsa.org.ar](mailto:apsa@apsa.org.ar)

### Comisión Directiva de APSA

#### Presidente

Dr. Horacio Vommaro

#### Vicepresidente

Dra. Analía Ravenna

#### Secretario

Dr. Luis Herbst

#### Prosecretaria

Dra. Laura Rosales

#### Tesorera

Dra. Nora Leal Marchena

#### Vocales Titulares

Dr. Darío Lagos  
Dra. Silvia Aguayo  
Dra. Graciela Onofrio  
Dr. Mauricio Massacanne  
Dr. Juan Cristóbal Tenconi  
Dr. Ricardo Pérez Rivera

#### Vocales Suplentes

Dr. Hugo Dramisino  
Dr. Federico Pavlovsky  
Dr. Sebastián Romero Arena  
Dr. Ernesto Serrano  
Dra. Sara Amores  
Dr. Ángel Uslenghi

#### Órgano Revisor de Cuentas

##### Titulares

Dr. Jorge Rubin  
Dr. Guillermo Belaga

##### Suplentes

Dr. Gustavo Gómez  
Dr. Esteban Pieckiwiez

#### Comité de Disciplina

##### Titulares

Dr. Alberto Sassatelli  
Dra. Diana Kordon  
Dr. Eduardo Fernández  
Dr. Andrés Mega  
Dr. Jacobo Gutman

##### Suplentes

Dr. Julio Brizuela  
Dra. Elba Picot  
Dr. Humberto Velázquez

### Comité Editorial

#### Director

Dr. Hugo Dramisino

#### Comité Editorial

Dra. Guillermina Berkunsky  
Dra. Tania Borda  
Dr. Eduardo Burga Montoya  
Dr. Gabriel Brarda  
Dra. Mariana Lagos  
Dra. Nora Leal Marchena  
Dr. Pedro Pieczanski  
Dr. Hugo Pisa  
Dra. Analía Ravenna,  
Dr. Sergio Rojtemberg  
Dr. Martín Ruiz  
Dra. Carina Spano

#### Comité Científico Nacional

Dra. Lucila Agnese  
Prof. Dr. Ricardo Angelino  
Dra. Ester Allegue  
Dr. Sebastián Alvano  
Dr. Gustavo Oscar Amido  
Dra. Sara Amores  
Dra. Sara Babiaki de Kijak  
Dra. M. de las Mercedes Baccaro  
Prof. Dr. Héctor Basile  
Dra. Silvana Bekerman  
Dr. Jorge Berstein  
Dr. Adrián Cesar Besuschio  
Dra. Raquel Bianchi  
Dra. Ingrid Brunke  
Dr. Carlos Calatroni  
Dra. Susana Calero  
Dr. Gustavo Carlsson  
Dr. Hugo Carroll  
Dr. Enzo Cascardo  
Dr. Miguel A. Castro  
Dr. Alfredo Cia  
Dr. Norberto Conti  
Dr. Miguel Ángel De Boer  
Dra. Cristina Deprati  
Dr. Gustavo De Vega  
Dr. Javier Didia Attas  
Dr. Guillermo Dorado  
Dra. Lucila Edelman  
Dr. Luis Ellerman  
Dra. Judith Epstein

Dr. Eduardo Espector  
Dra. Celina Fabrykant  
Dr. Juan C. Fantín  
Dr. Guillermo Fernández Dadam  
Dr. Andrés Ferdman  
Dra. Lía Marcela Fernández  
Dr. Alejandro Ferreira  
Dr. Pablo Gabay  
Dr. Angel Del Guercio  
Dra. Graciela Girardi  
Dr. Anibal Goldchluk  
Dra. Nieves Grieco  
Dra. Julia Gutreiman de Erlich  
Dr. Sergio Halsband  
Dr. Adrián Helien  
Dra. M. Julia Herrero Chego  
Dra. Yany Jaritonsky  
Dra. Alicia Kabanchik  
Dr. Eduardo Kalina  
Dr. Daniel Kersner  
Dr. Elías Klubok  
Dr. Néstor Koldobsky  
Dra. Diana Kordon  
Dr. Gabriel Kunst  
Dr. Darío Lagos  
Dr. Carlos Lamela  
Dra. Elena Levin  
Dra. María de los Ángeles López Geist  
Dr. Daniel Matusевич  
Dra. Silvana Mazzaira  
Dra. Silvia Melamedoff  
Dra. Verónica Mora Dubuc  
Dra. Liliana Moneta  
Dra. M. Eliana Montuori  
Dr. Carlos Moretti  
Dr. Víctor Ocampo  
Dr. Luis Ohman  
Dra. Guillermina Olavarria  
Dr. Oscar Olego  
Dra. Graciela Onofrio  
Dr. Sergio Orlandini Cappannari  
Dra. María Susana Pedernera  
Dra. Adhelma Pereira  
Dr. Humberto Persano  
Dra. Elba Picot  
Dra. Mónica Pucheu  
Dra. Lía Ricón

Dr. Carlos Rodríguez Peña  
Dr. Héctor Rubinetti  
Dra. Adriana Sánchez Toranzo  
Dr. José Schliapochnik  
Dr. Gabriel Schraier  
Dr. Darío Saferstein  
Dra. Susana Sarubbi  
Dr. Tomás Sepich D'Almeida  
Dr. Rafael Skiadaressis  
Prof. Dr. Juan Carlos Stagnaro  
Dra. Elba Tornese  
Prof. Dr. René Ugarte  
Dra. Ana María Vaernet  
Dra. Laura Valbonesi  
Dr. Emilio Vaschetto  
Dr. Víctor Vergara  
Dr. Manuel Vilapriño  
Dr. Horacio Vommaro  
Dr. Ernesto Wahlberg  
Dra. Elsa Wolfberg  
Dra. Diana Zalzman  
Dr. Julián Zapatel  
Dr. Rodolfo Zaratigui  
Dr. Marcelo Zukierman

#### Comité Científico Internacional

Dra. Carmita Abdo (Brasil)  
Dr. Miguel Adad (Brasil)  
Dr. Sergio Aguilar Gaxiola (EEUU)  
Dr. Renato Alarcón (Perú)  
Dr. Julio Arboleda Florez (Canadá)  
Dra. Alejandra Armijo (Chile)  
Dr. Edgard Belfort (Venezuela)  
Dr. Carlos Berganza (Guatemala)  
Dr. Miguel Bernardo (España)  
Dr. Eugenio Bayardo Cancela (Uruguay)  
Dr. Joao Romildo Bueno (Brasil)  
Dr. Carlos Cabán (Puerto Rico)  
Dr. Enrique Camarena Robles (México)  
Dr. Aitor Castillo (Perú)  
Dra. Sissy Castillo (Costa Rica)  
Dr. Cástulo Cisneros (Ecuador)  
Dr. Rodrigo Córdoba Rojas (Colombia)  
Dr. Rodrigo Chamorro Oschilensky (Chile)  
Dr. Jesús Ezcurra (España)

Dr. Jean Garrabé (Francia)  
Dra. Silvia Lucía Gaviria (Colombia)  
Dr. Antonio Geraldo da Silva (Brasil)  
Dr. Francisco Golcher Valverde (Costa Rica)  
Dr. José Miguel Gómez (Rep. Dominicana)  
Dr. Miguel Gutiérrez (España)  
Dra. Cecilia Idiarte Borda (Uruguay)  
Dra. Elda Jirón González (Nicaragua)  
Dr. Carlos León Andrade (Ecuador)  
Dr. Marco López Butrón (México)  
Dr. Juan Maass (Chile)  
Dr. Eduardo Madrigal de León (México)  
Dr. Cristóbal Martínez (Cuba)  
Dra. Tirza Merino (El Salvador)  
Dr. Rafael Navarro Cueva (Perú)  
Dr. Humberto Nicolini (México)  
Dr. Hernán Olivera Arauco (Bolivia)  
Dr. Ángel Otero (Cuba)  
Dr. Freedy Pagnussat (Uruguay)  
Dra. Sybil Prado (Guatemala)  
Dra. Virginia Rosabal Camarillo (Costa Rica)  
Dra. Lexma Ruiz (Panamá)  
Dr. Pedro Ruiz (EE.UU.)  
Dr. Antonio Ruiz Taviel (México)  
Dr. Ismael Salazar (Guatemala)  
Dr. César Sánchez Bello (Venezuela)  
Dr. Javier Saavedra (Perú)  
Dr. Jesús Saavedra Caballero (Puerto Rico)  
Dr. Kennet Vittetoe (Honduras)  
Dr. Ángel Valmaggia (Uruguay)  
Dra. Fátima Vasconcellos (Brasil)  
Dra. Elvia Velázquez (Colombia)  
Dr. Jaime Vengoechea (Colombia)  
Dr. José Vera Gómez (Paraguay)  
Dra. Laura Viola (Uruguay)  
Dra. Raquel Zamora (Uruguay)

## INDICE

---

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Psiquiatras Argentinos - Dr. Gonzalo Bosch</b><br>Dra. Analía Ravenna   | <b>3</b>  |
| <b>Editorial</b><br>Comité de redacción  | <b>5</b>  |
| <b>Editorial</b><br>Dr. Horacio Vommaro  | <b>6</b>  |
| <b>La represión de la profesión psiquiátrica en la Argentina  </b><br>Dr. Horacio Vommaro  | <b>7</b>  |
| <b>Evaluación de la ansiedad y la calidad del sueño en pacientes internados en un hospital general  </b><br>Dr. Alexis Mejías Delamano, Dr. Santiago Muñoz, Dr. Nahuel Magrath Guimet, Dra. Milagros M. Muñoz, Dr. Martín J. Mazzoglio y Nabar   | <b>11</b> |
| <b>Fibromialgia, a propósito de dos casos clínicos  </b><br>Dra. Diana Berrios Cuartas, Dra. Alejandra Acquaviva,<br>Dra. Claudia Villafañe  | <b>17</b> |
| <b>Farmacovigilancia en Neuropsiquiatría  </b><br>Dr. Alexis Mejías Delamano, Dr. Martín Mazzoglio y Nabar   | <b>27</b> |
| <b>Editorial Espacio Ex Alumnos de Apsa / Publicación de tesinas finales de carrera. Versión sinóptica.</b><br><b>Disidencias en el tratamiento y la evolución del trastorno límite de la personalidad. Cuestiones clínicas, diagnósticas y pronósticas de la personalidad de tipo borderline</b><br>Autor: Dr. David M. Achával, Tutor: Dra. Ana María Vaemet | <b>33</b> |

---

El material publicado en la revista Sinopsis representa la opinión de sus autores y no refleja indispensablemente la opinión de la Dirección o de la Editorial de esta revista. La revista Sinopsis es propiedad de APSA.

Número impreso en el mes de Marzo de 2015.  
ISSN: 2313-9161

Diseño y armado de la revista Sinopsis  
Q+D Diseño - (011) 20.55.97.93 - mdpdiez@gmail.com - virginia.quiles@gmail.com  
Caricaturas: Mauricio Giacomino - maurigiacomino@yahoo.com

# Psiquiatras Argentinos

---



---

## **Gonzalo Bosch (Buenos Aires 1885-1967)**

Fue uno de los más importantes psiquiatras argentinos de la primera mitad del siglo XX. Docente de Psiquiatría durante la mayor parte de su vida, promotor de estudios e investigaciones; cultivó también la literatura. Era sobrino-nieto de Ventura Bosch; uno de los fundadores del Hospital Borda. En 1903, se graduó de bachiller en el Instituto Libre de Segunda Enseñanza, por entonces enmarcado en la filosofía del positivismo, y comenzó sus estudios de medicina. Entonces ya se perfilaba su vocación por las investigaciones psiquiátricas, que quedó demostrada en su tesis doctoral de 1913, "Examen morfológico del alienado". Ese mismo año, junto a un grupo de colegas, Bosch abrió en Buenos Aires un sanatorio para enfermos mentales que aún subsiste, el Instituto Frenopático. Posteriormente viajó a Europa y recorrió distintos institutos psiquiátricos de Francia, Alemania y Austria. Participó junto con el Profesor de Neuropsiquiatría Infantil Dr. Lanfranco Ciampi de la organización del Plan de Estudios de la recién creada Facultad de Ciencias Médicas (1920) en la ciudad de Rosario acompañando al Delegado Organizador de la misma, también psiquiatra, Dr. Antonio Agudo Ávila. Fue el Primer Profesor de Psiquiatría Adultos de dicha Facultad desde 1921 hasta 1930. Conjuntamente con el Dr. Ciampi iniciaron la publicación de los Boletines del Instituto de Psiquiatría de Rosario y bregaron por la transformación de la Enfermería Anglo Alemana en el Hospital de Alienados con sus diferentes estructuras que se inaugura en 1924. Humanismo e higienismo se conformaron como guías rectoras de aquellos fundadores universitarios. Ambas concepciones produjeron cambios en dos cuestiones fundamentales que modificaron en gran medida el rumbo de la psiquiatría de la época: la consideración de la figura del "loco" bajo la categoría de enfermo mental y no ya la de delincuente; y la producción de un acercamiento del saber científico a las necesidades sociales. Escribió

---

la tercera clasificación de enfermedades mentales efectuada por un autor argentino (quedó relegada en 1950, al adoptarse legalmente la de Ramón Carrillo). Fue promotor y fundador de la Liga Argentina de Higiene Mental, la misma generó las primeras estadísticas sanitarias del país.

En 1931 fue designado al frente del Hospicio de las Mercedes (actualmente Hospital José T. Borda), en cuya dirección se mantendría hasta 1947. Unos años después, también pasó a comandar la Colonia Nacional de Alienados "Domingo Cabred". A diferencia de los países anglosajones, donde la mejora de los manicomios provino de la protesta de personas externas a ellos, en Argentina los que dirigieron su modernización fueron las mismas autoridades de los manicomios y profesores de medicina y psiquiatría que enseñaban en ellos. Gonzalo Bosch fue uno de los líderes de este movimiento.

En 1942, Bosch había logrado la creación de un curso de formación integral de médicos psiquiatras que significó un verdadero avance en la enseñanza de la psiquiatría en el país. En 1943, accedió a la titularidad de la Cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Buenos Aires, que habían dirigido eminentes científicos de la talla de Lucio Meléndez, Domingo Cabred, José T. Borda y Arturo Ameghino. Durante su gestión, el doctor Enrique Pichón Rivière realizó en el Hospicio el primer electrochoque realizado en la ciudad de Buenos Aires; se trataba de una medida médica recién inventada en Italia, que algunos presentaban como capaz de "curar" numerosas enfermedades. Gonzalo Bosch recibió numerosas críticas por haberlo introducido. El conflicto de opiniones así generado, persistió por varias décadas. "Locura -decía Bosch- es un estado de la mente, es la conciencia desviada de sus normas habituales, es espejismo del conocimiento, fenómeno extraño de carácter objetivo y subjetivo, que nos da placer o displacer, que pone desarmonía en los mecanismos afectados y los recursos intelectuales del psiquismo. El hecho psíquico es una integración, a no ser que se pierdan sus características esenciales. El elemento psíquico es la persona."

En 1935 fue uno de los fundadores de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires. Además de docente y científico, Gonzalo Bosch fue eximio escritor, especialmente interesado en los temas sociales o psicosociales. Frutos de este interés son más de 130 publicaciones, entre las cuales se cuentan tres libros y varias obras de teatro. Su primera incursión se encuentra en 1917 cuando la compañía de Pablo Podestá estrena su obra "La extraña"; luego produjo "La huelga", "Los venenos", "En la corriente", "Agua mansa". Estas obras demostraban una percepción inhabitual de las enfermedades de la mente humana y una penetrante capacidad para comprender la realidad individual de la demencia, no como una patología más sino como algo mucho más profundo y complejo.

## Comité de Redacción

En esta oportunidad Sinopsis se enorgullece de presentarles una nueva entrega cuya característica particular es que casi todos sus artículos han sido producidos por jóvenes colegas. En tal sentido, es de destacar el espacio que brindamos a cursantes de la Carrera Metropolitana del Instituto Superior de Formación de Postgrado de APSA.

Creemos que muchos lectores (particularmente aquellos colegas que han vivido aquellos años de espanto) se sentirán muy movilizados por el emotivo artículo “La represión de la profesión psiquiátrica en la Argentina”.

Es muy probable que este ejemplar se encuentre en tus manos en coincidencia con la realización del XXX Congreso Argentino de Psiquiatría el que seguramente volverá repetir o aún superar logros maravillosos alcanzados en ocasión de anteriores congresos. Ése es nuestro anhelo. Como así también nuestro deseo de augurar una brillante gestión a la nueva Comisión Directiva.

Por último, tras un ciclo tan próspero, queremos agradecer el inmenso apoyo y el clima de libertad y cordialidad que siempre hemos recibido de la anterior CD, de manera muy especial de quién fuera presidente, el querido Dr. Horacio Vommaro.

## Comisión Directiva de APSA

Este número coincidirá con el XXX Congreso de APSA y seguramente cuando llegue a tus manos, colega lector, ya se habrá realizado la Asamblea General Ordinaria programada para el 11 de abril. En la misma no sólo se someterá a los socios la Memoria y Balance de los Estados Contables al 31 de diciembre del 2014 sino que también se renovará el total de la Comisión Directiva. Por lo tanto es para mí una excelente oportunidad de compartir opiniones sobre la labor realizada.

Hay palabras que sintetizan los ejes del quehacer institucional, clínica, formación, docencia, investigación, condiciones de trabajo y sanitarismo. Todos estos ejes constituyen las diferentes áreas de trabajo de nuestra Institución y el trabajo conjunto de las mismas se expresa en acciones y pronunciamientos tendientes a garantizar la mejor calidad de atención para el paciente y su familia.

Se va afianzando el lugar de APSA en ir generando líneas de elaboración teórica y de acción institucional en torno a la formación del psiquiatra, las condiciones de trabajo y la relación con el equipo de Salud. Esto se vincula con el perfil del psiquiatra que cada región y provincia de nuestro país requiere. También la participación en el primer estudio poblacional epidemiológico en Salud Mental va a posibilitar tener no solo tasas de prevalencia propias, no extrapoladas de estudios de otros países, sino también la oportunidad de poder tener propuestas fundamentadas en cuanto a la distribución de recursos humanos, materiales y financieros. Se trata de avanzar en la elaboración de criterios que se basen en una rigurosidad sanitaria. El desarrollo de la construcción federal de APSA avanzó y se afianzó el criterio de trabajar con los referentes de la psiquiatría de cada lugar. Estos ejes forman parte de la política institucional y, por lo tanto, adecuados a cada momento, atravesarán distintas comisiones directivas. Se van construyendo lineamientos político- institucionales que forman parte de la política institucional permanente.

A través de los años de actividad del Instituto se han producido convenios con diferentes Instituciones Universitarias del país, Asociaciones, Entidades Internacionales de la Salud y en particular de la Salud Mental. De la estructura del Instituto dependen los programas: la Carrera de Médico Especialista en Psiquiatría, el Área de Investigación, el Programa de Educación Médica Continua y el Programa de Estudios Avanzados. Los mismos tienen la actividad anual organizada, abarcando distintos sectores del abanico de especialistas que llegan a la entidad, comprendiendo la mis-

ma diferentes regiones del país, colaborando en la formación y recibiendo el aporte de cada uno de los lugares donde se actúa, planificando la progresión de las actividades a través de los convenios que se realizan. Todas estas propuestas educativas que realiza APSA, mediadas por el ISFP, son una parte del camino que la Institución ha delineado como objetivo sustancial de su actividad, con la propuesta de servir, a través de la educación, al psiquiatra de nuestro país.

El Observatorio de Psiquiatría y Salud Mental de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), nuclea regularmente a Jefes de Servicios de Salud Mental de hospitales generales, profesionales de Guardias, expertos en Psiquiatría Legal, directores de hospitales de especialidad y docentes universitarios de todo el país a fin de reunir información de la realidad clínica y sanitaria concretas para evaluar la situación actual en este campo y proponer nuevas líneas de acción que garanticen la mejor calidad de atención para los consultantes.

La Coordinadora de Profesores de Psiquiatría de todas las Universidades Nacionales del país tiene entre sus fines establecer espacios de reflexión –acción entre docentes de las materias de Psiquiatría y Salud Mental para establecer estándares de formación- para el grado y el posgrado- adecuados y homogéneos en todo el país respetando las particularidades en contenidos y prácticas curriculares que exija cada región.

Durante el año 2014 la actividad de los Capítulos siguió siendo intensa y altamente productiva. Se realizaron periódicas reuniones con los presidentes de los mismos. Estas reuniones fueron el espacio donde la voz de los Capítulos de Subespecialidades se constituyó como una de las instancias centrales de APSA. Los principales temas tratados en la CD fueron discutidos con los presidentes de los Capítulos y también se informaban de futuros temas a tratar por la CD con la consecuencia de enriquecer las decisiones directivas con la opinión previa de sus presidentes. Se destaca la participación creciente de los Capítulos en las actividades de la Institución y el alto porcentaje de sus socios que están con cuota al día y adheridos al débito automático.

Se destaca la importancia de la Revista Sinopsis como un medio para hacer conocer las diversas opiniones en materia científica, académica y profesional no sólo al conjunto de los socios sino al vasto campo interdisciplinario que integra la Salud Mental.

El 22 y 23 de agosto se realizó en San Miguel de Tucumán el II Encuentro Nacional al de los PEF convocado bajo la consigna de “Hacia una concepción federal del perfil del psiquiatra”. Fue un Encuentro significativo no sólo por la numerosa concurrencia sino también por el carácter claramente federal del mismo.

Este sucinto balance y el XXX Congreso de APSA, segundo congreso organizado integralmente por la institución, son un reconocimiento a los idearios fundacionales de APSA en los albores de la democracia. El desarrollo de APSA de los últimos años no implica un desconocimiento de estos idearios sino por el contrario el mejor reconocimiento es saber encontrar los caminos para la circulación de nuevas ideas que traten de dar respuestas a los nuevos desafíos e interrogantes que atraviesan el quehacer actual de la psiquiatría.

Para finalizar esta editorial quiero agradecer a todos los miembros de la Comisión Directiva que fueron participes activos de poder pensar juntos los temas de la política institucional, a todas las instancias de la Institución, a todos los socios por haber compartido una tarea ardua pero apasionante como es la de buscar creadoramente los espacios que permitan organizar a los psiquiatras y a enriquecer y profundizar los basamentos clínicos, antropológicos, filosóficos y sociales de nuestra difícil pero hermosa disciplina.

Dr. Horacio Vommaro

## Corresponsalías:

**Área Metropolitana:** Dr. Guillermo Belaga, Dr. Miguel A. Castro, Dra. Julieta Falicoff, Dr. Federico Pavlovsky.

**Provincia Buenos Aires:** Dr. Santiago Primerano.

**Provincia de Santa Fé:** Dr. Bernabé Ibáñez.

**Área Noroeste:** Dra. María Eugenia Moyano, Dr. Ángel Uslenghi.

**Área Noreste:** Dra. Silvia Aguayo, Dr. Gustavo Gómez.

**Área La Pampa y Comahue:** Dra. Natalia Málaga.

# La represión de la Profesión Psiquiátrica en la Argentina

**Dr. Horacio Vommaro**

En ocasión de las Jornadas APA/APSA me encuentro con el Dr. Jacobo Gutman quien me comenta que revisando sus papeles encontró un informe de Amnistía Internacional del 17 de junio de 1977 acerca de la represión de la profesión psiquiátrica en nuestro país. Le dije que me lo hiciera llegar porque me interesaba profundamente. Mientras lo traducía del inglés al castellano, se incrementó nuevamente en dos dictámenes del Órgano de Revisión de la Ley 26657 la postura anti-clínica y anti-psiquiátrica de un grupo minoritario profundamente ideologizado, sordo y cerrado a toda consulta efectiva y transformadora como bien lo expresa la Declaración de APSA del 18 de diciembre del 2014 sobre este tema.

De la lectura del informe de Amnistía Internacional se deduce claramente que se trataba de profesionales que cuestionaron la vieja concepción de la locura como sinónimo de aislamiento, encierro y peligrosidad; posibilitando la reubicación de la Salud Mental dentro del criterio general de la salud, en contraposición con toda concepción autoritaria y de castigo del enfermo mental.

No se puede desconocer las experiencias transformadoras de la Salud Mental previo al golpe de Estado de 1976 encabezada por médicos psiquiatras que fueron desaparecidas por la dictadura. Por eso me parece importante hacer conocer este informe y también como homenaje a nuestros compañeros psiquiatras y demás trabajadores de la Salud Mental detenidos-desaparecidos como ejemplo ético de compromiso con la justicia y el bienestar de los argentinos.

