

año 1 número 1 / marzo 2014

ATLAS

1

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



ISSN 2362-2822

AUTOWAHN
editora

Editorial

Ante sus ojos tienen el número uno de ATLAS, una publicación sobre psiquiatría de enlace. El nombre surge de la la imagen de un cartógrafo tratando de constituir en un mapa lo que ven sus ojos. Es una tarea que conlleva a la vez éxito y fracaso. El mapa se acerca a la realidad (es mejor que nada), pero la realidad cambia todo el tiempo. El mapa queda así como una referencia que a veces ayuda y otras engaña. El conjunto de esos mapas hacen un atlas.

No es la primera vez que la cartografía es utilizada como herramienta en el ámbito psi. Los lectores atentos habrán estado diciendo, mientras leían el párrafo anterior, que Félix Guattari desarrolló todo un concepto alrededor de la cartografía de la subjetividad.

Pero Atlas también evoca otras cosas. El titán que es condenado por Zeus a cargar el mundo sobre sus hombros (¿una metáfora sobre el saber en salud?). La primera vértebra que soporta el peso de la cabeza. Diferentes equipos de fútbol en todo el mundo. El nombre de un experimento físico que utiliza un colisionador de hadrones (?). Y más. Como la clínica de la psiquiatría de enlace.

La publicación es un producto al que podríamos denominar híbrido. En parte, tiene un origen vinculado

con el Capítulo de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace, de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APsA); pero, a su vez, es concebido como una publicación de la Editorial Autowahn y La Salud Mental.

¿Cuál va a ser la dinámica de ATLAS? Van a ir descubriéndolo ustedes apenas un tiempo después de que lo hagamos nosotros. Van a encontrar algunas noticias comentadas, charlas con profesionales, temas de debate y un estilo que intentará no contagiarse del tono desabrido de las publicaciones médicas ni de la jerga de las publicaciones psicoanalíticas. El faro que nos guía será el de poner las ideas a la vista, no esconderlas detrás del lugar común. Y el humor, porque no hay posibilidad de afectivizar la práctica y la transmisión sin humor.

Por lo dicho en esta última frase también podrán deducir que podemos ser capaces de enunciar grandes verdades que estarán listas para ser auto o hétero refutadas al instante. En ese punto somos medios socráticos.

Dedicamos este anteúltimo párrafo a usted, lector al día que viene murmurando “¡Houellebecq, Houellebecq! ¡El Mapa y el Territorio!”, sin acertar a pronunciarlo correctamente (dice: “ulebec, joulebec”). Sí, también se nos aparece esa genial novela.

Finalmente, este último párrafo intenta ser el comienzo de lo que sigue, esperando les entusiasme lo que encuentren en estas páginas.

Sumario

Editorial	2
Piedra, Papel & Papers.....	5
¿Consulta, interconsulta o psiquiatría de Enlace? (Javier Fabrissin).....	8
Listas: clínica	10
Acerca de la medicina basada en la evidencia (Prof. German Berrios)	11
Paper Comentado (invitado Juan C Tenconi).....	18
Suplemento Mentalísima.....	22
La diferencia entre el libro y la realidad (entrevista a Julio Moscón)	30
Listas: economía	33
10 preguntas sobre tricotilomanía (Silvia Khaski).....	34
Esperando el congreso de APSA 2014	38
Sociales	39
Cierre	40

ATLAS Año 1 N° 1 . Enero 2014. 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

Piedras, Papers & Tijeras



IRSS y riesgo de efectos adversos quirúrgicos

Supongamos que nos piden asesoramiento por un paciente que está por ser intervenido quirúrgicamente. Digamos que se trata de una cirugía de mediana complejidad (ej., reparación de una eventración) y que la cirugía es, además, electiva. Conversamos con el cirujano quien nos dice, muy amablemente, que se trata de un paciente que está tomando Sertralina y que quiere saber si conviene que siga con dicho fármaco o que lo discontinúe para el acto quirúrgico.

Si tomamos una balanza de dos platillos, como son las balanzas tradicionales, y ubicamos en uno las ventajas de seguir con el IRSS y en el otro las desventajas. En el primero pondríamos los vinculados al riesgo de recaídas anímicas o bien de provocar un síndrome de discontinuación o bien de incrementar la sensibilidad al dolor posquirúrgico. En el segundo, las desventajas, que estarían conformadas, principalmente, por las interacciones medicamentosas (entre el psicofármaco y la medicación anestésica, analgésica, y demás fármacos necesarios), tanto farmacocinéticas como farmacodinámicas.

En abril de este año, Auerbach y cols. publicaron un trabajo basado en 530416 pacientes (¡por favor, esos números astronómicos!) que fueron sometidos a una cirugía mayor en 375 hospitales de EEUU entre el 2006 y el 2008 (Auerbach et al, 2013). Los resultados mostraron que los pacientes que recibían algún IRSS (el 17,3% de la muestra) tuvieron una mayor probabilidad de mortalidad intrahospitalaria, de sangrado y de readmisiones hospitalarias a los 30 días. El número necesario a tratar con un IRSS para causar 1 muerte o 1 reingreso hospitalario era de 1000. Curiosamente, el riesgo de muerte tendía a desaparecer si se analizaban sólo los pacientes con depresión.

