

año 2 número 7 / octubre 2015

# ATLAS

7

otra revista de salud mental,  
una revista de psiquiatría de enlace



ISSN 2362-2822

**AUTO**WAHN  
editora

# Editorial

---

Hace pocos días algunos psiquiatras que sostienen tratamientos psicoterapéuticos o que simplemente le hacen preguntas y escuchan lo que el paciente quiere decir, se habrán sorprendido con mensajes de saludos por el día del psicólogo. Nos consta: le pasó a un amigo. Es una expresión simpática del no tan simpático reduccionismo popular que marca la diferencia entre un psicólogo y un psiquiatra en el acto de la prescripción.

Esta distribución de roles se da también en las estructuras de muchas obras sociales y prepagas, que nombran las prestaciones de psiquiatría como “control farmacológico” diferenciándolas de los espacios psicoterapéuticos. Foucault diría “siempre la psiquiatría nombrada como control, jeje”. Para no irnos por las ramas, no le responderíamos. O sí. Quizás este número de ATLAS habla de eso justamente. ¿Por qué la psiquiatría quedó encerrada en el monoambiente de la prescripción?

Para pensar esta cuestión, le preguntamos a tres psiquiatras de larga trayectoria: ¿Qué hace un psiquiatra? El resultado han sido los tres artículos estrella de este número, firmados por el Dr M. Cetkovich Bakmas, el Dr. Juan C. Tenconi y G. Lipovetzky.

Es un tema que está en la agenda de la salud mental. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde la reestructuración de las residencias apunta a la vuelta de la fragmentación psicología/psiquiatría en vez de la pangea de la salud mental. En las asociaciones de psiquiatras, donde el próximo congreso de APSA convoca desde la “psicoterapia en psiquiatría”. En los medios masivos de comunicación, donde los neurocientíficos, que en su mayoría no se dedican a la clínica, le han robado la voz a los psiquiatras (a veces esto es una ganancia, también hay que decirlo) y a los psicólogos (cabe el mismo paréntesis).

Desprendiéndose de esto, los editores escribimos sobre algunas investigaciones que delinean un cambio en la práctica médica del futuro y que es ahora el tiempo de poder observarlas, analizarlas y estar advertidos.

Breaking News: mientras terminábamos de armar este número, nos sorprendió la noticia de que Thomas Insel renunció después de trece años a la dirección del Instituto de Salud Mental de EE.UU. Dejó los RDoC como quien le deja el gato a la vecina y se fue a trabajar a la dirección “Life Science” de Google. Iremos por ese camino en próximas ediciones con un libro de P. K. Dick en la mochila.

MZ



# Sumario

Editorial .....	2
¿Que hace un psiquiatra? (Marcelo Cetkovic Bakmas) .....	5
¿Que hace un psiquiatra? (Juan C Tenconi) .....	10
¿Que hace un psiquiatra? (Gustavo Lipovetzky) .....	13
Caja de herramientas clínicas (Federico Rebok) .....	23
Piedras, papaers & tijeras .....	32
¿Hacia dónde van los psiquiatras? (Javier Fabrissin) .....	40
Ratón de hemeroteca .....	50
El viaje de la ketamina .....	51
Cierre .....	59

---

ATLAS Año 2 N° 7. Primavera 2015. ISSN 2362-2822

Director: Marcos Zurita. Co-director: Javier Fabrissin. Autowahn Editora.  
Capítulo de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace Asociación de Psiquiatras Ar-  
gentinos. Lectores: maildeatlas@gmail.com

Av Belgrano 1431 1 "8" C1093AAO C.A.B.A. TE: 4383-6123 /  
mail: autowahn@gmail.com

# ¿Qué hace un psiquiatra?

---

Marcelo Cetkovich Bakmas

Jefe Departamento de Psiquiatría INECO  
Jefe Departamento de Psiquiatría Instituto de  
Neurociencias de la Fundación Favaloro

---

Esta reflexión está movida por la preocupación creciente que me genera saber que muchas personas creen que lo que hace un psiquiatra es “medicar” y punto.

Independientemente de que no niego que existen colegas que lo hagan, creo que se trata de un error grave pensar que nuestro quehacer se reduce a eso.

El primer punto es comprender que el psiquiatra es un médico y, como tal, hace lo que hacen los médicos: detectar cuál es la dolencia que motiva la visita, para prescribir el tratamiento correspondiente. Sea éste cual fuere.

Pero esa detección es una labor compleja que lleva, primero, muchos años de formación. Sólo luego de ver

muchos pacientes, podemos distinguir la angustia de la depresión. Requiere un conocimiento acabado del estado del arte de la clínica psiquiátrica moderna hacer el diagnóstico de un trastorno bipolar. Ni qué hablar del diagnóstico de las psicosis o el diagnóstico diferencial entre el TOC y el TAG.

El psiquiatra es un médico que se ha entrenado durante años para poder arribar a esos diagnósticos. Para eso utiliza lo que Germán Berrios califica como un verdadero “Sistema Cognitivo”, la psicopatología descriptiva.

La psicopatología descriptiva, denominada semiología en nuestro medio, no es lo que nos enseña el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Eso es un código de práctica, nada más.

Además existe otra herramienta de la práctica psiquiátrica utilizada en forma cotidiana pero imperceptible: la empatía. Herramienta fundamental para la vida en sociedad, que adquiere un rol fundamental en la clínica psiquiátrica, en la medida que nos permite conectarnos con la vivencia íntima del sujeto a quien entrevistamos.

El relato de un desamor es algo que podemos compartir, pero nos hace ruido cuando la reacción que produce va más allá de lo esperable y genera esfuerzos desesperados para evitar el abandono, hasta la autolesión. Esa ruptura con el momento empático nos permite detectar un trastorno de la personalidad.

Ese “ruido” interno es la pérdida de la capacidad empática, que producen ciertos fenómenos psicopatológicos, los cuales son explicables pero no comprensibles. Yo entiendo la desregulación emocional del border, pero no logro co-vivenciarla. La entiendo, pero no la comprendo (Erklären-Verstehen).

Esto es mucho más claro en el mundo psicótico delirante.

Mediante estos dos mecanismos de diagnóstico el psiquiatra puede hacerse una idea del padecimiento psíquico de la persona que tiene delante.

El buen psiquiatra se entrena durante años para lograr esto. A veces, lo hace en un tiempo breve pero, igual que el deportista de elite, en ese instante aplica años de estudio y práctica.

El término “sólo medica”, a su vez, implica una visión peyorativa del acto de medicar, ignorando el saber que existe detrás de la neuropsicofarmacología. Esta visión degradativa de lo farmacológico, implica la duda acerca de la participación de la biología en el sufrimiento psíquico. Seguir pensando que podemos prescindir de la neurobiología para comprender la mente humana es una distorsión cognitiva compartida por muchos trabajadores de la salud mental. Su raíz está en la adhesión a modelos dualistas del quehacer psíquico, tema que nos excede.

Frecuentemente nos encontramos frente al pen-

samiento que ciertos especialistas medican a todos los pacientes que ven. En este caso la distorsión cognitiva está basada en la ignorancia de la existencia del fenómeno de “sesgo de selección”. El problema es inverso: las personas concurren al psiquiatra porque padecen una condición que no puede ser tratada sin la participación de la farmacoterapia. No medica a todos los que ve sino que, en forma inversa, todos aquellos que acuden por su ayuda, han atravesado el umbral de necesidad de cuidados médicos que torna el acto farmacológico como indispensable o, por lo menos, momentáneamente necesario.

Muchas veces quienes critican esto olvidan que los principales prescriptores de psicoterapia son, justamente, los psiquiatras. Para quienes tenemos la suerte de trabajar en equipos interdisciplinarios esto es algo rutinario.

La psicoterapia también es una forma de medicamento prescrita por los buenos psiquiatras. Muchos psiquiatras tienen formación psicoterapéutica formal y condensan ambas tareas, algo que es muy útil en sitios donde el acceso a psicoterapias de calidad es escaso.

Resumiendo: el psiquiatra en su rol de cabeza del equipo interdisciplinario de salud mental con mucha frecuencia medica y esto es necesario. (No es necesario que abundemos aquí en detalles sobre cómo el proceso diagnóstico tiene una instancia médica insoslayable que sólo un galeno puede conducir, esto se llama incumbencias.) Pero lo hace en el contexto de un saber



complejo que va desde la biología básica hasta las ciencias humanas. La psiquiatría es una disciplina médica que tiende un puente hacia las ciencias humanísticas.

Hemos escrito estas líneas sin apartarnos un milímetro del pensamiento de Karl Jaspers, cuya vigencia es cada vez mayor.

Como hemos dicho siempre, la visión de la psiquiatría con bases en la ciencia como un reduccionismo, sólo pone en evidencia lo reducido de los conocimientos científicos de quienes la propalan.

La psiquiatría es una de las disciplinas médicas con mayor raigambre humanística, su objetivo es la subjetividad enferma.

Aquellos que se adueñan de la subjetividad para criticar el quehacer psiquiátrico no han hecho un verdadero esfuerzo por comprender nuestra práctica o, lo que es peor, han sido aviesamente entrenados para evitar intentar hacerlo.