## Amnistía Internacional 17 de junio de 1977

### La represión de la profesión psiquiátrica en la Argentina

#### Fondo teórico

Desde el golpe militar del 24 de marzo de 1976 que llevó al poder en la Argentina al General Jorge Rafael Videla, Amnistía Internacional ha recibido una abrumadora evidencia de un marcado aumento de la violencia represiva, tanto cumplidas por los órganos legislativos oficiales, como por la policía, los militares y grupos que no pueden parecer directamente responsables ante el Estado, pero cuyas actividades ese Estado permite. El alcance de esta violencia se muestra claramente en los números de los que, a lo largo de los últimos 15 meses, han sido detenidos, asesinados o simplemente desaparecidos. Amnistía Internacional estima que hasta el presente hay aproximadamente 6.000 personas oficialmente detenidas en la Argentina y al menos otras 5.000 han desaparecido (incluso, fuentes de la Iglesia Católica estiman que la cifra puede llegar a 17.000)

El gobierno militar llegó al poder comprometido con una política de “Reorganización Nacional” cuya primera etapa sería la eliminación de todos los “elementos subversivos” dentro del país. Aunque el estado de sitio -que había sido declarado en noviembre de 1974 en un intento de poner fin a la violencia perpetrada por grupos guerrilleros de izquierda- todavía estaba en vigor, el nuevo gobierno dictó una serie de decretos leyes que violaban la Constitución Argentina. Se han establecido los militares como el órgano supremo del Estado con el control de todos los poderes del mismo: el Ejecutivo, el Legislativo y el Judicial. Los tribunales militares han reemplazado a los tribunales civiles para todos los juicios por delitos de subversión (Decreto-ley 21.264 del 24 de marzo de 1976); la policía y las Fuerzas Armadas están facultadas para detener a cualquier persona bajo sospecha cuando hay “fuertes indicios o pruebas concluyentes de culpabilidad”

(Decreto-ley 2.460 del 20 de noviembre de 1976). Otras medidas incluyen la regulación gubernamental del derecho de opción de presos que mantienen a disposición del Poder Ejecutivo, según lo establecido en el Artículo 23 de la Constitución Argentina, y la previsión de la destitución sumaria o suspensión de funciones de cualquier empleado estatal por razones no especificadas (Ley de Prescindibilidad -21.274-, de marzo de 1976).

La represión a gran escala fue legalizada desde el ejercicio del poder por los militares, y es en parte manifiesta en la nueva y cada vez más restrictiva legislación que ha afectado a todos los niveles de la sociedad argentina. Mientras los atentados de la guerrilla siguen ocurriendo, por ejemplo, el atentado al Ministro de Relaciones Exteriores Almirante César Guzzetti a finales de abril de 1977, Amnistía Internacional concluyó en el informe de su misión en Argentina (del 6 al 15 de noviembre de 1976) que *“hay una abrumadora evidencia que muchos inocentes ciudadanos han sido encarcelados sin juicio, han sido torturados y han sido asesinados. Por lo tanto las medidas adoptadas contra los subversivos han sido contraproducentes: con el fin de restablecer la seguridad, se ha establecido una atmósfera de terror; con el fin de contrarrestar la violencia ilegal, las garantías jurídicas se han eliminado y se ha perdonado la violencia ilegal”*.

### **Represión de los psiquiatras y miembros de profesiones asociadas**

Psiquiatras y miembros de profesiones asociadas están entre los grupos profesionales que han sido objeto de particulares ataques. Durante el curso del último año, la división entre facciones “tradicionales” y “progresistas” en el campo de la medicina se ha intensificado con muchos inquietantes resultados. Psicólogos progresistas han sido acusados de subvertir a sus pacientes y de dar “soporte ideológico” a las guerrillas. Es evidente que las autoridades militares han llegado a asociar la práctica de la psiquiatría con la subversión; en un artículo en diciembre de 1976, *Nature* informó que el gobierno considera Freud, tanto como Marx, como un “criminal ideológico”. Ya sea por esta razón o por otra, el apoyo financiero del gobierno para las instituciones psiquiátricas se ha reducido drásticamente en el último año. Según un informe en el diario *La Opinión* (mayo 1976), los recortes en los subsidios, junto con las reducciones a gran escala del personal médico, harán un daño irreparable al sistema de Salud Mental en Argentina.

Los hospitales psiquiátricos han sido afectados en todo el país y, en algunos casos, el alto número de despidos sancionados por la Ley de Prescindibilidad prácticamente los ha obligado a cerrar. Amnistía Internacional ha recibido informes de denuncias de que al menos en dos ocasiones han sido invadidos y ocupados por los militares y que el personal médico ha sido despedido o detenido. El 3 de abril de 1976 el Policlínico Posadas un bien conocido hospital psiquiátrico en Ramos Mejía -distrito de Buenos Aires- con habitaciones para alrededor de 500 pacientes, según los informes, fue ocupado por el ejército sobre la base de que se trataba de una supuesta base para las actividades guerrilleras. Durante el curso de las operaciones personal médico y otros miembros del *staff* fueron maltratados y 160 de ellos detenidos. Una operación similar tuvo lugar en Córdoba, en la última semana de mayo de 1976, cuando el Hospital Santa María que alberga pacientes con enfermedades mentales crónicas fue ocupado por 150 militares armados. Durante la operación cuyo objetivo era imponer la disciplina militar en los corredores del hospital, el personal médico

y otros fueron maltratados y algunos pacientes fueron atacados por perros entrenados por el ejército.

El clima de inseguridad creado por tales intervenciones de los militares ha provocado que muchos psiquiatras hayan sido despedidos o forzados a abandonar sus puestos de trabajo, muchos, después de recibir amenazas de muerte, temieron por sus vidas y tuvieron que dormir en diferentes lugares todas las noches. Sus temores se justificaban por el hecho de que, en algunos casos, estas amenazas fueron llevadas a cabo, y así fue como psiquiatras y miembros de otras profesiones asociadas han sido asesinados. Un ejemplo de esto es el caso del Dr. Luis Alaniz, un psicólogo, que dejó su ciudad natal de Rosario después de recibir amenazas de las AAA (Alianza Anticomunista Argentina) a principios de 1976. Algunas semanas más tarde regresó a visitar a su familia y fue posteriormente encontrado asesinado a fines de febrero de 1976. Otros más afortunados que el Dr. Alaniz han huido del país en busca de asilo en el extranjero.

La siguiente es una selección de casos representativos documentados por Amnistía Internacional de psiquiatras y miembros de profesiones asociadas que han sido detenidos o han desaparecido desde marzo de 1976.

### **Desapariciones**

El fenómeno de las desapariciones es uno de los aspectos más inquietantes hoy de la represión en Argentina; este fenómeno está orientado hacia las personas sospechosas de simpatías izquierdistas, sus amigos, familiares e hijos, detenidos por grupos de hombres armados que, a veces, se identifican como miembros de las fuerzas de seguridad, y que irrumpen en la casa de la persona buscada por la noche y se la llevan. Las víctimas de los secuestros llevados a cabo de esta manera son generalmente nunca más vistos con vida. Estadísticas precisas sobre el número de los presuntos desaparecidos son difíciles de obtener; las familias temen represalias si publican los desaparecidos y los abogados se desalientan sistemáticamente de presentar recursos de habeas corpus. El informe de la misión de Amnistía Internacional en Argentina (del 6 al 15 de noviembre de 1976, publicado en marzo de 1979) incluyó una lista de 489 personas desaparecidas desde el golpe. Entre marzo y mayo de 1977, Amnistía Internacional agregó 142 casos. Hasta la fecha no ha habido ninguna indicación en absoluto que indique una mejora en la situación.

#### **I. Caso de la familia Tarnopolsky**

En la noche del 15 de julio de 1976, cinco miembros de la familia Tarnopolsky fueron secuestrados en Buenos Aires. Captadores desconocidos irrumpieron en su casa y se llevaron a Hugo Tarnopolsky, ingeniero químico, a su esposa Blanca, psiquiatra, a sus dos hijos, Sergio de 21 años y Bettina de 15 años, y a su nuera Laura. Se cree que la razón para el ataque, está relacionada con Blanca Tarnopolsky quien trabaja profesionalmente como psiquiatra. También fue profesora de la Facultad de Humanidades de la Universidad de Buenos Aires, especializada en pedagogía. La manera en que se produjo el secuestro ha sido descripta por Rosa Daneman de Edelberg, una pariente anciana de la familia *“... debido a mi avanzada edad, 72 años, por lo general tengo conmigo mis nietos, cada uno se turna para dormir conmigo por una semana o dos. A la 1.00 en punto de la mañana del 15 de julio de 1976, personas vestidas de civil llegaron a mi casa trayendo a mi yerno, Hugo Tarnopolsky, quien llamó a la puerta y nos pidió abrirla diciendo, “Abra nona soy Hugo”. Vi a mi yerno y a hombres vestidos de civil que*

dijeron que eran policías y con amenazas y golpes preguntaron por mi nieta, Bettina Tarnopolsky, quien por las razones antes expuestas había estado compartiendo mi casa por unos días. Después me encerraron violentamente en el patio. Los oí llevarse a mi nieta, a medio vestir, la mayoría de su ropa estaba en su habitación. También me encontré, cuando traté de comunicarme con mi hija Blanca Edelberg de Tarnopolsky, que estas personas que afirmaban ser policías habían arrancado el teléfono, dejándome incomunicada. Me tomó algunas horas para recuperarme de la violencia física y psicológica de mis inesperados visitantes; luego me fui a la calle y llamé a mis parientes desde un teléfono público, ya que era imposible un contacto con mi hija. Junto con uno de mis hijos me fui a la casa de los padres de mi nieta Bettina, en Peña 2600 Depto. A, Capital Federal, y encontré la puerta completamente destruida y el lugar vacío... Le preguntamos a los vecinos y al encargado por información y nos enteramos que algunas horas antes de los acontecimientos en mi casa, anteriormente relatados, hombres vestidos de civil invocando ser policías, preguntaron al encargado por la familia Tarnopolsky y el encargado les mostró el departamento donde vivían. Cuando estos policías no recibieron respuesta inmediata a sus gritos por parte de los padres de mi nieta, abrieron la puerta con violencia para que pudieran entrar de inmediato para detener y llevarse a mi hija y a mi yerno. Hay que recordar que esto ocurrió antes que sucediesen los acontecimientos en mi casa... También me gustaría señalar que mi nieto -Sergio Tarnopolsky- estaba finalizando el servicio militar obligatorio en la Escuela Mecánica de la Armada, no ha vuelto a casa de nuevo y se describe como desaparecido por las autoridades navales. He comprobado que el 14 de julio de 1976 Sergio llamó a su familia diciendo que estaba confinado en los cuarteles... Más tarde descubrí que la esposa de Sergio había sido secuestrada y/o detenida por personas armadas quienes allanaron su casa"... Un relato objetivo de los hechos hasta el momento: la desaparición de la totalidad de la familia Tarnopolsky, Hugo y Blanca y sus hijos Sergio y Bettina y su nuera Laura; esa noche la confiscación, robo o lo que sea de objetos de valor incluyendo el automóvil de Hugo. No ha habido noticias de la familia desde el momento de su desaparición.

## 2. Caso de Hugo Francisco Bellagamba

El 19 de abril de 1976, el Señor Bellagamba fue secuestrado de su oficina en el centro de Buenos Aires donde lleva a cabo su trabajo profesional como psicoanalista. El secuestro se llevó a cabo por un grupo armado de hombres vestidos de civil y presenciado por varios de sus pacientes. Las autoridades han negado su arresto.

## 3. Caso del Dr. Juan Carlos Rissau

Desapareció en Buenos Aires a fines de Julio de 1976 después de ser secuestrado por un grupo paramilitar. No hubo noticias de él desde el tiempo de su secuestro.

## 4. Caso Lic. Marta Brea

A mediados de abril de 1977 una psicóloga que trabajaba en el Hospital Lanús en Buenos Aires fue secuestrada por cuatro personas no identificadas enmascaradas como pacientes. Tres semanas después de su desaparición un colega, el Dr. Valentín Barenblit, jefe del departamento de psiquiatría del hospital, despedido de su cargo el año anterior, fue también secuestrado. Se cree que la protesta internacional generalizada, la solidaridad de sus colegas y otros involucrados, provocó su liberación el 5 de mayo de 1977; Marta Brea, sin embargo, todavía continúa desaparecida.

Uno de los aspectos más preocupantes sobre el problema de las desapariciones es que no solo personas sospechadas de simpatizar con la izquierda pueden ser sujetos de esta forma de represión, sino también sus amigos y familiares. El 13 de noviembre de 1976 varios familiares de los psiquiatras encarcelados, Dr. Claudio Santiago Bermann (para más detalles véase el apartado *Detenciones*), fueron secuestrados por hombres vestidos de civil en sus casas en Córdoba. Las víctimas son la sobrina del Dr. Bermann, Irene Laura Torrents, su hijo Martín de dos meses de edad y un amigo de la familia, Damián Soto. El motivo de su secuestro parece ser que la familia del Dr. Bermann había estado tratando de obtener información oficial sobre su arresto, que tuvo lugar el 26 de abril de 1976, e información acerca de su situación y estado de salud.

## Detenciones

Antes del golpe de estado del 24 de marzo de 1976, había aproximadamente 3.000 personas detenidas preventivamente. Desde entonces los arrestos han continuado a gran escala, pero dado que las autoridades consideran que es un secreto militar la identidad y número de los prisioneros políticos, las estadísticas exactas son difíciles de obtener.

De un estimado de 6.000 prisioneros políticos, Amnistía Internacional cree que al menos a dos terceras partes no se le han hecho cargos pero son detenidos indefinidamente a disposición del Poder Ejecutivo. Mientras que la disposición para el Estado de Sitio contenida en el Artículo 23 de la Constitución Argentina dota al Ejecutivo con poderes de arresto, establece expresamente que los presos bajo esta legislación no pueden ser castigados.

Amnistía Internacional tiene evidencia que las condiciones de maltrato y punitivas son de rutina en las prisiones de Argentina; algunos prisioneros, por ejemplo, aquellos de Córdoba, Coronda (Santa fe) y Resistencia (Chaco) tienen, desde el golpe, negado el contacto con el mundo exterior desde hace 6 meses. También ha habido casos de tortura, particularmente durante el periodo inicial del arresto y cuando los prisioneros son transferidos a otra prisión. Antes del golpe, las personas detenidas a disposición del Poder Ejecutivo bajo la legislación del Estado de Sitio tenían el derecho de solicitar el exilio en lugar de permanecer en prisión. El 29 de marzo de 1976, con la publicación del decreto 21.338, ese derecho fue suspendido, dejando prisioneros sin ningún recurso contra el encarcelamiento indefinido.

En octubre de 1976 el Derecho de Opción fue reintroducido, pero en una forma limitada y con el Poder Ejecutivo reservándose el derecho de otorgar solo aquellas solicitudes que consideraba que no ponían en peligro la paz y la seguridad de la Nación. Esto ha roto con uno de los fundamentos principales de la Constitución Argentina, desde ahora el Ejecutivo está dedicado al ejercicio de las funciones judiciales. Desde entonces solo muy pocas solicitudes para salir del país han tenido éxito. Los dos casos siguientes son ejemplos representativos de miembros de la profesión psiquiátrica que están teniendo lugar en la detención preventiva en Argentina.

## 1. Caso de Claudio Santiago Bermann

La siguiente es una carta recibida por Amnistía Internacional de un pariente de Claudio Santiago Bermann: "El fue arrestado el 27 de abril de 1976 después de medianoche por una patrulla del ejército que registró su casa. Es un conocido psiquiatra, dedicado a su

práctica privada y a la dirección de una pequeña clínica familiar para casos psiquiátricos en Córdoba. Tiene 50 años y tiene cinco hijos, cuyas edades varían entre 3 y 26 años. Antes de asaltar su casa su oficina privada fue rigurosamente registrada por personas desconocidas quienes entraron por una ventana. Después que fue sacado de su casa, estaba aparentemente retenido en una antigua prisión del Ejército en Córdoba (Campo de la Rivera) que ha estado funcionando de nuevo y donde muchas víctimas secuestradas “no oficialmente” han sido retenidas. Allí fue encadenado a un banco y con capucha. Después de cinco días fue trasladado a la Penitenciaría, prisión para todos aquellos que están en proceso de sentencia y utilizada para presos políticos. Cuando era trasladado, adentro de la prisión fue visto por uno de sus pacientes. Las autoridades militares se negaron a informar a su familia de su paradero y ellos se enteraron de donde estaba a través de un llamado telefónico anónimo. Más tarde, ese mismo día, las autoridades militares admitieron que estaba en la Penitenciaría y permitieron a un escribano verlo y firmar un poder notarial para su esposa. Está completamente incomunicado, el habeas corpus presentado en su nombre no fue contestado y no hay cargos presentados contra él. No ha podido comunicarse con su familia, aún, por escrito. No se le permite que le traigan ropa y, por supuesto, no se les ha permitido verlo. Sabemos que por lo menos en una ocasión fue sacado de la prisión para ser interrogado y no sabemos qué métodos se utilizaron”. Se sabe que Claudio Santiago Bermann ha presentado una solicitud para salir del país; si es rechazada bajo la nueva legislación, deben transcurrir 90 días antes de estar en

condiciones de solicitarla nuevamente. Aunque el resultado de la solicitud todavía no se conoce, se cree que sería más probable que tuviera éxito si el recibiera un ofrecimiento de asilo en el extranjero. Se sabe que el señor Bermann quisiera particularmente continuar su trabajo profesional en un país de habla inglesa, como Inglaterra.

## 2. Caso de Nicolás Spiro

Nicolás Spiro un psiquiatra y psicoanalista es bien conocido por su trabajo en toda Latinoamérica. Es miembro de la Asociación Argentina de Psicoanálisis, la Asociación Argentina de Psicología Médica, la Asociación Internacional de Psicoanálisis y la Asociación de Psiquiatras de América Latina. En el momento de su arresto, el Dr. Spiro estaba encabezando un equipo de especialistas en el Hospital Ramos Mejía de Buenos Aires, investigando en terapia de grupo. Entre 1965 y 1968, el Dr. Spiro trabajó como psiquiatra consultor -en Buenos Aires- del Alto Comisionado para refugiados de Naciones Unidas. Fue arrestado en marzo de 1976, poco después del golpe militar. Su lugar de detención no fue inmediatamente conocido, pero más tarde apareció en la cárcel de Villa Devoto en Buenos Aires. Cuando esta cárcel se convirtió en un centro de detención exclusivamente para las presas políticas mujeres, el Dr Spiro estaba en un grupo de presos que fueron trasladados a la cárcel de La Plata en la Provincia de Buenos Aires. El Dr. Spiro está detenido bajo la legislación del Estado de Sitio y no ha sido formalmente juzgado.

### Lista de Nombres de Psiquiatras Detenidos o Desaparecidos en Argentina desde el golpe militar de marzo de 1976

| DETENIDOS                      | Fecha                         | Lugar de Detención | Otros Datos  |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------|--|
| Bermann, Claudio Santiago      | 27 abril 1976,                | Córdoba            |  |
| Spiro, Nicolás                 | marzo 1976,                   | La Plata           |  |
| DESAPARECIDOS                  | Fecha de secuestro            |                    | Otros Datos  |
| Bellagamba, Hugo Francisco     | 19 de abril de 1976           |                    | Psicoanalista  |
| Bonano, A.                     | Secuestrado en el H. Pirovano |                    |  |
| Brea, Marta                    | abril de 1977                 |                    | Psicóloga  |
| Delfino, Liliana               | 19 de julio de 1976           |                    | Se cree que fue detenida en Campo de Mayo                          |
| Fuentes, Raúl                  | 13 de junio de 1976           |                    | Psiquiatra   |
| Korin, Eduardo Mario           | 20 diciembre de 1976          |                    | Psiquiatra   |
| Marcondes Pintos, María Regina | 10 abril de 1976              |                    | Estudiante brasilero de psicología y maestro de portugués, 30 años |
| Misrahi de Pasquini, Liliana   | 10 de junio de 1976           |                    | Psicoanalista  |
| Mitnik, Rosa                   | 13 de noviembre 1976          |                    | Psiquiatra   |
| Pargament, Alberto             | 10 de noviembre de 1976       |                    | Psiquiatra   |
| Rissau, Juan Carlos            | 21 de julio de 1976           |                    | Psiquiatra (FAP)   |
| Tarnopolsky, Blanca            | 15 de julio de 1976           |                    | Psiquiatra   |
| Torrents, Laura                | 13 de noviembre de 1976       |                    | Estudiante, sobrina de C. Bermann                                  |
| Zampicchiatti, Gustavo Alfredo | mayo de 1977                  |                    | Estudiante de Psicología (UBA)                                     |

Informes no confirmados también se han recibido acerca del secuestro de los siguientes:

Calabrese, Antonio (marzo 1976)  
 Galla, Cruz  
 Llosas, Eduardo  
 Parral, Alberto  
 Pastorini, Alejandro  
 Sassatelli, Alberto (abril 1976)  
 Todaro, Amalia

La lista anterior compilada por Amnistía Internacional de detenidos y personas desaparecidas es inevitablemente parcial e incompleta. El gobierno argentino se ha negado sistemáticamente a publicar la lista de los presos detenidos por el decreto del Ejecutivo con el argumento que es un secreto militar. El número de personas desaparecidas es difícil de determinar, ya que las familias temen represalias si reportan un familiar desaparecido o bien creen que la información es inútil.

# Evaluación de la Ansiedad y la Calidad del Sueño en Pacientes Internados en un Hospital General | *Assessment of Anxiety and Sleep Quality in patients admitted to a General Hospital*

## Mejías Delamano, Alexis Aroldo <sup>(1, 2, 3)</sup>

Médico, UBA. Especialista en Medicina Farmacéutica, UBA - Residente de Psiquiatría, Hospital General de Agudos "Manuel Belgrano". Docente Auxiliar de Farmacología, 3º Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA. Integrante del Capítulo Psiquiatras en formación (PEF) de APSA.  
Contacto: alexismejiasd@gmail.com

## Muñoz, Santiago Alfredo <sup>(1)</sup>

Médico, UBA. Residente de Psiquiatría, Hospital General de Agudos "Manuel Belgrano". Docente Auxiliar de Farmacología, 3º Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA. Integrante del Capítulo Psiquiatras en Formación (PEF) de APSA.  
Contacto: saludmental1984@gmail.com

## Magrath Guimet, Nahuel <sup>(1, 2)</sup>

Médico, UBA. Residente de Psiquiatría, Hospital General de Agudos "Manuel Belgrano". Docente Auxiliar de Farmacología, 3º Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA.  
Contacto: nahuelmg@gmail.com

## Muñiz, Milagros María <sup>(1, 3)</sup>

Médica, UBA. Especialista en Psiquiatría. Médica Psiquiatra, Ministerio de Seguridad. Ex-Becaria, Instituto de Neurociencias de Buenos Aires (INEBA). Ex-residente, Hospital General de Agudos "Manuel Belgrano". Miembro Titular de APSA e Integrante del Capítulo Psiquiatras en Formación (PEF) de APSA.  
Contacto: milagrosmuniz@yahoo.com.ar

## Mazzoglio y Nabar, Martín Javier <sup>(1, 2, 3)</sup>

Médico, UBA. Especialista en Psiquiatría. Médico Psiquiatra, Servicio Penitenciario Federal- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Magister en "Neurociencia y Biología del Comportamiento", Universidad de Murcia. Docente Adscripto de la Facultad de Medicina (Departamentos de Anatomía, de Farmacología y de Salud Mental), UBA. Docente de posgrado y Ex-Becario, Instituto de Neurociencias de Buenos Aires (INEBA). Ex-residente y Ex-Jefe de Residentes de Psiquiatría, Hospital General de Agudos "Manuel Belgrano". Miembro investigador de los Laboratorios de Neuroanatomía y de Pedagogía, 3º Cátedra de Anatomía, Facultad de Medicina, UBA. Miembro Titular de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) e Integrante de los Capítulos Neurociencia y Psiquiatras en Formación (PEF) de APSA.  
Contacto: mazzoglioynabar@yahoo.com.ar

1. Servicio de Salud Mental, Hospital General de Agudos "Manuel Belgrano", Provincia de Buenos Aires.
2. Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires
3. Capítulo Psiquiatras en Formación, APSA

## Resumen

**Introducción:** El estrés que genera la internación en una Sala General es un posible factor desencadenante de un estado de hipervigilancia y aparición de síntomas ansiosos. La hipervigilancia es una característica del insomnio, el cual genera alteraciones neuroinmunoendocrinológicas, síntomas cognitivos y depresivos, los que producen síntomas de ansiedad retroalimentando el cuadro.