Si volvemos al comienzo: ¿qué le decimos al cirujano?, ¿que mejor ir haciendo una discontinuación lenta de la Sertralina o que la siga tomando, total el riesgo de eventos adversos posquirúrgicos no es tan alto? Por supuesto, aquí es donde viene el bla bla de “bueno, habría que ver porque los resultados no son tan concluyentes”, o “hay que evaluar el estado del paciente y decidir en función del caso por caso” (ah, sí, en psiquiatría también existe eso del caso por caso).

Y así gira la rueda interminable de la, paradójicamente, inconsistencia, ambivalencia y subjetiva estadística.

Fuente: Auerbach AD, Vittinghoff E, Maselli J, Pekow PS, Young JQ, Lindenauer PK. Perioperative use of selective serotonin reuptake inhibitors and risks for adverse outcomes of surgery. *JAMA Intern Med.* 2013 Jun 24;173(12):1075-81. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.714.



Depresión y salud cardiovascular: Salud Mental y Salud Cardiovascular para todos para el Año 2020

El año 2020 ejerce una atracción para ser utilizado como fecha tope para la implementación de diversas medidas vinculadas con la salud pública. En nuestro ámbito, contamos con el Proyecto de plan de acción integral de la OMS (OMS, 2013), que prevé una serie de metas a cumplir para el 2020. Por su parte, la American Heart Association se propone mejorar en un 20% la salud cardiovascular de todos los Americanos (lo cual nos incluye?). Para ello, definió parámetros, a los que llamaron “La vida es simple 7” (Life’s simple 7), y que se constituyen en

el estándar de la “Salud Cardiovascular Ideal” (Go et al, 2013). Brevemente, estos parámetros ideales son: 1) no haber fumado nunca o haber dejado hace más de 12 meses, 2) tener un índice de masa corporal <25, 3) realizar actividad física más de 4 veces por semana (alrededor de 150 minutos en total), 4) efectuar una dieta ideal (dieta ideal= comer pescado 2 veces por semana, comer frutas y vegetales todos los días, tener una ingesta de sodio de < 1500 mg/day, etc., 5) tener una TA < a 120mmHg, 6) glucemia en ayunas < a 100 y 7) Colesterol < a 170.

Un estudio publicado en la edición de noviembre de la revista *Psychosomatics* (España-Romero, 2013), reúne ambas especialidades al preguntarse si el cumplimiento de los pasos de “La vida es simple 7” reduce el riesgo de desarrollar síntomas depresivos. Para ello se siguió durante 6 años a 5110 personas. ALTO: antes de seguir, una pregunta: ¿no se imaginan ya, sin leer el estudio, cuál podría ser el resultado? En efecto, la respuesta es la que todos piensan. Es como un partido de clasificación para el Mundial entre una potencia futbolística y la selección de las Islas Faroe: ya se sabe que va a ganar Inglaterra o Alemania o España, sólo resta ver por cuánto. Bueno, este estudio dice más o menos eso, las personas que cumplan la mayor cantidad de los 7 ítems propuestos tienen menos posibilidades de deprimirse. ¿Cuánto menos? Depende, de las 5110 participantes a los que se siguió durante 6 años si se cumple entre 5 y 7 ítems, se reduce en un 36%, si se cumplen entre 3 y 4 un 28% con relación a los que cumplen entre 0 y 2.

Por lo demás, se trata de un estudio que aporta poco, no sólo a lo que uno intuitivamente puede pensar, sino que el mismo interrogante ya fue estudiado en base a una muestra ostensiblemente mayor (n=20093, ¡hay que juntar 20093 personas!), y publicado hace exactamente un año en PLOSone (Kronish et al, 2013).

Fuente:

1) OMS (2013). Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. Informe de secretaria. (Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_8-sp.pdf)

2) Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, Bravata DM, Dai S, Ford ES, Fox CS, Franco S, Fullerton HJ, Gillespie C, Hailpern SM, Heit JA, Howard VJ, Huffman MD, Kissela BM, Kittner SJ, Lackland DT, Lichtman JH, Lisabeth LD, Magid D, Marcus GM, Marelli A, Matchar DB, McGuire DK, Mohler ER, Moy CS, Mussolino ME, Nichol G, Paynter NP, Schreiner PJ, Sorlie PD, Stein J, Turan TN, Virani SS, Wong ND, Woo D, Turner MB; on behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics—2013 update: a report from the American Heart Association Circulation. 2013;127:e6-e245. (Disponible en: http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_319831.pdf)

3) España-Romero V, Artero EG, Lee DC, Sui X, Baruth M, Ruiz JR, Pate RR, Blair SN. A prospective study of ideal cardiovascular health and depressive symptoms. España-Romero V, Artero EG, Lee DC, Sui X, Baruth M, Ruiz JR, Pate RR, Blair SN. Psychosomatics. 2013 Nov-Dec; 54(6):525-35.