Por encima de todas las cosas, lo que hace un psiquiatra, es hablar con la gente.

Agradecemos a los editores de la revista Atlas la oportunidad de brindar nuestro punto de vista sobre un tema de tanta relevancia.



# ¿Qué hace un psiquiatra?

---

Juan Cristóbal Tenconi

Vicepresidente de la Asociación de Psiquiatras  
Argentinos (APSA)

---

El psiquiatra es médico por lo que su práctica tiene que ver con la ciencia y el arte de curar. ¿De qué se ocupa? Como plantea el Board de Psiquiatras de la Unión Europea, que toma del Royal College of Physicians and Surgeons of Canada: “la psiquiatría es la rama de la medicina que se ocupa del estudio y aplicación de los principios biopsicosociales a la etiología, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de los trastornos mentales, emocionales y de comportamiento solo o como comorbilidad con otros trastornos médicos durante toda la vida.”

¿Qué cura? Las dolencias que se expresan en lo mental. Y ahí entramos en una cuestión complicada pues el concepto de cura no es igual en la psiquiatría que en especialidades quirúrgicas. “Curar” en nuestra especialidad tiene que ver con aliviar síntomas o permitir que

éstos no sean inhabilitantes.

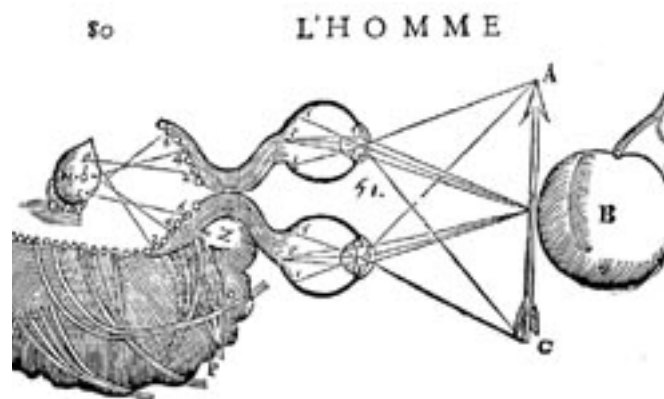
La psiquiatría está en línea con las especialidades clínicas. ¿Se cura la hipertensión, la diabetes o, sin ser tan trágicos, la presbicia? Somos de las disciplinas en las cuales, por sobre todo, se escucha al paciente, siendo “los verdaderos clínicos” los que escuchan al paciente al pie de la cama. Los síntomas, o sea aquello que refiere el paciente, para nosotros tienen un status equivalente al que para la semiótica tienen los signos.

El síntoma en nuestra especialidad es algo que se construye y puede ser leído desde múltiples lugares. Se construye por eslabones actuales y pasados; biológicos, psicológicos, sociales, los que van armando la complejidad expresada en el síntoma (1) y que puede ser leído desde distintas ópticas (basta pensar en cuántas formas de psiquiatría hay: psicodinámica, social, biológica, y sigue la lista, tan largamente que, hasta hay una rama que se llama “antipsiquiatría”). Un psiquiatra debe poder leer empáticamente los eslabones previamente enumerados y actuar sobre la mayor parte de ellos, a veces directamente y otras por interpósita persona. Siempre actuamos con la palabra, aún cuando prescribimos un psicofármaco (de ahí lo indispensable de que un psiquiatra esté formado en alguna técnica de psicoterapia), a veces medicamos. La Unión Europea define una serie de competencias propias del psiquiatra: como profesional, comunicador, colaborador, administrador, académico y defensor de la salud que sugiero leer (2) pues describirlas acá excede largamente el fin de este artículo y, claramente, se entroncan en esto del “arte” de curar.

## Bibliografía

1. Delleuze y Guattari El rizoma en Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia. Pag 9 -31 Editorial Pre-textos. 1988

2. EUROPEAN FRAMEWORK FOR COMPETENCIES IN PSYCHIATRY. <http://uemspychiatry.org/wp-content/uploads/2013/09/2009-Oct-EFCP.pdf>



# ¿Qué hace un psiquiatra?

---

Gustavo Lipovetzky

Presidente de proyecto SUMA

---

Me resulta interesante la propuesta de la muy recomendable revista Atlas. La invitación es a reflexionar en relación a: ¿Qué es hoy ser un psiquiatra? Me interesa volcar mi opinión después de muchos años de ejercicio profesional. Es un desafío atractivo tratar de dar cuenta de la cuestión prescindiendo de referencias bibliográficas, ya que me invitan a decir lo que personalmente pienso. Primero describiré resumidamente algunas cuestiones de la historia, desde mi inicio en la profesión, para luego abordar específicamente la pregunta a la que soy convocado, aclarando que hay un deslizamiento entre qué es ser un psiquiatra y/o cómo debería serlo, por supuesto según mi saber y entender.

## **Primer movimiento**

Nuestra especialidad tiene la particularidad de enfrentarnos con esta misma pregunta desde hace tiem-

po. Para circunscribirlo a mi propia experiencia, hace 35 años era la pregunta que nos formulábamos los residentes de Psiquiatría del hospital Italiano. Nos preguntábamos, ¿qué somos? ¿Psicopatólogos, Psiquiatras, Psicoanalistas? Sin ninguna duda estábamos bajo el paradigma de los últimos suspiros (por lo que vino después) de la llamada psiquiatría dinámica. Nuestros libros de cabecera eran el manual Henry Ey. También leíamos Clérambault, o Paul Bercherie.

La formación estaba basada en adquirir habilidades terapéuticas a partir de tener como ideología los determinantes psicológicos de las enfermedades psiquiátricas. Claramente el paradigma reinante era más cercano a la psiquiatría atravesada por los aportes del psicoanálisis. El estudio de los recursos farmacológicos y/o biológicos estaban pero no ocupaban el centro de la cuestión. Acompañaban decididamente a disminuir la tensión y la sintomatología psíquica para poder arrimar el arma que entendíamos adecuada para trabajar con nuestros pacientes: la psicoterapia. Es por esta razón que nuestra formación incluía la concepción freudiana de aparato psíquico aplicada a la neurosis como a las psicosis. Hacíamos diagnósticos de la estructura psicopatológica del paciente. Estábamos seguros de que el fenómeno psicótico estaba determinado por la psicogénesis.

El rol del psiquiatra era lo que llamábamos en aquellos momentos el ser administradores del tratamiento. Nos encargábamos de las urgencias, de las familias y de regular y monitorizar el desempeño cotidiano de los

pacientes en crisis, la idea era dejar inmune el espacio psicoterapéutico. En relación a la identidad profesional, y a modo de ejemplo para el resto de colegas dentro del hospital, nosotros éramos los "psicólogos". No éramos claramente reconocidos como una especialidad médica.

## **Segundo movimiento**

A partir de los '80 comenzamos a advertir los primeros indicios del tsunami. Todavía usábamos antipsicóticos típicos y antidepresivos tricíclicos, terminando los '80 aparece una señal clara que sería la primera del cambio. Aparece la fluoxetina.

Comenzó a suceder un fenómeno notable. Los psiquiatras dejamos de tener problemas de identidad. Nuevamente éramos decidida y rigurosamente médicos.

Dejamos a Henry Ey al costado de la biblioteca ya que el DSM pasó a ocupar el lugar central.

La afirmación de lo que parecía un nuevo paradigma se podría sintetizar en como se denominó a los años 90, la década del cerebro.

Mirándolo en perspectiva no sé muy bien qué me/nos pasó a muchos de nosotros. Comenzamos a pensar y creer que estábamos muy cerca de tener las referencias en relación a la determinación exclusivamente biológica del acontecer psíquico. Una vez más estábamos muy cerca de descubrir la etiología de los trastornos psiquiátricos. Como hacía mucho tiempo, la psiquia-

tría nuevamente estaba inscripta y encerrada dentro de la medicina. No se nos podía ocurrir hipótesis diagnósticas y/o teorías en relación a las patologías mentales si no teníamos un "paper" que avalara lo que decíamos.

La pregunta en relación la identidad disciplinar había cambiado en relación a lo que éramos, ¿éramos psicofarmacólogos, neurocientistas?, e incluso por momentos también neurólogos.

Comenzó a ganar espacio la neurociencia drenando permanentemente investigación y relevantes hallazgos de los pliegues del cerebro, incorporando en nuestra práctica nuevas herramientas diagnósticas, como las neuroimágenes, los marcadores biológicos, las evaluaciones neurocognitivas, las psicoterapias cognitivas comportamentales, es decir, sólo se aprobaba lo que se podía demostrar en estudios muy sólidos metodológicamente. La palabra clave: Medicina basada en la evidencia.

Claro, esto también trajo consecuencias en nuestra práctica clínica y ni qué hablar sobre nuestros pacientes.

