

VERTEX

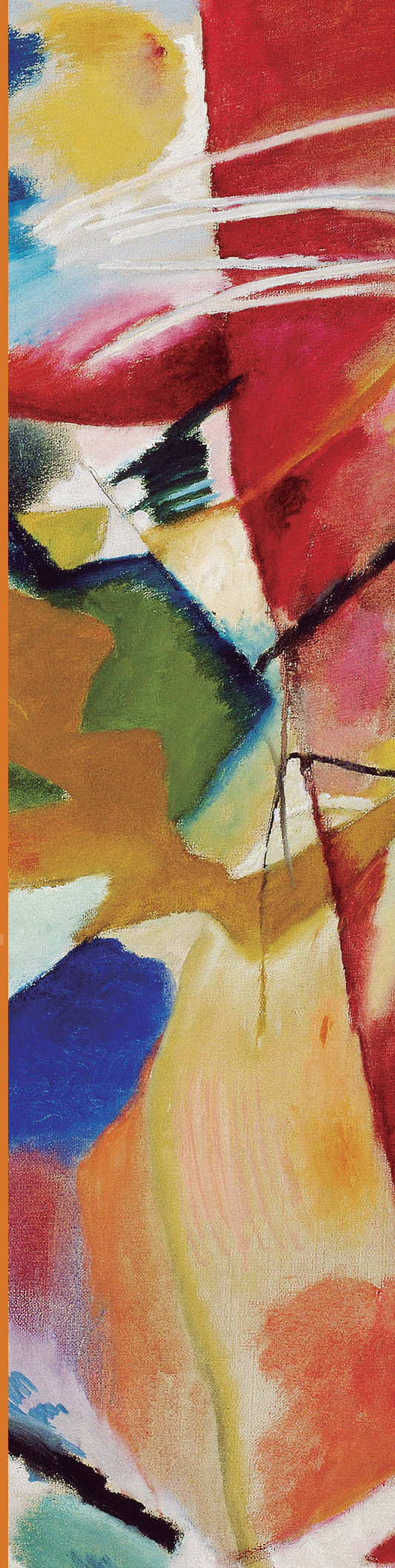
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

Septiembre

Suplemento
para psiquiatras
en formación

2.

Número 2 | Volumen XXXII | SEPTIEMBRE 2021





Línea Neuropsiquiátrica
Roemmers

Meridian

ESCITALOPRAM

Meridian 20

ESCITALOPRAM

- ✓ *Rápido comienzo de acción.*
- ✓ *Nivel de evidencia A1 en ataque de pánico, fobia social, TAG y TOC.*
- ✓ *Facilidad posológica: puede ingerirse con o sin alimentos en una única dosis diaria.*
- ✓ *En depresión moderada o severa. Dosis máxima recomendada 20 mg.*
- ✓ *Mejor funcionamiento cognitivo en pacientes post-ACV.*
- ✓ *Seguridad en pacientes polimedicados.*



Los afiliados del **PAMI** mayores de 60 años y que no estén afiliados a una cobertura médica prepaga acceden al **PLAN VIVIR MEJOR**.



Para acceder a este beneficio, el afiliado no necesita realizar ningún trámite.

PRESENTACIONES

Meridian 10 mg: comprimidos recubiertos por 15 • **Meridian 10 mg:** comprimidos recubiertos por 30.
Meridian 20 mg: comprimidos recubiertos por 15 • **Meridian 20 mg:** comprimidos recubiertos por 30.



REDACCIÓN.

Director

Juan Carlos Stagnaro
(Universidad de Buenos Aires).

Sub-directores

Santiago Levín
(Universidad de Buenos Aires).

Martín Nemirovsky
(Proyecto Suma).

Daniel Matusevich
(Hospital Italiano de Bs. As.).

Directores asociados

América Latina
Cora Lugercho.

Europa

Dominique Wintrebert,
Eduardo Mahieu, Martín Reca,
Federico Ossola.

EE. UU. y Canadá

Daniel Vigo.

Comité científico

Argentina: L. Almirón, M. Cetkovich Bakmas, A. Goldchluk, J. Nazar, J. Pellegrini, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, A. Ravenna, E. Rodríguez Echandía, A. Sassatelli, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, M. A. Vera, H. Vezzetti. **Bélgica:** J. Mendlewicz. **Brasil:** J. Mari. **Colombia:** R. N. Córdoba. **Chile:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **España:** R. Huertas, V. Baremlit. **Francia:** Th. Tremine, B. Odier. **Italia:** F. Rotelli. **México:** S. Villaseñor Bayardo. **Perú:** R. Alarcón. **Reino Unido:** G. Berrios. **Suecia:** L. Jacobsson. **Suiza:** Nelson Feldman **Uruguay:** H. Casarotti, A. Lista. **Venezuela:** C. Rojas Malpica.

Consejo de redacción

Martín Agrest (Proyecto Suma), **Norberto Aldo Conti** (Hospital “José T. Borda”), **Juan Costa** (Cesac 6 y 24, Hospital “P. Piñero”), **Natalia Fuertes** (Hospital Italiano de Buenos Aires), **Gabriela S. Jufe** (Consultor independiente), **Alexis Mussa** (Consultor independiente), **Esteban Toro Martínez** (Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación), **Fabián Triskier** (PAMI e INECO).

Comité de lectura

Eduardo Leiderman, Ernesto Walhberg, Silvia Wikinski.

Comité de redacción

Secretario: Martín Nemirovsky.

Julián Bustin, José Capece, Pablo Coronel, Sebastián Cukier, Laura Fainstein, Edith Labos, Elena Levy Yeyati, Silvina Mazaira, Mariana Moreno, Mariano Motuca, Nicolás Oliva, Federico Pavlovsky, Ramiro Pérez Martín, Diana Szalzman, Judith Szulik, Juan Tenconi.

Comité de redacción del Suplemento

Coordinación: Natalia Fuertes.

Nahuel Baca, Paz Badía, Lucía Valdéz D’Stefano.

Corresponsales

México: María Dolores Ruelas Rangel. **Colombia:** Jairo González. **Venezuela:** Miguel Ángel De Lima Salas. **Francia:** Eduardo Mahieu. **Reino Unido:** Catalina Bronstein.

ÍNDICE.

TRABAJO DE REVISIÓN

4.

TERAPÉUTICA
PSICOFARMACOLÓGICA

13.

CONSULTORIO

19.

DIBUGRAMA

21.

ORÍGENES

23.

VERTEX Suplementos para psiquiatras en formación es un Suplemento de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Reg. Nacional de la Propiedad Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 2718-904X (versión en línea). Hecho el depósito que marca la ley. Todos los derechos reservados.

© Copyright by VERTEX
VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación trimestral de Polemos SA.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable.

Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Coordinación de edición: Carolina Pangas - edicion@polemos.com.ar

Diseño y diagramación: D.I. Pilar Diez mdpdiez@gmail.com

Dibugramas: Soledad Stagnaro

Imagen de tapa: Kandinsky - dominio público - www.rawpixel.com

LA REDACCIÓN.

Suplemento
para psiquiatras
en formación

1

EDITORIAL.

En el próximo mes de octubre, en el contexto de la pandemia que nos atraviesa, muchos médicos residentes y concurrentes concluirán los primeros años formativos de su especialidad, convirtiéndose así en psiquiatras. Al mismo tiempo, otros tantos médicos ingresarán por primera vez a los distintos hospitales y clínicas de la Argentina para comenzar con la dura tarea de formarse como profesionales de la salud mental y adquirir su título de especialistas en Psiquiatría.

Durante los años por venir, los psiquiatras en formación recorrerán un arduo camino, que comienza a la salida de la carrera de Medicina y atravesará las vicisitudes del trabajo con pacientes cuyos padecimientos mentales son con frecuencia imperceptibles a la observación, palpación, auscultación y percusión que tanto hemos practicado, y muchas veces invisibles también a los distintos exámenes complementarios que supimos estudiar.

Ese gran cambio respecto a lo que hemos aprendido en la carrera de grado, se suma ahora a todo lo imprevisto que ha traído la pandemia, tornando aún más difícil el recorrido por delante.

Para algunos psiquiatras en formación, la atención remota fue o será el primer acercamiento a un paciente. Para otros, un hisopado nasofaríngeo fue su primera tarea a realizar. La semiología clásica de la facies no incluía barbijo cuando la memorizamos. Vivimos en tiempos inciertos, vertiginosos, críticos, que imponen cambios en la forma de atención y de aprendizaje, en la organización de los servicios de los que formamos parte y que nos afectan como médicos, sí, pero fundamentalmente como personas. Esa línea que demarca nuestro rol profesional y que a veces creemos que nos separa de nuestros pacientes, ha perdido mucho de su nitidez unívoca.

Cortázar postula en “Casa tomada” que *“se puede vivir sin pensar”*. Nosotros creemos que la necesidad imperiosa de supervivencia que nos tomó a todos sin distinción en estos tiempos de pandemia, nos ha llevado muchas veces a vivir sin pensar, a hacer sin reflexionar. Se tornó muy sencillo caer en el automatismo de repetir las mismas actividades una y otra vez, trabajar y focalizarnos en lo inmediato, en lo urgente. Pero si queremos ser más que autómatas y hacer más que meramente sobrevivir, necesitamos volver a pensar. Aun en crisis -y especialmente en crisis- destacamos el valor de compartir experiencias, información, ideas, inquietudes, críticas. En particular cuando lo vertiginoso de la tarea a realizar nos dificulta detenernos a pensar en lo que hacemos.

Con el inicio de este nuevo Suplemento, hecho por y para psiquiatras en formación, comenzamos con lo que creemos será un nuevo camino colectivo para continuar compartiendo, intercambiando opiniones, aprendiendo y repensando acerca de esta actividad que desarrollamos día a día, apuntando a encontrarnos en el trazado de un sendero hacia territorios nuevos y cada vez más inciertos.

Los invitamos a acompañarnos entonces en este exigente privilegio de ir dando nuestros primeros pasos como psiquiatras.

Natalia Fuertes, Nahuel Baca, Paz Badía, Lucía Valdéz D’Stefano.

EL ENFOQUE ANTROPOLÓGICO EN EL DIAGNÓSTICO DE SALUD MENTAL

Resumen

El enfoque antropológico, lejos de aportar un mero plus del que el médico podría prescindir, salva al profesional de la salud mental de rellenar con suposiciones y conjeturas los faltantes que pudieran existir en la narrativa del verdadero mundo del paciente. Llegando incluso, en última instancia, a normalizar o a patologizar situaciones imposibles de comprender escindidas de su contexto. La información que se pueda obtener del mundo interior y cultural del paciente, ya sea de su propio discurso, del de los miembros de su familia, del resto de su comunidad o de nuestra propia investigación, será la mejor forma de disminuir los pre-conceptos, los prejuicios y las equivocaciones en que se pueda incurrir.

Palabras clave: Enfoque antropológico – Etnopsiquiatría – Psiquiatría transcultural – Diagnóstico psiquiátrico.

Luis Alberto Fariña

Médico. Egresado del Curso Superior de Médico Especialista en Psiquiatría (APSA).

Correo electrónico:

luisfarinapsiquiatra@gmail.com



Introducción¹

Si se parte de las dos definiciones del vocablo Antropología del Diccionario de la Real Academia Española: “Estudio de la realidad humana” y “Conjunto de ciencias que estudian los aspectos biológicos, culturales y sociales del ser humano” (Real Academia Española, 2001), y del concepto de salud establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2012), es impensado concebir el análisis de la salud mental y la cultura propia de cada individuo como dos universos sin puntos de contacto.

La articulación entre la realidad de cada paciente y su padecer, en las entrevistas que se realicen en búsqueda de un adecuado diagnóstico psiquiátrico, como menciona Kleinman (1988), el enfoque antropológico lejos de aportar un mero plus del que el médico podría prescindir, salva al profesional de la salud mental de rellenar con suposiciones y conjeturas los faltantes que pudieran existir en la narrativa del verdadero mundo del paciente. Llegando incluso, en última instancia, a normalizar o a patologizar situaciones imposibles de comprender escindidas de su contexto. La información que se pueda obtener del mundo interior y cultural del paciente, ya sea de su propio discurso, del de los miembros de su familia, del resto de su comunidad o de nuestra propia investigación, será la mejor forma de disminuir los prejuicios, los prejuicios y las equivocaciones en que se pueda incurrir.