4) Kronish IM, Carson AP, Davidson KW, Muntner P, Safford MM (2012) Depressive Symptoms and Cardiovascular Health by the American Heart Association's Definition in the Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) Study. PLoS ONE 7(12): e27771. doi:10.1371/journal.pone.0052777

Si está bajo, subile el volumen

Supraphysiologic Doses of Levothyroxine as Adjunctive Therapy in Bipolar Depression: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study

Thomas Stamm, MD; Ute Lewitzka et al
J Clin Psychiatry 2014;75(2):162–168

Esta es una investigación simpática, clásica. Tenemos un problema: depresiones resistentes en el marco de un trastorno bipolar. Tenemos el conocimiento de los efectos maníacos del hipertiroidismo. Tenemos hormonas tiroideas sintetizadas y baratas. Con todo esto, Thomas dijo “*¿y qué onda si le damos T4 a los pacientes depresivos, no digo dosis como para que hagan una manía, pero un toque más de los valores fisiológicos? Eso que en cualquier otra persona se manifestaría como aumento de ansiedad, ¿les servirá como para mejorar unos puntitos en la escala de Beck?*”. Y lo probaron. Y la respuesta a la pregunta fue “no hay ninguna diferencia estadísticamente significativa con el placebo”. “*Y bueno – dice Thomas en la segunda hora del happy hour - por lo menos ganamos una publicación indexada, la próxima será*”.

Fuente: Supraphysiologic Doses of Levothyroxine as Adjunctive Therapy in Bipolar Depression: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study

Thomas J. Stamm, MD et al Clin Psychiatry
2014;75(2):162–168



¿Consulta, Interconsulta o Psiquiatría de Enlace?

por Javier Fabrissin

Médico psiquiatra. Ex vicepresidente del capítulo de Interconsulta y medicina de enlace APsA, ex Jefe de Residentes hospitalares Argerich y Rivadavia, coeditor de ATLAS

Veamos. Consulta, Interconsulta, Psiquiatría de Enlace. Medicina Psicosomática, Psicología Médica, Psiquiatría Médico-quirúrgica. ¿De qué manera habría que nominar a la actividad consistente en el trabajo de un profesional de la salud mental en salas y sectores no psi de un Hospital General?

Las siguientes consideraciones apuntan a establecer los límites, no siempre tan definidos, entre los variados términos arriba mencionados.

Psiquiatría de Enlace: los primeros conceptos de lo que se llamó “enlace” (liaison) se relacionaban con la idea de que el psiquiatra debía servir como un “enlace (liaison) entre la medicina y los problemas sociales” o bien ser “un agente de enlace [...] que unifica, clarifica y resuelve todo el conocimiento médico disponible” (Schwab, 1989). Una noción bastante ambiciosa. Según una perspectiva actual, las actividades de enlace comprenden el trabajo

educacional, de investigación y clínico, llevado a cabo con el personal hospitalario, con el paciente y sus familiares, propiciando una facilitación en la comunicación y una mejora en la calidad de la atención (Leigh H., 2008; Mayou, 2007). Esto implicaría que el profesional de la salud mental no trabaja sólo con el paciente y ante la demanda de otro especialista, sino que incluye potencialmente a toda la institución hospitalaria. Por otra parte, debería procurar fomentar la salud mental a través de actividades educativas (Ej.: cursos, charlas a la comunidad), de tareas institucionales (Ej.: grupos Balint, talleres tendientes a reducir el estigma asociado a la patología mental, etc.), de capacitación.

Interconsulta: suele llamarse de este modo a la intervención del profesional de la salud mental cuando se produjo una fractura en la estructura del acto médico (APSA, 2011; Criscaut JJ, 2000). En tales circunstancias, interconsulta im-

plica estar entre los diferentes actores (médicos, enfermeros, familia, pacientes, personal auxiliar, etc.), donde se cruzan las diferentes transferencias que se establecen en el ámbito de la salud (APSA, 2011). Así, se procura establecer un diagnóstico situacional, distinguiendo la posible existencia de una demanda latente. Este planteo de la tarea del profesional de la salud mental tiene sus raíces en una concepción psicoanalítica, psicodinámica y/o institucional del accionar en el hospital general. Nótese, sin embargo, que según Lipowski (citado por Luchina y Ferrari, 1979), “[la] interpretación y mediación, [para] mantener la comunicación y suprimir conflictos entre el paciente y los encargados de asistirlo”, es la definición de lo que para él sería el enlace. Por lo tanto, existe aquí un solapamiento semántico.

Consulta: siguiendo la definición clásica de Lipowski la consulta sería “la opinión experta, diagnóstica, y de consejos en el manejo de la conducta de un paciente a requerimiento de otro profesional médico”. Básicamente la consulta implicaría responder al pedido explícito del especialista, ocupándose de la circunstancia clínica sin intervenir en otros aspectos “más profundos”

que podrían estar implicados en la situación del paciente.