**Material y métodos:** Estudio observacional de la calidad del sueño en 65 pacientes internados en el Hospital "Manuel Belgrano", por causas clínico-quirúrgicas y sin tratamiento psicofarmacológico, mediante la utilización del Cuestionario de Calidad del Sueño de Pittsburgh (CCSP) y la Escala Hospital, Ansiedad y Depresión (EHAD) para valorar los síntomas ansiosos.

**Resultados:** El 76.92% presentaba insomnio y el 49,23% presentaba sintomatología ansiosa. A su vez, el 64% de los pacientes con insomnio presentaba síntomas ansiosos. La puntuación global del CCSP de los pacientes internados de ambos sexos (mujeres: 10,9 puntos y hombres 9,12 puntos) reflejó una pobre calidad de sueño. El porcentaje de "malos dormidores" fue elevado. Menos de un cuarto de los pacientes presentaron un adecuado desempeño en sus actividades diurnas, y se contrapuso con su valoración subjetiva. Objetivamos un alto porcentaje con uso frecuentemente de medicación hipnótica.

**Conclusión:** Los pacientes internados en hospitales generales suelen presentar alteraciones de la calidad del sueño por múltiples factores (patología, medicación en curso y convivencia con otros). En el 64% de los que presentaban insomnio, la ansiedad fue un factor que alteró la calidad del sueño.

## Palabras clave

Sueño. Ansiedad. Hospital General. Psicofarmacología.

## Abstract

**Introduction:** The stress of hospitalization in a General Board is a possible trigger for a state of hypervigilance and emergence of anxiety symptoms factor. Hypervigilance is a feature of insomnia, which generates neuroinmunoendocrinology alterations, cognitive and depressive symptoms, anxiety symptoms produced feeding back the picture.

**Methods:** Observational study of sleep quality in 65 patients in the "Manuel Belgrano" Hospital for clinical-surgical and non psychopharmacological treatment, using the questionnaire Pittsburgh Sleep Quality (CCSP) and the Scale hospital Anxiety and Depression (HADS) to assess anxiety symptoms.

**Results:** 76.92% had insomnia and 49.23% had anxiety symptoms. In turn, 64% of patients with insomnia had anxiety symptoms. Overall score CCSP of inpatients of both sexes (women: men 10.9 points and 9.12 points) reflected a poor quality of sleep. The percentage of "poor sleepers" was high. Less than a quarter of the patients had adequate performance in their daily activities, and is contrasted with his subjective assessment. Objectify a high percentage of hypnotic medication use frequently.

**Conclusion:** Patients admitted to general hospitals often have impaired sleep quality by multiple factors (pathology, ongoing medication and coexistence with others). In 64% of those with insomnia, anxiety was a factor that altered sleep quality.

## Key words

Dream. Anxiety. General Hospital. Psychopharmacology.

## Introducción

El estrés que genera la internación en Sala General es un posible factor desencadenante de un estado de hipervigilancia y de síntomas de ansiedad. La hipervigilancia es una característica del insomnio; la privación o la mala calidad del sueño genera síntomas cognitivos y depresivos que retroalimentan dicho cuadro y alteran los sistemas neurohumorales<sup>(1,4)</sup>.

Estudios realizados en pacientes internados reportaron que un 55% tenían una pobre calidad de sueño<sup>(1)</sup>. Se observó que las personas con alteraciones en el sueño presentan mayor asociación con trastornos psiquiátricos como ansiedad, depresión, déficit de atención y trastornos de conducta<sup>(2,3)</sup>. Al estudiar el curso de la internación, se diferenció una primera etapa de respuesta al factor estresor “internación hospitalaria” con liberación de catecolaminas (que aumentan el nivel de vigilia por activación simpática y disminuyen el sueño REM<sup>(5)</sup>), seguida de una segunda etapa de respuesta lenta mediada por glucocorticoides y, finalmente, una tercera etapa de agotamiento y muerte<sup>(4)</sup>.

La prevalencia de alteraciones del sueño en la población general es del 35%<sup>(3)</sup>, siendo el insomnio el trastorno más frecuente con una prevalencia en pacientes adultos de 19,1%<sup>(3)</sup>. El sueño es un estado neuroconductual complejo, que si es reparador y con buena calidad se asocia con mejor estado de salud (física y psíquica), menor somnolencia diurna y menor riesgo de padecer enfermedades<sup>(2,3)</sup>.

## Objetivo

El objetivo del presente trabajo de investigación fue evaluar la calidad del sueño de pacientes internados y su correlación con síntomas ansiosos.

## Materiales y Métodos

Se llevó a cabo una evaluación de la calidad del sueño y la presencia de síntomas ansiosos en un grupo de pacientes internados (n=65) en un Hospital General con ausencia de tratamiento farmacológico para trastornos del sueño. Esta evaluación se llevó a cabo mediante la utilización del *Cuestionario de Calidad del Sueño de Pittsburgh* (CCSP) y la *Escala Hospital, Ansiedad y Depresión* (HAD).

Se incluyeron pacientes que cursaban internación en Sala de Cuidados Mínimos por causa clínico-quirúrgica y sin tratamiento psicofarmacológico. La muestra estuvo conformada por pacientes internados en Clínica Médica (n=27), Tocoginecología (n=15), Cirugía General (n=14) y Ortopedia y Traumatología (n=9), con diferentes diagnósticos.

Se excluyó de la muestra a los pacientes que presentaban dificultad para expresarse verbalmente o para comprender en forma adecuada y aquellos pacientes, que al momento de la realización de los cuestionarios, no presentaban una claridad de conciencia que le permitiese comprender y contestar adecuadamente los cuestionarios [Gráfico 1].

El *Cuestionario de Calidad del Sueño de Pittsburgh* (CCSP) se basa en una serie de preguntas autoadministradas que evalúan la calidad de sueño y los trastornos del mismo durante el último mes<sup>(6)</sup> y tiene 7 componentes (calidad de sueño subjetivo, latencia de sueño, duración del sueño, eficiencia de sueño habitual, trastornos del sueño, utilización de fármacos hipnóticos y disfunción de actividades matutinas) que da un resultado entre 0 y 21 puntos

(puntaje de 0 a 3 de cada pregunta)<sup>(6)</sup>, con punto de corte en 5 para la población general de pacientes; el puntaje obtenido es inversamente proporcional a la calidad del sueño y puntajes  $\geq 5$  corresponden a “malos dormidores”. La sensibilidad es del 89.6%, la especificidad de 86.5%<sup>(6,8)</sup> y presenta como limitación su aplicabilidad en pacientes con bajo nivel educativo<sup>(9)</sup>.

Se efectuó el análisis de la ansiedad en los pacientes internados mediante la subescala de Ansiedad de la *Escala de Hospital, Ansiedad y Depresión* (EHAD-A)<sup>(10)</sup> el cual es un cuestionario autoadministrado, con sensibilidad y especificidad del 80%<sup>(10)</sup> y consta de 14 preguntas. Al analizar estas preguntas se obtiene un puntaje el cual es valorado con los siguientes puntos de corte: entre 0 y 7 no indica “caso”, entre 8 y 10 son “caso dudoso” y superiores a 11 son “caso probable”<sup>(10)</sup>.

El presente estudio cumplió con los reparos ético-legales vigentes (consentimiento informado, cumplimiento de requisitos estipulados por las GCP, Disposición ANMAT 6677/10 y adhesión a principios éticos con origen en la Declaración de Helsinki).

## Resultados

Los resultados poblacionales se exhiben en el Gráfico 1.

El 76.92% de los encuestados presentó insomnio y el 49,23% sintomatología ansiosa. Objetivamos que el 64% de los pacientes con insomnio presentaba síntomas ansiosos [Gráfico 2].

Con respecto a la calidad de sueño, la puntuación total promedio del CCSP fue de 8.81 (mujeres= 10,9 y hombres= 9,12), reflejando una pobre calidad de sueño [Gráfico 3]. Determinamos que el 78.46% eran “malos dormidores”, en contraste con el 21.54% de “buenos dormidores” [Gráfico 4].

Al analizar los componentes de la escala objetivamos [Gráfico 5]:

- **Calidad subjetiva de sueño:** prevaleció una calidad “bastante buena” (53.85%).
- **Latencia de sueño:** el 63,07% no presentó dificultades de conciliación durante los primeros 30 minutos, en el resto fue patológica (>60 minutos).
- **Duración del sueño:** en el 46,5% se registró una duración mayor a 7 horas, seguida por menores duraciones.
- **Eficiencia habitual del sueño:** el 52.30% presentó una eficiencia >85%, mientras que el 18.46% obtuvo un score de eficiencia <65%.
- **Perturbaciones extrínsecas del sueño:** el 61.53% de los pacientes internados manifestaron perturbaciones leves, sólo el 1.53% refirió perturbaciones severas y dos pacientes manifestaron no haber presentado ninguna.
- **Utilización de fármacos hipnóticos durante el último mes:** el 78,46% refirió haber consumido hipnóticos con una frecuencia mayor a 3 veces por semana (heteroprescripto o autoprescripto); el resto con menor frecuencia.
- **Disfunción matutina:** fue referida por el 76,91%; leve en el 41,53%, moderada en el 21.53% y grave en el 13,85%.

## Discusión

El insomnio es definido de distintas maneras en la bibliografía; las definiciones clínicas apuntan a un trastorno del sueño, primario o secundario, donde la clínica estaría dada por la alteración en el

momento de conciliar el sueño, la capacidad de poder mantenerlo, el despertar precoz, o una calidad subjetiva de sueño no reparador enunciada por el paciente.

Desde el punto de vista de la psicofarmacología se plantea al insomnio como un estado de hiperactivación, llevando al sujeto a la hipervigilancia, donde si este aumento ocurriese durante la noche se hablaría de insomnio. El estado de sueño vigilia es comprendido como un “espectro” de activación, donde se pasa del estado de sueño hasta la activación excesiva, pasando por toda una gama de presentaciones clínicas.

Los pacientes internados en hospitales generales suelen presentar alteraciones de la calidad del sueño, ya sea por su propia patología, por la medicación que se encuentran recibiendo con potenciales efectos estimulantes o inhibitorios, y por la convivencia con otros pacientes, en especial en aquellos casos de salas con gran cantidad de pacientes internados; todos estos factores aumentan el grado de ansiedad y activación del paciente.

### La perspectiva neurobiológica

Uno de los principales núcleos promotores del sueño es el núcleo preóptico ventrolateral (NPVL) que se ubica en el hipotálamo. Cuando se activa este núcleo, en respuesta a las complejas relaciones entre el ciclo luz-oscuridad con el núcleo supraquiasmático (NSQ), se produce la descarga por medio de los axones de sus neuronas del neurotransmisor GABA hacia otro núcleo, el posterior del hipotálamo, que está relacionado con el sistema de vigilia de la persona. Por lo tanto al inhibir estos centros de la vigilia se promueve el estado de sedación, somnolencia o sueño en la persona.

El estado de vigilia no sólo responde al núcleo supraquiasmático sino que necesita de un balance entre cinco neurotransmisores clave: serotonina, noradrenalina, dopamina, acetilcolina e histamina. La evidencia realizada por medio de estudios de tipo transversal, ratifica las teorías de hipervigilancia del insomnio, donde se observó en individuos con insomnio cercanos al periodo de sueño que aumentaría la temperatura corporal, la frecuencia cardiaca y la tasa metabólica. Los estudios de investigación que utilizaron el EEG para estudiar la actividad eléctrica cerebral mostraron un aumento de las frecuencia de ondas  $\beta$  durante el sueño NREM, y en los estudios de neuroimágenes se objetivó un incremento del metabolismo de la glucosa en estado de vigilia y en el sueño NREM de las personas con insomnio en comparación con los controles sanos.

### Aspectos farmacológicos del insomnio en la cohorte de casos presentados

La preocupación excesiva en el paciente genera un estado de hiperactivación, esto está relacionado con circuitos cortico-estriato-tálamo-corticales (CETC) y de procesamiento en el complejo nuclear amigdalino. El GABA, como principal neurotransmisor inhibitorio del cerebro, es la molécula principal a pensar en estos tipos de casos, donde sus acciones repercuten sobre el complejo nuclear amigdalino y sobre él, la corteza prefrontal (implicada en los circuitos CETC) para aliviar la ansiedad, modulando la actividad de estas redes neuronales y potenciando las acciones de interneuronas inhibitorias. Asimismo, este mismo neurotransmisor inhibe los centros de la vigilia, como se expuso anteriormente.

Las benzodiazepinas y los hipnóticos no benzodiazepínicos son los fármacos de elección en este tipo de trastornos, en el caso de las primeras son actualmente agentes de segunda línea en el tratamiento. El zolpidem, la zopiclona y la eszopiclona ofrecen las ventajas de un modulador alósterico positivo del GABA pero sin altos grados de tolerancia, dependencia o efectos de discontinuación. En contraste, las benzodiazepinas cambian la conformación del receptor de GABA por lo que producen los efectos adversos anteriormente nombrados y ya conocidos de este grupo de drogas.

### Conclusiones

En el grupo de pacientes internados en Hospital General determinamos que la ansiedad se constituyó como un factor que alteró la calidad de sueño en las dos terceras partes. La calidad del sueño fue pobre en ambos sexos, siendo la prevalencia de “malos dormidores” mayor al promedio publicado en la literatura. En el análisis de los componentes de la escala objetivamos disparidades entre el adecuado desempeño en actividades referido y la evaluación subjetiva del sueño, así como una alta prevalencia de uso de hipnóticos.

El insomnio primario en el contexto de la internación general se ubica como diagnóstico de exclusión. Consideramos que es vital descartar síntomas de ansiedad, primarios como secundarios a patologías médicas (por ejemplo dolor o trastornos respiratorios) y evaluar su impacto subjetivo para un abordaje integral del paciente. Estas medidas deberían ser parte del accionar cotidiano de los profesionales de la salud y no restringidas a la interconsulta con psiquiatras.

### Referencias bibliográficas

1. Adib-Hajbaghery Mohsen, Izadi-Avanji Fatemehsadat and Akbari Hossain. Quality of sleep and its related risk factors in hospitalized older patients in Kashan's Hospitals, Iran 2009. Iran J Nurs Midwifery Res. 2012, 17(6): 414-420.
2. Montero F, Martínez L, Gómez R, et al. Trastornos del sueño en la población adulta de Santiago de Chile y su asociación con trastornos psiquiátricos comunes. Actas Esp. Psiquiatr. 2010, 38(6): 358-364
3. Harvey A, Stinson K, Whitaker K, et al. The subjective meaning of Sleep Quality: a comparison of individuals with and without insomnia. Sleep. 2008, 31(3): 383-393.
4. Márquez López Mato, Andrea. PNIE3 Psiconeuroinmunoendocrinología. Los últimos serán los primeros. Editorial Sciens. Año 2008. Páginas 200-216.
5. De Sarro GB, Ascoti C, Froio F, et al. Evidence that locus coeruleus is the site where clonidine and drugs acting at alpha 1- and alpha 2-adrenoceptors affect sleep and arousal mechanisms. Br J Pharmacol. 1987, 90(4): 675-685.
6. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry res. 1989, 28(2): 193-213.
7. Lomeli HA, Pérez-Olmos I, Talero-Gutiérrez C, et al. Escalas y cuestionarios para evaluar el sueño: una revisión. Actas Esp. Psiquiatr. 2008, 36(1): 50-59.
8. Macías Fernandez JA, Royuela Rico A. La versión española del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. Informaciones Psiquiátricas. 1996, 146: 465-472.
9. Mezick E, Matthews K, Hall M, et al. Influence of race and socioeconomic status on sleep: Pittsburgh Sleep Score Project. Psychosomatic Medicine. 2008, 70(4): 410-416.
10. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, et al. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. J Psychosom Res. 2002, 52(2): 69-77.

## GRÁFICOS

Gráfico 1. Características poblacionales de la muestra.

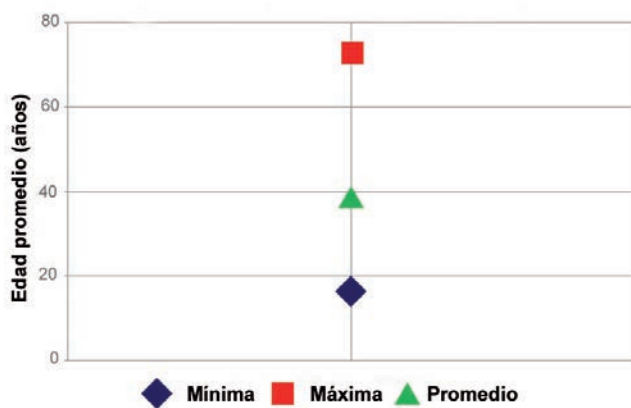
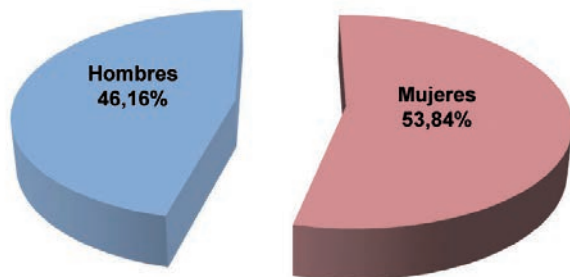
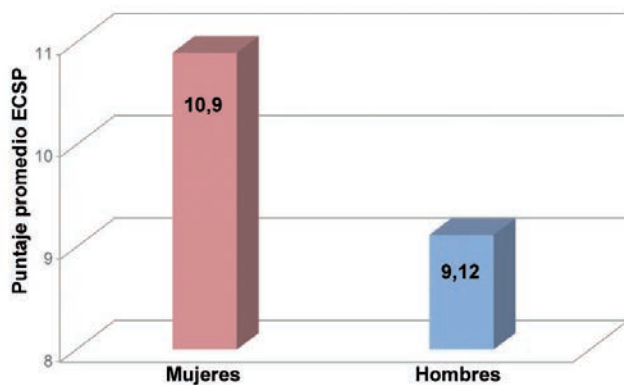


Gráfico 3. Puntaje promedio determinado por ECSP según sexo.



Causa de internación en Hospital General

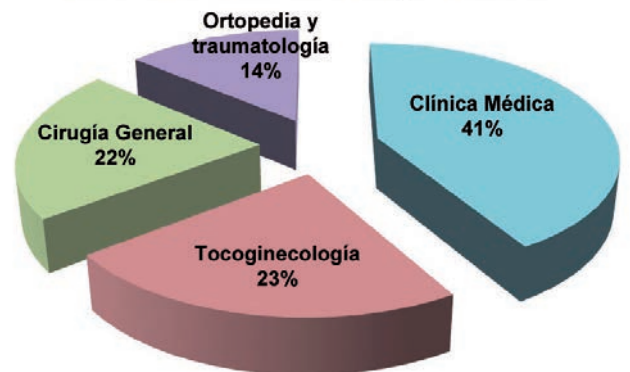


Gráfico 2. Prevalencia según escalas de insomnio, de sintomatología ansiosa y de ambas en la muestra estudiada.

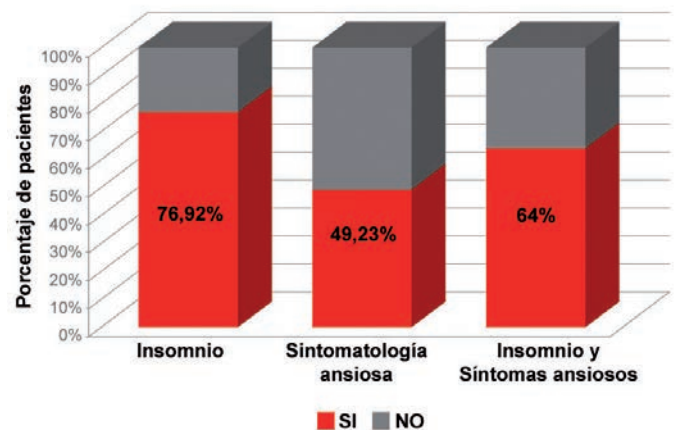
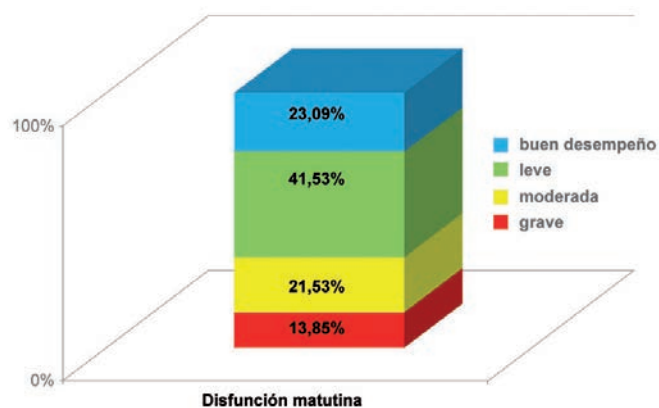
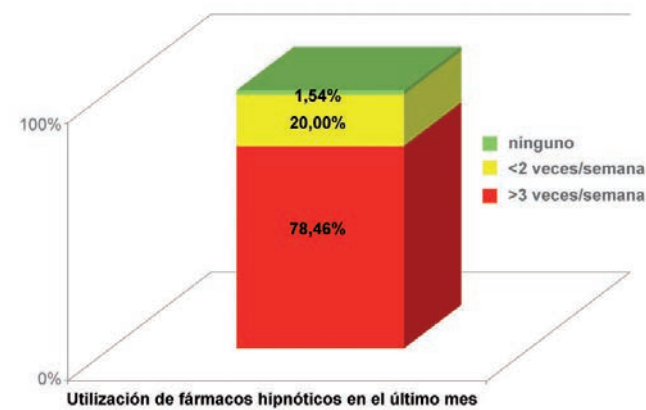
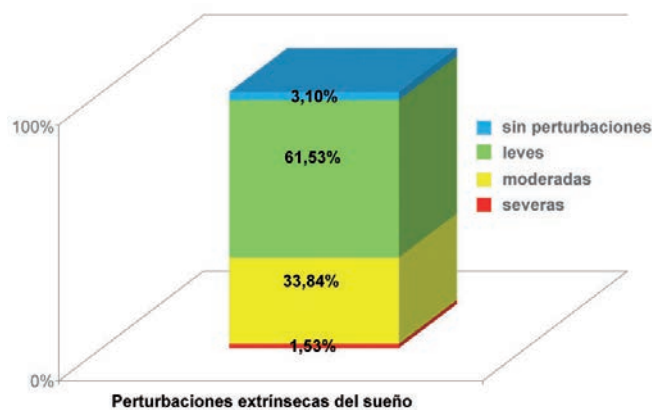
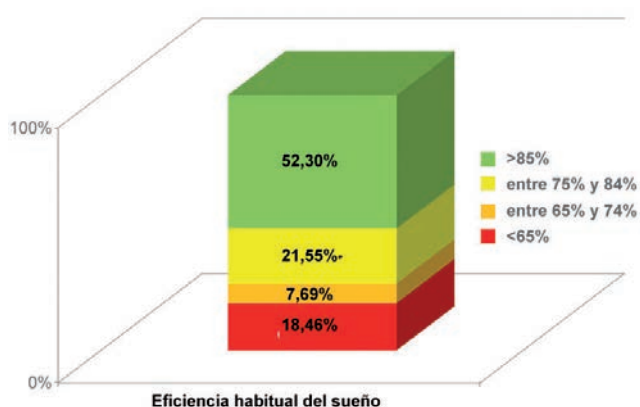
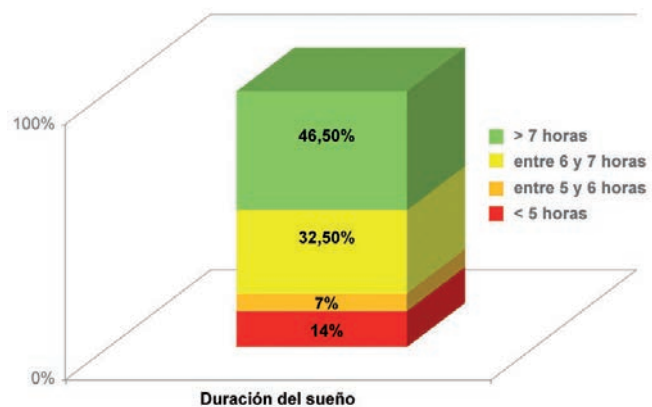
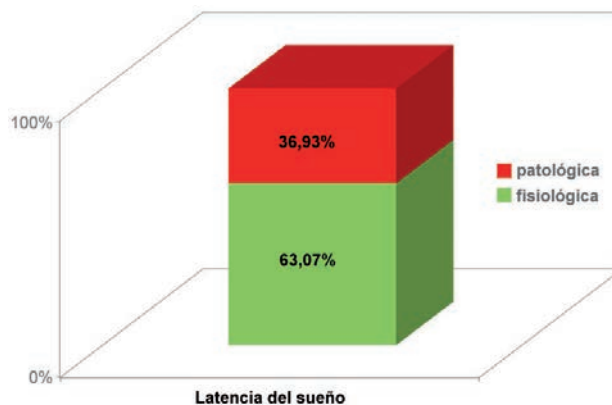
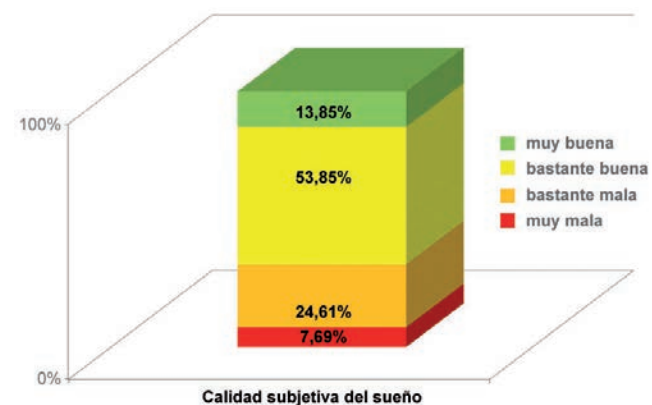


Gráfico 4. Prevalencia de calidad de sueño según parámetros de la ECSP.