Es necesario que la mirada antropológica se conciba como una parte imprescindible e indivisible de la que utiliza a diario cualquier psiquiatra, pues los individuos que se observan son los mismos que estudia un antropólogo. Como se reiterará a lo largo de este trabajo, teorizando y generando interrogantes que ejemplifican los puntos en común que mantienen ambas disciplinas: los profesionales de la salud mental trabajan con el padecer de las personas y esto no puede pensarse fuera del universo al que pertenecen.

Conforme avance el texto se desarrollarán distintos conceptos antropológicos que permitirán dar cuenta de lo mencionado. Para ello se utilizarán también tres viñetas clínicas donde se evidencia la incertidumbre y la encrucijada a la que se ve expuesto aquel psiquiatra que intenta encontrar las respuestas solamente en los signos y síntomas que coinciden con los llamados criterios diagnósticos de los sistemas nosográficos contemporáneos.

Se propondrá a su vez, durante el texto, incorporar la mirada antropológica intentando así jerarquizar la singularidad de cada paciente y, probablemente, como beneficio extra y, no por ello menos destacable, recuperar una narrativa de la clínica que ha ido desapareciendo, devorada por los manuales categoriales y el apuro que el mercado impone a la labor del médico.

Viñetas clínicas

Se presentan tres viñetas clínicas extraídas de casos reales de la práctica psiquiátrica del autor de este artículo. El objetivo es dar cuenta de cómo la falta de una historia clínica sin una mirada antropológica y con una anamnesis estrictamente biomédica deja sin responder preguntas que surgen de la individualidad de cada paciente, de su cultura, de su historia particular. A los efectos del componente ético del presente trabajo, se aclara que cuando los pacientes han sido atendidos en la primera consulta, han consentido de manera verbal y mediante la firma de un documento escrito (consentimiento informado), el cual ha sido adjuntando en sus respectivas historias clínicas, que ésta podría ser usada con fines académicos. La información obtenida de la historia clínica no incidió en la evolución del paciente y los datos personales han sido modificados para mantener su anonimato.

Viñeta 1: “La forma correcta del amor”

David era un paciente masculino de 27 años de edad, que se presentó en horario al turno que solicitó para una entrevista individual en una institución privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La consulta había sido motivada por recomendación de la terapeuta que lleva adelante el tratamiento de la esposa del paciente en el mismo establecimiento. *“Hola, doctor, no sé si me recuerda. Yo vine hace unos meses con mi mujer; ella hace tratamiento acá por un trastorno de la alimentación. En ese contexto es que la derivaron a psiquiatría y vinimos a verlo. Una vez sola ella lo vio a usted, fue en aquella oportunidad que la pude acompañar, cuando lo conocí. No volvió a venir porque consideramos, ella y yo, que era mejor que continuase solamente con la psicóloga.*

En este momento la situación es distinta. Como ve, no vinimos los dos. La psicóloga le dijo a ella que yo tengo que hacer un tratamiento para mí, que es una condición para que no se cierre el suyo; qué sé yo cuántas cosas le mete en la cabeza. Dice que soy un violento, un controlador. Mi mujer es una mentirosa, igual que toda su familia; del padre, ni hablar.

1. El presente trabajo está parcialmente basado en el Trabajo Final que el autor presentó en marzo de 2021, en el Curso Superior Metropolitano de Médico Especialista en Psiquiatría, que se dicta en Instituto Superior de Formación de Postgrado Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).

Cuando nosotros nos casamos, hace seis meses, las cosas estaban claras. Ahora ella quiere decidir. Como usted sabe, nosotros somos judíos y practicamos la religión como hay que hacerlo. Eso lo pautamos de entrada. Pero ahora quiere cambiar todo, como le decía. Por ejemplo, si sabe que no podemos ir a gimnasios mixtos, ¿qué tiene que hacer ahí?, ¿quiere que la miren? Evidentemente sí. Le gusta jugar con la tentación, parece. Lo que nos enseñaron de chicos es claro. 'El cuerpo es sagrado', pero para ella parece que no, ¿me quiere hacer quedar como un estúpido? Si viaja en colectivo, otro ejemplo le doy, yo me la banco pero, ¿por qué no puede evitar el hecho de ubicarse en un asiento junto a un hombre que no conoce, donde seguro se rozan y puede que se despierten deseos mutuamente? Y ahora, como si fuera poco, que va con la psicóloga ésta, más allá que dice ser también de la colectividad, llega con ideas nuevas metidas en la cabeza que sólo nos traen problemas y discusiones.

Con la psiquiatra que ve en el templo no pasa eso. Sí, perdón, no le dije, al final está yendo a ver a una psiquiatra mujer porque yo no podía acompañarla cuando hubiese tenido que verlo a usted.

Como le dije al principio, viene de una familia de mentirosos. Un día me dijo que tejió un suéter para mí. Ella recién empieza con eso de las lanitas y me quiere hacer creer que lo logró sola. Después de presionarla un buen rato me confesó que lo hizo su abuela, pero se lo adjudicó a sí misma para 'hacerme un mimo'. Si me miente con eso, me puede mentir con cualquier cosa. Así como su padre engañó a su madre, si ella me miente en pavadas, mañana me va a engañar en cosas importantes: con la fidelidad, por ejemplo. ¿Qué quiere, que todos me señalen como "el cornudo"?

Si ella quiere, hablamos con el rabino para que nos aconseje. No me voy a bancar que me falte el respeto. Y que no venga con que soy violento porque repite lo que le dice la psicóloga; yo jamás le pegaría. Antes prefiero lastimarme yo, no por nada tengo la mano así -levanta un brazo enseñando un yeso- me provocó y terminé rompiéndome no sé qué huesito de la mano de la piña que le di a la pared."

No se pretende evaluar las acciones que David le adjudica a su esposa, la veracidad de uno y otro discurso, ni la eventual patología de su mujer. David, justifica su accionar, o al menos lo explica, desde lo que refiere como sus aprendizajes religiosos. Ante esta postura surgen, entre otras, las siguientes preguntas: ¿Todos sus argumentos corresponden realmente a lo que la religión que practica dicta? ¿Qué peso tiene la mentira para él, su familia y su cultura? ¿Su mujer, se opone realmente a lo que "es debido" en una esposa? ¿Puede una mujer de su comunidad tener una consulta médica sin su marido, teniendo en cuenta que no concurrió más al psiquiatra varón pero sí con una mujer? ¿Un hombre es hombre por encima de cualquier práctica o profesión, más allá del deseo o

intimidad de una mujer casada? ¿Qué se entiende en su cultura por contrato entre dos personas casadas? ¿Cómo conviven los derechos de las mujeres dentro de ese universo? ¿El amor en su comunidad conlleva obligaciones para considerarse real?

Tal cual se desarrollará en las demás viñetas, no se busca con este recorte poner en discusión el diagnóstico del paciente, David en este caso, ni encontrar respuestas categóricas.

Más bien se pretende que las dudas sean la brújula de aquí en más, en lugar de llegar a tener una respuesta que cierre las discusiones. Recién cuando tengamos información acerca de sus costumbres, de lo que dicta su credo, de los valores éticos de su familia y su comunidad, será tiempo de preguntarnos si el paciente tiene rasgos paranoides, si la dinámica de pareja es la habitualmente desarrollada y aceptada por los miembros de su sociedad o si su celotipia nada tiene que ver con su religión o la cultura en la que están inmersos como personas y como pareja.

Viñeta 2: "Una escena oriental"

Una señora oriental solicita psiquiatra a domicilio al servicio de emergencia de su obra social. El pedido de asistencia es para su hermano, un hombre de 37 años, quien, según ella refiere, "se encuentra muy nervioso, camina por toda la casa y dice algunas incoherencias".

A los treinta minutos arriba la ambulancia de psiquiatría al lugar. Al llegar hay un móvil de clínica médica estacionado en la puerta; su chofer comenta que dentro está el médico aguardando para la interconsulta.

Una vez en el departamento, la hermana del paciente refiere que éste se encuentra en el dormitorio con la madre de ambos, un poco más calmado que al momento de llamar a emergencias. El médico clínico aguarda en el comedor de la vivienda la evaluación del psiquiatra.

En la habitación la imagen es la siguiente: una señora, oriental como todos los miembros de esa casa, sostiene un celular a unos pocos centímetros de la cara de su hijo. Este último se masturba incesantemente mirando la imagen de "la chica que le gusta", tal como explica su madre sin hacer alusión alguna a lo particular de la situación. La entrevista se hace muy dificultosa; el paciente no puede dejar de mirar hacia su derecha para ver el teléfono y masturbarse. Tampoco logra prestar atención a las preguntas que le realiza el psiquiatra. Dado que el paciente no mira al médico, este último se dirige al otro lado de la cama. Una vez allí observa, en el lado derecho del rostro del hombre, una celulitis que le cubre gran parte de la mejilla, extendiéndose casi desde el labio hasta la ceja derecha.

Se lo deriva a clínica médica para tratar dicha patología y luego determinar si tal diagnóstico explica completamente el cuadro de excitación que se ha referido por teléfono y se ha constatado en el domicilio.

Al preguntar acerca de la conducta sexual observada, los familiares sólo responden que la imagen es una fotografía de la chica que le gusta al paciente, que él está triste porque se ha separado de ella, que era una buena persona pero que las cosas no funcionaron. Nadie se excusa ni hace alusión al hecho de que su madre colabore de algún modo en la masturbación de su hijo.

¿No hay pudor? ¿Es algo habitual para esa familia? ¿Es parte del cuadro agudo o es una práctica habitual en esa casa? ¿Todos los convivientes lo han naturalizado y/o son parte de una patología? ¿Será la forma en que vive la sexualidad esa cultura? ¿Preguntamos habitualmente sobre su sexualidad a nuestros pacientes? De hacerlo, ¿preguntamos cómo la viven particularmente o en realidad indagamos si cumple en mayor o menor medida con nuestra idea de sexualidad "normal"?, como si esta debiese ser de un único modo.

Tal vez, y sólo a modo de ejemplo, esas dudas, en el caso de esta viñeta, podrían haber disminuido preguntando si eso que está ocurriendo es habitual en su cultura, en esa familia, en esa casa o si saben de otra gente que tenga esas prácticas. También debería preguntarse si lo que ocurre allí les da vergüenza, culpa, si es un secreto que nadie debe saber, etc.

Lejos de hacer un diagnóstico psiquiátrico con tan poco material o de subestimar el componente clínico, lo que se pretende, aquí también, es utilizar la viñeta de otro caso real como disparador de múltiples interrogantes. Utilizar la duda como herramienta de apoyo constante para entender situaciones y no sólo buscar diagnósticos categoriales. También se invita a evitar caer en facilismos rápidos arrastrados por lo florido de una escena cuando, quizás, como se remarca a lo largo de todo el trabajo, el componente cultural es un factor imprescindible. Que no sea todo patológico, que no sea todo cultural.

Viñeta 3: "Identidad"

Juan tiene 42 años y consulta al Servicio de Psicopatología de un hospital general, acompañado por su hermano, quien es enfermero de terapia intensiva. La entrevista se desarrollará con gran dificultad y precisando en varias oportunidades que su hermano colabore aportando datos y esclareciendo detalles que no se llegan a comprender sólo con el relato del paciente.

Juan se encuentra orientado globalmente, ligeramente desaliñado y con un discurso francamente disgregado. Le cuesta mantener una idea directriz y muchas veces su timia no se encuentra en sintonía con lo que cuenta. Al cabo de cuarenta minutos de entrevista se puede

saber que tiene 3 hijos, que está desocupado en la actualidad, que ha hecho tratamiento psiquiátrico en algún momento de su vida, pero no recuerda qué medicación tomaba ni por qué se interrumpió el mismo. Es consumidor de cocaína desde los 16 años y ha incurrido en el uso de otras drogas, pero nunca con la frecuencia de la primera. En la entrevista también ha surgido que el consumo *"le ayuda a prestar atención"*.

Al cabo de tres meses de tratamiento Juan mejoró su atención y se ha organizado desde que se le indicó risperidona. La mejoría se mantuvo al rotarse el plan a aripirazol, luego de un aumento de la prolactinemia. El consumo mermó por períodos, alcanzando en algunos momentos (2 a 4 meses) la abstinencia.

Algunos datos que se detallarán a continuación pueden que modifiquen la idea del paciente y probablemente nos den una idea más aproximada de por qué Juan padece lo relatado y no es igual que otro paciente teórico que pudiese llegar con el mismo cuadro. Es decir, por qué Juan es Juan y no un mero diagnóstico o el resultado obvio o esperable de someter a un hombre al consumo de cocaína.