Habría que notar que la palabra interconsulta no se suele utilizar en la literatura anglosajona, donde se emplea el vocablo consulta (consultation). Por su parte, en nuestro uso local y corriente, la palabra interconsulta adquiere un significado que no distingue entre por ejemplo, la intervención meramente asistencial de un endocrinólogo y la intervención de un especialista en salud mental (psicólogo o psiquiatra) cuando, sin responder de manera directa al pedido explícito, discierne la existencia de un problema latente, no explicitado en el pedido, o establece un diagnóstico situacional, sin realizar una asistencia propiamente dicha sobre el paciente (Fabrissin, 2011). Le corresponde al interconsultor determinar si su tarea se ajustará a la noción de la consulta o la interconsulta (Tenconi, 2003). Dicho de otro modo, deberá discriminar si las circunstancias sugieren aplicar un abordaje eminentemente técnico-asistencial (tratamiento de un episodio psicótico, de un síndrome confusional, etc.) o responder a una posible trama subyacente, latente, que se despliega detrás de ese pedido concreto. Se propugnaría que el especialista en salud mental pueda

tener la capacidad de leer qué es lo que la situación requiere. El enlace exige un papel activo del profesional de psicopatología, buscando la emergencia de alguna situación que amerite su participación, operando con una lectura institucional y de prevención y promoción de la salud mental.

1) Schwab JJ. Consultation-liaison psychiatry: a historical overview. *Psychosomatics* 1989; 30: 245-54.

2) Leigh H. The Functions of Consultation-Liaison Psychiatry. En: Leigh H & Streltzer eds. *Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. New York: Springer Science + Business Media; 2008. p. 12-15.

3) Mayou R. The Developmental of general hospital psychiatry. En: Lloyd G & Guthrie E, eds. *Handbook of Liaison Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007. p. 3-23.

4) Lipowski ZJ, citado por Ferrari H, Luchina IL, Luchina N. Asistencia institucional. Nuevos desarrollos de la Interconsulta médico-psicológica. Buenos Aires: Nueva Visión; 1979.p. 22.

5) Asociación Argentina de Psiquiatras. Aportes a la Psiquiatría Argentina del siglo XXI. Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Capítulos de subespecialidades. Buenos Aires. 2011.

6) Criscaut JJ. Una guía básica para la interconsulta. *Clepios* 2000; VI (4): 189-192.).

7) Fabrissin J. La interconsulta y las actividades de enlace en el Hospital General: estrategias para su efectividad. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.* 2011, Vol. XXII: 356 – 367.

8) Tenconi JC. El abordaje de las crisis: urgencias y emergencias en la psiquiatría de enlace. *Vertex* 2003; 13:97-102.



listas: clínica

TOP 11 DEL AUMENTO DE PESO

¿Cuáles son los antipsicóticos que más aumentan de peso?

- 1° Clozapina
- 2° Olanzapina
- 3° Tioridazina
- 4° Clorpromazina
- 5° Quetiapina
- 6° Risperidona
- 7° Amisulpride
- 8° Aripiprazol
- 9° Haloperidol
- 10° Flufenazina
- 11° Ziprasidona

Fuente: Dent R, Blackmore A, Peterson J, Habib R, Kay GP, et al. (2012) Changes in Body Weight and Psychotropic Drugs: A Systematic Synthesis of the Literature. *PLoS ONE* 7(6): e36889 (revisión de 950 artículos)

Acerca de la medicina basada en la evidencia

Por Germán Berrios

Profesor Emérito, Jefe de la Cátedra de Epistemología de la Psiquiatría de la Universidad de Cambridge, UK.

Hace un tiempo habíamos leído este artículo escrito por Germán Berrios y publicado en Febrero del 2010 en www.psicoevidencias.es. Nos pareció muy interesante como para que saliera en este primer número de ATLAS. El artículo fue redactado en inglés y en la misma página se cuenta con la traducción al español. Para no tener inconvenientes legales, se nos ocurrió pedir autorización para su reproducción al propio autor. El Profesor Germán Berrios respondió a los 5 minutos de enviado el mail, no sólo "encantado que publiquen el artículo", sino sugiriéndonos que retraduzcamos el artículo de su original. Esperemos que nuestra versión le sea de su complacencia.



Para quienes no lo conocen, Germán Berrios es Profesor Emérito, Jefe de la Cátedra de Epistemología de la Psiquiatría de la Universidad de Cambridge (Reino Unido). Escribió una infinidad de artículos y libros, de los cuales destacamos aquel titulado "Las Extensiones Patológicas del Amor", leitmotif de una serie de presentaciones que los autores de esta revista realizan en congresos de la especialidad y título de un futuro libro.

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) es un tema que me ha inquietado durante años. Una mirada superficial podría darnos la impresión de que la MBE es un enfoque inocente y fundamentado en buenas intenciones. Sin embargo, se trata de un engaño con una capacidad destructiva de la confianza, y que exige una crítica decidida antes de que sea adoptada por los países en vías de desarrollo. El daño que ha causado a la práctica de la psiquiatría en el mundo desarrollado puede terminar siendo irreparable.