**Gráfico 5. Resultados obtenidos con la ECSP con especificación de sus componentes.**



---

## **Editorial de Artículos de Cursantes de Clínica Psiquiátrica de la Carrera Metropolitana del ISFP (APSA)**

Como integrantes estables de la Cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Carrera Metropolitana de APSA, de la que formo parte junto con la Dra. Ester Allegue (Prof. Adjunta) y la Dra. María Delia Michat (Jefa de Trabajos Prácticos), nos parece importante ir compartiendo con los socios alguna producción escrita destacada de colegas en formación a través de nuestra revista.

---

Sinopsis vuelve constituirse en un generoso puente, esta vez entre los futuros psiquiatras y APSA toda. A partir de un nuevo objetivo compartido: colaborar en que nuestros próximos egresados vayan combinando el “oficio de estudiante/profesional” con el “oficio de escribir y publicar”.

---

Durante los cinco cuatrimestres en que se cursa Clínica Psiquiátrica, los cursantes deben aprobar las Evaluaciones en Proceso (no presenciales) a través de la plataforma virtual del Instituto (moodle), donde se abarcan todos los temas enseñados a través de cuestionarios de selección múltiple con y sin viñetas y actividades con casos clínicos, películas y artículos científicos. No pueden rendir el examen final cuatrimestral aquellas personas que no hayan aprobado todas las actividades del entorno moodle.

---

En los dos últimos cuatrimestres de Clínica Psiquiátrica, para rendir la Evaluación Final hay cuatro modalidades:

1. Co-construir en mini grupos (como máximo tres personas) un guión clínico de una problemática abordada en clase. Dicho guión será dramatizado por ellos mismos el día de la evaluación final. En la puesta grupal, se trabajará con dos técnicas psicodramáticas: soliloquio y doblaje.
2. Análisis de película o libro –no técnico-, vinculados con los temas vistos en el cuatrimestre, por supuesto resaltando el trabajo clínico psiquiátrico que se realizó sobre ellos. Defensa oral del trabajo frente a los asistentes a ese examen.
3. Algún tipo de trabajo, individual o grupal, que incluya una de las temáticas del cuatrimestre correspondiente, que deberá estar aprobado por la Cátedra para ser presentado en el Congreso de APSA.
4. Artículo aprobado por la Cátedra con las normas de la revista Sinopsis, para tratar de que sea publicado en la misma. Este último es el caso del presente artículo.

Prof. Dr. R. Hugo Carroll

# Fibromialgia, a Propósito de dos Casos Clínicos | *Fibromyalgia, apropos of 2 clinical cases*

## Berrío Cuartas, Diana Milena

Médico. 3 año en curso superior de especialización en Psiquiatría, ISFP - APSA.  
Email: [dianaoasis@yahoo.com](mailto:dianaoasis@yahoo.com)

## Acquaviva, Alejandra

Médico. Lic. en Psicología. 3 año en curso superior de especialización en Psiquiatría ISFP - APSA.  
Email: [acquaviva@ciudad.com.ar](mailto:acquaviva@ciudad.com.ar)

## Villafañe, Claudia

Médico. Especialista en Medicina Familiar. Magister en Salud Mental. 3 año en curso superior de especialización en Psiquiatría ISFP - APSA.  
Email: [claudiavillafane60@hotmail.com](mailto:claudiavillafane60@hotmail.com)

## Resumen

La Fibromialgia es una entidad clínica compleja que plantea dificultades diagnósticas, de prevalencia poblacional e implicancias interdisciplinarias para el tratamiento. Pretendemos aquí abordar este síndrome desde su definición, sus criterios diagnósticos actuales y su asociación a trastornos del ánimo. Desde la perspectiva de Belenguer analizamos 2 casos clínicos. Conclusión: es necesaria mayor investigación en Fibromialgia considerando su gran impacto social además de la escasa evidencia del accionar médico-psiquiátrico. Es fundamental discutir acerca de los mecanismos psicológicos para ayudar a afrontar cambios vitales, las dificultades y la enfermedad en sí misma.

**Palabras claves:** fibromialgia, depresión, ansiedad, dolor.

## Abstract

*Fibromyalgia is a complex clinical entity that poses diagnostic difficulties, interdisciplinary population prevalence and treatment implications. We intend here to address this syndrome from its definition, current diagnostic criteria and their association with mood disorders. From the perspective of Belenguer analyzed 2 clinical cases. Conclusion: Further research is needed in Fibromyalgia considering its great social impact in addition to the scant evidence of medical- psychiatric action. It is essential to discuss the psychological mechanisms to help cope with life changes, challenges and the disease itself.*

**Key words:** *fibromyalgia, depression, anxiety, pain*

## Introducción

La fibromialgia es una de las entidades clínicas más discutidas en la actualidad. Hay dificultades de abordaje tanto en el diagnóstico por la falta de pruebas objetivas que lo avalan como en el tratamiento y la especialidad médica que se debe involucrar con ella.

En los últimos años se considera como un “síndrome” que reúne en su definición una serie de síntomas agrupados que configuran una enfermedad pero que en sí mismos pueden remitirse a variadas etiologías. Esta denominación sindromática de la fibromialgia permite ampliar la definición médica relacionada con el paciente y con los abordajes que se establezcan posibles. El síndrome de la fibromialgia involucra diferentes especialidades médicas como la clínica, la reumatología y la psiquiatría, debido a la variedad de sus síntomas y las complejas consecuencias de éstos.

La fibromialgia es una de las causas más frecuentes de dolor crónico, involucra especialmente el aparato locomotor, y presenta una exagerada hipersensibilidad en múltiples puntos predefinidos (*tender points*), sin alteraciones orgánicas demostrables<sup>(1)</sup>. Además se relaciona con una gran variedad de síntomas como: fatiga persistente, el sueño no reparador, la rigidez generalizada y los síntomas ansioso-depresivos<sup>(2)</sup>.

En la presente revisión expondremos algunos conceptos sobre fibromialgia describiendo dos casos clínicos con este diagnóstico, consideramos la clasificación propuesta por Belenguer, Ramos-Casals, Siso y Rivera<sup>(2)</sup>.

## Método de revisión de la bibliografía

Se consultaron artículos psiquiátricos y reumatológicos que presentan una revisión del concepto y diagnóstico de fibromialgia. Todos ellos de acceso libre. Como soporte de la investigación fue de utilidad la presentación realizada por la Dra. Diana M. Berrío Cuartas, en el marco del XXIX Congreso de Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) 2014, Mesa redonda: “El reto diagnóstico de la fibromialgia y su lectura desde la psiquiatría laboral, la reumatología y el psicoanálisis” presentada por el Capítulo de Nomenclatura, Clasificación y Diagnóstico de APSA.

## Desarrollo

### El síndrome de fibromialgia. Conceptos básicos

El síndrome de Fibromialgia (SFM) según el *National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin diseases* (NIAMS) se define como un síndrome crónico caracterizado por dolor muscular difuso, fatiga y puntos sensibles.<sup>(1)</sup>

Según la declaración de Copenhague 1992 y sus revisiones posteriores (Bennett 1999, Copenhague Declaration 1993, Wolfe y cols. 1995), la OMS estableció que se considera fibromialgia como “Un grupo de trastornos reumáticos comunes no articulares, caracterizados por dolor y rigidez de intensidad variable de los músculos, tendones y tejido blando circundante, relacionados generalmente con un cuadro depresivo”.<sup>(3)</sup>

El *Colegio Americano de Reumatología* (ACR) define al síndrome de fibromialgia (SFM) como un trastorno musculoesquelético crónico caracterizado por dolor generalizado y sensibilidad en determinados sitios anatómicos, comúnmente acompañado por fatiga.<sup>(4)</sup>

La verdadera incidencia y prevalencia del SFM se desconoce, se ha estimado entre un 2 y un 3% de la población general<sup>(5,6)</sup>. Sin embargo, los estudios de Norteamérica y Europa han revelado tasas de prevalencia que van desde 1% a 5% en la población general<sup>(7)</sup>. La edad media al diagnóstico depende de la población estudiada, y con mayor frecuencia se sitúa entre los 30 y los 60 años<sup>(5,6)</sup>. En España la prevalencia estimada es del 2,4% y la mayoría son mujeres con un ratio mujer/hombre de 20/1.<sup>(8)</sup>

A pesar de la dificultad para definir la fisiopatogenia de la fibromialgia, la teoría más aceptada es que se trata de un trastorno de la modulación del dolor con amplificación de las señales aferentes del dolor en la medula espinal. Las vías de dolor no funcionan eficazmente, con desequilibrio en la médula espinal entre los neurotransmisores excitativos (como el glutamato, el aspartato, la sustancia P) y los inhibitorios (serotonina, noradrenalina [norepinefrina]), ácido  $\gamma$ -aminobutírico).<sup>(8,9)</sup>

Los factores psicológicos y sociales pueden contribuir y han mostrado una asociación con la iniciación y persistencia de la fibromialgia. Algunos autores consideran que los factores psicológicos son predominantes, otros consideran que se trata de una patología esencialmente psiquiátrica.

No obstante, esta apreciación es rechazada contundentemente por las afectadas y los afectados, que consideran el malestar psíquico secundario a sus dolencias físicas y reivindican su derecho a que el síndrome sea considerado una enfermedad física<sup>(6)</sup>. Para el médico, este síndrome se caracteriza por la ausencia de afección orgánica específica demostrable, carencia de una prueba diagnóstica confirmatoria objetiva, frecuente relación con problemas psicopatológicos, gran impacto en los recursos sanitarios y su difícil tratamiento.

Se han descrito como posibilidades de tratamiento farmacológico los analgésicos (AINES), antidepresivos, anticonvulsivantes, benzodiazepinas y otros fármacos. Pero, no existen trabajos que determinen qué tipo de fármaco es el más eficaz, o en qué secuencia o asociación se deben utilizar para obtener la mejor respuesta posible.

### Fibromialgia y clasificaciones

La **CIE 10** describe la fibromialgia en el apartado de “Otros tras-

tornos de los tejidos blandos, no clasificados en otra parte”.<sup>(10)</sup> En el DSM IV<sup>(11)</sup> se encuentra como Trastorno somatomorfo por dolor. (Ver tabla 1)

El DSM 5<sup>(12)</sup> no incluye como entidad psiquiátrica el síndrome de fibromialgia, sino que lo integra dentro de los siguientes diagnósticos:

- Diagnóstico comórbido en los trastornos del sueño.
- Diagnóstico diferencial del Trastorno por síntomas somáticos (F45.1) dolor y asociación con ansiedad y depresión.
- Como consecuencia de factores psicológicos que afectan otras condiciones medicas (F54) están los síndromes funcionales (medicina clínica): migraña, síndrome de intestino irritable y fibromialgia.

Criterios del *American College of Rheumatology*: Inicialmente en 1990 se plantean estos criterios con una sensibilidad del 88% y una especificidad del 81% para detectar fibromialgia. Se asume que el paciente tiene fibromialgia si se cumplen los criterios 1 y 2 (ver tabla 2). Estos criterios aseguraron la validez en el diagnóstico de fibromialgia con independencia de que hubiera o no otras enfermedades concomitantes.

En mayo del 2010 el *Colegio Americano de Reumatología* creó unos nuevos criterios diagnósticos:

- **Dolor** musculoesquelético generalizado que compromete 7 áreas específicas o más.
- **Fatiga** moderada a grave.
- **Trastornos del sueño o síntomas cognitivos** de más de 3 meses de evolución.

**Se debe considerar para el diagnóstico:** rigidez articular, depresión, cefaleas frecuentes, mareos, debilidad e irritabilidad del aparato digestivo y genitourinario.

### Fibromialgia y trastornos de ánimo

Se ha descrito una importante prevalencia de depresión, ansiedad y estrés post traumático en paciente con síndrome de fibromialgia.

Un estudio<sup>(13)</sup> que se realizó en Alemania en el 2013 incluyó pacientes con diagnóstico de fibromialgia en varios centros de diversas especialidades médicas: 3 centros de reumatología/ortopedia, 3 centros de medicina psicosomática/dolor y 2 centros de medicina física. Para la detección de casos en el estudio usaron la versión alemana del cuestionario de salud: “*The German version of the Patient Health Questionnaire*”<sup>(4)</sup>.

Con un total de 538 pacientes con diagnóstico de fibromialgia, 396 pacientes cumplían criterios para trastorno del estado del ánimo (93.9% mujeres con una media de edad de 52.3 años, media de duración del dolor crónico de 12.8 años, con una media del diagnóstico de Síndrome de fibromialgia de 4.5 años). Del total el 65.7% de las pacientes cumplía con el criterio de potencial trastorno depresivo (sin especificar el tipo de depresión). 67.9% de potencial trastorno de ansiedad, 45.5% de potencial trastorno por estrés post traumático. El potencial trastorno depresivo fue más frecuente en el centro de medicina psicosomática y del dolor. Estos datos correlacionan la prevalencia frecuente de trastornos de ansiedad y de depresión en paciente con fibromialgia, sin aclarar si estos trastornos son primarios o secundarios respecto a la fibromialgia.

En el trabajo de revisión del 2010, E. Revuelta Evrard y cols.<sup>(14)</sup> destacan que tanto la depresión como la ansiedad son patologías prevalentes en la población normal y más asociadas a fibromialgia. Fundamentan lo descrito en mecanismos etiopatogénicos comunes, no bien demostrados, como el estrés crónico, el dolor crónico, la frustración personal dependiente o independiente de la enfermedad, la automedicación, el diagnóstico tardío, los tratamientos ineficaces, etc. También en cuestiones relacionadas al ámbito social como los problemas familiares, laborales, los que influyen negativamente sobre el estado anímico en estos pacientes, recurriendo a la automedicación que alivie el dolor y síntomas asociados como la desesperanza, la culpabilidad y la desesperación.

En esta revisión describen las observaciones de varios autores: Ford<sup>(15)</sup> describe: “la fibromialgia como una patología que se utiliza como mecanismo de racionalización para problemas psicosociales, como mecanismo de afrontamiento o incluso como forma de vida”. Para algunos autores la fibromialgia es consecuencia de trastornos afectivos precediendo estos en su aparición. Goldberg<sup>(14)</sup>, describe la fibromialgia como consecuencia de la depresión asociada a antecedentes familiares de la misma enfermedad. Asimismo que otros autores destacan que se trata solo de una cuestión de comorbilidad y también que el estado de ánimo depresivo es consecuencia de la fibromialgia basándose en la observación de las dificultades diarias consecuentes al dolor y las conductas o comportamiento de evitación de aparición del mismo. Se proponen 3 hipótesis de asociación entre fibromialgia y depresión<sup>(16)</sup>:

- Fibromialgia como manifestación de la depresión.
- Depresión como consecuencia de la fibromialgia.
- La existencia de anormalidades fisiopatológicas comunes a ambas enfermedades

Otra hipótesis sugiere que la depresión en la fibromialgia se debe al modelo de indefensión aprendido como consecuencia del desconocimiento de la causa del dolor y el desconcierto ante la evolución futura de la enfermedad, ambas razones suficientes para provocar un estado de ansiedad.

Kurtze<sup>(17)</sup>, formula que la ansiedad y la depresión son independientes de la intensidad del dolor, y, Epstein<sup>(18)</sup>, mediante un estudio multicéntrico, describe que la comorbilidad psiquiátrica en la fibromialgia supone un empeoramiento funcional grave; asimismo Panerai<sup>(19)</sup>, postula que en la fibromialgia existe una activación del sistema inmunológico mientras que en la depresión sucedería al revés, ello como un criterio diagnóstico diferencial.

La relación entre fibromialgia y alteraciones del estado de ánimo se complejiza, al considerar el término “depresión enmascarada” definido por primera vez en 1947 por Schinuk. Luego en 1966 López Ibor crea el término “equivalente depresivo”. En 1969 Walcher habla de “depresión larvada”<sup>(20)</sup>. Desde 1973 se logra consenso al definir “depresión enmascarada” como “aquellas manifestaciones de depresión en que los síntomas somáticos están en primer plano o en que los síntomas psíquicos están enmascarados”<sup>(21)</sup>.

Desde el plano psicopatológico, Zukerfeld<sup>(22)</sup> retoma trabajos de Green, motivados en la obra de Freud y propone la “tercera tópic”, con respecto a esta, “observamos que estos pacientes presentan un funcionamiento predominantemente escindido, lo que

explicaría los rasgos alexitímicos, el escaso registro anímico y la pobreza representacional para afrontar conflictos”. “En la depresión el dolor podría ser incluso el único síntoma presente, siendo un predictor de recaídas la persistencia de síntomas dolorosos residuales”<sup>(23)</sup>.

Un estudio realizado con psiquiatras en el Congreso de Mar de Plata –Argentina– del año 2010<sup>(23)</sup>, reveló que los encuestados conocían el término “depresión enmascarada”, aunque no recibieron conocimiento sobre ella en la formación de grado y sin encontrarse esta entidad en el DSM IV. La depresión enmascarada se muestra en la clínica con predominio de síntomas somáticos y en general es tratado por médicos clínicos, sin tener la mejor respuesta del cuadro. Es importante considerarla al hablar de fibromialgia debido a la posibilidad de que sean entidades comorbidas o incluso superpuestas.

Bradley<sup>(24)</sup> establece algunas patologías comórbidas con fibromialgia: síndrome de fatiga crónica, 21-80%; síndrome de intestino irritable, 32-80%; trastorno temporomandibular, 75%; cefalea, 10-80%; TDM, 62%; sensibilidad a fármacos múltiples, 33-55%; cistitis intersticial, 13-21%; dolor pelviano crónico, 18%.

### Grados de la fibromialgia relacionadas con la calidad de vida

Establecer los grados de la fibromialgia es útil para analizar la calidad de vida y como se ve afectado el paciente cuando se le hace el diagnóstico y está en tratamiento.

La valoración de la funcionalidad en fibromialgia no está definida por un protocolo o instrumento específico, consensuado por la comunidad científica. Cada grupo de trabajo ha establecido herramientas que le parecen las más útiles. Se han propuesto cuestionarios que evalúan el impacto de la fatiga y de la fibromialgia.

Así, existe la Escala de Impacto de la FATIGA –FIS– (Fish JD, 1994) que analiza 40 ítems o la escala de valoración multifuncional de la fatiga –MAF–. También se ha generalizado mucho la escala de impacto de la fibromialgia, Fibromialgia Impact Questionnaire –FIQ–, que puntúa el grado de intensidad del dolor en siete escalas diferentes y un cuestionario. Pero estos cuestionarios son autoadministrados, con las connotaciones y limitaciones metodológicas que suponen.

En el caso de la valoración funcional de la fibromialgia, el documento de consenso para esta enfermedad en Catalunya (2002)<sup>(25)</sup> fijó también 3 grados diferentes de afectación vital<sup>(22)</sup>:

- **Grado I leve:** La persona puede llevar a cabo una vida autónoma, mantener una actividad laboral normalizada, excepto en los períodos de gran aumento del dolor, coincidentes con un gran estrés psicosocial.
- **Grado II moderado:** La sintomatología de la persona desencadenará en una restricción moderada en las actividades de la vida cotidiana, incluyendo los contactos sociales, y en la capacidad para desempeñar un trabajo remunerado en el mercado laboral.
- **Grado III severo:** La persona, debido a la alta intensidad de su sintomatología, verá muy restringida el desarrollo de las actividades de la vida diaria, presentando una grave disminución de su capacidad laboral, por deficiencias importantes en la capacidad para mantener la concentración, no

pudiendo seguir el ritmo de las tareas del trabajo, precisando períodos de baja laboral por incapacidad temporal.

### **Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura Belenguer, Ramos-Casals, Siso y Rivera**

Según Belenguer, Ramos-Casals, Siso y Rivera<sup>(2)</sup> después de hacer una revisión sistemática de la literatura disponible desde el 1 de enero de 1955 hasta el 31 de marzo de 2008. Considerando como criterio de selección de los artículos: el artículo debía estudiar o analizar a pacientes con FM, su contenido debía estar relacionado, al menos potencialmente, con la clasificación o subdivisión de la fibromialgia y que no evaluaron información procedente de resúmenes presentados en congresos. Observaron que se podía dividir la fibromialgia en 4 tipos. (ver tabla 3)

#### **Protocolo para evaluación de pacientes con fibromialgia<sup>(2)</sup>**

- 1. Evaluación de los criterios de FM (cuantificación de los puntos dolorosos)
- 2. Evaluación de los puntos dolorosos «control»
- 3. Cuestionario FIQ (cuestionario de impacto de la fibromialgia)
- 4. Evaluación de la alodinia inducida por esfigmomanómetro
- 5. Prueba de la marcha (6 min)

La evaluación de la alodinia inducida por esfigmomanómetro, es una técnica usada para determinar la sensibilidad al dolor y poder distinguirlo de la simulación. La alodinia se define como “la percepción anormal del dolor, nacido de un estímulo mecánico o térmico que de manera normal es indoloro; por lo común tiene elementos de retraso en la percepción y de la sensación residual. Este dolor aparece en respuesta a un tacto ligero y viene señalado por la actividad en los mecanorreceptores de bajo umbral en presencia de una neurona central transmisora del dolor sensibilizada”<sup>(26)</sup>. La técnica consiste en observar si se presenta o no alodinia a la presión del manguito que se utiliza para medir la tensión arterial<sup>(27)</sup> el cual, en la población general, no debería causar dolor ni dejar sensación de dolor después de su uso<sup>(28)</sup>.

La prueba de la marcha de los 6 minutos o test de 6 minutos de marcha (T6MM), es una medida externa relacionada indirectamente con la capacidad funcional<sup>(29)</sup>, es medida en metros recorridos en 6 minutos y según la escala de fatiga de Borg que se aplica justo después del T6MM, en donde 0=sin esfuerzo (sin fatiga durante la realización del test de la marcha) y 10=esfuerzo máximo. Se puede deducir mayor grado de incapacidad a menos metros recorridos en T6MM y mayor esfuerzo referido<sup>(29)</sup>.

Estos 5 puntos se encuentran descritos por Belenguer, Ramos-Casals, Siso y Rivera<sup>(2)</sup> en su revisión, es importante considerar que hay varios cuestionarios e instrumentos, usados de acuerdo a los objetivos de los investigadores.

#### **Clasificación de la fibromialgia**

**TIPO I: idiopática:** Los pacientes no tienen evidencias objetivas de enfermedad auto inmune. Presentan posibles alteraciones inmunitarias locales, quizá relacionadas con las terminaciones nerviosas, lo que entra en el campo de la neuroinmunología. El enfoque terapéutico es distinto del de la gran mayoría de los pacientes con SFM. Se espera mayor beneficio de la terapia farmacológica centrada en el síntoma principal, recomiendan **fármacos antidepresivos con propiedades analgésicas, o incluso analgésicos puros** (sim-

ples o en combinación). En general no hay enfermedad psiquiátrica asociada.