Juan posee un número de documento que no se corresponde con su edad. Él lo sabe pero prefiere no hablar del tema. En algunas oportunidades lo explica nombrando *"un tema de papeles"* de una institución benéfica (se resguarda su nombre a los fines confidenciales del tratamiento). Tal argumento es inconsistente pero para el paciente parece alcanzar y no se insiste al respecto.

Juan ha sido criado en una familia *"estricta"*, donde su padre siempre lo ha menospreciado y tratado de *"mariquita"*.

Su consumo aumenta drásticamente cuando le va mal en el trabajo, cuando se pelea con su mujer, cuando *"debería haberse peleado con alguien y no me animé"*. *"Las giras"* suelen coincidir con varias horas de visitas a prostitutas, cabarets y chicas trans.

En una de las entrevistas cuenta al pasar que no puede usar reloj, *"porque eso no es de macho"*, tal cual le dijeron de chico, y él considera que *"un hombre debe ser macho"*. Refiere que eso significa *"no arrugar si hay que pelearse por un amigo"*, tomar drogas, *"ir de putas"*, ser quien lleva el dinero a la casa.

Es probable que Juan busque *"una sustancia que lo ordene"*, incluso que la mejoría que él refiere respecto de su prosexia sea real. No obstante los disparadores se han repetido frecuentemente. Luego de atravesar largos períodos de abstinencia ha vuelto a consumir después de vivir situaciones en las que él, según dice, no se ha comportado como un macho debería hacerlo.

¿Podría Juan disminuir su consumo si se le ayuda a resignificar el concepto de "macho"? ¿Juan (o cualquier paciente que abuse de sustancias) tendrá mejor pronóstico si las entrevistas no se limitan a valorar

el riesgo cierto e inminente o a saber la cantidad de droga que consume?

Si uno se deja llevar por el apuro que impone el sistema de salud o cae en la frecuente trampa dialéctica de afirmar un diagnóstico como si fuera una parte vital y siempre urgente, prontamente podríamos concluir que Juan padece -¿solamente?- tal vez de un Trastorno por Déficit de Atención, el cual alivia con el consumo de un estimulante, en este caso la cocaína. “*Si consumo hasta puedo entender lo que dice la radio cuando manejo, sin distraerme*”, psicosis (por abuso de sustancias o no), u otro diagnóstico. Por otra parte, podría considerarse factible, y probablemente desde el prejuicio, que el deterioro con el que se presenta sea producto de los años de consumo. Tal vez sea cierto eso; tal vez eso no explique todo. Puede que incluso no contemos ni siquiera con un árbol genealógico real y sobre el cual “no podamos preguntar”. Las respuestas, de este paciente, quizás no son tan importantes como las preguntas que el caso plantea, lo cual nos obliga a considerar muchos más diagnósticos (e historias) diferenciales que el cerrarnos en la certeza de una verdad inamovible.

Cultura y antropología

Existen múltiples definiciones del término *cultura*. Una acepción integral podría ser la utilizada por Sales (2008): “Una cultura es un conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad, incluyendo ciertos modos pautados y compartidos de pensar, sentir y actuar. Quienes pertenecen a esa cultura constituyen una etnia”.

Las claras diferencias interculturales en materia de descripción, expresión y explicación del trastorno mental a despecho de una globalización rampante y también multifacética, como explican Mastrogiani & Bhugra (2003), son algunas de las razones que dan cuenta de la necesidad del enfoque multidisciplinario. El impacto de las migraciones, el multiculturalismo y la globalización, insertado en una amplia definición de cultura, requiere entonces una evaluación integrada en el crítico proceso diagnóstico (Bolton, 2008).

Ghaemi (2003) y Kleinman (1997) aseguran que la necesidad de estudiar y sistematizar los aspectos culturales de todo cuadro psiquiátrico se ha constituido, junto al desarrollo de la investigación en ciencias sociales tales como la antropología, la sociología, la economía, la política y la psicología social, en un elemento sustancial para el progreso de la psiquiatría transcultural.

El GAP, *Group for the Advancement of Psychiatry* (2001), la define como la disciplina que examina el contexto y significado cultural de las conductas anormales o “patológicas”. La psiquiatría cultural utiliza

una serie de variables (lenguaje, religión, tradiciones y creencias, etnicidad, género y orientación sexual, etc.), con el fin de delinear la naturaleza real (en tanto que opuesta, “estereotipada”) del sufrimiento emocional o mental. De este modo, la cultura da forma a una variedad de dimensiones aplicadas al quehacer eminentemente clínico, entre ellas la que, como Alarcón (1995), menciona, se ha dado en denominar diagnóstico-nosológica; aquella que identifica el padecimiento en función de la caracterización integral de síntomas y su localización dentro de una clasificación manejable. El afronte de integración plena, sin embargo, es complicado, y su objetivo puede no ser siempre alcanzable. Debe puntualizarse, entonces, una serie de diferencias entre un diagnóstico puramente nosológico y una perspectiva cultural del diagnóstico psiquiátrico. Kleinman (1988) hace hincapié en tal diferenciación. El primero está centrado en la “enfermedad” y, por lo mismo, eminentemente individualizado o individualista, en tanto que la perspectiva cultural está “centrada en la persona”, pero, fundamentalmente orientado a la consideración de sus entramados sociales. La nosología es “esencialista”, casi enteramente focalizada en síntomas o categorías diagnósticas “purificadas” o específicas, en tanto que el enfoque cultural es, por definición, “contextualizado”, interconectado e integrativo.

Psiquiatría transcultural

La psiquiatría transcultural es la rama de la psiquiatría (algunos insisten en que es una rama de la psiquiatría social) cuyo objetivo es estudiar la expresión fenomenológica que adoptan los cuadros psiquiátricos en las diferentes culturas; es la disciplina que examina contextos y significados culturales de conductas anormales o “patológicas” y trata de ver cuál es la influencia de las culturas en la aparición de las enfermedades mentales. “*Entre la presencia de un cuadro de carácter psiquiátrico y la expresión fenomenológica hay algo que los grandes clínicos franceses llamaron el hiato organoclínico, también conocido en nuestro medio como patoplastia, es decir, la modalidad personal en cada individuo que aporta a una expresión, un ataque, o un proceso psiquiátrico*” (De Lahaye Guerra, 2010). Es tarea del psiquiatra que ese hiato sea sólo un modo de presentación y no una brecha que separe al padecimiento real del paciente de la forma rígida y preconcebida que le imponga cómo se debe estar enfermo o, incluso peor, cómo es estar sano.

Etnopsiquiatría y psiquiatría antropológica

La etnopsiquiatría es el estudio de la interacción entre los procesos culturales y mentales. Tiende a cen-

trarse en la forma del desarrollo y la enculturación de los seres humanos dentro de una determinada cultura, con su propia historia, idioma, prácticas y categorías conceptuales como la forma de la cognición humana, la emoción, la percepción, la motivación y la salud mental.

También examina cómo la comprensión de la cognición, la emoción, la motivación y los procesos psicológicos similares informan o limitan nuestros modelos de procesos culturales y sociales. Desarrolla la psicoterapia dentro del universo familiar y cultural del paciente. Cada escuela dentro de la etnopsiquiatría tiene su propio enfoque (D'Andrade, 1995; Schwartz, 1992). Georges Devereux (1908-1985) es considerado el padre fundador de la disciplina.

Devereux (1971) llamó etnopsiquiatría al campo de la investigación y a su método etnopsicoanálisis. Siempre decía que la cultura prescribe a sus miembros "la forma adecuada de ser un loco". Es como si la sociedad declarara: "Usted no tiene que estar loco, pero sin embargo si usted lo fuera, ésta es la manera correcta de serlo".

Tobie Nathan (1986) ha propuesto la revaloración de las terapias tradicionales las cuales toman en cuenta el significado que los pacientes le atribuyen a su enfermedad, a veces postulando explicaciones consideradas sobrenaturales por la medicina occidental, como la presencia de espíritus, maleficios, etc.

"La etnopsiquiatría debería ocupar, con respecto a la medicina, el mismo lugar que ocupa la fisiología", afirmó Laplantine (1986). La etnopsiquiatría es una investigación resueltamente multidisciplinaria que intenta abarcar y comprender conjuntamente los conceptos fundamentales que pertenecen al campo de la psiquiatría (lo normal y lo patológico) y los de la etnología (las categorías universales de la cultura) con el propósito de inferir una antropología psiquiátrica y una práctica terapéutica basadas en ella.

La etnopsiquiatría, en suma, tal como ha sido elaborada por Devereux, elude todas las tentaciones de la amalgama y del sincretismo que tan bien conocemos, distingue y articula entre sí dos niveles complementarios de la comprensión de la enfermedad mental, sin confundirlos jamás, sin reducirlos nunca el uno al otro.

El desafío, en definitiva, es captar a la vez la dimensión étnica de la locura y la dimensión psiquiátrica de la cultura, procurando evitar el doble escollo de, por un lado, psiquiatrizar toda la cultura y, por el otro, relativizar toda la psiquiatría.

Aportes antropológicos en la historia clínica

Si bien la relación médico/paciente constituye una interacción desigual en cuanto al saber sobre la enfermedad -al profesional se le supone un saber mien-

tras que al paciente una falta de este conocimiento- es importante que médicos y enfermos exploren las concepciones e ideas populares de los enfermos y familiares sin prejuicios. Una actitud etnocéntrica o excesivamente asumida como una posición de saber dificulta el conocimiento de las percepciones populares, como puede ser la distinción entre enfermedades de frío y enfermedades de calor o las ideas sobre la etiología y el tratamiento más adecuado para cada una de las enfermedades, además de dificultar el diálogo y la comunicación clínica. Hay que tener en cuenta que el desconocimiento de la realidad y de ciertas percepciones locales puede conducir al fracaso terapéutico e incluso a prácticas iatrogénicas. Para evitar estas situaciones, el profesional debe adoptar un modelo comunicativo de tipo dialógico y no monológico.

Este último modelo se basa en la idea que la simple transmisión de información al enfermo sobre su padecimiento y el tratamiento más adecuado es suficiente para una comunicación clínica exitosa; y se basa en los siguientes prejuicios e ideas:

- Los pacientes no tienen ideas previas sobre su enfermedad o estas ideas son erróneas.
- La información médica sobre las pautas es suficiente para la adherencia al tratamiento.
- No es necesario adoptar un lenguaje sencillo y comprensible para los usuarios.
- No es necesario tener en cuenta las variables sociales y culturales del paciente porque son ajenas al proceso de la enfermedad.
- No es necesario valorar la propia "cultura profesional" porque esta es científica y por lo tanto no prejuiciosa.

No obstante, esta falta de atención a las percepciones de los pacientes puede acarrear un grave riesgo de mala práctica. Incluso cuando aparentemente los profesionales y los pacientes utilizan el mismo lenguaje y, por tanto, las mismas palabras, puede producirse que unos y otros otorguen un significado diferente a lo que se está diciendo. En muchos contextos populares la diabetes es considerada una enfermedad que no es crónica y que puede resolverse evitando los alimentos dulces. De esta forma tanto profesionales como pacientes pueden utilizar el término diabetes o "azúcar en la sangre" y a la vez entender de forma diametralmente diferente lo que está ocurriendo. Desde el modelo monológico, este tipo de percepciones pasarían claramente desapercibidas, con el consiguiente efecto en el abandono del tratamiento antihipertensivo por una buena parte de los afectados por hipertensión arterial o el seguimiento de una dieta no adecuada por parte de los diabéticos. Con el fin de evitar estos problemas de comunicación clínica es importante adoptar un modelo dialógico que permita el conocimiento de las percepciones e ideas de los pacientes. Algunas de las características de este modelo son:

- Ser consciente que los usuarios tienen ideas previas sobre la enfermedad que, erróneas o no, deben ser conocidas por el profesional con el objeto de negociar el tratamiento.
- Hay que intentar no sólo una adherencia al tratamiento por parte del paciente, sino también una “alianza terapéutica” con él y con los diferentes recursos existentes en la comunidad.
- Es necesario adoptar un lenguaje sencillo que sea comprensible para los usuarios.
- Hay que valorar las características sociales, culturales, lingüísticas, religiosas, económicas y étnicas de los pacientes para realizar una buena aproximación a la enfermedad. Una medicina que no tiene en cuenta el contexto social es tan parcial como aquella que no valora la fisiopatología de la enfermedad.
- Hay que valorar la propia “cultura profesional” para ser consciente de las diferencias de ideas y percepciones en el proceso de comunicación clínica.