Desde que la MBE se puso de moda, el concepto de evidencia en sí mismo fue sometido a una crítica, particularmente por parte de aquellos que discreparon con la noción de que, para ser “científica” (y por lo tanto “ética”), la práctica médica debería estar gobernada exclusivamente por Guías Clínicas (1). Asumiendo una perspectiva etimológica y semántica, la mencionada crítica muestra triunfalmente que, a causa de que el significante “evidencia” se refiere a un ambiguo “significado”, la MBE es sólo una moda confusa y que confunde.

Aunque útil, esta postura crítica es insuficiente. El talón de Aquiles de la MBE debe encontrarse en otra parte, en lo profundo del concepto de ciencia que promulga y en los vínculos que tiene con la subcultura de los negocios, la cual, desde el comienzo, ha sido su fuerza impulsora. Si no fuera por el hecho de que la MBE está afectando negativamente la calidad del ejercicio de la medicina y la atención de los pacientes, muchos sólo

querrían considerarla como un pequeño ardid neocapitalista para hacer “dinero honestamente”.

Los temas de fondo

Hay poca “evidencia” disponible que demuestre que un ejercicio de la medicina basada en los lineamientos de la MBE tiene ventajas estadísticamente significativas sobre el viejo sistema que aquella remplazó (un sistema basado en la experiencia médica, en la autoridad, y en el efecto placebo generado en el seno de la relación médico paciente). Esto no es ninguna sorpresa ya que, después de todo, tal “evidencia” sólo podría ser obtenida mediante la realización de un “ensayo controlado” enorme que compare los dos sistemas, y la mayoría de las personas consideraría dicho ensayo como imposible de implementarse. Por lo tanto, estamos frente a una situación paradójica en la cual a los médicos se les pide que acepten un cambio radical en la manera en que se desempeñan en la práctica clínica (ej.: abandonar los sabios consejos de su propia experiencia y seguir ciertos dictados estadísticos impersonales) SIN que exista una base real de “evidencia”, sino porque lo dicen estadísticos, teóricos, managers, empresas creadas para tal efecto (como el Instituto Cochrane) y capitalistas inversores (actores todos que, precisamente, aspiran a beneficiarse económicamente de la MBE).

El verdadero problema en relación con el concepto de “evidencia”

Se dijo anteriormente que muchos críticos habían comentado acerca del modo en que la multivocidad del término “evidencia” convierte a la MBE en inviable. Esto necesita ser desmenuzado. En inglés, el término “evidencia” posee dos significados centrales. Existe un uso “ontológico” (el más antiguo), el cual se relaciona con “Energeia”, que era uno de los criterios griegos para la “verdad” y la “objetividad”. “Energeia” se refería a la situación básica en la cual un objeto se presenta a sí mismo de manera completa y ostensible para la percepción del observador. Dada la metafísica de la percepción predominante en aquella época, esto implicaba un contacto “físico” entre el objeto y el hombre.

El segundo significado del término “evidencia” en el idioma inglés es epistemológico y se relaciona con el hecho de tener “fundamentos para creer” en algo. Ahora bien, lo que realmente constituye “tener fundamento para decir una u otra cosa” nunca formó parte de la “definición” de evidencia. La razón es obvia: a lo largo de la historia tales fundamentos dependían de la corriente epistemológica de moda. Por consiguiente, en relación con su etimología, el problema no es tanto que el término “evidencia” sea confuso sino que su correcta aplicación requiere un aparato epistemológico cuya especificación ha cambiado a lo largo de los años.

En ciertos contextos, por ejemplo en la Corte de Justicia, el uso epistemo-

lógico puede basarse en un significado ontológico putativo (el hecho de que un testigo haya visto a X haciendo determinada cosa puede tomarse como una evidencia fundamentada para creer que “X es el asesino”). En el caso de la MBE esto no sería correcto ya que “los fundamentos para creer” que el tratamiento T es efectivo (uso epistemológico) no está basado en ninguna “percepción” subjetiva (significado ontológico) de ninguna clase sino en una prestidigitación numérica, es decir, en la presencia o no de una significancia estadística arbitrariamente escogida (vg. del 5%). De tal manera, ese 5% termina siendo equivalente a “ver” cierto “objeto”, el que pasa a ser definido como objetivo o verdadero.

El talón de Aquiles de la MEB

Para continuar con esto es necesario proporcionar una mínima información sobre los antecedentes de la MBE. La historia comienza durante la década de 1920, cuando las viejas definiciones de “objetividad científica” (según fueron sostenidas, primero por el Baconismo del siglo XVII y, luego, por el positivismo Comtiano del siglo XIX) fueron puestas en tela de juicio. Ambas habían estado basadas en diferentes formas de inductivismo y experimentalismo, por ejemplo: la creencia de que la naturaleza puede ser interrogada o incluso manipulada de acuerdo a “respuestas dadas” (Galileo, Newton y todo el Iluminismo descriptivista ejemplifican esta corriente). Finalmente, en la década de 1840, John

Stuart Mill, en un manual canónico del inductivismo, agrupó todo en un listado de reglas lógicas que permitían obtener un conocimiento universal partiendo del análisis de una muestra de especímenes. Por lo demás, es interesante señalar que lo que Mill hizo fue reafirmar el modo mediante el cual la mente de cualquier experto (sea médico, plomero, abogado o ingeniero) opera para extraer “información genérica” de su propia experiencia.