**TIPO II: Enfermedad crónica, sistémica, locoregional:** Son pacientes con diagnósticos de enfermedades crónicas reumatólogicas, confirmadas por laboratorio. El objetivo del tratamiento debe ser controlar los principales síntomas de la enfermedad de base, que puede ser la inflamación articular en los pacientes con artritis reumatoide, espondilitis y lupus eritematoso sistémico (LES), la inflamación muscular (miopatías) u otros síntomas tanto generales como locales (como la sequedad en el síndrome de Sjögren). Suelen responder de forma positiva al uso de antipalúdicos como la **hidroxicloroquina**. En los brotes agudos de estas enfermedades resulta inevitable para su control el uso de antiinflamatorios y corticoides y en los casos más graves, inmunosupresores e incluso terapias biológicas. Se debe tener en cuenta la aparición casi invariable de alteraciones psicopatológicas en todo paciente con una enfermedad incurable de evolución crónica.

**TIPO III: Enfermedad psiquiátrica:** En este subgrupo de pacientes resulta crucial la contribución del psiquiatra, que debe evaluar con detalle los aspectos psicopatológicos y sociales que influyen en el estado de salud del paciente, por medio de cuestionarios autoaplicados como el Symptom Checklist (SCL-90R), el Illness Behavior Questionnaire (IQB), el Chronic Illness Problem Inventory (CIPI), el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) o el Beck Depression Inventory (BDI). El aspecto clave en la identificación de estos pacientes es la demostración de que la enfermedad psicopatológica es previa al diagnóstico de la fibromialgia.

Hay dos tipos psicopatológicos descritos por Blasco (Ver tabla 4) y que son útiles para identificar el perfil del paciente. Cuando se habla de enfermedad psiquiátrica asociada a fibromialgia, se hace evidente que poseen un mayor desajuste general, sentimientos de inmadurez personal y estrés subjetivo, por lo que se aconseja que su **enfermedad sea abordada principalmente desde el ámbito de la salud mental**. Se recomienda el uso de técnicas conductuales y fármacos como antidepresivos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y otros psicofármacos. El tratamiento exclusivamente psicoterapéutico de este subgrupo de pacientes no debe nunca estar solo centrado en los síntomas físicos (principalmente el dolor), sino sobre todo en tratar la enfermedad psiquiátrica subyacente.

**TIPO IV: Fibromialgia simulada:** Hay un subgrupo de pacientes que simulan el padecimiento de la fibromialgia. Lo facilita el libre acceso a la información por medio de internet y que es una enfermedad en que no se dispone de pruebas específicas que permitan un diagnóstico de certeza. El objetivo principal de este subgrupo de pacientes suele ser la obtención de una baja laboral permanente, y suele ser común que una vez conseguida, dejen de acudir a las visitas. No hay estudios que propongan una pauta protocolizada para evaluar e identificar a estos pacientes.

#### **Evaluación multidisciplinaria de la fibromialgia**

A lo largo de este artículo hemos tratado de abordar el síndrome de la fibromialgia como una entidad compleja, que inevitablemente requiere atención de parte de varias especialidades médicas. El clínico en general es el primero en atender a estos pacientes, a partir de los análisis y la posible progresión de los síntomas ocurre un sin número de visitas a especialistas del dolor, reumatólogos, psiquiatras, en general, sin contar con recursos para un adecua-

do diagnóstico, la propuesta del equipo de Belenguer nos parece interesante al confluir el saber objetivo médico, los síntomas del paciente y su modo previo de afrontar la vida o el perfil psicológico que tiene para entender en la mayoría de los casos si se debe a un dolor real (orgánico o psíquico) o a una simulación. Figura 1

## Dos casos<sup>1</sup> de fibromialgia: Análisis

### Viñeta 1. Paciente L

Paciente femenina de 50 años, realiza tareas de acompañante terapéutico en domicilios. Vive con su esposo y dos hijos varones de 20 y 18 años. Consulta a psiquiatría por angustia y síntomas depresivos. Toma clonazepam y escitalopram desde hace 2 años por indicación del psiquiatra al que consultó en aquel momento por cuadro depresivo. Actualmente no asiste a tratamiento, pero refiere conseguir la medicación. Antecedentes de episodios similares al relatado en varias etapas de su vida, sin referir cuadros de manía o hipomanía con historia de tratamientos previos. Los síntomas depresivos se agravan al recibir su diagnóstico de fibromialgia. Refiere estar muy angustiada por su dolor permanente. Se muestra ansiosa por la posibilidad de perder su registro de conducir dada su incapacidad física.

**Examen mental:** Paciente lúcida, colaboradora, de aspecto muy cuidado (maquillada, cabello alisado, vestimenta acorde a la edad). Euproséxica, eumnésica, sin alteraciones de la sensopercepción. Pensamiento de ritmo eupsíquico, curso conservado con contenido referido a su enfermedad de base. Juicio conservado con conciencia de enfermedad y situación.

**Antecedentes personales:** Hace 5 años le diagnostican fibromialgia. Está en tratamiento reumatológico, consume paracetamol, tramadol y diclofenac a demanda. Refiere dolores permanentes e incapacitantes generalizados, sobre todo a nivel de las extremidades de los miembros inferiores y superiores (pies y manos). También experimenta cansancio corporal que se incrementa durante el transcurso del día, rigidez de manos y en ocasiones cierta “electricidad” al abrir una puerta o tocar ciertos objetos. Por la noche no puede conciliar el sueño ya que el roce de las sábanas le produce dolor. Los estudios de imágenes que le han realizado no muestran cuadro degenerativo.

**Antecedentes familiares relevantes:** Padre fallecido de enfermedad cardíaca, madre de 78 años sin enfermedades relevantes. Refiere tener un vínculo disfuncional con sus dos hermanos (“ellos siempre me envidiaron”).

Dos sobrinos han fallecido en situaciones traumáticas, hace siete años aproximadamente. La paciente refiere que estas muertes la afectaron mucho porque tenía gran apego con ellos.

Presenta disfunción familiar de larga data. La paciente está casada desde hace 24 años. Hace aproximadamente diez años que el matrimonio presenta dificultades de relación. Su esposo es un hombre de negocios que trabaja muchas horas fuera del hogar y estaría cursando un cuadro depresivo, sin tratamiento en la actualidad. Existen episodios de violencia de pareja, no valorados por la paciente como tal (por ejemplo, él revolea objetos, ejerce presión económica y psicológica, celos). Desde el inicio de su enferme-

dad, ella no ha podido responder a sus obligaciones familiares ni laborales. Su familia no comprende sus limitaciones físicas. El clima familiar es de tensión permanente por discusiones de la pareja, con involucramiento de los hijos.

**Aspecto laboral:** La paciente se encuentra sin trabajo continuo (“no me llaman para trabajar”; “yo tenía un trabajo bárbaro”). Refiere pérdida laboral asociada a su enfermedad (la despiden de su trabajo en una empresa porque no podía cumplir con los horarios). Inició un juicio laboral, la paciente expresa: “no me creyeron cuando me enfermé” por eso los demandé.

**Tratamiento, evolución:** Se realiza tratamiento psiquiátrico y psicológico con buena respuesta al inicio, sobre todo en lo que respecta al trabajo sobre su problemática familiar y la asociación con el empeoramiento de sus síntomas. En cuanto al esquema farmacológico se realiza nuevo esquema con duloxetine 60mg/día. El dolor disminuye parcialmente. Reinicia actividad social y emplea más horas del día en su trabajo. Luego de 8 meses la paciente abandona el tratamiento.

**Aspectos del encuadre terapéutico:** La paciente expresa un lenguaje cargado de expresiones faciales con articulaciones de la palabra que extreman el movimiento bucal (sobreactuación). Tiende a romper el encuadre que se propone con reiteradas insatisfacciones y presentaciones espontáneas. Al momento, de finalizar la entrevista suele irrumpir en llanto e intenta prolongarla.

A su vez, la paciente rechaza ciertos tipos de ayuda como participar de grupos especializados en fibromialgia. Tiene un manejo de la medicación propio (consigue benzodiazepinas y evalúa su dosis, al igual que con los analgésicos).

### Viñeta 2. Paciente S

Paciente femenina de 45 años al momento de la consulta. Tercario incompleto. Desempleada. Vive en la casa paterna. Su hermano mayor padece esquizofrenia.

Derivada desde la guardia a consulta externa en el año 2012. Asiste una sola vez, luego es readmitida en noviembre del mismo año; refiere no haber continuado por “no tener fuerzas para levantarse de la cama”. Manifiesta tener dolor en todo el cuerpo y mucha fatiga lo que la mantenía permanentemente en la cama y con escaso contacto social. Presenta insomnio. Está en tratamiento por Reumatología y Psicología en el mismo Hospital.

**Examen mental:** Paciente lúcida, orientada. Euproséxica, eumnésica, sin alteraciones de la sensopercepción. Pensamiento de ritmo enlentecido, curso conservado con contenido referido a su enfermedad de base. Juicio conservado con conciencia de enfermedad y situación. Presenta angustia por su dolor y fatiga permanentes, que a su tiempo limitaron la posibilidad de continuar trabajando y ahora la limitan en su actividad diaria.

**Antecedentes personales:** A los 26 años, tuvo un síndrome depresivo y una internación por intento de suicidio. A los 32 años, comienza sintomatología de fibromialgia. Desde entonces, tuvo múltiples tratamientos (psiquiátrico y psicológico) con abandonos y reinicios. A los 38 años, diagnóstico de endometriosis. Cirugía laparoscópica quiste ovario izquierdo. A los 40 años, nuevo síndrome depresivo e intento de suicidio con psicofármacos. Internación por 5 días. Al año siguiente recibe el diagnóstico de fibromialgia. Comienza tratamiento en reumatología, terapia grupal, psicología

<sup>1</sup> Los casos expuestos han sido ficcionados con el fin de una mejor exposición de los temas tratados.

y psiquiatría. Se le indica amitriptilina 200 mg./día + clonazepam 1,5 mg./día + lorazepam 2.5 mg. según temblores y movimientos involuntarios. Abandono de medicación por cuenta propia.

En el año 2013, cursa internación en hospital por cefalea (“*cuchillos en la cabeza*”), cervicalgia, dolor generalizado, náuseas, vómitos, sialorrea intensa que cede solo cuando está en presencia de los médicos psiquiatras, intolerancia a líquidos y sólidos, insomnio.

Presenta disfunción familiar de larga data. La familia de origen presenta una conflictiva crónica. Al irse su hermana de la casa, ella comienza con cefaleas. A los 35 años forma pareja y se separa 5 años después, retornando a la casa paterna. La distribución de los roles en la casa es: la hermana “sana” trabaja (también ha retornado al hogar por separación), el padre es jubilado por lo que dedica todo su tiempo a realizar trámites en hospitales para todos los enfermos de la casa, él incluido (refiere padecer depresión). Ella y su hermano enfermo (esquizofrenia) están en casa permanentemente. La madre se ocupa de la casa cuando puede (depresión en tratamiento).

**Antecedentes familiares relevantes:** A los 9 años fallecimiento de las abuelas e internación del hermano por esquizofrenia. A los 18 años, fallece su abuelo paterno. En el año 2000, internación del padre por enfermedad neurológica, no recuerda diagnóstico. Refiere estas situaciones como muy estresantes y seguidas de episodios depresivos.

**Aspecto laboral:** Hace 6 años abandono del trabajo como secretaria en una empresa donde tenía personal a cargo: “*El cuerpo no me da. No sé que tengo. Nadie me entiende. No aguanto las 8 hs. de trabajo normales*”. Aumento de la sintomatología y deterioro de la salud, solicita frecuentemente carpetas médicas por lo que es citada a juntas médicas lo que la pone ansiosa y expectante: “*No me creyeron*”, “*No creen en la fibromialgia, dicen que es algo emocional*”, “*Yo quiero trabajar, tener mi propio dinero, pero no puedo*”.

**Tratamiento y evolución:** Se instauró duloxetine 60 mg/día y continuidad con lorazepam 5 mg/día, sin presentarse efectos adversos. Dejó de asistir a psicoterapia, abandonó tratamiento en reumatología. Se agrega aripiprazol 10 mg luego de episodio micro-psicótico. Buena respuesta a la medicación, luego de 6 meses comienza a salir con amigas y se relaciona con un hombre del barrio, relación que logra sostener y consolidar. La relación con su familia es más tolerante. Su actitud ante la vida ha cambiado, se arregla, programa salidas, paseos.

**Aspectos del encuadre terapéutico:** Se trabajó en la construcción de una relación terapéutica adecuada (desconfianza, historia de deambular en distintos servicios), y se logró que concurriera a todas las citas. Venía siempre acompañada por su padre. Se presentaban con puntualidad escrupulosa, bien vestida, maquillaje suave, cabello arreglado. Persiste el llanto en cada final de consulta y la resistencia a terminar la misma. Resultó significativo que en el contexto de estar su hermana “sana” internada por enfermedad, y a partir de un incidente en la sala de espera, por la que se debió interrumpir la sesión unos minutos, estalla en llanto y refiere “*estoy cansada de siempre ceder y que me pasen por arriba*”, “*yo siempre tengo que entender a los otros y a mí nadie me entiende*”. Al día siguiente realiza un episodio de agitación psicomotriz, episodio de despersonalización, y posterior internación en la guardia hospitalaria. Refiere que no pudo más: “*reventé*”, “*¿y si mi hermana se enferma quien nos atenderá?*”.

## Análisis de los casos presentados

Las historias clínicas presentan elementos que resultan similares al momento de analizarlos. A continuación se realiza un cuadro comparativo del cuadro sindromático como así también del diagnóstico presuntivo de cada una (ver tabla 5).

Ambas pacientes cumplen criterios para un diagnóstico de fibromialgia, si tomamos en cuenta la definición de la OMS y la caracterización del DSM IV.

Profundizando en el análisis, estas pacientes podrían encuadrarse en una tipología de tipo III, según señala la teoría y clasificación de Belenguer, anteriormente descrita: enfermedad psiquiátrica con perfil B de somatización. Ambas poseen antecedentes previos de patología psiquiátrica: trastorno depresivo mayor (ver tabla 6).

El cuadro afectivo y las algias están muy asociados a cuestiones vinculares, problemas familiares, pérdidas, etc. Recrudescen cuando tienen que afrontar situaciones estresantes. Se presentan demandantes, con un fuerte monto de ansiedad. Ambas son personas dependientes, con hiper-reactividad ante las críticas. Tienen dificultades en las relaciones interpersonales. También, tendencia a abandonar los tratamientos que inician, a querer manipular el encuadre y establecer con el terapeuta una relación de dependencia. Son de difícil abordaje terapéutico y requieren de interdisciplina.

## Conclusiones

Ambas viñetas y la revisión realizada de una parte de la literatura disponible nos permiten reflexionar y hacer algunas preguntas acerca del origen de este síndrome: En la fibromialgia ¿es primero el componente psiquiátrico o el cuadro doloroso?, en este caso ¿cuál sería la principal especialidad implicada en su abordaje?, la interrelación dolor-depresión ¿son síntomas asimilables a los de otras patologías que cursan con ellos o tienen diferencias?, ¿los pacientes con fibromialgia pueden aspirar a una curación?

Entendemos que, en cada paciente los síntomas de esta enfermedad se presentan de diferente manera y asociados a factores diversos. Aún así, se puede afirmar que estos procesos una vez establecidos tienden a retroalimentarse y cronificarse. Los casos presentados guardan similitudes importantes que nos llevan a plantearnos si la interrelación depresión-dolor va moldeando aspectos personales y conformando una modalidad de funcionamiento característica y un modo de afrontar la vida.

El enorme impacto social de la fibromialgia ha originado un aumento exponencial de las consultas que reciben especialmente los médicos de atención primaria y los reumatólogos por parte de pacientes que presentan cuadros clínicos compatibles con esta enfermedad. Es un desafío valerse de los recursos disponibles para poder realizar un diagnóstico más certero desde la interdisciplina, responder a la demanda de los pacientes, y desarrollar tratamientos más efectivos a mediano y largo plazo.

Finalmente, creemos que esta patología como muchas otras se presentan para la medicina un camino que aún queda por recorrer.

---

Agradecimiento: Dr. Hugo Carrol, Dra. Ester Allegue, Dra. Maria Delia Michat. Cátedra de Clínica Psiquiátrica Instituto Superior de Formación de Postgrado APSA.

---

## Bibliografía

1. Goldenberg DL. Fibromyalgia syndrome: an emerging but controversial condition. *JAMA* 1997;257:2782-2787
2. Belenguer R, Ramos-Casals M, Siso A, Rivera J. *Reumatol Clin*. 2009;05:55-62. - Vol. 05 Núm.02
3. Villanueva VL, Valía JC, Cerdá G, Monsalve V, Bayona MJ, de Andrés J. Fibromyalgia: diagnosis and treatment. *Current knowledge. Rev Soc Esp Dolor*. 2004;11:430-443.
4. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, et al. Criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-172.
5. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum*. 1995;38:19-28.
6. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London Fibromyalgia Epidemiology Study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *J Rheumatol*. 1999;26:1570-6
7. Inanici F, Özdemir O, Aydo T, Sendil A, Kutsal Y, Haşcelik Z. The frequency of fibromyalgia in sport professionals. *Rheumatol Intern* 2010;1567-1572.
8. Ubago Linares. M.C. Ruiz Pérez, I, Bermejo Pérez M. J, Olry de Labry Lima A y Plazaola Castaño J. Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Rev Esp Salud Pública* 2005; 79: 683-695
9. Dres. Anisur Rahman, Martin Underwood, Dawn Carnes. *Clinical Review.Fibromyalgia*. *BMJ* 2014;348:1224
10. Clasificación internacional de enfermedades, décima versión. Disponible en: <http://www.cie10.org/index.html>
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4a edición*. Washington, DC.: American Psychiatric Association; 1994.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed*. Arlington: American Psychiatric Association, 2013
13. GALEK A, ERBSLÖH-MÖLLER B, KÖLLNER V, KÜHN-BECKER H and COLBS. Mental disorders in patients with fibromyalgia syndrome : Screening in centres of different medical specialties. *Shmerz*. 2013
14. E. Revuelta Evrarda,, E. Segura Escobar y J. Paulino Tevarc. Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor*. 2010;17(7):326-332.
15. Moreno Gallego I, Montaña Alonso A. Aspectos psicológicos y psiquiátricos de la fibromialgia. *Rev Esp Reumatol*. 2000;27: 436-41.
16. Pope HG Jr, Hudson JI. Supplemental interview for forms of "affective spectrum disorder" *Int J Psychiatry Med* 1991;21:205-232
17. Kurtze N, Svebak S. Fatigue and patterns of pain in fibromyalgia: correlations with anxiety, depression and co-morbidity in a female county sample. *Br J Med Psychol*. 2001;15:523-537.
18. Epstein SA, Kay G, Clauw D, et al. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation. *Psychosomatics*. 1999;40:57-63
19. Panerai AE y cols. Peripheral blood mononuclear cell  $\beta$ -endorphin concentration is decreased in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia but not in depression: preliminary report. *The Clinical Journal of Pain* 2002;18:270-273.
20. Concha I. Depresión enmascarada. *Cuadernos de neurología. Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile*. Vol XXII. 1997. Link visto el 16/02/2015: [http://escuela.med.puc.cl/publ/Cuadernos/1997/pub\\_03\\_97.html](http://escuela.med.puc.cl/publ/Cuadernos/1997/pub_03_97.html)
21. Vallejo Ruiloba J. *Estados depresivos. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*. 2a. Edición 1987, pág. 598.
22. Zukerfeld R, Zonis Zukerfeld R. "Psicoanálisis, tercera tópica y vulnerabilidad somática". Capítulo 1: tercera tópica y vulnerabilidad somática. Editorial Lugar. 1999. 1 ra Edición. P 17- 48.
23. Allegue E, Bortolato D, Carroll H, Córdoba J, Delego A.E, Testini J. Estudio sobre depresión enmascarada. Capítulo de práctica de la docencia e investigación educativa en salud mental. Aportes a la psiquiatría argentina del siglo XXI. APSA. Buenos Aires. 2012 Pag 43-54.
24. Bradley LA. Pathophysiologic mechanisms of fibromyalgia and its related disorders. *J Clin Psychiatry* 2008; 69 (suppl 2)
25. Alijotas J, Alegre J, Fernandez- Sola J, Cots JM, Panisell J, Peri JM, Pujol R. Grupo de Trabajo del síndrome de fatiga crónica de Catalunya. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome de fatiga crónica en Catalunya. *Med Clin* 2002; 118: 73-76.
26. Véase definición en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Alodinia> link visualizado el 20 de enero de 2015.
27. Alegre C, López M, Campos S, Brat M. Abordaje de la fibromialgia en la práctica clínica. *CM de Psicobioquímica*, 2014; 3: 27 - 37.
28. Vargas A, Vargas A, Hernandez-Paz R, Sanchez-Huerta JM, Romero-Ramirez R, mezcua-Guerra L et al. Sphygmomanometry-evoked allodynia--a simple bedside test indicative of fibromyalgia: a multicenter developmental study. *J Clin Rheumatol* 2006; 12(6):272-4
29. Esteve-Vives J, Rivera J, Vallejo M A y Grupo ICAF. Evaluación de la capacidad funcional en fibromialgia. Análisis comparativo de la validez de constructo de tres escalas. *Reumatol Clin*. 2010;6(3):141-144
30. Carroll, H. Allegue, E. Clases de Clínica y Semiología psiquiátrica. Módulo trastornos del ánimo área clínica 1: "Trastornos del estado del ánimo". 2. "Duelo y trastornos adaptativos" 2005. Pag 25- 72.