Un concepto e instrumento que resulta efectivo para la aplicación de un modelo dialógico de comunicación clínica es la aportación de Arthur Kleinman (1988) conocida como “*Explanatory Models*” (EMS) o, en castellano, Modelos Explicativos (MES):

- ¿Qué nombre le pondría a su problema?
- ¿Cuál ha sido la causa de su problema?
- ¿Por qué piensa que empezó?
- ¿Qué significa este problema para usted?
- ¿Qué severidad tiene?
- ¿Durará poco o mucho tiempo?
- ¿Qué le preocupa más de su problema?
- ¿Cuáles han sido las consecuencias de su problema?
- ¿Qué clase de tratamiento piensa usted que debería recibir?
- ¿Qué resultados espera usted del tratamiento?

El objetivo de estas preguntas es profundizar en los signos y síntomas del paciente tal como son vividos por él o ella y explorar si se está atribuyendo algún tipo de diagnóstico, ya sea popular, individual o biomédico. Por ejemplo, el paciente puede hablar de susto, de empacho, de azúcar en la sangre, de posesión por un espíritu o de enfriamiento. Se indagará también sobre la etiología o causas reconocidas por el paciente. Por ejemplo, éste puede indicar que el agente causante es la herencia, el exceso de trabajo, la pobreza, un esfuerzo físico, el agua, la comida, un castigo proveniente de una instancia sobrenatural o un microorganismo. En muchos casos debe considerarse que las respuestas pueden solaparse entre las distintas preguntas, pues no siempre se distingue entre el diagnóstico y la causa de la enfermedad.

Se propone a su vez explorar aquellas dimensiones de las percepciones relacionadas con el inicio de la enfermedad, la aparición y desaparición de los sínto-

mas, las mejorías o empeoramientos y la fisiopatología. Por ejemplo, el paciente puede considerar que su padecimiento se ha ido incubando durante un tiempo o que está vinculado con un acontecimiento de su vida traumático o estresante. Paralelamente, puede indicar que sabe cuándo va a empeorar tras la evaluación de sus sensaciones corporales; concierne a este tipo de preguntas las concepciones del paciente sobre el carácter agudo o crónico de la enfermedad. Incluso disfunciones crónicas como la hipertensión o la diabetes pueden considerarse como padecimientos que no son crónicos en determinados contextos populares.

Por último, al preguntar ¿Con qué tipo de tratamientos piensa que le puede ir bien? debe explorarse el conjunto de terapias tanto biomédicas como rituales, tradicionales, etc. Que el paciente considere que pueden ser efectivas para la resolución de su problema de salud.

Este punto es especialmente importante, pues es sabido que cuanto más diferentes son las percepciones de los usuarios con respecto a los saberes profesionales sobre los tratamientos más adecuados, mayor probabilidad existe que los pacientes abandonen las terapias prescritas.

El trabajo del antropólogo trata esencialmente de comprender cómo la cultura determina la percepción y la comprensión del mundo por parte de las personas. Para Franz Boas, la cultura es altamente determinante, una idea que enfatizó fuertemente en su concepto popular de *Kulturbrille*, es decir, unos “anteojos culturales” que todos poseemos y a través de los cuales vemos el mundo (Boas, 1911).

Los profesionales de la salud también precisamos unos “anteojos culturales”. Mediante estos deberíamos poder ver “en el mismo idioma” y/o con una codificación lo más cercana posible a la que utiliza el paciente para describir y vivenciar su universo.

La idea de Geertz, un antropólogo norteamericano fundador de la antropología simbólica a través de su concepto de cultura como una red de significados tejidos colectivamente, abre una amplia gama de posibilidades de comprender el ‘enredo’ o el complejo entramado de significados que es cultura, y también apunta a la relación estructura estructurante (Geertz, 1989; Geertz Clifford, et al., 1991). Dependiendo de cómo entendemos la cultura, valoramos y nos relacionamos de manera diferente con las prácticas cotidianas, con símbolos, significados y costumbres de nuestro día a día y podemos, desde un enfoque/ conocimiento antropológico, tomar conciencia de la multiplicidad de posibilidades de interpretación para los mismos datos, partiendo de diferentes “lentes” culturales. Con eso, se pretende deconstruir, relativizar o flexibilizar algunas ideas queridas por nuestra sociedad, entendiéndolo dentro de las especificidades de nuestra forma de vida.

Incluso al pensar la praxis del psiquiatra indefectiblemente se excluye la posibilidad de pensar a los tratamientos como meras observaciones pasivas.

Conclusiones

El enfoque antropológico es parte de la mirada médica y del trabajo cotidiano en la salud mental en general. Separarla del resto de los conocimientos que acuñamos en nuestra profesión y su aprendizaje es una decisión teórica. Nos permite pensar en ella de un modo más didáctico y pensarnos en nuestra labor cotidiana pero sólo desde allí se justifica la escisión.

La importancia de la individualidad de cada paciente es transmitida a los alumnos desde el inicio de la formación del médico, a tal punto que probablemente adquiera un carácter de obviedad. En la práctica, paradójicamente, está relegada. Quizás por estar más internalizada que por ser un enigma a resolver conscientemente, como puede ocurrir con el diagnóstico —el cual a veces parece urgente de hallar— o con el tratamiento. Esto último queda evidenciado en las currículas educativas donde puede verse que la antropología psiquiátrica se enseña “al final”, luego de la clínica *per se*, del diagnóstico y del tratamiento.

No solamente por lo cronológico en sí mismo sino porque se da recién cuando el alumno ha adquirido los conocimientos acerca de cómo identificar signos, síntomas, diagnosticar y tratar a los pacientes. ¿Es exagerado afirmar que se enseña cuando el estudiante siente que no precisa más nada porque ya casi es psiquiatra?

En la práctica profesional también se relega muchas veces esta mirada, a menos que la diferencia cultural con el paciente en cuestión sea evidente. Diferencia que se mide en términos geográficos (país de origen, lejanía), color de piel, idioma, religión, etc. Sin contemplar microculturas, costumbres familiares, incluso el grado de “confianza/creencia” o temor respecto de la medicación. En los casos clínicos citados se evidenció que las diferencias pueden estar dadas tanto por una colectividad religiosa, ciudadanos de un país dista simplemente alguien que incorporó un concepto de masculinidad distinto al aceptable para la mayoría de la sociedad. O al del médico tratante.

El avance de una medicina mercantilizada donde las empresas, y no los médicos, deciden la duración de las consultas, sumado a honorarios precarizados contribuye a tener que mejorar la productividad como si los pacientes se tratasen de productos manufacturados en detrimento de las anamnesis exhaustivas, de la narrativa del paciente, de la contención y alojamiento que requiere, y por supuesto consecuentemente del alivio del mismo.

El conocimiento sobre el mundo cultural de cada paciente debe ser una decisión activa y no un hallazgo

casual obtenido mientras se busca un diagnóstico y consecuente tratamiento, como si fuesen rutas distintas o un cartel informativo que apareció en nuestro camino.

Se precisa, como dijo Franz Boas, mirar con los anteojos culturales del paciente. Que no sea un extranjero en la consulta. Si, a modo de ejemplo, se piensa la vida de cada individuo como si fuese un juego de mesa o un deporte, puede concluirse que no hay forma de entender lo no esperado, lo anómalo, lo disruptivo, si no se conoce las reglas que lo rigen. De esta forma se corre el riesgo de compensar la desinformación con prejuicios, suposiciones y conjeturas; con un relato que es del psiquiatra y no el del paciente.

Una pregunta que se desprende de lo dicho es si por soberbia, por rechazo a lo distinto, por ignorar la otredad, o por qué otro motivo termina importando tanto el saber del médico y olvidándose el saber del paciente.

Conflictos de intereses: el autor declara no tener conflictos de intereses.

Referencias bibliográficas

- Alarcón, R. D. (1995). Dimensiones clínicas de la psiquiatría cultural contemporánea. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 41(4), 265–274.
- Boas, F. (1964 [1911]). *Cuestiones fundamentales de antropología cultural*. Solar/Hachette.
- D'Andrade, R. G. (1995). *The development of cognitive anthropology*. Cambridge University Press.
- De Lahaye Guerra, R. M. (2010). ¿Psiquiatría transcultural? Cuba debate. <http://www.cubadebate.cu/>
- Devereux, G. (1971). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Gallimard.
- Geertz, C. (1989). *El antropólogo como autor*. Paidós Ibérica Ediciones.
- Geertz C., Clifford J. et al. (1991). *El surgimiento de la antropología posmoderna. Antropología y etnografía*. Editorial Gedisa Mexicana.
- Ghaemi, S. (2003). *The Concepts of Psychiatry: A Pluralistic Approach to the Mind and Mental Illness*. Johns Hopkins University Press.
- Group for the Advancement of Psychiatry. (2001). *Cultural Assessment in Clinical Psychiatry (1a. ed.)*. Group for the Advancement of Psychiatry.
- Kleinman, A. (1988). Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience. *Bulletin of Science, Technology & Society*, <https://journals.sagepub.com/home/bst>
- Kleinman, A., Das, V., & Lock, M. M. (1997). *Social Suffering (Underlining/Highlighting ed.)*. University of California Press.
- Laplantine, F. (1986). *La etnopsiquiatría. Una nueva disciplina, Síntesis de conceptos fundamentales de la psiquiatría, la antropología, la etnología y el psicoanálisis*. Gedisa.
- Mastrogianni, A., & Bhugra, D. (2003). Globalization, Cultural Psychiatry and Mental Distress. *International Journal of Social Psychiatry*, 49(3), 163–165.
- Nathan, T. (1986) *La folie des autres*. Dunod.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española (22ª. ed.)*. Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>
- Sales, P. P. (2008). *Psicología y Psiquiatría Transcultural*. Desclée De Brower.
- Schwartz, T., G. M. White, et al., Eds. (1992). *New Directions in Psychological Anthropology*, Cambridge University Press.



IRAZEM IRAZEM

ARIPIPRAZOL

Solución
ARIPIPRAZOL

EL ANTIPSICÓTICO ATÍPICO CON MEJOR PERFIL METABÓLICO

| EFFECTOS | PESO | ÍNDICE DE MASA CORPORAL | GLUCOSA | COLESTEROL LDL | COLESTEROL TOTAL | COLESTEROL HDL | TRIGLICÉRIDOS |
|---------------|------|-------------------------|---------|----------------|------------------|----------------|---------------|
| Haloperidol | 0,10 | 0,08 | 0,59 | | 0,59 | | 0,63 |
| IRAZEM | 0,26 | 0,11 | 0,55 | 0,48 | 0,50 | 0,26 | 0,33 |
| Lurasidona | 0,32 | 0,37 | 0,09 | 0,27 | 0,27 | 0,45 | 0,26 |
| Caripracina | 0,37 | | 0,70 | 0,07 | 0,16 | 0,47 | 0,28 |
| Brexpiprazol | 0,45 | | 0,40 | 0,66 | 0,52 | 0,18 | 0,23 |
| Quetiapina | 0,65 | 0,68 | 0,47 | 0,91 | 0,82 | 0,59 | 0,71 |
| Clozapina | 0,90 | 0,85 | 0,97 | | 0,97 | | 0,97 |
| Olanzapina | 0,92 | 0,93 | 0,67 | 0,96 | 0,91 | 0,76 | 0,83 |

Comparación de 18 antipsicóticos sobre la función metabólica en pacientes con esquizofrenia (adaptado Pillinger et al, Lancet Psychiatry, 2020)

IRAZEM está aprobado por la FDA como tratamiento adyuvante del trastorno depresivo mayor en pacientes adultos.

Alternativa terapéutica de primera elección para el tratamiento de la depresión resistente al tratamiento.



PRESENTACIONES

Irazem 5: Envase conteniendo 30 comprimidos.
Irazem 10: Envase conteniendo 30 comprimidos.
Irazem 15: Envases conteniendo 30 comprimidos.
Irazem 20: Envase conteniendo 15 comprimidos.
Irazem Solución: Envase conteniendo 150 ml, con dosificador graduado.



ALCANCES Y LÍMITES DEL EFECTO PLACEBO



Resumen

El efecto placebo resulta difícil de medir, ya que toda respuesta favorable al placebo puede ser relacionada con otros factores, por ejemplo la remisión espontánea. Existen teorías complementarias para explicarlo, como el condicionamiento y la expectativa. Además, el efecto placebo induce cambios neurobiológicos en el cerebro. Sin embargo, el elemento más importante es la interacción entre el médico y el paciente.

Palabras clave: Placebo – Condicionamiento – Expectativa – Neurobiología – Vínculo.