Paralelamente, de la mano de la industria farmacéutica, comenzó una sorprendente difusión "popular" de los efectos beneficiosos de los psicofármacos en claro detrimento de las psicoterapias. Era, y todavía sigue siendo absolutamente habitual, escuchar el nombre comercial de algunos psicofármacos en películas, canciones, radio, TV, diarios. Se multiplicó de tal manera



la cuestión que casi estaba de moda tomar algún anti-depresivo o ansiolítico; en los medios proliferaron los artículos en relación a la ubicación cerebral del área del amor, de la sexualidad, del interés, de la satisfacción, de la frustración etc., etc., etc. Es más, hoy los autores que escriben libros sobre neurociencias con un sesgo de divulgación popular, son productores de best seller.

Estudiar papers o participar de los congresos donde se activan las usinas de ideas de nuestra disciplina se convirtió en convocatoria indispensable para nuestra actualización y formación. Íbamos a escuchar a los que leíamos. Una experiencia francamente invaluable. Contábamos con todo el apoyo de la industria para ello.

Los que dábamos charlas o clases contratados por la industria nos sentíamos superiores, los laboratorios regulaban gran parte de nuestra práctica, por supuesto esto le venía de perillas a los prepagos, seguros de salud u obras sociales ya que las consultas eran más rápidas, menos frecuentes.

### **Tercer movimiento**

Junto con el nacimiento del siglo XXI comienza a ocupar un lugar destacado el concepto de salud mental.

Comienza a tener fuerza la necesidad de implementar políticas públicas en salud mental con el objetivo, entre otros, de darle un lugar en la agenda internacional dentro de la salud pública y visibilidad a los problemas

de nuestro campo.

Asimismo, se van consolidación los procesos de reforma psiquiátrica en diferentes países, aumenta la participación de los movimientos de pacientes y familiares y las recomendaciones de los organismos internacionales, como OMS u OPS, en relación a la necesidad de darle un lugar diferente a la atención de los pacientes centrada en lo que se llama atención comunitaria.

El concepto de "recovery" (recuperación) intenta poder iluminar un nuevo cambio en las estrategias asistenciales, poniendo el centro de la atención en la recuperación del paciente (también llamado usuario) en los tratamientos con orientación comunitaria. Este proceso trae aparejado la necesidad de compartir el tratamiento de los pacientes con otras disciplinas que habitan el campo de la salud mental, como la terapia ocupacional, la musicoterapia, los trabajadores sociales, los sociólogos, antropólogos, ubicando a la psiquiatría como una disciplina más y ya sin el rol predominante que venía teniendo hasta allí, generando como consecuencia una cantidad de trastornos y tensiones, como las que se han producido en nuestro país en relación a la ley de salud mental.

Pues bien, dentro de este marco, ¿qué es ser hoy un psiquiatra?

En primer lugar supone saber que somos una especialidad médica que, a diferencia de todas las otras especialidades, no tenemos un límite muy preciso. Nues-

tro objeto de estudio e interés es compartido por varias disciplinas por fuera de la medicina, con quien tenemos que interactuar. Hacia adentro de la medicina algunos autores tampoco piensan que es claro últimamente el límite con la neurología, es más, piensan que esta última absorberá en el futuro a la psiquiatría.

Tampoco hay en nuestra propia especialidad una solo modalidad que nos define únicamente como psiquiatras. A pesar de que pueda ser un anacronismo, todavía existen grandes diferencias entre los llamados psiquiatras biológicos, dinámicos, antropológicos o sociales. Cada uno de ellos con teorías y saberes que afirman sus posturas en claro detrimento o rechazo de las otras.

En segundo lugar y relacionado con lo primero, nuestra especialidad está atravesada desde su fundación de una pregunta que todavía no tiene respuesta. No sabemos cuál es la razón por la cual las personas padecen esquizofrenia, trastorno bipolar y otros padecimientos. A pesar del intento desde las disciplinas en juego en nuestro campo nadie, seriamente, puede dar respuesta a esto hasta el día de hoy.

A pesar que contamos con mayores herramientas para mejorar la calidad de vida de los pacientes todavía no tenemos certezas sobre cómo poder curarlos.

Es por estas razones fundamentales que ser psiquiatra en el comienzo de este siglo supone saber transitar la frustración de, a pesar de tener varias teorías y/o con-

jeturas sobre el funcionamiento de la mente, no poder dar cuenta de soluciones definitivas.

En tercer lugar, a pesar de no tener este conocimiento, los psiquiatras necesitamos estar actualizados con los diferentes conocimientos externos a la psiquiatría que, no obstante, la alimentan constantemente. Es importante poder apropiarnos de estos conocimientos para determinar en qué medida poder administrarlos a la hora de hacer un diagnóstico y/o indicar un tratamiento. Incluyo en esto a la neurociencia, a la neurobiología, a las diferentes psicoterapias, a los dispositivos comunitarios, etc., etc., etc.

Ser Psiquiatra hoy supone tratar de no diagnosticar antes de diagnosticar. Así como, bajo el influjo del psicoanálisis en la Psiquiatría de hace 30 años, hemos sub o sobre diagnosticado a los sujetos con alteraciones mentales. Sólo recordar a cuántos trastornos afectivos los diagnosticamos como esquizofrenias en aquellas épocas, con las consecuencias que eso generó en la evolución los pacientes. Hoy también sucede lo mismo. Muchos trabajos dan cuenta de los dos fenómenos, los sobre o el sub diagnósticos. Muchos autores expresan que de la mano del nuevo DSM 5 podemos patologizar diferentes aspectos del funcionamiento y la conducta humana normal.

Descuento que según el interés o la formación previa que cada uno de nosotros tenga determinará en dónde uno elige hacer pie en la especialidad.

Tomando mi experiencia personal me identifico con

lo que se ha dado en llamar psiquiatría psicodinámica y mi experiencia institucional coincide con la orientación de tratamientos con orientación comunitaria en personas afectadas severamente en su salud mental. Asimismo considero que ser psiquiatra hoy es profundizar la disposición a poder trabajar interdisciplinariamente y poder extender una comprensión más holística del padecimiento mental. Como ejemplo de esto, sólo hago referencia al tema del estigma social hacia los pacientes con trastornos psiquiátricos y el propio estigma, valorando y estando atento a la repercusión e impacto clínico que esto tiene. En mi entender, y tomando lo que expresan algunos autores, la deuda de la psiquiatría está centrada en poder generar inclusión y lazo en el tejido social como modelo de una estabilización posible para el sufrimiento de los sujetos con enfermedades en su salud mental.

Estoy convencido que en todos estos últimos años de nuestra especialidad hemos asistidos a un vaciamiento conceptual y una incapacidad de poder entender, estudiar y dar cuenta de una concepción y comprensión de las razones psicopatológicas del padecimiento, más allá de explicaciones dimensionales o categoriales que sólo han servido para describir síntomas vinculables en su mayoría a indicaciones farmacológicas.

Entiendo que la psiquiatría está en una especie de crisis paradigmática donde, una vez más, tendrá que enriquecerse del propio pensamiento crítico para poder volver a tener el lugar y la evolución que todos esperamos para mayor beneficio de las personas a las que asistimos.

---

## SALUD MENTAL EVERYWHERE

---



fuentes: la decadencia de occidente

# Caja de herramientas clínicas: cronosemiología

---

Federico Rebok

Psiquiatra clínico

---

Los estudiantes de medicina (en general) y los graduados (en particular) siempre le hemos escapado a los números (excepto aquellos que hacen investigación). Sin embargo, veremos que resulta recomendable que quien se inicia en la apasionante especialidad de la Psiquiatría clínica, intente, al menos en contra de sus tendencias, «poner todo en números». Y que intente hacerlo tempranamente en la redacción de la historia clínica, ya que esto le permitirá ordenarse y orientarse en los principales diagnósticos psiquiátricos.

Valgámonos del siguiente caso clínico para representar nuestra propuesta 1.

Paciente de 35 años de edad, sexo femenino, que es traída a la guardia del hospital desde la vía pública en ambulancia de SAME por presentar cuadro de descom-

pensación psicótica.

De aspecto adormilado, a pesar de no haber recibido medicación alguna, al querer iniciarse la anamnesis, se retira del consultorio y se dirige a la sala de internación, donde comienza a bendecir a las pacientes. Al preguntársele al respecto, afirma que se encuentra «curándolas». En realidad, aclara: «no soy yo quien cura, es Dios». Declara haber visto a la Virgen María la noche anterior, una sensación hermosa que describe como un «perfume de rosas».

De pronto rompe en llanto y una intensa angustia se apodera de ella. No quiere hablar mucho, está muy asustada, pero del interrogatorio surge que teme por la vida de su familia. Unas «voces» le dicen que todos van a morir, que no existe escapatoria alguna.

Poco después, llega su marido, quien aporta los siguientes datos: la mejor amiga de la paciente falleció hace 3 semanas en un accidente de tránsito. Su esposa empezó a presentar insomnio, anorexia y rápida pérdida de peso (más de 6 kg en 2 semanas); se tornó taciturna e irritable, hasta que hace 2 días desarrolla el cuadro psicótico franco.

Refiere, asimismo, que su esposa ya había presentado un episodio similar hace 4 años (con idéntica aparición de la Virgen, requiriendo 1 mes de internación, con restitutio ad integrum).