## GRÁFICOS y TABLAS

**Tabla 1. Criterios Diagnósticos DSM IV trastorno somatomorfo por dolor.**

- A. Dolor localizado en varias partes del cuerpo, de más de 6 meses de duración, es el síntoma principal del cuadro clínico, siendo de suficiente gravedad como para merecer atención médica.
- B. El dolor provoca un malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral y de otras áreas importantes del individuo.
- C. Se considera que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor .
- D. El dolor no es simulado ni producido intencionadamente.
- E. El dolor no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno de ansiedad o un trastorno psicótico

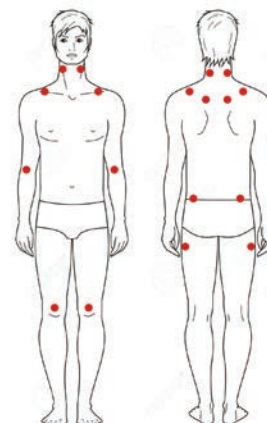
**Codificar el tipo:**

- Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos
- Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica.
- Trastorno por dolor asociado a enfermedad médica
- Agudo: menos de 6 meses
- Crónico: más de 6 meses

**Tabla 2. Criterios para fibromialgia del American College of Rheumatology**

1. Historia clínica de dolor generalizado al menos durante 3 meses.

2. Dolor a la palpación digital en al menos 11 de los 18 puntos dolorosos definidos



**Tabla 3. Clasificación de la fibromialgia**

(tomado de Belenguer R, Ramos-Casals M, Siso A, Rivera J. Reumatol Clin. 2009;05:55-62. - Vol. 05 Núm.02) (2)

| Tipo     | Proceso primario                             | Enfermedad autoinmune/reumatológica | Enfermedad psiquiátrica | Perfil psicopatológico        |
|----------|--|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| Tipo I   | Idiopático                                   | No                                  | No                      | Normal                        |
| Tipo II  | Enfermedad crónica (sistémica /locoregional) | Si (a)                              | No (c)                  | Perfil A (ansioso /depresivo) |
| Tipo III | Enfermedad psiquiátrica                      | No (b)                              | Si                      | Perfil B (somatización)       |
| Tipo IV  | simulación                                   | No                                  | No                      | Demandante                    |

a. Cumplimiento de los criterios diagnósticos vigentes

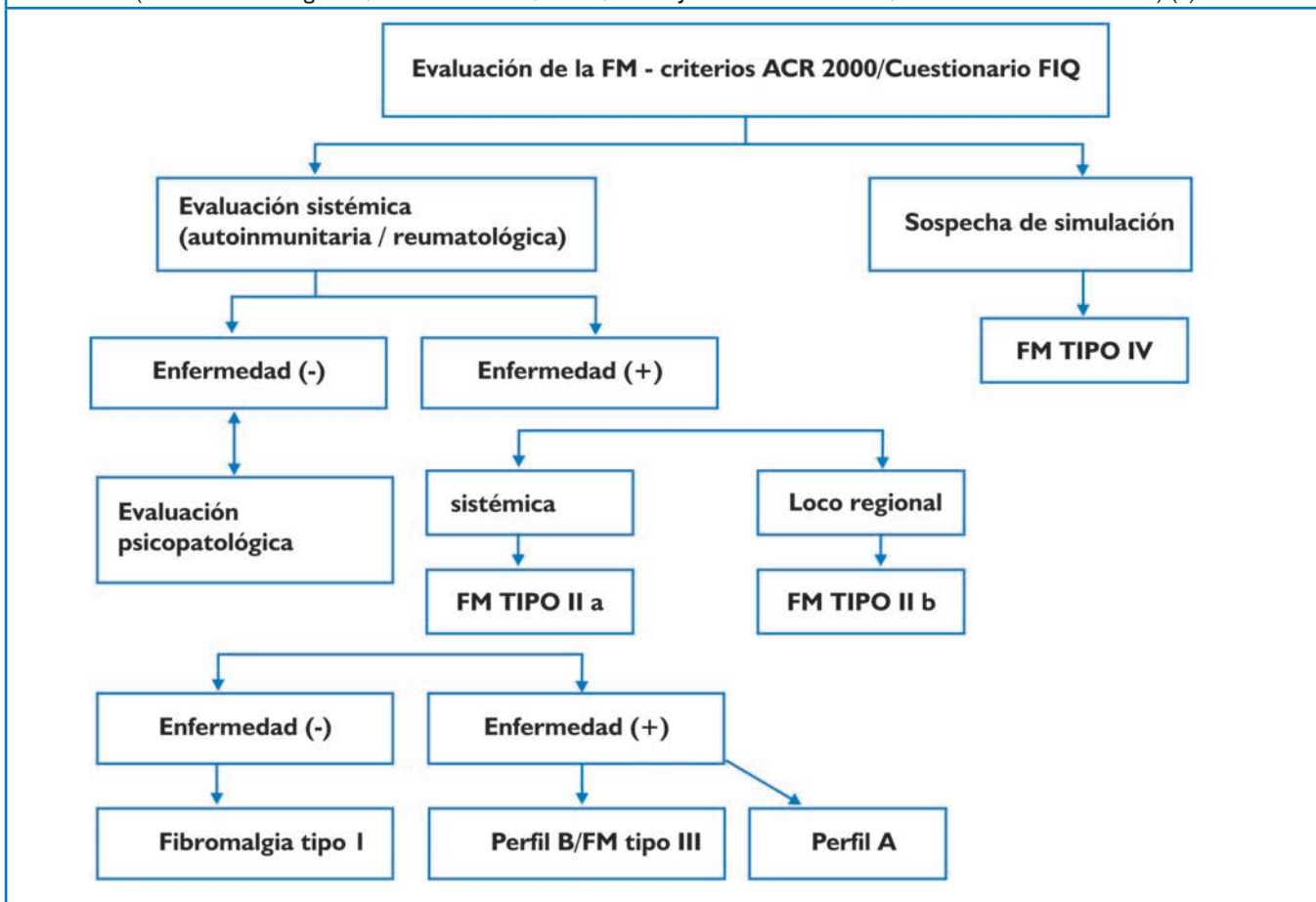
b. Los pacientes pueden presentar alteraciones clínicas y /o analíticas aisladas

c. Los pacientes pueden presentar alteraciones psicopatológicas relacionadas con el padecimiento de la enfermedad crónica

**Tabla 4. Principales rasgos psicopatológicos de los pacientes con fibromialgia (clasificación de Blasco et al<sup>(25)</sup>).**

| Perfil psicopatológico A (ansioso/ depresivo)  | Perfil psicopatológico B (somatización)   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupación por síntomas somáticos</li> <li>• Ansiedad leve frente a los problemas de salud</li> <li>• Propensión a desarrollar síntomas físicos bajo estrés</li> <li>• Competencia social (personas expresivas)</li> <li>• Desean ser consideradas como confiadas en sí mismas, alegres, amistosas, cariñosas y responsables</li> <li>• Intención de normalizar su vida y sobreponerse a sus síntomas</li> <li>• Conductas de evitación sobre lo que puede ser desagradable o perturbador</li> <li>• Evitación sutil de la responsabilidad</li> <li>• Consideradas dependientes más por los otros que por ellas mismas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos limitados para afrontar el estrés</li> <li>• Demandantes de ayuda ante la percepción de dificultades</li> <li>• Mayor énfasis en los síntomas cognitivos, sensoriales, osteomusculares y neurológicos</li> <li>• Síntomas de confusión, miedo y malestar</li> <li>• Personalidad reservada, no comprometida, con tendencia a la ensoñación y la fantasía</li> <li>• Alto grado de ansiedad, tensión y disforia</li> <li>• Gran dependencia</li> <li>• Miedo a los conflictos, inhibición de la ira y tolerancia al dominio</li> <li>• Introversión, falta de confianza en sí mismas</li> <li>• Sensibilidad e hiperreactividad fácil ante las críticas</li> <li>• Sensación de sentirse maltratadas, propensión a ser controladas y sumisas</li> <li>• Extrema vulnerabilidad a perturbarse por decepciones o dificultades; tendencia a abandonar ante la menor ansiedad</li> <li>• Refieren rumiaciones, disforia, cambios de humor, aprensión, preocupaciones, fatiga, pesimismo, falta de interés, autocrítica e irritabilidad</li> <li>• Baja autoestima y bajo umbral para la autocensura y autocrítica</li> <li>• Frecuencia elevada de trastornos de personalidad (grupo C, grupo A, grupo B)</li> </ul> |

**Figura 1. Algoritmo de aproximación multidisciplinaria para la clasificación de la fibromialgia.**  
(tomado de Belenguer R, Ramos-Casals M, Siso A, Rivera J. Reumatol Clin. 2009;05:55-62. - Vol. 05 Núm.02) (2)



**Tabla 5. Cuadro Sindromático de las pacientes L y S**

| <b>Paciente L</b>   | <b>Paciente S</b>  |
|---|--|
| Ansiedad y desesperanza. Tristeza.<br>Pesimismo   | Ansiedad y desesperanza. Pesimismo. Desgano, falta de energía  |
| Antecedentes de cuadros depresivos  | Antecedentes de cuadros depresivos, intentos de suicidio con internaciones breves  |
| Fatiga persistente  | Fatiga persistente   |
| Algias generalizadas, puntos dolorosos (pies y manos)   | Algias generalizadas. Migrañas.  |
| Rigidez en las articulaciones   | Rigidez generalizada   |
| Alteraciones sensitivas (electricidad en el cuerpo)   | -----  |
| Insomnio. Sueño no reparador  | Insomnio. Sueño no reparador   |
| Reiterados tratamientos - Abandono  | Reiterados tratamientos – Abandono   |
| Tendencia a la automedicación   | -----  |
| Dificultades para sostener un empleo  | Dificultades para sostener un empleo   |
| Disfunciones familiares crónicas  | Disfunciones familiares crónicas   |
| Baja autoestima   | Baja autoestima  |
| Empobrecimiento de la calidad de vida   | Empobrecimiento de la calidad de vida  |
| Respuesta positiva a la duloxetine  | Respuesta positiva a la duloxetine   |
| <b>Paciente L</b>   | <b>Paciente S</b>  |
| <b>Eje I:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>F33 Trastorno depresivo mayor recidivante crónico.</li> </ul> <b>Eje II:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>F60.4. Trastorno histriónico de la personalidad (301.50)</li> </ul> <b>Eje III:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fibromialgia</li> </ul> <b>Eje IV:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Problemas familiares y de pareja de larga data</li> <li>Problemas laborales</li> <li>Problemas económicos</li> </ul> <b>Eje V:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>EEAG: 51-60 (actual)</li> </ul> | <b>Eje I:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>F33 Trastorno depresivo mayor recidivante crónico.</li> </ul> <b>Eje II:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>F60.9. Trastorno no especificado de la personalidad (301.9)</li> </ul> <b>Eje III:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fibromialgia</li> </ul> <b>Eje IV:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Problemas relativos al grupo primario de apoyo. Dificultades en el establecimiento de pareja</li> <li>Problemas laborales y de vivienda</li> <li>Problemas económicos</li> </ul> <b>Eje V:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>EEAG: 51-60 (actual)</li> </ul> |

# Farmacovigilancia en Neuropsiquiatría | *Pharmacovigilance In Neuropsychiatry*

## ENTREVISTA

### Dr. Mejias Delamano, Alexis

Médico (UBA). Residente de Psiquiatría Médica (3er año), HGA Manuel Belgrano. Médico Especialista en Medicina de la Industria Farmacéutica (UBA). Jefe de Trabajos Prácticos, Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA. Miembro del Capítulo "Psiquiatras en Formación", APSA.

### Dr. Mazzoglio y Nabar, Martín

Médico (UBA). Especialista en Psiquiatría. Ex-Jefe de Residentes del Psiquiatría, HGA Manuel Belgrano. Médico de Planta, Servicio Penitenciario Federal, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Docente Adscripto de la Facultad de Medicina (Departamentos de Anatomía y de Farmacología), UBA. Docente Auxiliar de Salud Mental, Unidad Manuel Belgrano, Facultad de Medicina, UBA. Ex-Becario de Posgrado, INEBA. Miembro de los Capítulos "Psiquiatras en Formación" y "Neurociencia", APSA.

### Resumen

El presente trabajo resume las principales medidas llevadas a cabo en relación a la farmacovigilancia de los psicofármacos a nivel mundial y los programas actualmente vigentes en la República Argentina. Se puntualiza los planes de minimización de riesgos de los principales fármacos utilizados en Neuropsiquiatría. Asimismo, se desarrolla el rol de la polifarmacia de los pacientes psiquiátricos en el desarrollo de los eventos adversos y las diferentes experiencias en instituciones para reducir el impacto de los eventos adversos de los psicofármacos.

**Palabras claves:** psicofármacos, farmacovigilancia, neuropsiquiatría, eventos adversos, planes de minimización de riesgos, clozapina

### Abstract

*This article summarizes the main activities carried out in relation to pharmacovigilance of psychoactive drugs in the world and the current programs in Argentina. The risk management plans (RMP) of the main drugs used in Neuropsychiatry is pointed. Likewise, there develops the role of the polypharmacy in the development of the adverse events and the different experiences in institutions to reduce the impact of the adverse events of the psychoactive drugs.*

**Keywords:** psychiatric drugs, pharmacovigilance, neuropsychiatry, adverse events, risk management plans, clozapine

### Introducción

La evaluación clínica de los pacientes psiquiátricos involucra, entre otras medidas, la determinación de la eficacia de los fármacos administrados, como así también, la detección de los efectos indeseados, comúnmente llamados *eventos adversos*.

Los eventos adversos medicamentosos constituyen una causa frecuente de reducción de la tasa de adherencia al tratamiento farmacológico, aparición de complicaciones y un aumento de la tasa de hospitalizaciones<sup>(1)</sup>. Se conoce que al incrementarse el número de individuos expuestos a la administración de psicofármacos, se incrementa la probabilidad de desarrollo de eventos adversos<sup>(2)</sup>.

### Eventos adversos

Un *evento adverso* es cualquier suceso médico desafortunado que puede presentarse durante el tratamiento con un medicamento pero que no necesariamente tiene una relación causal con dicho tratamiento<sup>(2, 3)</sup>. Los eventos adversos comprenden la aparición de signos, síntomas, síndromes, alteraciones en los valores de laboratorio, aparición de una patología nueva, etc<sup>(2, 3)</sup>.

Se considera que un evento adverso es *serio* cuando la consecuencia de su aparición genera la muerte, discapacidad permanente, hospitalización o prolongación de una hospitalización previa, malformaciones fetales, cáncer, amenaza de la vida de un paciente medicado con un determinado fármaco. Cuando ninguna de las eventualidades anteriores se encuentra presente, un evento adverso se considera *no serio*<sup>(3)</sup>.

### Farmacovigilancia

La *farmacovigilancia* es una ciencia y actividad destinada a la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos de los fármacos o cualquier otro problema relacionado con ellos, tanto en aquellos bajo investigación farmacológica como una vez comercializados<sup>(2, 3, 4)</sup>. La farmacovigilancia es eficaz cuando se detec-

tan los eventos adversos medicamentosos en forma precoz y se toman las medidas correspondientes: reporte del evento a la autoridad sanitaria, seguimiento de los pacientes tratados con el/los fármacos involucrado/s, actualización de los prospectos de los productos medicinales, comunicación a los profesionales de la salud<sup>(2, 3)</sup>.

Es necesario destacar que la farmacovigilancia se desarrolla en las diferentes fases de la investigación de un fármaco novedoso, como así también durante todo el periodo de comercialización<sup>(4)</sup>. Durante la comercialización de un fármaco, la farmacovigilancia se basa en el reporte espontáneo de los profesionales de la salud involucrados en el cuidado de los pacientes tratados con distintos fármacos, y en el caso de la psiquiatría, los psicofármacos. Un aspecto importante en el desarrollo de la farmacovigilancia actual es la reducida tasa de reporte de eventos adversos<sup>(5)</sup>. Este subreporte por parte de los profesionales de la salud atraviesa todas las especialidades médicas. Dicha situación es frecuente en la mayoría de los países industrializados. Se estima que aproximadamente el 10% de los médicos en países con sistemas de farmacovigilancia bien desarrollados reportan eventos adversos medicamentosos. Las causas de la sub-notificación de eventos adversos son el desconocimiento del proceso de reporte, el temor, la falta de tiempo para realizarla, entre otras<sup>(5)</sup>.

### Eventos adversos y Neuropsiquiatría

El diagnóstico de las enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión y los trastornos de ansiedad se basa en la presencia de criterios clínicos en los pacientes que consultan a los servicios de Salud Mental. Esta percepción de la sintomatología de los pacientes también involucra la evaluación de la eficacia de los fármacos utilizados como así también la detección de los efectos indeseados. Al igual que el resto de las disciplinas médicas, los pacientes psiquiátricos suelen tener una *variabilidad biológica interindividual* en la respuesta terapéutica a los psicofármacos<sup>(2)</sup>. Esta variabilidad se evidencia en los distintos aspectos farmacocinéticos, farmacodinámicos y la tolerabilidad de los diversos fármacos (antidepresivos, neurolépticos, ansiolíticos). Las consecuencias clínicas de dicha variabilidad biológica incluyen los cambios en las respuestas clínicas y la aparición de eventos adversos no deseados<sup>(2, 5)</sup>.

Asimismo, uno de los mecanismos de producción de eventos adversos son las denominadas *interacciones medicamentosas*. Estas interacciones farmacológicas ocurren a nivel farmacodinámico pudiendo generar la aparición de diversos tipos de eventos adversos<sup>(2)</sup>. Los sitios de interacción más frecuentes ocurren a nivel enzimático (IMAO), sobre los receptores (D<sub>2</sub>, 5-HT<sub>2c</sub>) y los transportadores de neurotransmisores (transportador de serotonina).

### Farmacovigilancia en Argentina

Las actividades de farmacovigilancia en Argentina se encuentran reguladas por la *Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (A.N.M.A.T.)*<sup>(4, 6)</sup>. Los eventos adversos son recolectados de diversas fuentes, tales como profesionales de la salud (médicos, farmacéuticos, odontólogos), efectores periféricos de farmacovigilancia (servicios de

Toxicología, cátedras de Farmacología), los pacientes (centros de servicios al consumidor) y los informes periódicos confeccionados por la industria farmacéutica<sup>(1, 2, 4, 6)</sup>. Cabe destacar que las notificaciones de los eventos adversos se caracterizan por ser *voluntarias, espontáneas y confidenciales*<sup>(4, 6)</sup>.

Actualmente se están llevando a cabo diversos programas de farmacovigilancia intensiva (clozapina, lenalidomida, talidomida) con el fin de reducir los riesgos implicados en la utilización de los mencionados fármacos<sup>(6, 7, 8)</sup>. A continuación de detallara el Programa de Farmacovigilancia Intensiva de Clozapina que se realiza desde el año 2008.

### Programa de Farmacovigilancia Intensiva de Clozapina

Dentro del ámbito de la farmacovigilancia en psiquiatría en Argentina, cabe mencionar el desarrollo del programa de monitoreo intensivo de los eventos adversos hematológicos en los pacientes tratados con clozapina<sup>(8)</sup>. Las indicaciones aprobadas de la clozapina incluyen el tratamiento de la esquizofrenia resistente a otros antipsicóticos, los pacientes con trastornos esquizoides con ideación suicida de difícil tratamiento y la aparición de trastornos psicóticos en los pacientes con Enfermedad de Parkinson. El Programa de Farmacovigilancia Intensiva de Clozapina se lleva cabo a partir del dictamen por parte del A.N.M.A.T. de la Disposición n° 950 del año 2008. Esta disposición tiene como objetivo disminuir el riesgo de aparición de leucopenias en los pacientes tratados con clozapina mediante la realización de hemogramas periódicos. Para poder comercializar este fármaco, los laboratorios medicinales deben llevar a cabo un Programa de Farmacovigilancia Intensiva, cumpliendo con cada una de las obligaciones que establece la disposición n° 935<sup>(6, 8)</sup>. Este programa involucra a los médicos de los pacientes tratados con clozapina, los mismos pacientes, las farmacias que dispensan este fármaco y las compañías farmacéuticas que comercializan este principio activo.

Los pacientes que comienzan el tratamiento con clozapina deben completar un consentimiento informado previamente a ingresar al programa de farmacovigilancia intensiva. Dicho consentimiento informado resume la importancia de los controles hematológicos, su frecuencia, las responsabilidades del médico tratante, el laboratorio de análisis clínicos y el propio paciente. Junto con una copia del consentimiento informado, el médico tratante deberá enviar un formulario de ingreso de pacientes al programa de farmacovigilancia intensiva al laboratorio de especialidades medicinales correspondiente a la marca comercial que recibe el paciente. En este formulario se incluyen datos del paciente (adecuadamente manejados de acuerdo a la Ley de Habeas Data) tales como diagnóstico que justifica la administración de clozapina, enfermedades concomitantes, medicaciones concomitantes y datos de contacto, datos del tratamiento (dosis, comienzo del tratamiento, antecedentes de tratamientos previos) y datos del médico tratante que indica la terapia con clozapina (datos de contacto ante una eventual leucopenia/neutropenia del paciente)<sup>(7, 8)</sup>.

Los controles hematológicos a los pacientes que comenzaran el tratamiento con clozapina se deben realizar mediante recuentos leucocitarios y recuentos diferenciales durante los 10 días previos al inicio de la administración de la droga para asegurarse que únicamente los paciente con valores normales de

leucocitos (mayores a 3.500/mm<sup>3</sup>) y cifras normales de neutrófilos absolutos (valores mayores a 2.000/mm<sup>3</sup>) recibirán clozapina. Luego de comenzar el tratamiento con clozapina, el recuento de leucocitos y el recuento de neutrófilos absolutos serán monitoreados en forma semanal durante las primeras 18 semanas del tratamiento (fase semanal) y, posteriormente, una vez cada 4 semanas (fase mensual), como mínimo, durante todo el resto del tratamiento y durante 4 semanas luego de la interrupción completa de la administración de la clozapina en los casos de leucopenias moderadas, severas y la aparición de agranulocitosis. En el caso del desarrollo de una denominada “alarma hematológica” (episodio de leucopenia y/o neutropenia en el contexto de la terapia con clozapina), se deberán llevar a cabo determinadas medidas con el fin de reducir el impacto de la reducción del recuento de glóbulos blancos y prevenir las complicaciones consecuentes<sup>(8)</sup>. (Ver Tabla 1)

Se recomienda interrumpir el tratamiento con un Factor Estimulante de Colonias Granulocítica-Macrofágicas (GM-CSF) o el Factor Estimulante de Colonias Granulocíticas (G-CSF) cuando el recuento de neutrófilos se encuentra por encima de 1.000/mm<sup>3</sup>. Los pacientes que debieron suspender tratamiento con clozapina como consecuencia de una leucopenia/neutropenia no deben volver a ser expuestos a dicho fármaco<sup>(8)</sup>. Se recomienda que los valores hematológicos sean confirmados mediante 2 recuentos hematológicos realizados durante 2 días consecutivos, aunque la Clozapina se discontinuara después del primer recuento de glóbulos blancos. Asimismo, se debe confeccionar un listado de pacientes que han presentado una leucopenia moderada, severa o una agranulocitosis, a quienes no se les deberá administrar bajo ninguna circunstancia clozapina, salvo excepciones donde el médico tratante efectúe un análisis de la relación riesgo/beneficio de acuerdo a la indicación actual de la administración de la clozapina adecuadamente avalada y justificada. Dicho análisis de la relación riesgo/beneficio deberá ser notificado a los laboratorios de especialidades medicinales y la autoridad sanitaria local (A.N.M.A.T.), quienes documentan dicha eventualidad.

La implementación de los Programas de Farmacovigilancia Intensiva de Clozapina ha permitido asegurar el tratamiento de muchos pacientes, que tras el fracaso con otras terapias psicofarmacológicas o debido a su condición clínica, requieren la administración de este fármaco que ha demostrado producir una eficacia terapéutica.

### Planes de Minimización de Riesgos (PMR)

Con el fin de detectar los eventos adversos en forma temprana y efectiva, se han desarrollado estrategias para minimizar las probabilidades de aparición de eventos adversos medicamentosos. Estas estrategias están incluidas en los denominados *Planes de Minimización de Riesgo (PMR)* o *Planes de Gestión de Riesgos (PGR)*<sup>(9, 10)</sup>. Los planes de minimización de riesgo (PMR) son programas estratégicos de seguridad de medicamentos que constan de medidas para minimizar los riesgos de aparición de eventos adversos relevantes observados con la utilización de determinados fármacos<sup>(9, 10)</sup>. Uno de los primeros planes de minimización de riesgo implementados en el año 1990 en Estados Unidos fue el programa de manejo temprano de riesgos de la Clozapina (programa “No blood,

no drug”)<sup>(11)</sup>. A nivel mundial existen una serie de principios activos que deben tener un detallado plan de minimización de riesgos, debiendo ser presentados por los laboratorios medicinales productores al momento de efectuar su inscripción en el registro de especialidades medicinales<sup>(6, 12)</sup>. Los planes de minimización de riesgos suelen confeccionarse luego de detectarse eventos adversos significativos o que amenazan la seguridad de los pacientes durante las fases avanzadas de los estudios clínicos.

Dentro de los principales fármacos utilizados en neuropsiquiatría a nivel mundial que presentan planes de minimización de riesgos aprobados se destacan la carbamazepina de liberación inmediata y liberación prolongada<sup>(13)</sup>, la olanzapina inyectable de acción prolongada<sup>(14, 15)</sup>, loxapina<sup>(16)</sup>, agomelatina<sup>(17)</sup> y asenapina<sup>(18)</sup>. (Ver Tabla 2).

En la República Argentina, los psicofármacos actualmente comercializados que presentan planes de gestión de riesgos aprobados por la A.N.M.A.T. son la agomelatina y asenapina<sup>(12)</sup>. Otros fármacos frecuentemente utilizados en patologías neurológicas que tienen planes de gestión de riesgos aprobados son la rivastigmina (tratamiento de la demencia tipo Alzheimer leve a moderada), natalizumab (tratamiento de la esclerosis múltiple) y el interferón beta (tratamiento de la esclerosis múltiple)<sup>(12)</sup>.

### Experiencias institucionales en detección de eventos adversos en pacientes psiquiátricos

Existen antecedentes a nivel mundial de diversas experiencias y resultados de programas de reportes de eventos adversos instaurados en instituciones que atendían pacientes psiquiátricos ambulatorios e internados bajo tratamiento psicofarmacológico.