Sergio Aníbal Halsband

Médico Psiquiatra (UBA).
Magister en Psiconeurofarmacología (Universidad Favaloro).
Docente Titular de Terapéutica II del Curso de Posgrado para Médicos Psiquiatras de la UBA.
Docente Titular Interino de Psicofarmacología I del Curso de Posgrado para Médicos Psiquiatras de APSA.

Correo electrónico:
sergiohalsband@gmail.com



Introducción

“Placebo” es una palabra latina que significa “complacere”, lo alude a una prescripción destinada a “complacer” al paciente. Sin embargo, el término tiene más riqueza histórica y semántica que lo que aparenta. Este vocablo fue utilizado por primera vez en la versión latina de la Biblia (la Vulgata, atribuida a San Jerónimo), en cuyo Salmo 116, expresa el agradecimiento al Señor por proporcionar alivio en la aflicción y salvación de la muerte.

Como bien recuerda Shapiro (1997) en uno de sus versículos aparece “*Etalej lifnei Adonai*”..., literalmente: “caminaré delante del Señor”, y fue traducida al latín como “Placebo *Dominum*”, o sea “complaceré al Señor”. Curiosamente una traducción falsa está en el origen de un concepto que hace alusión a un remedio “falso”.

Este salmo formaba parte del repertorio litúrgico de las “lloronas”, que desde la Edad Media se contraían para honrar a los difuntos en los funerales. Teniendo en cuenta que los lamentos proferidos en dichas ceremonias rara vez eran sinceros, en algún momento se comenzó a decir que las cuestionadas profesionales rezaban “placebos”. No hubo, así, mucha dificultad para incorporar el término a la medicina, con la connotación de engaño por parte del médico o curandero a fin de aprovecharse de la credulidad del paciente. Y el término de “placebo” continuó siendo peyorativo hasta bien entrado el siglo XX. Se suponía que un placebo era una sustancia supuestamente inerte que se administraba en forma deliberada, y que el médico sabía positivamente que no estaba prescribiendo una sustancia activa.

El concepto cambió sustancialmente a partir de la década del '50 del siglo XX, rica en avances de la medicina, entre ellos la “Revolución psicofarmacológica”, y la proliferación de ensayos clínicos controlados, en lo que el comparador paradigmático era el placebo. Paralelamente, apareció un nuevo concepto, el de “efecto placebo”. Este concepto, además de más moderno, es más complejo y sutil. Para intentar dar cuenta de él intentaremos definirlo, explicarlo y medirlo.

Definirlo

Como refiere Shapiro (1997), las primeras definiciones de “placebo”, empleadas a fines del siglo XIX y primeras décadas del XX apuntaban a una “sustancia inerte o inactiva”, que se utilizaba “para complacer”, como sugiere su etimología. Definición imprecisa e inexacta para el uso que actualmente le damos al término. En primer lugar, es problemática la existencia de algo así como una sustancia “inerte”: la píldora de azúcar o almidón de hecho no lo es, o al menos no podemos estar absolutamente seguros de que lo sea. Tampoco es necesario que el placebo sea inerte; bastaría con

que se lo considere ineficaz para la condición para la cual se lo emplea. En cuanto a la otra parte de la definición, el requisito de que el placebo sea administrado en forma intencional “para complacer”, tampoco tiene vigencia, ya que como puntualiza Wikinski (2003), también se considera placebo a toda sustancia que no demuestre ser mejor que un placebo, o sea que toda droga que se proponga como tal es placebo hasta que se pruebe lo contrario.

Los placebos suelen clasificarse en: farmacológico, psicológico y físico. Obviamente, el placebo farmacológico es el placebo por excelencia, ya que no sólo es de uso más difundido y frecuente, sino también el más estudiado. Cuando no se aclara a qué tipo de placebo nos referimos, se supone que se trata del placebo farmacológico. Además es el único tipo de placebo que, en el contexto de una investigación, es apto para ser administrado en doble ciego.

El placebo físico, como su nombre lo indica, tiene que ver con prácticas terapéuticas, o prácticas con propósitos terapéuticos, como la cirugía, la acupuntura, la digitopuntura, el láser, la masoterapia, etc. Los resultados de los que disponemos no son concluyentes, en parte debido a limitaciones metodológicas. Un meta-análisis reciente encuentra a la acupuntura tan efectiva como los antidepresivos en depresión mayor y depresión post-accidente cerebrovascular (Zhang-Jin et al., 2010). Aunque no se tenga en cuenta la pequeñez y la heterogeneidad de los estudios considerados, este resultado no puede considerarse definitivo: la depresión es una patología muy respondedora al placebo y los antidepresivos no aventajan al placebo en un porcentaje elevado, por eso son necesarios estudios con muestras grandes para encontrar significación estadística. Por otra parte, se ha intentado comparar los resultados analgésicos de la acupuntura con “acupuntura placebo”, con punciones en puntos anatómicos diferentes a los prescritos por dicha disciplina, sin resultados claros (Musial et al., 2009). Como observa Evans, los supuestos efectos de la acupuntura podrían ser específicos, o bien deberse al simple hecho de la punción, independientemente del punto en el cual se la practica (Evans, 2004). Es interesante señalar que para distintas patologías, el efecto placebo de la “acupuntura falsa” parece ser mayor que el del placebo farmacológico (Kaptchuk et al., 2006; Lind et al., 2010). En definitiva, no sabemos si la acupuntura es o no un placebo.

Las investigaciones en torno a la falsa cirugía o “cirugía placebo” son más escasas aún, por las implicancias éticas del hecho de anestesiarse a un paciente, abrirlo, y luego cerrarlo. Esto ha sido planteado, por ejemplo, en el uso de ésta práctica para conformar un grupo control en el estudio de la cirugía de la enfermedad de Parkinson (Frank et al., 2008). Existe el antecedente, como lo señala Wikinski (2003), de una operación de ligadura de la arteria mamaria interna para la angina

de pecho cuya ineficacia sólo pudo ser demostrada mediante la comparación con cirugía placebo. Como consecuencia, se han evitado a posteriori miles de operaciones inútiles. Como curiosidad, también se ha reportado efecto placebo en la terapia electroconvulsiva “falsa” (Fox, 2010).

El placebo psicológico también constituye un tema complejo. La psicoterapia, junto con la farmacoterapia, es uno de los pilares fundamentales de la terapéutica psiquiátrica. El procedimiento adecuado sería comparar los resultados de una serie de conversaciones de otro paciente con una persona no entrenada en la práctica psicoterapéutica. Si no hay diferencias significativas entre la psicoterapia y la psicoterapia placebo, como lo sostiene Shapiro (1997), entonces la psicoterapia sería un placebo. Otro punto a tener en cuenta es la eficacia comparativa entre psicoterapias de diferentes escuelas. Aquí comienzan las dificultades, porque la manera de evaluar distintos tipos de psicoterapia puede ser inadecuada. Por ejemplo, no podemos aplicar la misma escala a una terapia que tenga como objetivo el alivio de los síntomas que una que apunte a la resolución de conflictos. Esto nos recuerda el concepto de Kuhn de la inconmensurabilidad de los paradigmas.

Hecha esta salvedad, se expondrán las conclusiones de algunas revisiones sobre el tema que se vienen realizando desde hace décadas. Un meta-análisis de Smith y Glass (1977) compara gran cantidad de estudios, muy heterogéneos entre sí. El resultado final fue que la psicoterapia fue mejor que el placebo, pero los placebos no siempre fueron psicológicos y efectuados con la misma técnica. Incluso, en algunos casos se trató de placebos farmacológicos: aquí debemos tener en cuenta que, como decíamos respecto a los placebos físicos, aparentemente hay placebos más potentes que otros. Otro resultado obtenido en este estudio fue que no hubo diferencias de eficacia entre distintos tipos de psicoterapia, lo cual merece la siguiente reflexión: cada escuela psicoterapéutica justifica teóricamente su efectividad en lo que cada una tiene de particular, entonces la falta de diferencias apuntaría a valorar lo que todas tienen en común, es decir la interacción humana entre el terapeuta y el paciente. Más ordenado es un pequeño estudio en el cual se compara un grupo de 15 pacientes con depresión o ansiedad tratados por psicoterapeutas entrenados con otro grupo similar asignado a profesionales universitarios sin entrenamiento psicológico alguno. No aparecieron diferencias significativas entre los dos grupos (Strupp y Hadley, 1979).

Una posible conclusión es que la psicoterapia no sirve, es “placebo”, pero también que el factor más importante que beneficia al paciente es, de nuevo, la interacción humana con el terapeuta, entrenado o no, que los autores llaman “factores inespecíficos” de la psicoterapia.

Un meta-análisis más reciente, circunscrito a la terapia cognitiva comportamental para los trastornos de ansiedad, encuentra a la primera más eficaz que el placebo, aunque nuevamente la naturaleza de los placebos difiere en los distintos estudios: se han usado relajación, “counseling”, grupos de discusión, terapias grupales, placebo farmacológico y un largo etcétera. La diferencia más significativa apareció en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo, que precisamente es el trastorno de ansiedad menos respondedor al placebo (Hofmann y Smits, 2008).

De modo que podemos inferir que la presencia de la persona cuya función es asistir o curar puede generar efectos terapéuticos. Pero debemos añadir una diferencia: la psicoterapia, aún la psicoterapia “placebo” brinda al paciente algún tipo de información, en principio beneficiosa. El placebo farmacológico, no.

Medirlo

A priori, parecería que la medición del efecto placebo es una tarea sencilla. En primer lugar, debemos diferenciar en qué patología vamos a efectuar la evaluación, ya que sabemos que no podemos esperar la misma magnitud de efecto placebo en una depresión que en una demencia. Supongamos que en un estudio, o promedio de estudios controlados sobre la farmacoterapia de la depresión, encontramos un 60% de respuesta a la droga activa versus un 40% de respuesta al placebo, y entonces inferimos que en la depresión, la magnitud del efecto placebo es del 40%.

Pero, lamentablemente, esto es una simplificación excesiva: el efecto placebo no es lo mismo que todo lo que sucede después de la administración del placebo. Existen otros factores, como las remisiones espontáneas y el curso natural de la enfermedad. Se puede argumentar que es igualmente probable que un paciente de un estudio mejore o que empeore, pero eso no es cierto. Cuando, por ejemplo, un paciente que padece una depresión recurrente de evolución cíclica ingresa en un estudio seguramente lo hará en su peor momento, no en el mejor, y por lo tanto será más probable que mejore y más improbable que empeore, de la misma manera que un ascensor detenido en un noveno piso de un edificio de diez pisos tiene mayor probabilidad de ser llamado desde abajo que desde arriba. Esto se denomina, en términos estadísticos, regresión a la media. Por eso bien dice Bügel (1998) que la medicina conoce tres explicaciones posibles a la relación entre tratamiento y curación:

1. Los factores específicos del tratamiento;
2. “El poder curativo de la naturaleza”;
3. El efecto placebo.

El primer elemento, en las drogas, se califica con los estudios controlados a doble ciego, que para eso están diseñados. Más complicado es deslindar los otros dos puntos. La única manera imaginable es asignar un

grupo de pacientes al placebo y otro grupo a “no tratamiento”, por ejemplo incluirlos en una lista de espera.

Esta comparación fue estudiada por Hróbjartsson y Gotzche, quienes recopilaron este tipo de estudios realizados en 40 patologías diferentes que incluían las condiciones más heterogéneas, como hipertensión, asma, anemia, hipercolesterolemia, alcoholismo, tabaquismo, depresión, esquizofrenia, insomnio, ansiedad, fobia, onicofagia compulsiva, enuresis, epilepsia, enfermedad de Parkinson y enfermedad de Alzheimer.

Los resultados se clasifican en “continuos” (cuando se podía consignar si un síntoma había remitido mucho o poco) y “binarios” (lo que nosotros llamamos discretos), cuando se responde por sí o por no. Sorprendentemente, los resultados mostraron ventajas para la medida continua de dolor y fobias pero ninguna significación para todo el resto de las patologías. Y para todas las medidas “binarias” no aparecieron diferencias estadísticamente significativas (Hróbjartsson y Gotzche, 2001). Estos hallazgos fueron replicados por los mismos autores en un meta-análisis posterior que incluía nuevos estudios (Hróbjartsson y Gotzche, 2004).

Este artículo de Hróbjartsson tuvo un profundo impacto sobre la concepción que se tenía del placebo, que venía de su edad de oro iniciada en la década del '50, con las publicaciones de Henry Beecher, anestesiólogo americano, en las que atribuía, basado en algunos datos verídicos y otros adulterados, una gran eficacia al placebo.