Como antecedentes de relevancia se encuentran un



nivel de instrucción bajo, una caída desde un caballo a los 10 años de edad, con pérdida de la conciencia (de aproximadamente 10 segundos de duración). Asimismo, destaca que su abuelo paterno «tomaba con las comidas» (y falleció de cirrosis) y su abuela materna era «nerviosa».

Lo primero que uno debe hacer aquí es construir, o al menos representarse, una línea de tiempo. Y es en esa línea en la que pondremos «todo en números».

En esta línea del tiempo se podrán colocar todos los «números», algo así como el «registro contable» del caso; y así éste comienza a volverse visualmente interesante.

Hoy nos enfocaremos en los números 31 y 35. Éstos cobran relevancia, ya que el 35 constituye la edad al episodio/internación actual y 31 la edad del episodio/internación previa; es decir que existe un primer episodio (a los 31 años de edad) y un segundo episodio (a los 35). De esta manera, y teniendo en cuenta que el primer episodio concluyó con *restitutio ad integrum*, podemos analizar ambos episodios en espejo y preguntarnos:

¿Qué es lo que el primer episodio puede aportarle al segundo episodio?

Teniendo en cuenta que requirió un mes de internación y culminó con *restitutio ad integrum*, uno podría aventurarse a pensar que el segundo episodio culminará en el lapso de un mes.

¿Qué es lo que el segundo episodio puede aportarle al primer episodio?

Teniendo en cuenta que existe un trauma identificable (muerte de la mejor amiga hace 3 semanas) a partir del cual comenzaron a sucederse los síntomas mentales que llevaron al actual episodio, es dable preguntarse si en el episodio previo existió acaso algún factor desencadenante o acaso éste no fue registrado correctamente en la historia clínica.

Finalmente, uno podría preguntarse si ambos episodios han cursado con sintomatología similar. Pero eso lo veremos en otra entrega.

En este primer encuentro sólo quisimos subrayar la importancia de ese bendito «poner todo en números» para favorecer lo que devino en un adecuado razonamiento clínico. Del caso presentado se puede concluir que el cuadro que presenta nuestra paciente tiene, por un lado, buen pronóstico pero que, por otro lado, tiende a recurrir. Los demás datos que hemos colocado en la línea de tiempo los utilizaremos en nuestra próxima entrega.

Ahora pasemos a la teoría.

Existen fundamentalmente dos tipos de trastornos psiquiátricos: los agudos y los crónicos. Como el atento lector imaginará, hoy nos interesa poner la lupa sobre los primeros; pero agreguemos que también nos interesa diferenciarlos de los segundos.

Existen básicamente tres formas de trastornos agudos: (i) aquellos que configuran una crisis; (ii) aquellos que configuran un episodio; y (iii) aquellos que confi-

guran una fase.

A las crisis también se las denomina ataques o paroxismos. Si hacemos un breve ejercicio mental, podremos evocar dos ejemplos claros de crisis: uno de los ejemplos será más «neuro» y el otro será más «psi». La convulsión constituye el ejemplo más neuro. La crisis de angustia (anglosajonizada a «ataque de pánico») constituye el ejemplo más psi. Pero, ¿qué tienen en común estas dos crisis? Mire lo macro, y trate de evitar el contenido, al menos por ahora.

Habrá notado que ambas crisis comparten ciertas características: tienen un inicio y tienen un final, suelen ser bruscos, la duración es breve (de segundos a minutos), son polimorfos -están plagados de síntomas (principalmente motores en la convulsión y principalmente somáticos en la crisis de angustia)-, y finalmente ambos restituyen ad integrum; sin embargo, ambos tienen la frecuente tendencia (al menos librados a su evolución natural -sin tratamiento-) a recurrir.

Una paciente de 30 años de edad consulta por haber presentado cuadro de inicio súbito caracterizado por una profunda sensación de ahogo con sed de aire, palpitaciones, temblor y sudoración a predominio de manos, sensación de desmayo, con intensa despersonalización y miedo a morir “del corazón”.

Los episodios también tienen un inicio y un final que suelen ser más o menos bruscos, la duración también es breve, aunque mayor a la de las crisis (de días

a semanas), también es polimorfo -curso con múltiples síntomas- y también restituyen ad integrum; aunque también tienen la frecuente tendencia a recurrir.

El caso clínico presentado es un buen ejemplo de lo que denominamos «episodio»: el inicio del cuadro psicótico franco data de dos días atrás (inicio brusco), la duración es breve -de alrededor de un mes-, el cuadro es polimorfo -variados síntomas alucinatorios (visuales, auditivos, olfatorios), angustia paranoide, éxtasis místico, que se alternan el uno con el otro-, y restituye ad integrum (funcionalidad interepisódica normal). Finalmente, ya recurrió una vez. Diagnóstico: trastorno psicótico breve.

Finalmente, las fases también tienen un inicio y un final, que suelen ser más graduales, la duración es más larga (de semanas a meses), la sintomatología tiende a ser monomorfa (pocos síntomas que son estables a lo largo de la fase) y también restituye ad integrum; existe tendencia a la recurrencia, aunque menor que en el episodio y en la crisis.

Una paciente de mediana edad es traída por sus familiares por presentar cuadro caracterizado por abatimiento, estado de ánimo depresivo, e intensas ideas de culpa por haberse realizado un aborto en la juventud, «pecado» por el cual cree que ahora ha desarrollado un cáncer en región abdominal (producto de algún «castigo divino») que ningún médico le puede diagnosticar pese a que tiene la certeza de padecerlo. A lo largo de toda la fase, que duró más de tres meses, la paciente

presentó la misma sintomatología (ideas de culpa, ideas de pecado, ideas de merecer un castigo, idea delirante hipocondríaca de tener un cáncer). No ha repetido ninguna fase por el momento. Diagnóstico: depresión (psicótica) unipolar.

Se pueden extraer ciertas conclusiones de lo que hemos presentado hasta ahora: a menor duración de una descompensación aguda, su inicio tenderá a ser brusco, su sintomatología, polimorfa, y se acompañará de algún grado de despersonalización/confusión. Una convulsión cursa desde sus inicios con una alteración en el nivel de conciencia. Un ataque de pánico cursa con despersonalización.

A mayor duración de la descompensación aguda, es decir, durante una fase, el inicio podrá ser más solapado y su sintomatología será más monomorfa, a la vez que toda la fase transcurrirá sin ningún tipo de confusión y sin ningún tipo de despersonalización.

Como se habrá dado cuenta, entonces, la despersonalización y la confusión auguran descompensaciones breves y polimorfas que tienen la tendencia a recurrir, mientras que la ausencia de ellas auguran descompensaciones más prolongadas y monomorfas que tienen una menor tendencia a la recurrencia.

En la próxima entrega seguiremos explorando los beneficios que se obtienen del armado de una adecuada línea del tiempo. Le dejamos una tarea para la próxima: ¿podría dar un ejemplo de una fase que sea más «polimorfa» que otra (fase)?

---

SALUD MENTAL EVERYWHERE

---



fuelle: Susan Gimenez, 1971

## Cuanto antes mejor

JF

En Junio de este año se publicó un artículo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4478928/#R2>) en el que los autores se preguntan si la rapidez con que se responde al pedido de interconsulta se asocia a un menor tiempo de internación de ese paciente (1). Nótese que el punto que se quiere determinar es si una interconsulta psiquiátrica precoz en un paciente internado por una causa no psiquiátrica en un hospital general puede favorecer que ese paciente sea dado de alta más rápidamente, es decir, que evolucione mejor de su patología clínico-quirúrgica gracias a la intervención del equipo de salud mental.

En general, los pacientes internados en hospitales generales que presentan algún tipo de patología mental permanecen, en comparación con pacientes sin síntomas mentales, más tiempo internados antes de que se les dé el alta (2). De hecho, en el trabajo que estamos mencionando el tiempo promedio de internación para los pacientes que requirieron ser evaluados por el equipo de interconsulta fue de 19,6 días mientras que el tiempo promedio de internación de todos los pacien-

tes fue de 3,5 días.

A su vez, este planteo guarda relación con un asunto de máxima importancia que resaltan los autores: la falta de estudios que demuestren de forma incontrovertible que la interconsulta psiquiátrica resulta costo-efectiva para la institución hospitalaria. Uno podría argumentar la importancia de la intervención del interconsultor se puede computar por efectos intangibles, pero por más cierto que esto sea, no sirve demasiado para quienes toman decisiones a un nivel de gestión y con indicadores objetivos.

Para hacerla corta, el estudio demostró lo que fue a comprobar: una mayor celeridad en la respuesta a la interconsulta estaba asociada con un menor tiempo de estadía de los pacientes que presentaban síntomas psiquiátricos. Pero aprovechamos este trabajo para traer a colación otros, algo más antiguos pero muy interesantes.