Para finales del siglo XIX, se cuestionó todo lo que Mill había establecido. Para la nueva filosofía de la ciencia (según fuera desarrollada por Frege, Russell, etc.), la creencia de que el conocimiento podría basarse en la “experiencia” personal (un concepto psicológico) fue aborrecida. Por el contrario, se propuso que la lógica y las matemáticas pasaran a ser las nuevas bases del conocimiento. Esto marcó el final del “psicologismo” y del positivismo Comtiano, y conduciendo directamente al desarrollo del positivismo lógico del Círculo de Viena, y con ello, a la noción de que una afirmación sólo puede ser verdadera si es “verificada” (así, la importancia recayó en el conjunto de operaciones que especificaban cómo tal verificación podría ser implementada).

Pronto quedó claro que la “verificación operacional” era impracticable y que para que sea viable, se debían introducir algunas modificaciones tales como ampliar las definiciones de “verdad”, “verificación” y “conocimiento”. En dicho sentido, el desarrollo de las técnicas estadísticas, principalmente en Ingla-

terra y de la mano de Fisher, Pearson y Kendall, ofreció una nueva oportunidad. Lo que ha sido llamado “la revolución probabilística” describe la importación del razonamiento probabilístico al seno de la biología y de las ciencias sociales. Una ayuda adicional provino de la erosión del paradigma newtoniano y, por lo tanto, del concepto de la “objetividad” del tiempo y el espacio como dimensiones fijas, por parte de las teorías de Einstein, Heisenberg y Gödel. De acuerdo a éstas las definiciones sobre la realidad requerían ser corregidas o completadas en función de la perspectiva del observador o de cierta información que no estaba contenida dentro de tales definiciones. Para el final del periodo entre guerras, “objetividad” y “verdad” habían sido redefinidos como “conceptos probabilísticos” pasibles de ser aprehendidos por medio del análisis estadístico y determinados según un (arbitrario) nivel de “significancia” estadística.

El concepto de probabilidad llega a la Psiquiatría

Sin que fueran advertidas las importantes repercusiones epistemológicas y éticas que estos sustanciales cambios en la visión del mundo (*weltanschauung*) científico irían a tener, las propuestas probabilísticas fueron prontamente adoptadas por todos y por cada uno. Una consecuencia inmediata de ello fue que deberes y derechos epistemológicos cruciales (el sentido de la responsabilidad que todos los “científicos” deben tener

en relación con las narrativas que ellos crean) fueron abolidos. De algún modo, el conocimiento estaba ahora determinado por mecanismos matemáticos impersonales, el conocimiento tenía un valor neutro y la ciencia era la única generadora de conocimiento. La experiencia y la sabiduría personal, la noble noción de Sophia, era descartada por ser fuente de sesgo y de distorsión de la verdad.

Este cambio, primariamente introducido en las ciencias naturales duras, alcanzó la medicina y las disciplinas humanas y sociales después de la Segunda Guerra Mundial. La psiquiatría resistió hasta la década de 1960, pero por vía del Caballo de Troya de los ensayos psicofarmacológicos, permitió el ingreso del análisis estadístico de una manera muy solapada. Yo recuerdo claramente este cambio ya que, en aquel tiempo, era asistente del Profesor Max Hamilton, de la Universidad de Leeds, quien fuera el introductor de las estadísticas médicas en la psiquiatría. Al inicio, dichos análisis fueron sólo utilizados para evaluar los ensayos psicofarmacológicos y la mayoría de los psiquiatras podía anticipar que una vez que los resultados de dichos ensayos fueran realizados, Sophia (sabiduría) y Empeiria (experiencia) tomarían el poder y el psiquiatra podría negociar libremente en la intimidad de la relación médico-paciente que era lo mejor para su paciente.

El nacimiento de la MEB

Pero como suele suceder, la codi-

cia ganó. Los grupos de investigación y las instituciones que habían sido creadas para reunir información de ensayos clínicos oncológicos fueron alentadas a creer que su actividad podía extenderse a todas las áreas de la medicina, incluyendo la psiquiatría. Para tal efecto era necesaria una nueva “justificación filosófica”. El meta-análisis, una vieja y débil técnica estadística se eligió como el mejor candidato para convertirse en el “árbitro definitivo”, y todas sus debilidades estadísticas y matemáticas se minimizaron, a la vez que se ensalzaron sus maravillosas ventajas como herramienta de síntesis estadística. La palabra mágica “evidencia” fue desempolvada e importada a la medicina con una flagrante prescindencia de su significado y utilidad, y la medicina “basada en la evidencia” nació como una justificación conceptual a posteriori para lo que ya era el nuevo y obvio negocio de la construcción y venta de la información clínica.