Precisamente, su trabajo más famoso se denomina “The *powerful* placebo” (Beecher, 1955), “el poderoso placebo”, y el de Hróbjartsson “Is the placebo *powerless*?” (Hróbjartsson y Gotzche, 2001), ¿Es el placebo ineficaz?

Pero el trabajo de Hróbjartsson tampoco está exento de posibles cuestionamientos. Además de la observación de Evans (2004) de que la gran heterogeneidad de las condiciones tratadas y la división de las mediciones en “continuas” y “binarias” diluye los resultados positivos que se han presentado en algunos síntomas, como el dolor, en un promedio no significativo, considero que el “no tratamiento”, aparentemente único comparador posible del placebo, dista mucho de ser perfecto y libre de contaminación. El mensaje “No le voy a dar ningún tratamiento ahora. Inscríbese en la lista de espera y será llamado cuando corresponda” no es neutro. En primer lugar porque ya hay una interacción humana del paciente (o candidato a paciente) y el médico o auxiliar. En segundo lugar, esta persona puede conocer, o intuir mediante el sentido común, que si no lo tratan y lo hacen esperar, es porque su patología no es grave o por lo menos no es urgente, y esto lo puede tranquilizar, y aquí se filtran componentes de la que llamamos efecto placebo. Quiénes trabajan en servicios sobresaturados, que deben recurrir a esta instancia, saben que muchos pacientes de lista de espera después no

concurren, sea gracias a la acción curativa de la sabia naturaleza, y también a la tranquilidad de saberse incluidos en una lista. Con benevolente ironía, algunos denominan a esto “cronoterapia”.

También se ha criticado el confuso significado de los resultados “binarios” por ejemplo, en el consumo de tabaco una reducción del 50% es reportada como “no curación”, a pesar de la importancia que tendría ese resultado en términos de la Salud Pública (Greene et al., 2001).

Explicarlo

Se considera que, para que el efecto placebo tenga lugar en el humano, existen tres condiciones básicas.

La primera es que el organismo preserve, total o parcialmente, la capacidad “autocurativa” de mantener, o tender a mantener, cierta homeostasis al servicio de la conservación de la vida. Como veremos más adelante, el sistema inmunitario está comprometido en esto.

La segunda es la capacidad simbólica de representarse la curación o el alivio de un padecimiento y por lo tanto desearla, e interpretar que el espacio de dicha curación es el contexto clínico. Hasta donde sabemos, un individuo en estado de coma no puede experimentar el efecto placebo.

La tercera condición es que dicho contexto psicosocial en donde tiene lugar el efecto placebo concuerde con el paradigma cultural del momento y sea compartido por el sujeto. Por eso, en nuestra sociedad positivista funciona el placebo administrado por el médico, en cambio en otro contexto la figura que impulse la eficacia de la práctica placebo puede ser el hechicero o el sanador.

Desde el punto de vista psicológico, las dos grandes teorías que intentan dar cuenta del efecto y placebo son la del condicionamiento clásico y la de la expectativa.

El condicionamiento no requiere necesariamente una operación cognitiva consciente. Así, por ejemplo, en una experiencia en la cual se administraba buprenorfina a una serie de sujetos, éstos experimentaron una leve depresión respiratoria, no registrada conscientemente, pero sí en forma objetiva, al constatarse la disminución de la cantidad de respiraciones por minuto. Al reemplazar la buprenorfina por placebo, se mantiene esa diferencia por algún tiempo (Benedetti et al., 1999). También se constituye en la explicación más adecuada para lo que puede llamarse “efecto placebo” en animales, obviamente a través de mediciones objetivas como frecuencia cardíaca, tensión arterial, etc. (Ader, 1985).

La teoría de la expectativa presupone una disposición cognitiva consciente para obtener el efecto benéfico de un tratamiento, pero no necesariamente haber tenido experiencias previas condicionantes. En general la confianza en el prescriptor, habitualmente el médico,

da la medida de la expectativa, pero en algunos casos la expectativa puede activarse sin la presencia de esta segunda persona. Sería el caso, por ejemplo, de un medicamento adquirido sin receta, cuyo prospecto, o a veces solamente el nombre de su marca, alusivo a su supuesta acción terapéutica, es suficiente para inducir en el doliente expectativas de obtener beneficios.

De acuerdo al análisis de ambas posturas realizado por Stewart-Williams y Podd (2004), las dos teorías, lejos de ser antagónicas o excluyentes, son complementarias en la mayor parte de los casos. El origen del efecto placebo puede ser el condicionamiento clásico u otras fuentes, como el aprendizaje verbal. Este último provoca una expectativa consciente, mientras que el condicionamiento puede producir tanto aprendizaje consciente como no consciente. Ambas formas de aprendizaje, la consciente y la no consciente, pueden dar lugar a efecto placebo subjetivo (sobre la ansiedad, el dolor, etc.) o a efecto placebo fisiológico (sobre la fiebre, la tensión arterial, etc.).

Las teorías del condicionamiento clásico y la expectativa también son utilizadas para explicar el fenómeno contrario al efecto placebo: el efecto nocebo (del latín *nocēre* = dañar), que consiste en experimentar los esperados efectos colaterales de un medicamento (u otro tratamiento): dolores, náuseas, fatiga, etc. Estos efectos colaterales pueden ser anunciados por el experimentador que administra el placebo, pero en nuestra práctica, lo más usual es que se produzcan como consecuencia de la lectura del prospecto de un medicamento prescrito por un profesional que no se ha tomado la molestia de realizar una adecuada psicoeducación con el paciente (Barsky et al., 2002).

Particularmente interesante es el aporte teórico de Dylan Evans. Este autor parte de la base que los síntomas más sensibles al placebo son el dolor, la inflamación, la fiebre, la depresión y la ansiedad. Esto, si bien no lo podemos dar por absolutamente demostrado, no aparece desmentido por los trabajos de Hróbjartsson y Gotzche. Son los fenómenos que se producen en la reacción inmunitaria inespecífica inmediata ante una noxa, y desde el punto de vista adaptativo, sirven para contener el ataque mientras el sistema inmunitario toma su tiempo para identificar el antígeno y producir el correspondiente anticuerpo, o sea, la reacción inmunitaria específica. Pero la reacción inespecífica es muy costosa, y parece ser que, evolutivamente, los animales superiores y el hombre disponemos de recursos para atemperarla o suprimirla. Uno de ellos podría ser que la percepción de que algo o alguien actúa en nuestra ayuda puede ejercer una fuerza inhibitoria sobre dicha reacción, como si existiera el mensaje de que no es necesario un gran despliegue de recursos defensivos (Evans, 2004).

Si bien esta teoría no explica algunos fenómenos, como el ya mencionado efecto nocebo, es perfecta-

mente compatible con las observaciones biológicas que se han hecho sobre el efecto placebo.

En concordancia con esta visión, el fenómeno clínico más estudiado en relación al efecto placebo es el dolor. Ya, en 1978 Levine y cols. postulaban que la analgesia inducida por placebo, especialmente si el dolor está acompañado de estrés, es revertida total o parcialmente por la naloxona, lo que implicaría que el placebo activa endorfinas (Levine et al., 1978).

Estudios posteriores sugieren que el mecanismo es más complejo. La intervención del sistema opioide es más relevante cuando el paciente recibe estímulos que le despiertan una elevada expectativa. Cuando no, la prueba con naloxona tiene menos efectividad. En cambio, se ha probado la implicancia de otras sustancias no opioides, como la colecistoquinina (Benedetti et al., 2005). Algunos estudios por imágenes tienden a ser confirmatorios. Por ejemplo, con resonancia magnética funcional, se ha visto que la administración de placebo en individuos con elevada expectativa de analgesia aparece asociada con reducción de la actividad de zonas como la corteza cingulada ventral anterior, la corteza insular y el tálamo, implicados en la respuesta al dolor y ricos en receptores opioides de tipo mu (Wager et al., 2004).

Se sabe, como se ha dicho, que la depresión es altamente respondedora al placebo. Los estudios controlados con antidepresivos arrojan, en el mejor de los casos, una respuesta modestamente mejor que el placebo, al menos en las primeras semanas. Un estudio por Tomografía por Emisión de Positrones (PET), en el que se comparaban pacientes respondedores a la fluoxetina y al placebo, encontró alteraciones comunes en los dos grupos, como aumentos metabólicos en las cortezas prefrontal, parietal, cingulada posterior y la ínsula posterior, y disminuciones en la corteza cingulada subgenual, parahipocampo y tálamo. Privativos de los respondedores a la fluoxetina fueron ciertos cambios subcorticales y límbicos a nivel del tronco cerebral, estriado, ínsula anterior e hipocampo. Los autores sugieren que los primeros deberían ser una condición necesaria para todo tipo de mejoría clínica de una depresión (Mayberg et al., 2002).

Si así fuese, razona Benedetti, las imágenes de los pacientes mejorados con psicoterapia deberían ser similares, pero si se comparan imágenes de pacientes depresivos respondedores a la fluoxetina, al placebo farmacológico y a la psicoterapia cognitivo-conductual, en el último grupo se encuentran patrones diferentes, como disminución de la actividad en corteza dorsolateral y frontal medial y aumento en el hipocampo (Benedetti et al., 2005).

Esto confirma que es diferente la impronta cerebral de la expectativa pasiva que induce el placebo con respecto a los cambios que causa el aprendizaje activo que se da en el curso de una psicoterapia.

Por último, como la expectativa se asocia a mayor liberación de dopamina, como se observa en los adictos a drogas que esperan recibir una dosis inmediatamente, se ha observado una respuesta positiva en la enfermedad de Parkinson, tanto con placebos farmacológicos como con “falsas cirugías”, aunque es de suponer que este efecto sea poco duradero (De la Fuente-Fernandez et al., 2001).

Consideraciones finales

Aunque el efecto placebo sea un fenómeno elusivo para su medición y su explicación, su manifestación es un hecho incontestable para todo médico en la práctica cotidiana.

Su correlato biológico es desconocido, ya que no es posible que sea endorfinico en el dolor, serotoninérgico en la depresión y dopaminérgico en la enfermedad de Parkinson; sino que es de suponer que existe un mecanismo común subyacente a su manifestación en las diferentes patologías. En ese sentido, parece promisoría la hipótesis de Evans, que hace gravitar su producción en los fenómenos defensivos del organismo, y es así que el efecto placebo es más manifiesto cuando la “enfermedad” se produce más a expensas del comportamiento defensivo del organismo que a la acción directa de la noxa.

El marco conceptual desde el cual pretendemos comprender este fenómeno también puede hacer variar el sentido que le asignemos.

El idioma inglés tiene dos vocablos para designar el concepto de “enfermedad”: “*Illness*” y “*Disease*”. “*Illness*” es la construcción que hace el paciente de su padecimiento para hacerlo inteligible y comunicable; por ejemplo: estoy enfermo: tengo fiebre, falta de fuerza y tos. “*Disease*” es la construcción que efectúa el médico, o la ciencia médica, para conceptualizar un diagnóstico y al cual dirigir el tratamiento apropiado. Por ejemplo “Usted tiene una gripe estacional, y el tratamiento correspondiente es un antipirético y un antihistamínico.” Pero el placebo actúa sobre “*Illness*”, no sobre “*Disease*”, que a veces coincide, pero muchas otras veces no. Es posible que este sea uno de los motivos de las dificultades para evaluar este fenómeno.

En definitiva, el efecto placebo ha sido estudiado como comparador de drogas consideradas útiles y, cuando se lo utiliza con otros fines, mantiene aún sus connotaciones negativas. Resta profundizar su estudio sistemático como verdadera herramienta terapéutica, ya que a menudo los clínicos lo empleamos sin saberlo en los diversos tratamientos que administramos, teniendo en cuenta que el efecto placebo parece estar en el mismo centro de la relación afectiva que se da entre el sufriente y la figura que se propone para asistirlo.

Conflictos de intereses: el autor declara no tener conflictos de intereses.