En el primero de ellos, se describe una intervención consistente en que un equipo de interconsulta relevaba TODOS los ingresos hospitalarios, procurando detectar con la máxima prontitud aquellos casos que podría requerir la intervención del psiquiatra (3). Este “modelo de interconsulta pro-activo” se efectivizó con un miembro del staff del equipo de interconsulta instalado en la sala de medicina interna, para revisar todas las admisiones, efectuar las interconsultas necesarias en el momento y luego realizar el seguimiento del paciente en forma diaria hasta el alta. Los resultados son remarquables. Primero, mostraron que el tiempo que les lleva-



ba revisar los ingresos y determinar si requería o no una interconsulta fue, en promedio, de 2,9 minutos; segundo: que alrededor del 50% de los ingresos requería ser evaluado; tercero, que para un 20,3% de los ingresos la intervención del psiquiatra era fundamental para que no se demorara el alta del paciente.

Al comparar con los resultados obtenidos por la interconsulta convencional, con los logrados por la variante pro-activa, se encontraron con que esta última:

1) detectó más casos que requerían la intervención del psiquiatra. Este punto es relevante si se tiene en cuenta que las estadísticas marcan que sólo entre el 3 y el 5% de los pacientes que ingresan a un hospital general promueven un pedido de interconsulta a psiquiatría.

2) favoreció un menor tiempo de internación (2,9 días vs. 3,8 días)

3) ahorró dinero

Finalmente, mientras que este último era un estudio piloto, en el Hospital de la Ciudad Birmingham (Reino Unido) se implementa desde el 2010 un programa llamado RAID (Evaluación rápida, interfase y alta) que consiste en un equipo de interconsulta presente las 24 hs. del día y que brinda una atención dentro de la hora del ingreso de los pacientes a la sala de guardia y dentro de las 24 horas del ingreso de los pacientes a las salas generales del hospital.

En uno de los trabajos publicados por este equipo (4), destacan que contactar a los pacientes con mayor rapidez (en promedio, dentro de los 24 minutos de in-

gresado el paciente a la sala de guardia y dentro de las 16 horas para los pacientes ingresados en las demás salas del hospital) ayudó a que se redujeran los tiempos de internación en unos 3,2 días en promedio. Esto, trasladado al efecto en la reducción del número de días de camas ocupadas, arrojó que la intervención temprana del equipo de interconsulta llevaba a un ahorro de 38 camas por día. Dicho de otro modo, favorecía que se aumente el giro cama y ello llevaba a que las camas se desocuparan más rápido que si no hubieran intervenido.

No parece sencillo implementar un modo de funcionamiento de la interconsulta que ofrezca la posibilidad de responder con tanta celeridad, incluso cabría preguntarse qué tipo de interconsulta realizan pero, en principio, da la impresión que se ajusta a los tiempos de las instituciones, a las necesidades perentorias de los hospitales generales. En teoría, también a las del paciente.

1) Wood R, Wand APF, Hunt GE. Relationship between timeliness of contact and length of stay in older and younger patients of a consultation-liaison psychiatry service. *B J Psych Bull.* 2015 Jun; 39(3): 128–133.

2) Saravay SM, Steinberg MD, Weinschel B, Pollack S, Aloviz N. Psychological comorbidity and length of stay in the general hospital. *Am J sychiatry* 1991; 148: 324–9.

3) Desan PH, Zimbrea PC, Weinstein AJ, Bozzo JE, Sledge WH. Proactive psychiatric consultation services reduce length of stay for admissions to an inpatient medical team. *Psychosomatics.* 2011 Nov-Dec; 52(6):513-20.

4) Tadros G , Salama R, Kingston P, Mustafa N, Johnson E, Pannell R, Hashmi M. Impact of an integrated rapid response psychiatric liaison team on quality improvement and cost savings: the Birmingham RAID model. <http://pb.r-cpsych.org/content/37/1/4>

# Neurociencia y Oráculos

MZ

La moda de las neurociencias se puede pensar desde diferentes ángulos. Por un lado el avance de las investigaciones que inunda el océano de papers. Por otro, el salto de esos papers a las noticias, ya reducidos a sentencias temerarias. Finalmente, los neurocientíficos de la generación intermedia, que se mueven cómodos en el sueño de ser una estrella pop montada en una pila de curriculum vitae globalizado.

Y más allá de esto, la demanda de la gente por querer darle un sentido al sinsentido de la existencia. La neurociencia popular prende porque explica todo. Como una astrología construida en el método científico.

En estas últimas semanas Nature publicó un trabajo de una especie de Liga de la Justicia de Neurocientíficos, entre los que figura la estrella local Mariano Sigman. Los investigadores pertenecen a instituciones de New York, Natal, Recife y Buenos Aires.

El trabajo da cuenta del éxito de un modelo de análisis de discurso computarizado que predice en un 100% un brote psicótico a partir de analizar el discurso de jóvenes con alto riesgo de desarrollar psicosis.

La cosa es así: a un grupo de 34 jóvenes con “alto riesgo clínico de psicosis” se les realizaron entrevistas y fueron reevaluados cada cuatro meses durante dos años

y medio. Cinco desarrollaron psicosis (sic). Las respuestas de los sujetos investigados fueron sometidas a un programa que analiza la coherencia semántica. Básicamente, dicho como lo expondría un cinco de contención, se vectoriza el discurso y se buscan marcadores de psicosis (frecuencia del uso de los determinantes “que”, “cualquiera”, “cual”, “alguno” normalizados por la extensión de la frase, el mínimo de coherencia semántica entre dos frases consecutivas y la máxima extensión de la frase). El programa predijo los cinco sujetos descompensados.

Dos cosas antes de seguir:

1. Se iguala psicosis a esquizofrenia. Esto es un reduccionismo complicado. No todas las psicosis son esquizofrenia. Y, más importante, las esquizofrenias no son una, como estamos redescubriendo.

2. El alto riesgo de los sujetos incluidos en el estudio se describe como: atenuados síntomas positivos, riesgo genético y antecedentes de un episodio psicótico breve. Esto es, un grupo de personas que seguramente tienen o habían tenido contacto con un profesional de la salud mental.

Leyendo el trabajo, por un lado está esa contundencia del 100% de eficacia en detectar los cinco sujetos que se brotaron. Por otro, las imprecisiones clínicas. Alguien puede decir que es un experimento en condiciones de laboratorio que no puede aplicarse a la clínica “real”. Y uno está tentado de avalar esos dichos: ¿Por

qué?

Vamos al primer párrafo del paper. Ahí se plantea el sesgo. Dice: “La capacidad de la psiquiatría para diagnosticar y tratar enfermedades mentales graves ha sido obstaculizada por la ausencia de tests clínicos objetivos del tipo a los que se usan habitualmente en otros campos de la medicina”.

No, no. La capacidad de la psiquiatría es justamente haber desarrollado herramientas más complejas y útiles a partir de la semiología, entender que la enfermedad mental tiene una relación con el contexto ambiental y cultural y armar un corpus de saber que facilita la comprensión de los padecimientos mentales. También ha intentado (y mucho) utilizar herramientas que a otros campos de la medicina le sirven. La psiquiatría realiza análisis clínicos objetivos, ¿cómo que no? Un perfil tiroideo en un paciente deprimido, una resonancia en un paciente con un cambio en el comportamiento y muchos ejemplos más son parte de la rutina de un psiquiatra. Curiosamente, el resto de la medicina no siempre utiliza herramientas psiquiátricas útiles.

No se puede sacar sangre y medir el grado de manía, eso no; eso se diagnostica observando, escuchando, preguntando antecedentes. Y ese diagnóstico, en un psiquiatra que no le da la espalda a la clínica, es eficaz.

No vamos a ponernos reaccionarios a los avances de la ciencia. Solo que el avance de la ciencia, como nos alerta la epistemología, es una frase vacía. Muchas

veces retrocede, o anda en círculos, o se va por caminos fantasiosos.

El sesgo de este comentario es el consultorio. Se escribe desde el tratar pacientes en un mundo real, donde los criterios de inclusión son todos y los de exclusión no existen. En ese territorio la clínica es nuestra mejor aliada.

Vamos un poco más allá. Los resultados de este estudio nos permiten tener una herramienta diagnóstica efectiva para ese pequeño grupo de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión (que, por otro lado, son datos que cualquiera obtiene en una primera entrevista). Si un psiquiatra controla a esos pacientes cada cuatro meses, ¿no se daría cuenta de quiénes se están descompensando y quiénes no? Supongamos que no. Que el análisis del discurso, como la computadora de Batman, luego de procesar las entrevistas, tira la tarjeta "psicosis" pero el paciente aún no tiene síntomas. ¿Qué hace un psiquiatra con esa información? ¿Medica? ¿Informa a la familia la noticia? ¿Le dice al paciente?

Hace unos años, en una entrevista, uno de los descubridores de la secuencia genética que predice el desarrollo de la enfermedad de Huntington decía que no quería hacerse un análisis para saber si él la tenía. Que sería imposible vivir con eso. Es un tema interesante. La bioética de la Big Data.