No resulta sorprendente que la industria farmacéutica haya apoyado estas maniobras ya que tempranamente se dio cuenta de que los fármacos que pudieran “pasar” los test meta-analíticos adquirirían un respaldo ético y legal novedoso, particularmente si se persuadía a los Gobiernos de difundir “guías” clínicas de prescripción. Es probable que también se dieran cuenta que tales Guías, en la práctica, destruirían la espontaneidad terapéutica en psiquiatría, cambiando el arte creativo y flexible de la prescripción por una actividad mecánica y reglamentada, la cual, en la práctica, ni siquiera requiere que quienes realicen prescrip-

ciones psiquiátricas estén médicamente calificados.

Resumiendo

Para resumir, el sinsentido y el daño causado por la MBE no se origina de ambigüedades semánticas de la palabra en cuestión ni tampoco del hecho de que los filósofos de la corte que la diseñaron no advirtieran sus sutilezas históricas. Su problema se origina de una perversión epistemológica más profunda, resultante de la reificación de la actividad prescriptiva y del tratamiento de las personas que padecen un trastorno mental. Esta reificación, a su vez, está relacionada con las necesidades de una economía neo-capitalista de abrirse a nuevos mercados y de crear nuevas necesidades de consumo.

Antes que nada, es una perversión epistemológica porque propone una mirada de la práctica médica que es inapropiada y dañina. Esta mirada se vincula con el viejo verificacionismo, una aproximación epistemológica al significado de las cosas que fue abandonada aún por la física, la madre de las viejas ciencias naturales. Puesto que prácticamente nada se conoce sobre las causas de los trastornos mentales, la idea de que es posible crear sistemas de evaluación basados en etiologías especulativas es ridícula, peligrosa y poco ética. Dado que a lo largo de la historia todos los tratamientos propuestos en psiquiatría parecieron funcionar de acuerdo a la Ley de los Tercios de Black (un tercio se recupera, un tercio se recupera parcialmente y un tercio

no se recupera, dando un porcentaje no desdeñable de recuperación del 66%, lo cual es lo que hoy en día se obtienen con los tratamientos psiquiátricos), y puesto que sabemos muy poco sobre la naturaleza y el rol del efecto placebo, es, por lo tanto, irresponsable ocultar todo esto por medio de meta-análisis y técnicas afines, las cuales tienen poca sensibilidad matemática para detectar diferencias en los niveles más bajos (ej.: al nivel de las personas que toman la medicación).

Es también una perversión epistemológica para los psiquiatras porque se les pide que acepten la MBE sin otra evidencia que el chantaje moral sustentado por la proclama de que la matemática representa la forma más elevada de la ciencia y, por lo tanto, todo lo que sea “matemáticamente demostrable” triunfa sobre todo lo demás. Ningún defensor de la MBE ha explicado jamás porqué los ensayos clínicos a gran escala diseñados para demostrar que la prescripción y la toma de decisiones basada en la MBE es significativamente superior que la toma de decisiones basada en la sabiduría y la experiencia de los médicos).

Es una perversión moral que, a los efectos de cuantificar, determinar los costos y manejar la “prescripción”, lo que debería ser considerada un componente menor de la relación médico-paciente, la MBE necesita implementar una masiva reificación de los contenidos de dicha relación, incluyendo las profundas negociaciones emocionales y la esquiva respuesta placebo intersubjetiva. En este contexto, “reificación” significa convertir las relaciones humanas en co-

sas u objetos inanimados, despojándolas de todo dinamismo, valor personal e importancia. Una vez reificadas, estas relaciones humanas por sí mismas ya no pueden explicar el cambio terapéutico, por consiguiente, cualquier cambio que sea medido por “estudios de resultado” ha de ser atribuido al ingrediente “activo”, esto es, el fármaco en cuestión. No es suficiente decir que dichos cambios dinámicos están perfectamente cuidados por el hecho de que los ensayos clínicos son “controlados”, “doble ciego”, etc., ya que las interacciones entre estos factores dinámicos y los efectos del fármaco pueden ocurrir a un nivel no conciente y permanecer más allá del alcance de un estudio con diseño controlado.

Puede incluso concederse que la reificación no resulta de la mala fe de unos poco filósofos de la corte. Desde los escritos clásicos de Marx y Lukács se sabe que tales cambios provienen de las profundidades de los sistemas económicos que aún prevalecen en el Este. La Salud, como otra commodity que puede ser vendida y comprada, es parte de este proceso. Inteligentemente vendida a personas con el derecho de elegir cómo y dónde comprar salud con su propio dinero (testigo de esto es el actual debate que tiene lugar en EEUU en torno a la creación de un sistema nacional gratuito de cuidado en salud), el lenguaje en el cual los servicios de salud están siendo actualmente vendidos se asemeja al lenguaje de los supermercados. No hay más pacientes sino “compradores de salud”, los médicos “venden salud” y, así, es esperable que, al igual que un par de zapatos, los

bienes vendidos (en este caso, la salud) deben ser perfectos y estar estrictamente regulados.