Referencias bibliográficas

- Ader, R. (1985). Conditioned immunopharmacological effects in animals: implications for a conditioning model of pharmacotherapy. En White L, Tursky B y Schwartz G (Eds): *Placebo: Theory, research and mechanisms*. (pp 306-323). Guilford Press.
- Barsky, A., Saintfort, R., Roger, M., Borus, J. (2002). Nonspecific Medication Side Effects and the Nocebo Phenomenon *JAMA*; 287: 622-627.
- Beecher, H. (1955). The powerful placebo. *Journal of the American Medical Association*; 159: 1602-6.
- Benedetti, F., Amanzio, M., Baldi, S., et al. (1999). Inducing placebo respiratory depressant responses in humans via opioid receptors. *European Journal of Neuroscience*; 11: 625-631.
- Benedetti, F., Mayberg, H., Wager, T., et al. (2005). Neurobiological Mechanisms of The Placebo Effect. *The Journal of Neuroscience*; 25(45): 10390-10402.
- Bügel, P. (1998). The Many Meanings of Placebo. *Forsch Komplementarmed*; 5 (Suppl): 23-30.
- De la Fuente-Fernandez, R., Ruth, T., Sossi, V., et al. (2001). Expectation and Dopamine Release: Mechanism of the Placebo Effect in Parkinson's Disease. *Science*; Vol 293: 1164-1166.
- Evans, D. (2004). *Placebo*. 2nd ed. Oxford Univ. Press. 224p.
- Fox, M. (2010). Natural Course, Placebo effect and Sham Electroconvulsive Therapy. *Journal of Ect*; 26(1), Letter.
- Frank, S., Wilson, R., Holloway, R., et al. (2008). Ethics of sham surgery: perspective of patients. *Mov Disord*; (1) 63-8.
- Greene, P., Wayne, P., Kerr, C., et al. (2001). The powerful placebo: doubting the doubters. *Advances in mind-body medicine*, 17(4), 298-318.
- Hofmann, S., Smits, J. (2008). Cognitive-Behavioral Therapy for Adult Anxiety Disorders: A Meta-Analysis of Randomized Placebo - Controlled Trials. *J Clin Psychiatry*; 69: 621-632.
- Hróbjartsson, A., Gotzsche, P. (2001). Is the placebo powerless? *N Engl J Med*, Vol. 344, nº 21: 1594-1602.
- Hróbjartsson, A., Gotzsche, P. (2004). Is the placebo powerless? Update of a systematic review with 52 new randomized trials comparing placebo with no treatment. *Journal of Internal Medicine*; 256: 91-100.
- Kaptchuk, T., Stason, T., Davis, R., et al. (2006). Sham device vs inert pill: randomised controlled trial of two placebo treatments. *BMJ* ; 332: 391-397.
- Levine, J., Gordon, N., Fields, H. (1978). The mechanism of placebo analgesia. *Lancet*; 2: 654-657.
- Lind, C. K., Niemann, K., Meissner, K. (2010). Are Sham Acupuncture Interventions More Effective than (Other) Placebos? Re-Analysis of Data from the Cochrane Review on Placebo Effects. *Forsch Komplementarmed*; 17: 259-264.
- Mayberg, H., Silva, J., Brannan, S., et al. (2002). The Functional Neuroanatomy of the Placebo Effect. *Am J Psychiatry*; 159: 728-737.
- Musial, F., Tao, I., Dobas, G. (2009). Ist die Analgetische Wirkung der Akupunktur ein Placeboeffekt? *Schmerz*; 23: 341-346.
- Shapiro, A. (1997). The semantics of the placebo. In: Shapiro A. and E. Shapiro *The powerful placebo: From Ancient Priest to Modern Physician*. Johns Hopkins London (28-42).
- Smith, M., Glass, G. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*; 32: 752-760.
- Stewart-Williams, S., Podd, J. (2004). The Placebo Effect: Dissolving the Expectancy Versus Conditioning Debate. *Psychological Bulletin*; Vol. 130, Nº 2: 324-340.
- Strupp, H., Hadley, S. (1979). Specific versus non-specific factors in psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*; 36: 1125-1136.
- Wager, T., Rilling, J., Smith, G., et al. (2004). Placebo - induced changes in fMRI in the anticipation and experience of pain. *Science* 303: 1162-1167.
- Wikinski, S. (2003). ¿Qué sabemos acerca del mecanismo de acción del placebo? *Vertex, Rev Arg Psiquiatr*. XIV (51), 59-64.
- Zhang-Jin Zhang, Mai-Yong Chen, Ka-Chee Yip, et al. (2010). The effectiveness and safety of acupuncture therapy in depressive disorders: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*; 124: 9-21.

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (DELIRIUM)

Se trata de un síndrome caracterizado por el inicio agudo de alteraciones a nivel de la conciencia y atención, acompañado de una disminución de las funciones cognitivas (o el empeoramiento del deterioro cognitivo preexistente), las cuales se presentan en forma fluctuante y se asocian a síntomas conductuales.

Factores predisponentes

- Adultos mayores.
- Demencia.
- Ceguera o hipoacusia.
- Postoperatorios.
- Dependencia de alcohol o benzodiacepinas.
- Múltiples comorbilidades clínicas.
- Antecedentes de delirium.

Características clínicas

- Capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención.
- Deterioro global de la cognición:
 - Desorientación.
 - Deterioro de la memoria reciente y el pensamiento abstracto.
- Alteración del ciclo sueño-vigilia.
- Agitación psicomotriz.
- Labilidad afectiva.
- Alteraciones sensorio-perceptivas, a predominio visual (ilusiones y alucinaciones).
- Discurso incoherente.
- Ideación paranoide mal sistematizada.
- La aparición de las características clínicas es rápida y con fluctuaciones.

Presentación clínica

Existen tres presentaciones clínicas, que se diferencian por las distintas combinaciones de síntomas:

- Delirium hiperactivo (agitación psicomotriz, comportamiento inapropiado, delirio, alucinaciones).
- Delirium hipoactivo (letargo, somnolencia, enlentecimiento).
- Delirium mixto.

Diagnósticos diferenciales

- Demencia.
- Estado postictal.
- Episodio psicótico agudo.
- Trastorno del ánimo.

Etiología

La causa es mayoritariamente multifactorial, pero pueden distinguirse:

- Infecciosa: infección del tracto urinario, enfermedad respiratoria, absceso, celulitis, endocarditis bacteriana subaguda, entre otros.
- Metabólica: anemia, alteraciones electrolíticas, encefalopatía hepática, uremia, insuficiencia cardiaca, hipotermia, etc.
- Neurológica: accidente cerebrovascular, traumatismo craneoencefálico, encefalitis, tumores del SNC, aumento de la presión intracraneana.
- Endócrina: enfermedad adrenal, paratiroidea, tiroidea o hipofisaria. Hipoglucemia, diabetes mellitus, deficiencias vitamínicas, entre otros.
- Intoxicación o abstinencia: al alcohol, benzodiazepinas, anticolinérgicos, psicotrópicos, litio, antihipertensivos, diuréticos, anticonvulsivantes, digoxina, esteroides, AINES.
- Hipoxia.

Evolución y pronóstico

El delirium se resuelve progresivamente una vez que la causa subyacente es tratada correctamente. La resolución de los síntomas puede ser mucho más lenta en los ancianos. Los pacientes suelen presentar amnesia relacionada con el episodio. La mortalidad es alta (20% de los pacientes morirán durante la internación y el 50% luego de un año).

Tratamiento

1. Identificar y tratar la causa precipitante y los factores agravantes.
 - a. No olvidar que la causa puede ser multifactorial.
 - b. Optimizar la condición del paciente (hidratación, alimentación, diuresis, catarsis, manejo del dolor).
2. Proporcionar medidas ambientales y de soporte.
 - Psicoeducar a aquellos que interactúen con el paciente.
 - a. Hacer que el entorno sea seguro y adecuado (utilizar luz apropiada, reducir ruidos innecesarios, movilizar al paciente siempre que sea posible).
 - b. Asegurarse de que el paciente utilice anteojos y audífonos si los necesita.
 - c. Establecer comunicación clara con el paciente, preferentemente a través del mismo miembro del personal (o un pequeño grupo).
 - d. Utilizar relojes y calendarios.
3. Evitar sedación a menos que el paciente se encuentre severamente agitado o sea necesario para minimizar el riesgo o facilitar la evaluación y el tratamiento.

Utilizar monoterapia (comenzar con la menor dosis posible y titular).

 - Administrar una dosis y reevaluar en 2-4 horas antes de prescribirla regularmente.
 - a. **Considerar:**
 - I. Haloperidol VO 0.5-1 mg hasta un máximo de 6 mg/día. Risperidona VO 1-4 mg hasta un máximo de 6 mg/día.
 - II. Priorizar la utilización de antipsicóticos como primera línea. Las benzodiazepinas tienden a empeorar el delirium (excepto en la abstinencia alcohólica).
 - III. Reevaluar la dosis indicada regularmente, con el objetivo de suspender lo antes posible.
4. Monitoreo clínico regular y seguimiento.

Adaptado de: Semple, D., Smyth, R. (2019). Oxford handbook of psychiatry. Oxford University Press, Reino Unido.



Si

IN-CESTO

Asertral

SERTRALINA

- ✓ De 1.º elección en depresiones ansiosas, moderadas o severas.
- ✓ Nivel de evidencia A1 en pánico, fobia social y ansiedad generalizada.
- ✓ El antidepresivo de 1.º elección en cardiología.
- ✓ Favorable acción sobre la energía, la motivación y la concentración.
- ✓ Bajo riesgo de interacciones medicamentosas.
- ✓ Indicado en el trastorno disfórico premenstrual.



Los afiliados del **PAMI** mayores de 60 años y que no estén afiliados a una cobertura médica prepaga acceden al **PLAN VIVIR MEJOR**.



Para acceder a este beneficio, el afiliado no necesita realizar ningún trámite.

PRESENTACIONES

Asertral 50 mg: comprimidos recubiertos por 30 • **Asertral 100 mg:** comprimidos recubiertos por 30.

LA RESIDENCIA DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción

Para relatar los orígenes de la Residencia de psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires es necesario situarla en el contexto del proceso de fundación y desarrollo de la institución.

El 14 de septiembre de 1853, se realizó en Buenos Aires, en el domicilio del Cavaliere Marcelo Cerruti, encargado de negocios del rey de Cerdeña en la Argentina, una reunión en la que un grupo de inmigrantes creó la Sociedad Italiana de Beneficencia con el objetivo de edificar un hospital específicamente dedicado a la atención de la comunidad porteña de sus connacionales. El emplazamiento de la nueva institución se fijó en un lugar de la ciudad que no debía estar muy alejado, ni del barrio de la Boca ni del de Barracas, que eran los centros más densamente poblados por inmigrantes italianos. Para llevar a cabo ese proyecto se designó una Comisión Provisoria que debió afrontar el proyecto contando con escasos recursos económicos.

El 12 de Marzo de 1854, el entonces gobernador de la Provincia de Buenos Aires, Pastor Obligado, en un acto que contó con gran asistencia de público, colocó, en su nombre y en el de Víctor Manuel II, a la sazón rey de Cerdeña, la piedra fundamental del nuevo nosocomio, en el predio ubicado en la intersección de las actuales calles Bolívar y Caseros. Sin embargo, la construcción recién comenzó el 18 de julio de 1858, momento en que se creó la Sociedad Italiana de Beneficencia que se hizo cargo del proyecto.

Pero la construcción de este primer emplazamiento del hospital se dificultó por la desinteligencia entre los inmigrantes simpatizantes de dos facciones políticas: la colectividad italiana de la Argentina estaba dividida, por entonces, en republicanos y monárquicos. Para destrabar el proyecto, el Consulado Italiano hizo un llamado a la unión y la concordia y, en 1862, se logró un compromiso que imprimió un renovado impulso a la obra al reorganizarse la comisión encargada y, finalmente, el hospital se inauguró en 1865.

Cuando el edificio estaba casi terminado ingresaron los primeros pacientes, heridos de guerra que provenían del frente de batalla de la guerra del Paraguay y, poco después, todavía en construcción, el hospital fue arrendado por las autoridades porteñas para atender enfermos de dos epidemias, la de cólera en 1867 y la de fiebre amarilla en 1871, que asolaron la capital.



Fachada actual del Hospital Italiano de Buenos Aires

Finalmente, el 8 de diciembre de 1872, 19 años después de las primeras reuniones mencionadas, tuvo lugar la inauguración definitiva del hospital, con una capacidad de 150 camas.

Debido al creciente aflujo de pacientes, en agosto de 1888, la Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires, de la que el Hospital depende, aprobó por unanimidad la compra de un terreno en la calle Gascón que pertenecía a la familia Vélez Sarsfield para edificar un nuevo hospital con mayor capacidad. Por aquel entonces, Almagro era una zona de quintas. Las crónicas de la época dan cuenta de la falta de infraestructura y de servicios esenciales. Incluso el Ferrocarril del Oeste acababa de cerrar su estación aledaña por falta de usuarios.

El 15 de diciembre de 1889 se colocó la piedra fundamental y el 21 de diciembre de 1901 se inauguró el nuevo hospital en su ubicación actual, Gascón y J. D. Perón.