Nombres de Pacientes con Hebefrenias  
nombrados en el libro de Karl Leonhard

---

---

Ludwig Zins  
Rosa Leb  
Anna Leb  
Else Wick  
Hans Wick  
Johann Gro  
Elisabeth Has

# ¿Hacia dónde van a los psiquiatras?

---

Javier Fabrissin

Médico psiquiatra. Co director de ATLAS

---

## 1. El otro ATLAS

Además del nombre de esta revista, ATLAS es una publicación periódica de la OMS (la primera fue en 2000, la anterior en 2011), cuyo nombre completo es Proyecto Atlas de Salud Mental ([http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mental\\_health\\_atlas\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/)). El proyecto consiste en el relevamiento de una serie de parámetros vinculados con la provisión de salud mental en todo el mundo, agrupados en los siguientes capítulos “políticas de gobierno en materia de salud mental, recursos humanos y financieros en salud mental”, “disponibilidad y uso de los servicios de salud mental” y “prevención y promoción de la salud mental”.

Los datos provienen de la información que brindan los gobiernos locales (un número total de 171 países, de los 194 países miembros de la OMS), aunque no todos



los ítems indagados son respondidos completamente por todos los países. También aclararemos que los resultados son analizados en términos globales y luego fraccionado de acuerdo a dos criterios: Regiones de la OMS y Categoría de Ingresos según el Banco Mundial.

No vamos a compendiar todo lo vertido en un informe de más de 70 páginas, pero sí mencionar algunos puntos de relevancia que nos servirán para pensar en los psiquiatras y sus funciones como tales:

1) En los países de menores ingresos hasta el 80% del gasto total en salud mental va a parar a los hospitales monovalentes, mientras que en los de mayores ingresos este gasto se divide en partes más o menos iguales entre hospitales monovalentes, atención ambulatoria (incluyendo atención primaria) y dispositivos intermedios (hospitales de día, casas de medio camino, etc.).

2) El número de camas para internación en salud mental cada 100.000 habitantes llega a 6,5 en los Hospitales Monovalentes y a 2,1 en los Hospitales Generales.

3) En lo que respecta a la continuidad de cuidados, evaluada aquí en términos de porcentaje de pacientes dados de alta que siguieron con su tratamiento al mes, se observó que aquellos dados de alta en Hospitales Monovalentes continuaron su tratamiento en un 73% en comparación con el 87% de los que fueron dados de alta en Hospitales Generales.

4) El número promedio de trabajadores de la salud

mental es de 9 cada 100.000 habitantes. En la zona de las Américas, éste es de 16,2. La diferencia entre los países de altos ingresos y los de bajos ingresos es monstruosa: 52,3 vs 0,9, respectivamente. En países como Argentina, el número promedio de trabajadores de salud mental cada 100.000 habitantes es de 15,9.

5) El número promedio de psiquiatras a nivel mundial es de 0,9 cada 100.000 habitantes, con variaciones que oscilan entre 0,1 en la Región de África a 7 en Europa, en tanto que en la región de las Américas es de 1,1. Comparando los datos del 2011 con los actuales, se observa que el número de psiquiatras descendió un 6% entre 2011 y 2014. Este descenso se dio en base a la caída en el reclutamiento de psiquiatras en Europa, ya que en el resto de las Regiones los psiquiatras aumentaron (en América, por ejemplo, aumentó un 1%). En base a la categoría de ingresos, los países de mayores ingresos tuvieron un descenso en el porcentaje de psiquiatras. Dicho sea de paso, el número promedio de psicólogos en el mundo es de 0,7 cada 100.000 habitantes (de 1,4 en región de las Américas).

6) El número de camas para internación psiquiátrica decreció un 5% a nivel global, con una caída del 30% del número de camas en los hospitales monovalentes, pero un aumento del 60% en los hospitales generales. Este desplazamiento hacia los hospitales generales también se vio en el número de ingresos, que aumentó un 84% en los Hospitales Generales y un 22% en los Hospitales monovalentes. En ambos casos, estos porcentajes dan cuenta de un menor tiempo de estadía.

## 2. Cortos de psiquiatras

Si uno analiza los datos del ATLAS de la OMS, advertiría con rapidez que hay una desproporción según las diferentes regiones (¡1 psiquiatra cada millón de habitantes en África!) o según los niveles de ingresos del país; también se advertiría que los países del primer mundo (¿se sigue hablando en esos términos?) tienen los niveles más altos de psiquiatras por habitantes y los sistemas de salud mental organizados de tal modo que los psiquiatras intervienen de manera más exclusiva en el tercer nivel de atención y se echa mano a otros recursos para el abordaje de los pacientes (primer nivel, dispositivos de rehabilitación, etc.). Ahora, ¿esta distribución, obedece a estrategias sanitarias (énfasis en prácticas comunitarias, preventivas, primer nivel manejado por médicos generalistas) o es producto de que hay pocos psiquiatras y, por lo tanto, se los ubica como recurso más “especializado”, cuando otros abordajes no funcionaron?

Al hacer un seguimiento de los artículos publicados sobre el reclutamiento de psiquiatras, la coincidencia general es que los médicos no eligen esta especialidad, es decir la eligen poco y en menor grado de lo que las necesidades marcan. El resultado es que hay menos psiquiatras de los que se necesitaría. Esto es un problema mucho más acentuado en los países menos favorecidos económicamente, pero se da igualmente a nivel mundial. De hecho, la Asociación Mundial de Psiqui-

atría dentro de su plan de acción 2008-2011, focalizó en este tema de manera especial (1).

El bajo estatus de la especialidad, la poca simpatía y falta de respeto que muestran los médicos de otras especialidades, el hecho de que la psiquiatría no muestra resultados tangibles, el estigma dirigido a los psiquiatras (y a los padecimientos mentales en general) suelen ser respuestas recurrentes que se puede leer o, de hecho, haber experimentado, como argumentos que desmerecen esta especialidad y, por consiguiente, su elección. Se estima que, a nivel mundial, alrededor del 3% de los médicos deciden ser psiquiatras (2). En el cuadro siguiente se puede ver el porcentaje de médicos que deciden rendir para psiquiatría en el examen del GCBA (el número de especialidades fue aumentando entre esos años, lo cual puede funcionar como un factor de confusión, oscilando entre unas 15 a más de 20 especialidades médicas).

Año	Porcentaje (del total de inscriptos para todas las especialidades)	Ubicación de la psiquiatría en relación al resto de las especialidades elegidas
2006	4,85%	7°
2008	4,97%	7°
2009	5,15%	6°
2010	4,77%	9°
2011	2,84%	11°

De acuerdo a un trabajo del 2014, en el Reino

Unido, por cada vacante disponible para la residencia en psiquiatría, había 1 postulante, mientras que, por ejemplo, cirugía y radiología tenía 9 y 8, respectivamente (3), lo cual implicaba que quedaban vacantes sin ocupar (un 15%) y que quienes finalmente tomaban el cargo contaban con antecedentes de menor cuantía que otras especialidades (los psiquiatras tienen menor promedio en su carrera de grado). Además, los autores encontraron que los estudiantes extranjeros eligieron psiquiatría con mayor avidez que los del Reino Unido, fenómeno que también fue observado en los EEUU. En este estudio, la elección de la especialidad se correlacionaba significativamente con los ingresos: se elegían primero las especialidades que más ingresos auguraban.

Desde Canadá, otro estudio muestra que en el 2003 un 6% de los estudiantes elegían psiquiatría pero que en 2014 este número bajó a alrededor de 4,6%. La elección por la especialidad se correlacionaba con el número de semanas de cursado y de rotación por psiquiatría durante la carrera (4). O sea: más semanas de cursado, más estudiantes de medicina se inclinaban por elegir psiquiatría como especialidad.

De todos modos, los factores que más consistentemente se asocian con la elección de la especialidad fueron: el interés previo por la psiquiatría (elemento que incrementa las chances 11 veces (5) y el haber tenido algún tipo de vínculo previo con la enfermedad mental (6, 7).

¿Para qué sirve un psiquiatra?

El número de psiquiatras requeridos depende del rol de la psiquiatría, lo cual cambia de generación en generación, dijeron Brockington y Mumford (8). Parece una aseveración interesante ya que obliga, en primer lugar a definir qué se espera del psiquiatra en un determinado contexto (y por contexto entendemos desde un país, una provincia, una ciudad, a una específica sala de un hospital general) en un momento determinado.

La identidad neurocientífica sería, para algunos, la respuesta que podría seducir a los estudiantes de medicina. De este modo, dotando a la especialidad de conceptos y prácticas de mayor pesaje biológico, permitiría que la especialidad opere al mismo nivel que otras especialidades (9, 10, 11, 12), convirtiéndola en más afín al imaginario del estudiante médico.