Existen datos provenientes de un estudio observacional llevado a cabo en el Instituto de Neurociencia y Psiquiatría Bangur con el objetivo de detectar las reacciones adversas en 2.000 pacientes psiquiátricos ambulatorios. A los pacientes incluidos en este trabajo se les consultó acerca de la presencia de eventos adversos<sup>(20)</sup>. Los eventos adversos fueron evaluados por 3 médicos residentes de farmacología y 3 médicos psiquiatras. Se evaluó la posible causalidad de cada uno de los eventos adversos detectados a través de los criterios del centro de Monitoreo de Uppsala y la OMS (WHO-UMC)<sup>(3, 7, 20)</sup>. Las patologías más frecuentes de los pacientes encuestados fueron el trastorno bipolar, la esquizofrenia y la depresión. Dentro de los eventos adversos más frecuentemente observados en la población de pacientes, se destacaron el temblor, aumento de peso, constipación, dispepsia, reacciones extrapiramidales, amenorrea y anorexia. Entre los psicofármacos incriminados en el desarrollo de estos eventos adversos, se destacaron los antipsicóticos típicos y atípicos (57.10%), seguidos por los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (17.61%) y el litio (13.35%). La olanzapina (31.82%) y el haloperidol (19.03%) fueron los 2 psicofármacos utilizados en monoterapia más comúnmente involucrados en el desarrollo de reacciones adversas. Una de las limitaciones de este trabajo fue la escasez de estudios complementarios utilizados en el estudio (no se pudo evaluar la presencia de hiperprolactinemia o alteraciones electrocardiográficas en los pacientes), este estudio demostró que la evaluación global de los pacien-

tes es necesaria para determinar la seguridad del tratamiento psicofarmacológico. Este estudio ha demostrado la eficacia de la evaluación proactiva del perfil de seguridad de los psicofármacos administrados a los pacientes psiquiátricos ambulatorios<sup>(20)</sup>.

En un estudio se evaluaron los eventos adversos detectados en 112 pacientes psiquiátricos hospitalizados por parte de un equipo multidisciplinario (médicos psiquiatras, médicos generalistas, psicólogos, enfermeras y farmacéuticos)<sup>(21)</sup>. Cada uno de los eventos adversos derivados de medicaciones psiquiátricas fue evaluado para determinar el nivel de causalidad. Los diagnósticos más frecuentes dentro de esta población de pacientes fueron la esquizofrenia (35.7%), el retraso mental severo (17%) y retraso mental moderado asociado con epilepsia (12.5%). Cabe destacar la presencia de una alta tasa de polifarmacia en los pacientes evaluados (los pacientes recibían un promedio de 5.3 medicaciones). Dentro de los eventos adversos más comúnmente observados, se destacaron las caídas, fracturas de cadera, delirios, incremento de la sedación. Asimismo, los psicofármacos más frecuentemente involucrados en el desarrollo de estos eventos adversos incluían a los neurolépticos (47.8%) y los antiepilépticos (39.1%)<sup>(21)</sup>. Uno de los aspectos a destacar es la baja incidencia de eventos adversos detectados en esta población de pacientes, posiblemente relacionada con un escaso entrenamiento de los reportantes en las prácticas de farmacovigilancia<sup>(21)</sup>.

### **Polifarmacia y eventos adversos**

Un factor importante en la aparición de los eventos adversos en los pacientes psiquiátricos es la polifarmacia. La polifarmacia consiste en el consumo de más de 3 medicamentos en forma simultánea por parte de un paciente<sup>(2)</sup>. Es conocida la frecuente administración concomitante de diversos psicofármacos a los pacientes psiquiátricos, especialmente con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar y trastornos depresivos. Al mismo tiempo, es reducido el número de pacientes psiquiátricos que reciben solamente un psicofármaco (monoterapia).

En un estudio europeo se ha evidenciado que, en promedio, solamente el 24.3% de los pacientes psiquiátricos internados recibían monoterapia psicofarmacológica<sup>(22)</sup>. El porcentaje de utilización de diferentes opciones de monoterapia psicofarmacológica en estos pacientes se mantuvo estable entre los antipsicóticos y antidepresivos<sup>(22)</sup>. La administración de varios fármacos a la vez incrementa la frecuencia de aparición de efectos adversos de distintos tipos<sup>(2)</sup>. Esto se debe al denominado fenómeno de suma de probabilidades que postula que, si las drogas involucradas no interactúan entre sí, la probabilidad de que un paciente presente una reacción adversa es igual a la suma de las probabilidades de cada una de las drogas por separado<sup>(2)</sup>.

Es conocido el amplio consumo de psicofármacos en la población general. Según datos oficiales, en la República Argentina el consumo de psicofármacos ya sea por indicación médica o por automedicación se ha incrementado durante los últimos 5 años, siendo más frecuente en los individuos mayores de 35 años y en las mujeres<sup>(23, 24, 25)</sup>. Dentro de los principales psicofármacos vendidos durante el año 2013 se destacaron las

benzodiazepinas, principalmente el alprazolam, clonazepam, diazepam y bromazepam<sup>(25)</sup>. Al incrementarse el número de individuos expuestos a psicofármacos, aumenta la probabilidad de desarrollo de eventos adversos, con el potencial riesgo de complicaciones clínicas, internaciones (o la prolongación de una internación existente) y, en el peor de los escenarios, la aparición de secuelas físicas o la muerte de los pacientes<sup>(1, 2)</sup>.

### **Discusión**

Como el resto de los principios activos comercializados, los psicofármacos no están exentos de generar efectos no deseados. El aumento del consumo de esta clase de fármacos en el último lustro<sup>(23, 24, 25)</sup> sumado a la polifarmacia, la cual aumenta la probabilidad de aparición de eventos adversos<sup>(2, 22)</sup> y, dado que los pacientes psiquiátricos suelen recibir más de 3 medicamentos durante su tratamiento<sup>(22)</sup>, es un aspecto a tener en cuenta. Por lo tanto, es necesaria la implementación de programas de reporte de eventos adversos de los principales fármacos utilizados en Psiquiatría (antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos, antipsicóticos, estabilizadores del ánimo) por los profesionales directamente implicados en su utilización en la práctica diaria (psiquiatras, neurólogos) y por otros profesionales médicos de distintas especialidades.

Existen diversas estrategias para facilitar el reporte eficaz y temprano de los eventos adversos tales como las actividades de detección proactiva<sup>(20, 21)</sup>, la implementación de planes de minimización de riesgos<sup>(9-11)</sup> de determinados psicofármacos y las capacitaciones sobre farmacovigilancia al equipo multidisciplinario de salud. Otro aspecto importante es la participación de todos los profesionales de la salud involucrados en la atención de los pacientes psiquiátricos (médicos, psicólogos, enfermeras, farmacéuticos) con el fin de detectar los eventos adversos medicamentosos y tomar medidas acordes.

---

## Referencias Bibliográficas

1. Wiffen P, Gill M, Edwards J, Moore A. Adverse drug reactions in hospital patients: a systematic review of the prospective and retrospective studies. *Bandolier Extra*, 2002.
2. Zieher, Luis María y col. *Farmacología General y de la Neurotransmisión. Farmacología clínica y Farmacoeconomía. FEFYM. 3ra Edición. Año 2004.*
3. WHO Collaborating Centre for Drugs statistics methodology. The ATC/DDD system.
4. *Guía de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia. Año 2009. A.N.M.A.T. (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y tecnología Médica).*
5. Alesso, Luis y colaboradores. *Farmacovigilancia. Hacia una mayor seguridad en el uso de los medicamentos. 1ra Edición. Año 2007.*
6. *Guía de la Industria Farmacéutica para la participación de la misma en el Sistema Nacional de Farmacovigilancia. Abril del año 2000. A.N.M.A.T. (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y tecnología Médica).*
7. *Vigilancia de la Seguridad de los Medicamentos. Guía para la instalación y puesta en funcionamiento de un Centro de Farmacovigilancia. Uppsala Monitoring Centre (the UMC), WHO Collaborating Centre for International Drug Monitoring. Año 2002.*
8. Disposición n° 935/2000. Programa Actualizado de Monitoreo para pacientes Ambulatorios e Internados tratados con Clozapina. A.N.M.A.T. (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y tecnología Médica).
9. *Approved Risk Evaluation and Mitigation Strategies (REMS). FDA Amendments Act (2007).*
10. *Practical experience with Risk Management Plans in US. 42nd Annual Meeting. DIA (Drug Information Association). Philadelphia 2006.*
11. Hippus H. The founding of the CINP and the discovery of clozapine. In: Healy D, editor. *The psychopharmacologists*. New York, NY: Chapman and Hall; 1996. pp. 185–213.
12. *Especialidades Medicinales con Plan de Gestión de Riesgo (PGR). A.N.M.A.T. (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y tecnología Médica).*
13. *FDA Alert (12/12/2007). Information for Healthcare Professionals: dangerous or even fatal skin reactions – Carbamazepine.*
14. *Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee Briefing Document. Olanzapine Pamoate (OP) Depot (olanzapine long-acting injection). Division of Psychiatry Products, US FDA, 2008.*
15. *NDA 22-173. Olanzapine extended release injectable suspension. Risk Evaluation and Mitigation Strategy (REMS), 2013.*
16. *Assessment Report: Loxapine. December 2012. European Medicines Agency.*
17. Sansone Randy y Sansone Lori. *Agomelatine: a novel antidepressant. Innov Clin Neurosci. 2011, 8(11): 10-14.*
18. *Summary of product Characteristics. Agomelatine. European Medicines Agency.*
19. *Evaluation of Medicine for Human Use. Asenapine. European Medicines Agency.*
20. Sengupta G, Bhowmick S, et al. *Adverse drug reaction monitoring in psychiatry out-patient department of an Indian teaching hospital. Indian Journal of Pharmacology. 2011, 43(1): 36-39.*
21. Ortiz M, Ponce-Monter H, Fernández-Martínez E, et al. *Pharmacovigilance of Psychoactive Medications in a Mexican Psychiatric Hospital. Proc West Pharmacol Soc. 2010, 53: 44-45.*
22. Konstantinidis A., Moser U., et al. *Polypharmacy in psychiatric inpatients: Data from AMSP, a European pharmacovigilance system. Ann Gen Psychiatry. 2008, 7 (suppl 1): S47.*
23. *Informe: La Industria Farmacéutica en la Argentina. Segundo Trimestre de 2013. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). 10 de septiembre de 2013.*
24. *Nota de Prensa: La Industria Farmacéutica en la Argentina. Tercer Trimestre de 2013. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). 4 de diciembre de 2013.*
25. *Artículo: Una mirada específica sobre la problemática del consumo de psicofármacos en Argentina. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR). Presidencia de la Nación. Marzo del año 2013.*

**Tabla I – Rango de valores hematológicos, grados de alarmas hematológicas y las medidas a tomar en cada caso particular**

| Grado de alarma hematológica | Valores hematológicos  | Medida a tomar  |
|------------------------------|--|---|
| Leve                         | - Leucocitos: 3.000-3.5000/mm <sup>3</sup><br>- Neutrófilos: 1.500-2.000/mm <sup>3</sup> | • Control hematológico cada 48 hs   |
| Moderada                     | - Leucocitos: 2.000-2.999/mm <sup>3</sup><br>- Neutrófilos: 1.000-1.499/mm <sup>3</sup>  | • Suspensión del tratamiento con clozapina<br>• Control hematológico cada 24 hs<br>• Control de signos/síntomas de infección  |
| Severa                       | - Leucocitos ≤ 1.999/mm <sup>3</sup><br>- Neutrófilos: 500-999/mm <sup>3</sup>           | • Suspensión del tratamiento con clozapina<br>• Control hematológico cada 24 horas<br>• Control de signos/síntomas de infección<br>• Supervisión por un Servicio de Hematología   |
| Agranulocitosis              | - Neutrófilos ≤ 499/mm <sup>3</sup>  | • Suspensión del tratamiento con clozapina<br>• Control hematológico cada 24 horas<br>• Control de signos/síntomas de infección<br>• Supervisión por un Servicio de Hematología<br>• Administración de factores estimulantes de colonias granulocíticas |

Fuente: Disposición n° 935/2000. Programa Actualizado de Monitoreo para pacientes Ambulatorios e Internados tratados con Clozapina. A.N.M.A.T. (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y tecnología Médica).

| Principio activo   | Plan de Minimización de Riesgos  |
|--|--|
| Carbamazepina de liberación inmediata y liberación prolongada <sup>(1)</sup> | Es un fármaco anticonvulsivante aprobado para el tratamiento adyuvante de pacientes con trastorno bipolar y el tratamiento de diversas patologías neurológicas. Se ha observado casos de reacciones cutáneas serias durante el tratamiento con carbamazepina como el síndrome de Stevens-Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica (NET), especialmente en pacientes asiáticos. Una medida de minimización de riesgos es la detección del alelo HLA-B*1502 previo al inicio de la administración de carbamazepina. Este alelo está fuertemente asociado al desarrollo de estas reacciones cutáneas.  |
| Olanzapina inyectable de liberación prolongada <sup>(2, 3)</sup>             | Es un antipsicótico atípico de acción prolongada aprobado para el tratamiento de la esquizofrenia y el trastorno bipolar tipo I. Las actividades de minimización de riesgo se basan en la prevención de la administración intravascular de la droga y el desarrollo del síndrome de sedación/delirium post-inyección (SSDI), Una medida esencial para la prevención de ambas situaciones es la observación clínica de los pacientes durante las 3 horas posteriores a la administración de esta formulación de olanzapina.   |
| Loxapina <sup>(4)</sup>  | Es un antipsicótico aprobado para el tratamiento agudo de la agitación en pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar tipo I. La loxapina se administra por vía inhalatoria en una única dosis diaria. La loxapina puede desencadenar episodios de broncoespasmo con el riesgo de paro respiratorio, especialmente en pacientes con patologías respiratorias (asma, EPOC). Por lo tanto, este fármaco se debe administrar en instituciones que posean medicaciones y dispositivos para el manejo de eventuales episodios de broncoespasmos (broncodilatadores de acción inmediata, ventilación mecánica, tubos endotraqueales). |
| Agomelatina <sup>(5, 6, 8)</sup>   | Es un antidepresivo antagonista de la melatonina (MT1 y MT2) y de los receptores 5-HT <sub>2c</sub> que está aprobado para el tratamiento de los episodios depresivos mayores en pacientes adultos. Las actividades de minimización de riesgo se basan en la detección de alteraciones de la función hepática a través de la realización de un hepatograma a las 12 y 24 semanas de tratamiento debido a las elevaciones transitorias de los niveles sanguíneos de transaminasas producidas por esta droga, especialmente con dosis de 50 mg/día.  |
| Asenapina <sup>(7,8)</sup>   | Es un antipsicótico atípico aprobado para el tratamiento de la esquizofrenia y el trastorno bipolar tipo I. Las actividades de gestión del riesgo durante el tratamiento con asenapina involucran la detección temprana de diversos eventos adversos con un potencial riesgo clínico (neutropenia, convulsiones, trastornos cardiacos, síndrome neuroléptico maligno, rabdomiólisis, diskinesias tardías). Cabe destacar que la presencia de leucopenia marcada (recuento de leucocitos menor de 1.000/mm <sup>3</sup> ) en los pacientes tratados con asenapina constituye un criterio de suspensión de la misma.   |

Fuente: 1) FDA Alert (12/12/2007). Information for Healthcare Professionals: dangerous or even fatal skin reactions – Carbamazepine. 2) Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee Briefing Document. Olanzapine Pamoate (OP) Depot (olanzapine long-acting injection). Division of Psychiatry Products, US FDA. 2008. 3) NDA 22-173. Olanzapine extended release injectable suspension. Risk Evaluation and Mitigation Strategy (REMS). 2013. 4) Assessment Report: Loxapine. December 2012. European Medicines Agency. 5) Sansone Randy y Sansone Lori. Agomelatine: a novel antidepressant. Innov Clin Neurosci. 2011, 8(11): 10-14. 6) Summary of product Characteristics. Agomelatine. European Medicines Agency. 7) Evaluation of Medicine for Human Use. Asenapine. European Medicines Agency. 8) Especialidades Medicinales con Plan de Gestión de Riesgo (PGR). A.N.M.A.T. (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y tecnología Médica).

*Disidencias en el tratamiento y la evolución del trastorno límite de la personalidad. Cuestiones clínicas, diagnósticas y pronósticas de la personalidad de tipo borderline | "Dissidence un treatment of borderline personality disorder Clinical issues, diagnosis and prognosis"*



Fotografía: Photostudio Christian Inglise

**Autor: Dr. David M. Achával**

Médico Psiquiatra.  
mail: dmachaval@hotmail.com

**Tutor: Dra. Ana María Vaernet**

Médica Psiquiatra.

2010

## Resumen

Los trastornos de personalidad son un conjunto heterogéneo de desórdenes que han sido reclasificados varias veces a lo largo de la historia de la psiquiatría. Entre ellos, el trastorno límite de la personalidad o trastorno borderline, ha presentado disidencias en torno al diagnóstico, el pronóstico, la evolución y el tratamiento a través del tiempo. El presente trabajo se propone realizar un recorrido por la patología de este trastorno de la personalidad y aportar información acerca de la evolución de los pacientes borderline, realizando un análisis del seguimiento de 15 pacientes con esta patología a lo largo de dos años.

**Palabras Claves:** Trastorno de personalidad límite. Trastorno Borderline. Evolución. Tratamiento. Análisis de casos.

## Abstract

*Personality disorders are a heterogeneous group which have been reclassified several times along the history of psychiatry. Within them, Borderline Personality Disorder has presented dissidence with respect to diagnosis, prognosis, evolution and treatment throughout time.*

*The aim of this current paper is to go through the pathology of this personality disorder and to provide information about evolution of borderline patients, by means of a follow-up analysis of 15 patients with this pathology in a period of 2 years.*

**Key Words:** Borderline personality disorder. Borderline. Evolution. Treatment. Case analysis.

## Introducción

Los trastornos de personalidad son un conjunto heterogéneo de desórdenes que han sido reclasificados varias veces a lo largo de la historia de la psiquiatría. Entre ellos, el trastorno límite de la personalidad o trastorno borderline, ha presentado disidencias en torno al diagnóstico, el pronóstico, la evolución y el tratamiento a través del tiempo<sup>(1)</sup>. A lo largo de los años se los reubicó una y otra vez en diferentes clasificaciones, la mayoría de ellas poco claras, con divergencia entre autores, quedando bajo este concepto aquellos pacientes con evoluciones variables, escasa o nula respuesta al tratamiento psicofarmacológico y con cierta respuesta a la combinación de este último con el tratamiento psicoterapéutico<sup>(1-3)</sup>. Siendo tan inestables este tipo de pacientes, no es de sorprender que nos encontremos frente a una encrucijada a la hora de comprender la presentación clínica y la evolución de los así llamados "borderline".

Los tratamientos utilizados en estos pacientes son muy variados. Suelen requerir de sostén farmacológico, terapéutico y familiar, siendo los resultados muy difíciles de comprobar debido a la inestabilidad de la patología misma. Las sociedades actuales exigen cada vez más respuestas inmediatas a problemáticas complejas. Así se ha intentado de diferentes maneras trabajar la sintomatología más distintiva de la patología utilizando todo tipo de fármacos y sin tener en cuenta variables de la problemática que son fundamentales para brindarles un buen tratamiento, como por ejemplo el complemento de los avances de la psicofarmacología junto a la evolución y adaptación de las psicoterapias<sup>(4)</sup>.

A pesar de que el nuevo paradigma de la psiquiatría avance a pasos agigantados, sosteniendo la problemática neurobiológica como el camino del desarrollo etiológico de las patologías psiquiátricas, aquellos que entendemos al ser humano como un ente complejo, no olvidamos que estamos inmersos en un mundo de relaciones. Desde que nacemos se nos presenta un mundo de intercambio, de contacto, de bordes y límites, de compañía y soledad al cual debemos enfrentarnos y dicho universo impacta en el psiquismo estrepitosamente, dejando las huellas para las futuras

relaciones. Además, no debemos olvidar que, si bien la neurobiología, la biología, la farmacología, etc. contribuyen al desarrollo de nuestro trabajo, todavía no han podido dar cuenta de la etiología y el tratamiento de gran parte de las enfermedades mentales.<sup>(4)</sup>

## Objetivos y propósito

El siguiente trabajo se propone:

- Repasar el diagnóstico de trastorno de personalidad.
- Realizar un recorrido por la patología borderline: concepto, historia, etiología.
- Investigar la evolución de los pacientes diagnosticados con trastornos de personalidad límite de la personalidad.
- Aportar datos estadísticos que corroboren a otros o aporten nueva información al respecto.

### Hipótesis de trabajo:

En base a mi experiencia en el tratamiento de esta perturbación, me propongo demostrar que la sintomatología y calidad de vida del paciente diagnosticado como trastorno límite de la personalidad mejora con la aplicación de un tratamiento. Apoyándonos en el vínculo terapéutico podemos aportarles cierto “complemento estructural” allí donde existía déficit y de esta manera lograr un refuerzo en la estructura de la personalidad.

### Marco teórico, materiales y métodos:

Para el desarrollo de la presente investigación se plantearán las bases teóricas de los tratamientos aportados por diferentes investigadores, siguiendo fundamentalmente la línea planteada por el Dr. Otto Kernberg. Además se realizará una revisión de la eficacia de los diferentes tratamientos y se comparará los datos obtenidos por otros investigadores con aquellos que he obtenido en la experiencia de trabajar con estos pacientes.

A tal fin se ha considerado como materiales de estudio/tratamiento a una población total de **15 pacientes** seguidos durante **2 años** en el centro integral de psiquiatría y psicología (C.I.D.E.PP) en la ciudad de Moreno, provincia de Buenos Aires, obteniendo los datos a partir de las historias clínicas, la aplicación de escalas y la semiología aportada por las entrevistas a lo largo de este período de tiempo.

Los datos obtenidos en dicha investigación son los siguientes:

1. Motivo de consulta
2. Evolución: donde se considerarán los siguientes
  - Mejoría sintomática (Ansiedad, Depresión, calidad de vida.)
  - Conducta suicidas/para-suicidas
  - Necesidad de internación
3. Suicidio
4. Co-morbilidad
5. Relaciones interpersonales/red de apoyo

Los métodos de trabajo utilizados fueron: entrevista dirigida y semi-dirigida. Cuestionarios de personalidad (MMPI), escalas de ansiedad y depresión de Hamilton y cuestionario sobre calidad de vida.

## Desarrollo

### A- Concepto de Personalidad

No existe un consenso mundial para definir este concepto, pero resulta interesante plantear algunos de los más utilizados. Sigmund Freud la definió de la siguiente manera: “La personalidad es la integración del ello, el yo y el súper-yo”<sup>(15)</sup>. Jaspers la definió como el conjunto individualmente distinto y característico de las relaciones comprensibles de la vida psíquica. En su libro “Trastornos de la personalidad, más allá del DSM”, Millon se refiere a la personalidad como aquello que incluye el estilo de relacionarse, comportarse, pensar, sentir y afrontar las dificultades<sup>(27-28)</sup>. Sin lugar a dudas un autor que es un referente en el estudio de la personalidad es Otto Kernberg, quién desde su conceptualización de “organización de la personalidad” ha revolucionado dicho concepto. Este autor considera al temperamento y el carácter como dos nociones fundamentales para el concepto de personalidad y a su vez utiliza estos dos para construir una clasificación de los trastornos de la misma<sup>(21)</sup>.

Para este autor temperamento es “La disposición innata a reaccionar de forma particular a los estímulos ambientales, determinada genéticamente”. Especifica la intensidad, ritmo y umbral de las respuestas emocionales. Y carácter “La organización dinámica de los patrones conductuales del individuo; manifestación conductual de la identidad del yo, determinada por la integración del concepto de sí mismo y de los otros significativos”. Definidos estos dos conceptos, Kernberg propone la siguiente definición para la personalidad: “Es la integración dinámica de los patrones conductuales derivados del temperamento, carácter y los sistemas de valores internalizados (súper yo).”

De acuerdo con todas estas definiciones, queda claro que la personalidad es una construcción, o sea que se construye, se edifica y que está formada por una parte innata – genética, el temperamento, el cual es poco o nada modificable y una parte adquirida – desarrollada socialmente, el carácter, siendo este particularmente el foco de las terapias debido a su capacidad de modificación.

### B- Trastornos de personalidad

El DSM IV considera que cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos, causantes de incapacitación social, disfunciones ocupacionales o malestar subjetivo, constituyen un trastorno de la personalidad<sup>(3)</sup>.

De acuerdo a los planteamientos de Kernberg, se distinguirían diferentes estructuras de personalidad en un continuo de gravedad (Kernberg, 1986, Gomberoff, 1999): Personalidad Normal, Neurótica, Borderline y Psicótica<sup>(21)</sup>.

### Concepto de borderline y ubicación clínica de la acepción

Pertenece al cluster B de los trastornos de la personalidad del DSM, incluido entre los sujetos “dramático, errático” junto al trastorno narcisista, histriónico y al antisocial<sup>(3)</sup>. La mayoría de los autores coinciden en que los pacientes borderline presentan afectos, conductas, relaciones interpersonales y una autoimagen fluctuante en intensidad, estabilidad y orden.