Unas décadas después, el proyecto siguió creciendo. En 1926, se inauguró la Casa de San Justo para asistir a enfermos crónicos, inválidos y niños huérfanos. El lugar, a cargo de las Hermanas de Caridad (Virgen Niña de Milán), funcionó como asilo de ancianos, pero también hospedó a enfermos crónicos, principalmente personas con tuberculosis, y a mujeres sin familia. En 1973, se resolvió modernizar el enfoque de la atención y se transformó en un instituto de geriatría. Y luego, en 2002, por necesidad de expansión del hospital de Buenos Aires, se convirtió en un hospital de agudos, bajo el nombre de Hospital Italiano de San Justo "Agustín Rocca", constituyéndose en un centro de alta complejidad que es referente en su zona de influencia.

A lo largo del siglo XX y siguiendo las tendencias del sistema de salud argentino, el Hospital Italiano se abrió a toda la comunidad incorporando hasta 1991 como pacientes a los beneficiarios de las obras sociales y el PAMI y, en 1979, creó su Plan de Salud.

El Hospital Italiano desarrolló, además, numerosas instancias de formación y perfeccionamiento, entre ellas las escuelas de Enfermería y de Medicina, y el Instituto Universitario y de Investigación. El 8 de diciembre de 1999 se inauguró el Instituto de Investigaciones Básicas y Medicina Experimental y desde el 1 de marzo de 2001 se inició la actividad de la Escuela de Medicina.

La primera actividad docente / formativa en el Hospital Italiano data de 1903, momento en el que se puso en marcha la Escuela de Enfermería, que funcionó por varios años como filial de la Cruz Roja Argentina.

En 1962 se produjeron tres hechos que constituyeron la base de lo que se desarrolló posteriormente: 1) se fundó la primera Cátedra (Ortopedia y Traumatolo-

gía) de la UBA con asiento en el Hospital, a cargo del Dr. Carlos Ottolenghi, 2) se iniciaron las residencias médicas, con la creación de la residencia de Cirugía, la primera privada y, 3) se iniciaron las actividades de grado de la Unidad Docente Hospitalaria (UDH) dependientes de la Universidad de Buenos Aires.

El Departamento de docencia e investigación se creó en diciembre de 1968. En 1972 el Hospital contaba con cinco residencias con reconocimiento de la Facultad de Medicina y 32 residentes en Cirugía, Traumatología, Ginecología, Clínica Médica y Cardiología.

El Servicio de Psiquiatría

En 1961 se inició la atención psiquiátrica ambulatoria en el entonces llamado Servicio de Psicopatología del hospital, bajo la dirección del Dr. Carlos Pereyra, figura señera de la psiquiatría argentina, prominente semiólogo y autor de varios libros de la especialidad que aún hoy son obras de referencia. Hasta 1970 el servicio del Hospital italiano era de tipo ambulatorio por consultorios externos.

En 1970 se llamó a concurso abierto para la jefatura del Servicio y el elegido para ese cargo fue el Dr. Mauricio Goldenberg, quién venía de realizar un trabajo clave en el Policlínico "G. Aráoz Alfaro" (el mítico "Lanús"), primer servicio de psicopatología en un hospital general en el país. La orientación que impuso fue la de la psiquiatría dinámica.

En un primer momento los pacientes se internaban en una sala compartida, hasta que en el año 1974 se abrió la Sala de Internación que contaba con 28 camas, comedor, salón para las actividades (musicoterapia y terapia ocupacional) y dos consultorios.

Rápidamente se crearon, además, un equipo de interconsulta, la guardia psiquiátrica de veinticuatro horas, el hospital de día, el equipo de psicodiagnóstico y el de psicoprofilaxis quirúrgica.

En marzo de ese año se inició la larga noche de la dictadura: el Dr. Goldenberg se vio obligado a partir al exilio y se hizo cargo, interinamente, del Servicio durante tres años la Dra. Lía Ricón, quien era la Sub-Jefa y luego de ese periodo asumió la jefatura por concurso, desarrollando una prolífica labor. En los años posteriores la Jefatura del Servicio fue ocupada por los Dres. Adolfo Canovi, Carlos Finkelsztein, Alfredo Job y, en la actualidad, el Dr. José Luis Faccioli.

Se fueron creando paulatinamente así la atención psiquiátrica domiciliaria, el centro de investigación clínica, los grupos antiestrés laboral y antitabaco, el Hospital de Día (que se dividió en diferentes modalidades: Intensivo, Intermedio e Integrador) al que sumó luego el Hospital de Día para gerontes y se practicaron mejoras y ampliaciones edilicias.

La Residencia

La Residencia de Psiquiatría comenzó en mayo de 1976 con el ingreso de tres médicos argentinos y tres becarios extranjeros. A lo largo del tiempo se fueron sumando integrantes, quedando actualmente un equipo interdisciplinario conformado por cuatro médicos y dos psicólogos. La residencia de psicología se incorporó a partir de 2007, siendo dos psicólogos, y siempre trabajó en conjunto con la de psiquiatría. Antiguamente el hospital realizaba un examen propio, del cual era requisito estricto para el ingresante poseer un promedio en su carrera mayor a 7 y ser argentino. Actualmente y desde el año 2019, el Hospital Italiano se adhirió al examen unificado de la Ciudad de Buenos Aires, el cual cuenta con sus propios requisitos ya conocidos (examen con el promedio de la carrera sumado a una entrevista personal).

La residencia, tanto para médicos como para psicólogos, dura 3 años y el horario de formación y trabajo estipulado es de 8 a 17 hs, de lunes a viernes. En su primer año, los residentes harán 7 guardias por mes, a las que se sumarán otras 5 durante el segundo año y 3-4 guardias en el último año.

Históricamente durante el primer año de residencia, los dispositivos por los que rota el ingresante son la sala de internación de agudos y la guardia (que comprende guardia externa, demanda, interconsultas de guardia externa e interna y sala de Psiquiatría). Durante el primer año de la residencia de psiquiatría y psicología clínica, los residentes realizan guardias de 24 horas y tienen a cargo pacientes en la sala de internación (que cuenta con 30 camas), donde conducen terapias individuales y son observadores de las terapias grupales y familiares de los pacientes. Además participan tres veces por semana en supervisiones en pases de sala de internación donde se debaten los pacientes de mayor complejidad con el equipo completo de sala. La formación en la sala de psiquiatría está inspirada en la teoría de Aprendizaje Pleno de David Perkins.

Los primeros cuatro meses los residentes son instruidos por un compañero de tercer año (al que se denomina mayor) y durante todo el año los ingresantes cuentan con la supervisión de coordinadores de planta que trabajan en equipo, conformando las así llamadas "células" de la sala de psiquiatría: un coordinador psiquiatra, un coordinador psicólogo y el residente en cuestión. Por otra parte, los residentes desarrollan un gran aprendizaje en cuestiones administrativas y legales que involucra desde la realización de oficios judiciales y comunicación con los abogados defensores, hasta la programación de tratamientos y cuidados de pacientes una vez externados. Esto implica la comunicación permanente con auditoría médica, em-

presas de cuidadores, acompañantes terapéuticos y los distintos dispositivos ambulatorios tales como hospital de día, consultorios externos, casas de medio camino, comunidades terapéuticas, etc.

En cuanto a la formación práctica respecta, al final del primer año los residentes habrán visto un promedio de casi 1000 pacientes, alrededor de 80 por mes. En general se estima que el residente de este hospital durante el transcurso de toda la residencia hará un promedio de 175 guardias, lo cual permite sostener que la formación del Hospital Italiano tiene una fuerte impronta en la urgencia psiquiátrica y atención de pacientes agudos, además de otorgar un background clave de manejo de pacientes graves al finalizar el primer año de residencia.

El segundo año de formación comprende una rotación anual en consultorios externos y diferentes rotaciones que incluyen interconsultas (durante cuatro meses) y admisiones (por dos meses): tanto admisiones en general como adicciones, psicogeriatría y trastornos de la conducta alimentaria. A su vez, los psicólogos harán dos meses de aprendizaje en psicodiagnóstico y los médicos un mes de experiencia en neurología. Unos y otros rotarán por Hospital de Día en sus cuatro modalidades actuales (intensivo, intermedio, pacientes crónicos y gerontes) durante tres meses. A la par, los residentes también continúan realizando guardias junto a otros compañeros. En todas las guardias los residentes cuentan con un médico psiquiatra interno con quien supervisar todo aquello que precisen.

Con el inicio del tercer año se retorna a la sala de internación para comenzar el trabajo de instruir a los residentes de primer año, comenzar a coordinar tratamientos, reuniones familiares (siempre con el apoyo y guía de los coordinadores de planta) y participar de las terapias grupales. Luego nuevamente se realiza un tránsito por la rotación de hospital de día, donde los residentes comienzan a co-coordinar las terapias grupales y a intervenir en los diferentes talleres terapéuticos. Por último, los profesionales en formación elegirán una rotación libre externa al hospital que durará dos meses en caso de los médicos y tres meses para los psicólogos.

En cuanto a la orientación teórica del servicio, a lo largo de los años el mismo ha ido procurando transformarse en un ambiente pluralista donde convivan diferentes profesionales y teorías. Se propicia que los residentes puedan nutrirse de los debates que se realizan en los espacios de supervisión y de los distintos pases, donde cada equipo está integrado por expertos en diferentes corrientes teóricas. La conformación de un servicio con un equipo de profesionales de diferentes perspectivas y teorías procura que los residentes no se vean forzados a abrazar dogmas, en

especial frente a la incertidumbre que provocan los primeros encuentros con la labor clínica en un contexto de crisis paradigmática.

Buena parte de los años de residencia transcurren en camaradería en un lugar común ubicado en el pabellón de residentes al que se denomina afectuosamente “Pedia” (en honor a los pediatras con los que se compartía el lugar hasta que el aumento en la plantilla de médicos y psicólogos hizo que sea solo para estos). Allí todos los residentes pasan una importante cantidad de tiempo: Pedia es la habitación donde se duerme, se debate, se evoluciona (en la historia clínica electrónica que se encuentra disponible desde 2016), se realizan reuniones, se celebran logros y se duelen desaciertos. En este lugar se cuenta con computadoras, una incipiente biblioteca y comodidades básicas que hacen que -además del clima grupal- permanecer allí resulte confortable.

Además atravesando la sala de psiquiatría, se cuenta con otro espacio de convivencia llamado “El Altillo” debido a que queda en la parte más alta del hospital y

se encuentra alejado de otros sectores. Allí, además de comodidades, se encuentra una llamativa puerta que -dicen- abre un portal a un lugar oscuro y lúgubre al que los residentes dieron en llamar “el inconsciente”. Poco más podemos aportar de este enigma en esta historia, algunos residentes nos han dicho que si se atraviesa este portal, el regreso es un duro y costoso viaje por la vía del trabajo analítico y la auto-observación.

Allí, en el Hospital Italiano, entre Pedia y el Altillo, entre pacientes, historias, papeles y guardapolvos, risas frecuentes y ocasionales lágrimas, los residentes pasan sus días en el complejo proceso de formarse como Psiquiatras y Psicólogos Clínicos. Con más incertidumbres que certezas van dando sus primeros pasos, donde se estimula un aprendizaje pleno que busca en primera instancia el aprender a aprender, construyendo significados a través de experiencias clínicas profundamente arraigadas en una larga tradición institucional de innovación tecnológica, solidez académica y calidez humana.



Plénica

Pregabalina

Plénica 75

Pregabalina

practidosis

- ✓ En dolor neuropático, ansiedad y dolor pos herpético.
- ✓ En reumatología: fibromialgia.
- ✓ En neurología: dolor por lesión de la médula espinal.
- ✓ Nivel de evidencia A en trastorno de ansiedad generalizada (TAG).
- ✓ Seguro en pacientes gerontes.
- ✓ Sin interacciones medicamentosas.

PAMI
DESCUENTO

100 %

PLAN VIVIR MEJOR

Los afiliados del **PAMI** mayores de 60 años y que no estén afiliados a una cobertura médica prepaga acceden al **PLAN VIVIR MEJOR**.



Para acceder a este beneficio, el afiliado no necesita realizar ningún trámite.

PRESENTACIONES

Plénica 25 mg: cápsulas por 30 • Plénica 50 mg: cápsulas por 15 y por 30 • Plénica 75 mg: cápsulas por 15, por 30 y por 60
Plénica 75 mg Practidosis: comprimidos por 15 y por 30 • Plénica 150 mg: cápsulas por 30 • Plénica 300 mg: cápsulas por 30