Si lo dicho en el párrafo de arriba se comprende como la práctica de una psiquiatría que se dedique, básicamente, al diagnóstico de un trastorno (incluyendo todos los requisitos necesarios para ello: semiología, antecedentes, aspectos psicodinámicos, comorbilidades, etc., etc.) y al suministro de un fármaco con posteriores controles evolutivos, posiblemente no se ajuste al perfil que propone la OMS para el psiquiatra ni al perfil que se propone desde los planes nacionales. Para no irnos a otra parte, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) y la de Capital Humano y Salud Ocupacional (DNCHySO), vienen trabajando junto con profesionales y académicos en la Comisión

Interdisciplinaria de Salud Mental, para la elaboración del documento marco para la RISaM (Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental). (<http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/recursos-de-comunicacion/archivo-de-noticias/289-risam-presente-y-futuro>). Una RISaM, enmarcada en la Ley Nacional de Salud Mental, delinea indefectiblemente un rol para el psiquiatra que no es el mismo que el mencionado bajo el título de identidad neurocientífica. El abordaje de los problemas de salud mental desde una perspectiva comunitaria, interdisciplinaria e intersectorial, en consonancia con una preparación para operar en los tres niveles de atención y en la multiplicidad de dispositivos (Centros de Atención Primaria de la Salud, Guardias y servicios de salud mental de hospitales generales, Dispositivos comunitarios, Servicios de interconsulta, Consultorios externos y de admisión de establecimientos públicos, privados y de la seguridad social y Centros especializados en Salud Mental) obliga a que los psiquiatras cuenten con herramientas de trabajo que exceden, anteceden o relegan las rotuladas como neurocientíficas.

## **Epílogo**

La definición de una identidad de la profesión está sujeta a variables geográficas y temporales, debido a la evolución que las políticas, institucionales, los conocimientos y las presentaciones clínicas, entre otras causas, van imponiendo a cada territorio y en las sucesivas décadas. Si las facultades de medicina (y quizás deberíamos agregar la posible presión por las tecnologías médi-

cas en general y la expectativa pública sobre “los avances de la medicina”) acentúan los aspectos biológicos de la profesión, una desfase importante seguirá habiendo entre los estudiantes de medicina y la elección de la psiquiatría, que puede resultar cada vez más alejada para los estándares de la academia. En tales términos, la psiquiatría seguirá a alejada, o a mitad de camino, o desmembrada, entre una práctica decididamente biológica (suponiendo que esto es lo que impulsan las Facultades) y una práctica decididamente comunitaria (suponiendo que esto es lo que impulsan los programas nacionales e internacionales).

#### Referencias

- 1) Maj M: The WPA Action Plan 2008–2011; 2008. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2559914/>).
- 2) Wilkinson G: Medical students' attitudes to psychiatry at the end of the clinical curriculum. *Psychol Med* 1983; 13(4):665–668.
- 3) Fazel S, Ebmeier KP. Specialty choice in UK junior doctors: Is psychiatry the least popular specialty for UK and international medical graduates? *BMC Medical Education* 2009; 9:77.
- 4) Lau T. Factors Affecting Recruitment into Psychiatry: a Canadian Experience. *Acad Psychiatry* 2015; 39:246–252.
- 5) Farooq et al. Why medical students choose psychiatry - a 20 country cross-sectional survey. *BMC Medical Education* 2014; 14:12.
- 6) Gowans MC et al. Which students will choose a career in psychiatry? *Can J Psychiatry* 2011; 56(10):605–13.
- 7) Farooq K, Lydall GJ, Bhugra D. What attracts medical students towards psychiatry? A review of factors before and during medical school. *Int Rev Psychiatry* 2013; 25(4):371-7.
- 8) Brockington I, Mumford D. Recruitment into psychiatry. *British Journal of Psychiatry* 2002; 180: 307-312.
- 9) Goodwin GM, Geddes JR. What is the heartland of psychiatry? *Br J Psychiatry* 2007; 191:189-91.
- 10) Craddock N, Antebi D, Attenburrow M et al. Wake-up call for British psychiatry. *Br J Psychiatry* 2008; 193:6-9.
- 11) Sondergard L. Recruitment problems in psychiatry: just a matter of more exposition? *Acta Psychiatr Scand* 2007;116: 235-7.
- 12) Insel T. Director's blog: training for the future. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2015/training-for-the-future.shtml>.



## Ratón de Hemeroteca

Buscando otra cosa, nos encontramos en una hemeroteca online con esta noticia simpática. Con el advenimiento del DSM III y la cobertura de los seguro de salud, una clínica psiquiátrica norteamericana diagnosticaba adolescentes el riesgo de un potencial suicidio. Los tenían internados durante los días de internación que les cubría el seguro y justo el último día de cobertura sanaban mágicamente.

...lated petitions for Nader for about two months. But the effort failed to collect the needed 7,813 signatures — or 3 percent of state registered voters.

Nader, the fourth leading candidate for president in 1996, ran as a member of the Green Party in several states.

Assistant Attorney General Colleen Connor said the law — just one in a group of election laws — is appropriate.

"The state's position is that a state has the right to regulate its own elections, and the courts have ruled that the state has the duty to do so to make sure an election is honest and fair and orderly," Connor said.

**Former Tucson Psychiatric Institute patients sue for fraud**

TUCSON (AP) — Former patients of Tucson Psychiatric Institute are accusing the defunct hospital of falsely imprisoning them for the insurance money.

In a Pima County Superior Court lawsuit, 66 ex-patients allege fraud and are seeking compensation from Tenet Healthcare Inc. of Santa Barbara, Calif.

The company, under the name Psychiatric Institutes of America

... 1983 to 1994.

"It targeted mainly adolescents and told their parents the kids were suicidal, or whatever, to get them admitted under false pretenses," said Paul Friedman, the plaintiffs' attorney.

"But when they reached the end of their insurance benefits, they'd be magically cured and discharged."

The lawsuits seek unspecified damages from Tenet, a for-profit, 18-state hospital chain with 131 medical hospitals and 23 specialty hospitals.

Tenet owns the 106-bed Tucson General Hospital and Westcenter, a 40-bed drug and alcohol treatment facility in Phoenix. Tenet owns four hospitals with 582 beds and the 70-bed St. Luke's Behavioral Health Center.

Lance Igson, Tenet's director of media relations, said the company has settled similar suits in the past.

But Tenet now intends to fight back because many of the claims are a decade old or older, and "in the vast majority, physicians provided proper treatment," Igson said.

lebrate

WEAP LIFE WHIRLPOOL AMANA  
MICROWAVE OVEN  
REPAIR  
445-8460  
Repair All States, Commercial & Domestic  
SYSTEM DESIGN

# El viaje de la ketamina

---

Marcos Zurita

Médico psiquiatra. Director de ATLAS

---

(Una versión extendida de este artículo fue publicado en el número 21 de la revista Crisis)

¿Qué laberintos científicos, económicos y culturales llevaron a una droga creada en los 60s como anes-  
tesiante a cumplir 62 años de existencia como nueva  
esperanza de los tratamientos antidepresivos?

## 1. El origen

La **ketamina** es una droga sintética desarrollada por el laboratorio norteamericano Parke-Davis en 1962 mientras los misiles rusos tomaban sol en Cuba. Es hija de la famosa **fenilciclidina** a la que también se le dice PCP o “polvo de ángel”.

La **fenilciclidina** se desarrolló en el mismo labora-  
torio que la ketamina unos años antes, en 1956. Llamó  
la atención por ser una molécula que provocaba efectos  
intensos y disímiles en el pequeño zoológico científico.

A las ratas las ponía como borrachas, a las palomas las dejaba catalépticas, a los perros les producía *delirium* y a los monos, anestesia.

Después de chequear dosis terapéuticas, tóxicas y letales en animales, la madre de la ketamina se probó en humanos y se observó que producía la misma anestesia que en los monos y cierto grado de la confusión perruna. Esto era un problema. Si bien el efecto anestésico era eficaz, el efecto confusional duraba mucho más tiempo del esperado. Eso, sumado a que en algunos sujetos producía deprivación sensorial de los miembros inferiores, le quitó la chance de lanzarse al mercado y la fenilciclidina sólo transita los caminos de la ilegalidad.

El recorrido de una molécula entre que demuestra eficacia en animales y pasa a la farmacia del barrio es largo y muchas veces contingente. Muchas drogas que en el laboratorio suelen ser mejores que las que hay en el mercado, quedan en el camino debido a efectos secundarios graves, a veces letales. En épocas de controles más flexibles, los productos salían a la venta, se consumían y, al popularizarse, aparecían, como consecuencia de ampliar la población, efectos nocivos que las sentenciaban al retiro del mercado por la puerta de atrás. Un caso no tan lejano es el del **rofecoxib** (Vioxx TM), un antiinflamatorio de Merck que fue sponsor del US Open del 2002 y pasó de salir en la foto con Pete Sampras a su desaparición en el 2004, luego de que se demostró una asociación entre la droga y un aumento de ataques cardíacos y ACV en sus usuarios. No es el único. La **cerivastatina**, un medicamento para el

colesterol, fue retirado por Bayer en el 2001 debido a su tendencia a producir rabiomólisis luego de ser consumido en toda la década del '90. En el campo psiquiátrico, hay muchos casos de drogas retiradas por la falta de control del uso recreacional. Uno de los hitos es la **methaqualone** (Quaaludes TM), un molécula sedativa que se metió en el corazón de la clase media norteamericana en los '70s (es lo que toman todo el tiempo en El lobo de Wall Street) enganchando a casi todos los que la probaban.