Manifiestan crisis de ira, cambios súbitos del humor, conductas manipuladoras, acting out y episodios delirantes (psicóticos) con restitución completa<sup>(6-7-12-13)</sup>. La inestabilidad yoica se origina, para muchos, en la fase de separación-individuación del desarrollo infantil, aunque en la actualidad han aparecido diversas teorías que implican factores genéticos, históricos, temperamentales, etc.<sup>(10-11)</sup>. Los pacientes límites presentan una elevada incidencia de patologías en el eje I, asociado a síntomas más severos en dicho nivel, lo que también complica el pronóstico, la evolución y el tratamiento, siendo este grupo de pacientes de los que más recursos de salud mental consumen, entre la población psiquiátrica, generando así un alto costo en el sistema de salud<sup>(18-19-21-23)</sup>.

La primera vez que el término *borderline* es utilizado, fue en 1938 en una publicación psicoanalítica, siendo Stern el padre de dicho término y quien consideró características de esta patología: la hipersensibilidad desordenada, rigidez corporal, narcisismo, sentimientos de inferioridad y la alteración de las relaciones interpersonales.

### El Síndrome Borderline

Kernberg propone una lectura dimensional, incluyendo dentro de la organización *borderline*, no solamente al típico cuadro caracterizado por la estable inestabilidad, sino también a aquellos cuadros que se encuentran entre lo neurótico y lo psicótico. Además se basa en fundamentos psicoanalíticos, pero con una visión unificadora de la medicina, la psiquiatría y la psicología<sup>(21)</sup>.

### Tratamiento

La psicofarmacología aporta un sostén fundamental en los episodios agudos, y en los trastornos comórbidos, pero sus efectos a largo plazo son cuestionados en muchas publicaciones donde se analiza el tratamiento a largo plazo de estos pacientes, quedando la mayoría de las veces a criterio del profesional tratante, el tipo y tiempo de empleo de los fármacos en el tratamiento<sup>(32, 36, 38)</sup>. A pesar de su importancia, el aspecto farmacológico del tratamiento excede a los propósitos de esta presentación y no será tratado en esta oportunidad.

Las psicoterapias constituyen un pilar fundamental, constituyendo para muchos autores, con los cuales adhiero, la base del tratamiento. No son muy alentadores los resultados de la mayoría de ellas, pero muchos coinciden en que en mayor o menor medida el paciente *borderline* se beneficia con el uso continuado y a largo plazo de las psicoterapias<sup>(10, 11, 12, 13, 16)</sup>.

Si bien existen muchísimas modalidades de abordaje psicoterapéutico, las dos opciones terapéuticas, que por su grado de aplicación, importancia o sistematización han logrado consolidarse en la comunidad psiquiátrica, aportando además datos interesantes y de valor único son la Terapia Dialéctica – Comportamental y la Terapia Basada en la Transferencia de Otto Kernberg. Ambas terapias ofrecen, a diferencia de otras, un tratamiento más sistematizado y con resultados comprobados. Pertenecen a dos escuelas diferentes, la primera a la psicología conductual, la segunda al psicoanálisis.

A pesar de la abultada bibliografía acerca de este trastorno, son escasos los estudios realizados para comprobar los resultados terapéuticos de los diferentes tratamientos. La falta

de tratamientos estandarizados quizás sea uno de los factores que impiden observar los efectos.

Un estudio reciente concluye que cualquiera de los dos tipos más habituales de psicoterapia (Terapia dialéctica o Terapia focalizada en la transferencia) estimulan mejoras substanciales en las personas que padecen este trastorno. Clarkin, J. (Junio-16-2007) "Science News"<sup>(10)</sup>.

Stevenson y Meares (1992) informan de 30 casos clínicos diagnosticados de TP límite que fueron tratados exitosamente con psicoterapia estructurada, sin grupo de comparación o de control. El éxito en la terapia no sólo radicó en que mejoraron conductas problemáticas como las agresiones y las autoagresiones o el ausentismo laboral, sino en que casi un tercio de los pacientes no cumplían ya los criterios del TP límite.

Mediante un diseño con asignación aleatoria de 44 sujetos internos a dos grupos para la comparación de la terapia dialéctica con el tratamiento psiquiátrico usual, afirman que la terapia dialéctica ofrece mejores resultados, tanto en la modificación de conductas problemáticas (suicidio, conductas autolíticas, mejora del ajuste social, etc.) como de los síntomas propios de los criterios del TP límite; Linehan, Heard y Armstrong (1993)<sup>(22-24-25-26)</sup>.

Es cierto que muy poco se sabe de los resultados de los tratamientos y, a mi juzgar, muchas veces, la mejoría sólo puede ser detectada por el clínico tratante, ya que la medición empírica del estado de salud de los pacientes *borderline* es tan inestable como la patología misma.

### Análisis de pacientes

En el presente trabajo se incluye un informe de la evolución del tratamiento de un grupo de pacientes. El mismo no ha sido contrastado con un grupo control por lo cual no presenta una validez de estudio experimental, pero sí aporta información al respecto de esta patología y permite conocer la población de pacientes con la que trabajamos en comparación con otros informes realizados. Así también nos permite a los profesionales tratantes observar los resultados de nuestro esfuerzo y poder comprobar si estamos brindando un tratamiento apropiado a este tipo de paciente.

Con el fin de realizar algún aporte en relación con la patología *borderline*, se ha analizado la evolución de 15 pacientes que presentan como diagnóstico organización límite de la personalidad. Los mismos han estado en tratamiento a lo largo de 2 años en el Centro Integral de Psiquiatría y Psicología (C.I.D.E.P.P) en la ciudad de Moreno. Todos los pacientes recibieron psicoterapia semanal y supervisión farmacológica semanal, la mayoría de ellos recibe psicofármacos (básicamente antidepresivos, antimpulsivos y antipsicóticos atípicos en bajas dosis) sólo 2 de ellos se encontraban exclusivamente con psicoterapia basada en la transferencia. El rango etario es de 19-50 años. Para el análisis de dichos casos se ha tenido en cuenta los siguientes ítems:

1. Motivo de consulta
2. Evolución. Donde se considerarán los siguientes aspectos:
  - Mejoría sintomática (Ansiedad, Depresión, calidad de vida.)
  - Conducta suicidas/para-suicidas

- Necesidad de internación
3. Suicidio/intención suicida
  4. Co-morbilidad
  5. Relaciones interpersonales/red de apoyo

A tal fin se ha utilizado la información provista por las historias clínicas tradicionalmente utilizada en el centro, de la cual se extraen los datos clínicos y epidemiológicos, los resultados de escalas aplicadas a los pacientes (escalas de ansiedad, depresión y calidad de vida) y la información aportada tanto por los pacientes como por los familiares que han sido entrevistados. Comencemos entonces con el análisis propiamente dicho:

### 1) Motivo de consulta

En nuestra muestra la autoagresión fue el principal síntoma de consulta (8/15), incluyendo en esta los cortes, el abuso de psicofármacos y drogas ilegales, etc. En segundo lugar y con un número casi similar al primero, se encuentran los síntomas relacionados con la ansiedad (7/15). En su mayoría representados por el trastorno de ansiedad (TA) con agorafobia, pero también se observa el Trastorno de Ansiedad Generalizada. (TAG). En tercer lugar se encuentran los episodios depresivos (5/15) muchos de los cuales presentan las características de las llamadas “Depresiones Atípicas”. Por último, los síntomas disociativos y los trastornos en la conducta alimentaria (3/15) fueron decisivos a la hora de consultar.

A diferencia de los trastornos del eje I, aquí la situación suele ser mucho más incierta, no tan “limitada” a algo en concreto, dando la sensación de un intenso sufrimiento, pero que poco o nada se puede decir del mismo. Al paciente borderline le cuesta hablar, quedando la palabra sustituida por la acción.

### 2) Evolución

Con el fin de analizar la evolución de los pacientes en tratamiento, se consideró que la variable que mejor representa a esta última es la mejoría sintomática, la cuál puede ser analizada mediante la aplicación de escalas que arrojen resultados confiables. De esta manera se aplicó la escala de ansiedad y depresión de Hamilton, junto a una escala de calidad de vida.

### Escala de depresión

La escala de depresión se aplicó al año y a los 2 años de tratamiento, permitiendo evaluar la evolución de dicha sintomatología luego de un tiempo prudencial. Cabe recordar que se les solicitó a los pacientes que respondan teniendo en cuenta todo el año de tratamiento. Los resultados obtenidos nos muestran que 5 pacientes han tenido una marcada mejoría en la relación a la sintomatología anímica, 7 presentaron una mejoría moderada, 2 de ellos mostraron un empeoramiento y solo 1 permaneció con igual puntaje en esta escala.

### Escala de ansiedad

La misma fue realizada en los mismos periodos que la de depresión, y al igual que con la primera se les solicitó a los pacientes que tuvieran en cuenta el período completo de tratamiento y no sólo el momento por el que estaban atravesando.

Los resultados fueron los siguientes: sólo 1 de los pacientes manifestó una mejoría marcada de su componente ansioso, pero 10 de ellos obtuvieron una mejoría sintomática de la ansiedad, mientras que 2 más continuaron con idéntica ansiedad y 1 la empeoró.

### Calidad de vida

Al evaluar la presencia de satisfacciones, cerca de un 80 % asegura llevar una mejor calidad de vida luego del tratamiento. Si bien este dato parece un tanto elevado en comparación con los que arrojan otros artículos, debemos recordar que todos los pacientes que son analizados en esta muestra permanecieron en tratamiento durante 2 años. Esto nos habla de una mayor estabilidad por parte de la muestra considerada, en comparación con la mayor parte de los borderline. El hecho de que puedan sostener el tratamiento a largo plazo los hace más constantes y por lo tanto presentar menores dificultades y mayor calidad de vida, que se manifiesta en lo social, laboral, etc.

### Conductas Suicidas / Parasuicidas

Del total de la muestra estudiada, 8 de los pacientes han presentado conductas para-suicidas. 4 de los cuales fueron del tipo de la autoinjurias (cortes, golpes, quemaduras) y 3 sobreingesta de psicofármacos. Sólo un caso presentó ambas conductas.

Durante estos 2 años, de los 8 pacientes que presentaron conductas autoagresivas, 3 de ellos no volvieron a expresarla. De los 5 restantes, en 3 de ellos se observa una disminución en este tipo de accionar, permaneciendo con igual sintomatología solo 2 pacientes, lo que representa una cifra bastante significativa.

### Internación

Del total de la muestra, 8 pacientes habían requerido internación previa en alguna institución psiquiátrica. De estos 8 pacientes, 3 estuvieron internados más de una vez. A lo largo del seguimiento se ha indicado la internación en 3 pacientes.

### Co-morbilidades

#### Ansiedad

- Trastorno de ansiedad: 3
- Trastorno de ansiedad generalizada: 2

#### Trastorno del estado de ánimo

- Depresión: 3
- Trastorno bipolar: 1

#### Trastorno de la conducta alimentaria

- Bulimia/anorexia/atracón: 2

#### Trastornos de la personalidad

- Dependiente: 2

#### Trastorno por abuso de sustancias

- 1

Tanto los trastornos de ansiedad como los trastornos del estado de ánimo parecen ser las principales co-morbilidades del trastorno límite.

### Conclusión

El trastorno límite de la personalidad ha constituido y continúa siendo actualmente un gran problema para los profesionales de la Salud Mental. Las dificultades que plantean este tipo de pacientes exceden muchas veces la preparación de los profesionales que nos desarrollamos en esta área de la psiquiatría y así, suelen terminar constituyendo una gran parte de los llamados "paciente difíciles"<sup>(12)</sup>. Sin embargo, el paciente borderline puede representar un gran desafío para aquellos que se interesen por esta alteración. No se sabe mucho acerca de las condiciones genético-biológicas que plantea esta problemática, pero sí se conoce una abultada bibliografía que relaciona los diferentes tipos de abusos y traumas infantiles con esta patología<sup>(21-23)</sup>. De esta manera, y hasta el momento, pareciera que nos enfrentamos a un problema de tipo relacional/social más que a uno médico/biológico. Sin embargo, cada vez son más los estudios que comienzan a relacionar determinadas alteraciones neurobiológicas, con diferentes manifestaciones y conductas que prevalecen en este trastorno. En la actualidad, en donde todo tiende a encasillarse, planearse y simplificarse, caemos, muchas veces, en un reduccionismo biologicista que intenta medicar todo aquello que represente un mínimo malestar, sin tener ni siquiera en cuenta los demás aspectos constitucionales de la personalidad. Así, evitamos involucrarnos en la totalidad de la cuestión al evidenciar solo una parte de esta.

El paciente borderline comienza su desarrollo en un ambiente, la más de las veces, hostil, ambiguo, y hasta violento y abusivo. Sumado esto a una cierta predisposición genética, acaban por producir una serie de dificultades en la vida de relación, que genera un comportamiento desadaptado a las normas y conductas sociales. La gama de sentimientos se reduce, predominando la angustia y el sentimiento de vacío interno. La soledad y el abandono son la resultante de la inestabilidad en las relaciones personales y a su vez, generan una mayor sensación de vacío y soledad. De esta manera, los esfuerzos por evitar las pérdidas son intensos. Frente a estas, aparecen conductas impulsivas, manipulativas y hasta violentas, que van desde el consumo de sustancias hasta la auto o heteroagresión. Las relaciones se tornan superficiales, con múltiples con-

flictos que impiden la estabilidad. Son relaciones a lo único, a todo o nada, a blanco o negro. Como resultado, un mundo de vacío, de soledad, de antiguos miedos e incertidumbres, sin matices, que entorpece claramente el funcionamiento cotidiano. La persona intenta compensar el vacío con relaciones superficiales, con fantasías y hasta anestesiarlo con alguna droga. Sin embargo, su disposición a ver todo como completamente bueno o completamente malo se repite una y otra vez, pasando de la alegría infinita a la angustia arrolladora. Las relaciones se le convierten en un mundo de distancias. Si el otro está demasiado cerca, ahoga. Si está demasiado lejos, angustia. En general, la consulta se realiza en relación a algún estallido que los pone en riesgo, y termina por preocupar a algún integrante de su núcleo familiar, que suele acompañar al paciente. Frente a esta situación, debemos activar de inmediato una serie de estrategias para proteger al paciente. Para ello, los límites del tratamiento deben ser fijos y claros, ya que debemos tener en cuenta que el paciente tratará siempre de romperlos<sup>(10-11)</sup>. El tratamiento es extenso y trabajoso. No suelen ser infrecuentes los cambios de terapeutas o los abandonos del tratamiento. Si bien las modificaciones pueden requerir de mucho tiempo, alguna de ellas, comienza a disminuir aproximadamente al año de tratamiento, siendo esto completamente variable entre pacientes. Las primeras en disminuir son las conductas autoagresivas y de riesgo<sup>(16, 21, 22, 24, 25, 26)</sup>.

A pesar de que la mayoría de los tratamientos de los que disponemos son "probablemente eficaces"<sup>(8,32,33)</sup>, continuar realizando investigaciones más abarcativas y numerosas nos permitirá ir encontrando los pasos necesarios para mejorar los resultados.

Para finalizar, quisiera transmitir el pensamiento de un gran especialista en personalidad como lo es T. Millon, quien ha dedicado la mayor parte de su trabajo al estudio de la misma. Refiere este autor que: "los clínicos tratan los trastornos de la personalidad con terapias concretas y predefinidas, cuando en realidad es la personalidad misma quien debe constituir la guía del proceso terapéutico".

## Bibliografía

- 1- Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Vol. 15, Nº 2, noviembre de 2008, Págs. 150 a 209.
- 2- Akiskal, Hagop. "Actualización en trastornos bipolares". Revista Vertex. Vol.: XII suplemento especial. (2000)
- 3- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Washington DC. 2000.
- 4- American Psychiatric Association (octubre 2001). "Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder". Am J Psychiatry.
- 5- American Psychiatric association. (2002). Guía clínica para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Ars medica.
- 6- Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Terapias psicológicas para personas con trastorno de la personalidad borderline (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford.
- 7- Barley, W.D., Buie, S.E., Peterson, E.W., y Hollingsworth, A.S. (1993). Development of an inpatient cognitive-behavioral treatment program for borderline personality disorder. Journal of Personality Disorders, 7 (3), 232-240.
- 8- Bloxham, G., Long, C.G., Alderman, N., y Hollin, C.R. (1993). The behavioral Treatment of self-starvation and severe self-injury in a patient with borderline personality disorder. Journal
- 9- Borel, M. - "Importancia del hospital de día como recursos terapéutico de la anorexia y la bulimia nerviosa". Revista Vertex. 1998, Vol. IX: 110-117.
- 10- Clarkin J.F, Yeomans F.E, Kernberg, O: "Psychotherapy for Borderline Personality". New York: John Wiley and Sons; 1998.
- 11- Clarkin, J. (Junio-16-2007) "Science News". American Journal of Psychiatry 171 (24): 374.
- 12- Darden, M. (2006-10-10). "New hope for an 'untreatable' mental illness".

- 13- Echeburúa, E., y Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos de la personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 585-614.
- 14- Fernández Hermida, J. R. y Pérez Álvarez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos, *Psicothema*, 13, 337-344.
- 15- Freud, S. Obras completas. Volumen XIV. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología, y otras obras (1914-1916). Especialmente Introducción del narcisismo. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- 16- Giesen-Bloo, J.; R. van Dyck, P. Spinhoven, et al. (June 2005). "Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy". *Archives of General Psychiatry* 63 (6): 649-58.
- 17- Goldar, J. C., "Personalidad normal y sus trastornos". Actualización del diagnóstico y tratamiento en psiquiatría. Año 2, Vol. 1. Asociación Argentina de Psiquiatras.
- 18- Gunderson, J.G. "The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability". *The American Journal of psychiatry*. Vol. 153, Lumber 6 June 1996.
- 19- Gunderson, J.G. MD (2006-04-10). "Borderline Personality Disorder - Psychotherapies". American Medical Network.
- 20- Hummelen, B.; T. Wilberg, S. Karterud (Enero 2007). "Interviews of female patients with borderline personality disorder who dropped out of group psychotherapy". *Int J Group Psychother* 57 (1): 67-91.
- 21- Kernberg, Otto F.  
 – (2005). *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica*. México: Manual Moderno.  
 – (2001). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona: Editorial Paidós.  
 – (1998). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. México: Editorial Paidós.  
 – (1992). *Trastornos graves de personalidad*. México: Manual Moderno.  
 – (1987). "trastornos graves de la personalidad – estrategias psicoterapéuticas". Editorial: el manual moderno, S.A. de C.V. México, DF.
- 22- Koerner, K. y Linehan, M. M. (2000). Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 151-167.
- 23- Koldobsky, N. M. "Trastorno borderline de la personalidad. Un desafío clínico. 1ª Edición. Buenos Aires. Editorial Polemos. (2005)
- 24- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- 25- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press. Traducción al castellano por Paidós (2003).
- 26- Linehan, M.M., Heard, H.L., y Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- 27- Millon, Theodore & Davis, Roger D. (1998/2004). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Quinta reimpresión. Barcelona: Editorial Masson.
- 28- Millon, Carrie & Meagher, Sarah & Ramnath, Rowena. *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Primera edición 2001, segunda edición 2006. Barcelona: Editorial Masson & Elsevier.
- 29- Monroe-Blum, H., y Marziali, E. (1995). A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9 (3), 190-198
- 30- Monsen, J., Odland, T., Faugli, A., y Daas, E. (1995). Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: A prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 36 (3), 256-268.
- 31- Nordahl, H.M., T.E. Nysaeter (September 2005). "Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series". *J Behav Ther Exp Psychiatry* 36 (3): 254-64.
- 32- Piper, W.E., Rosie, J.S., Azim, H.F., y Joyce, A.S. (1993). A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 44 (8), 757-763.
- 33- Piper, W.E., Rosie, J.S., Joyce, A.S., y Hassan, F.A. (1996). Time limited day treatment for personality disorders: integration of research and practice in a group program. Washington (DC): American Psychological Association Press.
- 34- Quiroga Romero, E. & Errasti Pérez, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13, 393-406.
- 35- Ryle, A. (February 2004). "The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder". *J Personal Disord* 18 (1): 3-35.
- 36- Ritta, S., *Trastornos de la personalidad*. Tratado de actualización en psiquiatría. Editorial Sciens.
- 37- *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. "Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico". Vol. 40 número. 4 Santiago, oct. 2002
- 38- Sadock, Benjamin J. & Sadock, Virginia A. (2008). *Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría Clínica*. Décima edición. Cartoné. Lippincott Williams and Wilkins.
- 39- Vallejo Pareja, M. A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13, 419-427.
- 40- Yeomans F.E; Clarkin J.F, Kernberg O. "A Primer of Transference-Focused Psychotherapy for the Borderline Patient". Northvale, NJ: Jason Aronson; 2002.

## In Memoriam | Prof. Dr. Rodolfo Fahrer

**Comité Editorial** El Comité Editorial de Sinopsis dedica este número a la memoria del Prof. Dr. Rodolfo Fahrer fallecido el 30 de diciembre de 2014.

Este destacado colega egresó de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, donde además obtuvo los títulos de Médico Psiquiatra y de Doctor en Medicina. Fue Profesor Ordinario Titular de Psicología Médica en la Cátedra de Psicología Médica y Profesor Titular del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Unidad Académica Clínicas, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. También fue Jefe del Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas y Director de la Carrera de Médicos Especialistas en Psiquiatría.

Ha sido nombrado Académico de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires y Miembro de la Comisión de Ética y de la Comisión de Premios de la Academia Nacional de Medicina. Ha recibido diversas menciones y premios, entre ellos, su designación como Maestro de la Medicina. Fue nombrado profesor Titular Consulto de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y Consultor del Standing Committee for Nominations de la WPA (Asociación Mundial de Psiquiatría). En 2012, fue nombrado International Distinguished Fellow de la American Psychiatric Association, Washington, DC.

El Profesor Dr. Fahrer fue autor de numerosas publicaciones en libros y revistas científicas internacionales. Su principal área de interés fue la Psiquiatría como especialidad médica, desarrollada en hospitales generales y en el área de Atención Primaria y formación de los recursos profesionales para la misma. Fue además Miembro del Consejo General de Salud Mental del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y se desempeñaba como Jefe del Departamento de Psiquiatría de FLENI.

Sin duda tan importante pérdida trasciende el campo de la Salud Mental para convertirse también en una notoria pérdida para la medicina argentina.

| TÍTULO DEL CURSO   | DIRECTORES                              | DÍAS Y HS. DE CURSADA             | DURACIÓN              | COMIENZA |
|--|---|-----------------------------------|-----------------------|----------|
| Curso de actualización en neurociencia y psicofarmacología Infantojuvenil                  | Alonso, Mónica                          | Martes<br>18:00 a 20:30           | Cuatrimstral          | Agosto   |
| Psicofarmacología: desde las bases fisiopatológicas hasta las normativas de tratamiento    | Alvano, Sebastián                       | 2. Viernes x mes<br>18:30 a 20:00 | Anual                 | Agosto   |
| Psicofarmacología: tratamiento de las patologías psiquiátricas más importantes             | Epstein, Judith                         | Ult. sábados<br>12:00 a 14:00.    | Anual                 | Julio    |
| Psiquiatría infanto juvenil  | Basile, Héctor                          | Virtual                           | 3 módulos             | Agosto   |
| Trastornos de la conducta alimentaria en la cultura contemporánea                          | Onofrio, Graciela                       | 2º Sábados<br>14:00 a 19:00       | Mayo / Noviembre      | Mayo     |
| Actualización en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad y espectro TOC | Cascardo, Enzo<br>Pérez Rivera, Ricardo | 2do y 4to jueves<br>19:00 a 21:00 | Cuatrimstral          | Junio    |
| Cursillo de introducción a la terapia a través del arte                                    | Caruso, Carlos                          | Miércoles<br>20:00 a 21:30        | Cuatrimstral          | Agosto   |
| Psicofarmacos en geriatría   | Kabanchik, Alicia                       | Virtual                           | 2 módulos             | Julio    |
| Introducción a la teoría y práctica de los grupos y abordaje vincular del psiquismo        | Kordon, Diana                           | 2 viernes x mes<br>18:00 a 21:00  | 2 módulos bimestrales | Mayo     |

APSA consolida su Carácter de Institución organizada Federalmente