## 2. Nace la ketamina

Con la fenilciclidina descartada, Parke-Davis se propuso buscar derivados con la esperanza de que alguna variación conservara el poder anestésico sin los efectos colaterales más dañinos. Y como el que busca encuentra, encontró. El padre de la ketamina es **Calvin Lee Stevens**. Fue su compuesto rotulado CI-581 el que anestesió a los monos sin dejarle las piernas muertas por mucho rato. Una droga llamada CI-581 puede funcionar en una *pulp fiction*, pero así, sonaba a una pastilla desnuda de marketing. Se rebautizó ketamina y se dio el paso siguiente. La fenilciclidina también había sido maravillosa en monos. Se imponía probar la ketamina en hombres. Así, en 1964, mientras los Beach Boys metían su primer hit (I get around), un grupo de prisioneros de una cárcel de Michigan, fueron los primeros hombres en sentir la ketamina correr por sus venas. Los *voluntarios* describieron los efectos del cerebro empapado en ketamina como “una sensación de estar flotando en el espacio”. Quedaba sortear un desafío. La PCP ha-

bía sido acusada de ser una droga “esquizofrenomimética”. Su hija ketamina tenía que sacarse de encima esa acusación familiar para salir al mercado. No está bueno aprobar drogas que *producen esquizofrenia*. Por suerte para el departamento contable de Parke-Davis primero, y para la ciencia después, la droga se comportó bien en los estudios que apuntaban a descartar este efecto.

Mientras avanzaban las pruebas biológicas, se produjo una movida semántica muy interesante camino a su aprobación. Los investigadores se referían a los efectos de la ketamina como “ensoñaciones” (*dreaming*). El laboratorio no estaba muy de acuerdo con eso: se incomodaba por la fácil asociación con una visión recreativa, no tan asertiva de la eficacia clínica de la nueva sustancia. En una charla post trabajo con su esposa, uno de los investigadores le cuenta (imaginemos esa charla familiar, con Lyndon B Johnson en una tele sin volumen presidiendo la mesa) que los pacientes parecían “desconectados”. La mujer le dice (¿mientras sirve los spaghetti?): “... como una anestesia disociativa...”. Y ocurrió: el momento mágico de la venida al mundo del eufemismo perfecto. Desde ese momento y hasta hoy, la ketamina no produce *ensoñaciones*, produce *anestesia disociativa*. Imposible no aprobarla.

### **3. La ketamina sale a la sociedad (y vuelve al laboratorio)**

Ni bien la ketamina estuvo en las farmacias, pasó a

usarse en las calles como droga recreativa según el plan de la época (básicamente meterse cualquier químico que pasara la barrera hematoencefálica y liberara el puñado de clichés de hippismo y new age).

**John C. Lilly**, un médico, filósofo y psicoanalista (leído en clave sixty: un gurú) elevó el estatus de la ketamina al del LSD en unos experimentos míticos que consistían en meterse en un tanque con delfines mientras la ketamina golpeaba las puertas de la percepción. El resultado de esos experimentos lo expuso en algunos libros de títulos curiosos: *Programación y metaprogramación en la biocomputadora humana* (1972), *La mente del delfín: una inteligencia no humana* (1968) y *El centro del ciclón* (también de 1972). Es interesante notar cómo detrás de un discurso vestido de cosmovisión (Lilly describía la experiencia ketamínica como “un voyeur que mira por el ojo de la cerradura de la eternidad”), se instala una explicación del sujeto total sostenido en un cuerpo mecánico, que arrasa con la subjetividad en tanto territorio donde se resuelve la falta y el deseo. Este discurso no es muy distinto – de hecho se conecta directamente- con la new age livianita de nuestros días, ordenada alrededor de dejar de ser uno, para ser Uno, ya no tanto a través de las experiencias químicas sino del imperativo espiritual banal.

Al tiempo que competía con las otras drogas de síntesis de la época, la ketamina se popularizó como anestesia en el mundo veterinario, por lo que su disponibilidad se multiplicó. Así sobrevivió hasta hoy, en un uso dialéctico entre la investigación y la calle, que es

particular de esta molécula.

En el año 2000, el **Dr. Karl Jansen**, un psiquiatra neozelandés, utilizó la ketamina para una serie de experimentos sobre “experiencias cercanas a la muerte” y le dijo al mundo que el famoso túnel con la luz al fondo, ése que Victor Sueiro vio dos veces pero sólo contó una, es un efecto que le debemos a la ketamina.

Algunos años más tarde, la keta volvió a tener sus minutos de gloria en las calles ya no con el halo *newager* sino en las discos londinenses del siglo 21, montada al wonky, un subgénero del *dubstep*.

El wonky tenía un ritmo pesado, con muchos graves, y si uno se dejaba llevar por la música, terminaba moviéndose como un zombie (o los primeros monos con PCP).

Simon Reynolds, que escribió un libro clásico sobre la conexión entre la músicaailable de los ‘90s y las drogas de diseño (*Generation Ecstasy: Into the World of Techno and Rave Culture*, 1999), planteaba en un artículo de The Guardian, una especie de sinergia entre la moda de la ketamina como droga de consumo y el wonky. Los efectos del anestésico calibraban el cuerpo para los sonidos del *wonky*, así como el MDMA fue el maridaje perfecto para el house de los ‘90s.

Y mientras los *ketaminers* bailaban sin mover las articulaciones, un grupo de científicos empezaron a hacer pequeños ensayos clínicos al notar que la ketamina

producía mejoras en el estado de ánimo en pacientes con depresión refractarios al tratamiento. Lo que parecía una curiosidad va creciendo en volumen de dinero y tiempo invertido y hoy es una de las líneas de investigación más importantes en el desarrollo de nuevos antidepresivos (ver el artículo de Silvia Wikinski en Atlas #3).

Estamos aún como cuando el mono parecía borracho y la paloma cataléptica. El efecto logrado es bueno pero efímero. Y por ahora se probó bajo la forma de infusión (goteo), por lo que los pacientes tienen que estar internados para ser tratados. Es una punta de la que los laboratorios tiran con las mismas lógicas que en los '60s: hay que modificar la molécula hasta dar con la análoga que se pueda dar por vía oral y tenga la menor cantidad de efectos adversos posibles.

#### 4. El futuro

De poder desarrollarse, a la ketamina antidepresiva la esperará la industria de la salud más regulada que la de los '60s. La máquina del marketing actúa ya a muchos niveles: a) sobre el **pueblo médico prescriptor**, que se convence de que ese nuevo medicamento es mejor que todo el resto, luego de sopesar todos los elementos de legitimación habituales (papers, folletos, lapiceras, charlas); b) el **consumidor directo**, en EE.UU. es posible hacer publicidad médica directa sobre el consumidor (pueden verse en youtube algunos atardeceres en la playa que antes servían a un yogurt y ahora a un antidepresivo). En Argentina la publicidad farmacológica directa para drogas que se venden bajo receta no



está permitida, por eso, la gran vía alternativa de acceso al paciente-consumidor que tiene el marketing médico es a través de c) la **industria del entretenimiento**.

Una de las series populares que más usó esta publicidad no tradicional en su guión fue Los Sopranos. Tony soprano tomaba Prozac (fluoxetina) para sus ataques de pánico y su hijo A.J. Soprano, Lexapro (escitalopram) para su cuadro depresivo.

En el cine se pudo ver el uso domesticado de la droga en la clase media de Coherence, una película del 2013 cuyo guión introduce la ketamina como el elemento más border en una cena de parejas, guiño a su poder disociativo que viene perfecto a la trama de thriller espaciotemporal. Pero ese rol de educación publicitaria de la ficción de entretenimiento, choca con la aparición en el noticiero (el superespectáculo), donde la droga es mencionada en el cóctel mortal de Amy Winehouse o en la crónica del asalto y abuso a una médica anestesista de guardia del hospital Mercante en José C. Paz realizado por dos personas que “buscaban ketamina”.

La hija de la fenilciclidina, el combustible místico de la psicodelia, la dormidera de caballos, el pulso zombie en las discos solitarias de este siglo y la vuelta a casa, a la ciencia, como canto de cisne entre las depresiones resistentes, se encuentra con otro punto de inflexión en su viaje.

¿Cómo seguirá el recorrido? ¿Transitará la ruta po-

pular de una nueva droga de la felicidad como la fluoxetina en los '90s, cuando Blur hacía rimar Balzac con Prozac (Country House), o se irá arrimando a la decadencia de su madre, olvidada hasta por los yonquis, mientras su análoga más eficaz triunfa en el mundo de la prescripción?



# Cierre

---

ATLAS 7 finaliza acá. Nos vemos el próximo número, antes de las vacaciones

Las ilustraciones que separan los artículos son dibujos de Rene Descartes ubicando el alma en la pineal.

---

## SUSCRIPCIÓN

Si desean recibir en sus casillas de mails los número anteriores y los que seguirán, enviénnos un mail a **maildeatlas@gmail.com** y encantados les cumpliremos ese deseo.

Ediciones anteriores disponibles en :  
[bibliotecaatlas.wordpress.com](http://bibliotecaatlas.wordpress.com)