La ilusión de tener un supermercado de la salud ha destruido la relación médico-paciente, convirtiéndose en un contrato comercial sujeto a toda la parafernalia legal del mercado, y la prensa e internet se han asegurado que los “compradores” de salud estén concientes de sus derechos a obtener una salud perfecta. Puesto que el ejercicio de la medicina permanecerá para siempre como un arte imperfecto, una industria defensiva ha nacido para “proteger” a los médicos de la venta de bienes defectuosos y esto ha incrementado el ya alto presupuesto sanitario. La MBE crece con fuerzas en este contexto ya que vende “evidencia” a los abogados tanto para los vendedores como para los compradores de salud.

Y en el medio de este hambriento frenesí, donde todos quieren hacer una “diferencia monetaria honesta”, la vieja relación médico-paciente y el viejo paciente sufriente desaparecieron para siempre. Esto es lo verdaderamente equivocado con la MBE.

(1) Las Guías Clínicas, según el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (National Institute for Health and Clinical Excellence, N.I.C.E.), son “recomendaciones, basadas en la mejor evidencia disponible, para la asistencia de la población por parte de profesionales de la salud” (National Institute for Health and Clinical Excellence. “The guidelines manual”. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. 2006. Disponible en: www.nice.org.uk).



Juan C. Tenconi

Médico psiquiatra, ex presidente del capítulo de Interconsulta y medicina de enlace de APsA, psicoanalista, supervisor de residencias, etc.

“What’s Next for Somatic Symptom Disorder?” (¿Qué hay de nuevo en el trastorno por síntomas somáticos?), publicado en el *American Journal of Psychiatry*, 2013;170:1393-1395.

Introducción

El artículo está escrito por Dimsdale y Levenson, quienes formaron parte del equipo que escribió esta categoría en el DSM V. En él explican y defienden las modificaciones que llevaron a un importante cambio en la conceptualización de esta dolencia.

La relación entre los síntomas referidos al cuerpo (por ejemplo, dolor de cabeza) sin explicación médica aparente y el psiquismo han tenido diversas explicaciones. La pregunta es cómo encuadrar síntomas crónicos referidos como somáticos en los cuales presumimos que hay, en realidad, un trasfondo psicológico. Uno de los ejes de análisis es verlo como parte de la sintomatología propia de

una estructura psíquica, o bien verlo como algo aislado. En esta última línea entran los diagnósticos de los Manuales Diagnósticos y Estadísticos de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM). El trastorno por síntomas somáticos en particular es un heredero del Síndrome de Briquet y, por lo tanto de la histeria. Este cuadro se ha denominado de diversas maneras

Resumen del artículo

Este trastorno es armado como una consolidación de varias entidades tomadas del DSM anterior: trastorno primario por somatización, trastorno somatoforme indiferenciado e hipocondriasis. En el DSM V se plantea una mirada más dimensio-

nal que lo que aparecía en el DSM IV.

El abandono de estas categorías, presentes en el DSM IV, se debió a que el umbral de síntomas necesarios para el diagnóstico del Trastorno por Somatización o del Somatoforme indiferenciado resultaba muy restrictivo (en el caso del primero) o demasiado abarcativo (para el trastorno Somatoforme indiferenciado). Esto hacía que fuesen categorías diagnósticas poco utilizadas en la investigación y la clínica. Otro punto central fue que los síntomas no debían ser explicados por alguna causa médica, con lo que: primero, se hacía difícil precisar si la graduación de una queja era justificada o no por la etiología clínica (médica): ¿poco dolor es explicado pero mucho ya no?, ¿dónde está la línea demarcatoria?; segundo, hay una clara promoción del dualismo mente-cuerpo.

Para este trastorno se plantean como criterios diagnósticos la presencia de síntomas somáticos angustiantes y deteriorantes, la duración de más de 6 meses y que los síntomas estén asociados con pensamientos, sentimientos y conductas anormales que se manifiesten con desproporciona-

dos y catastróficamente altos niveles de ansiedad y alteraciones conductuales. Hay una evidente diferencia con el DSM IV en lo concerniente a la no búsqueda de la “legitimación por la realidad, del basamento orgánico” de los síntomas.

De todos modos, los autores plantean algunos problemas con estos cambios:

1- Pacientes con síntomas clínicos no explicados médicamente y los que sí tienen explicación: ¿está bien ponerlos en la misma bolsa?

2- ¿Cómo evaluar si los sentimientos, conductas y pensamientos son desproporcionados en relación a la enfermedad que se podría padecer? (“problema” presente en otras dolencias psiquiátricas).

3- Mucha de la varianza en la quejas de los pacientes depende de factores subjetivos más que objetivos, por ejemplo personas que se quejan de dolores que no tienen sustento biológico.

4- ¿Cuál es la confiabilidad de la categoría cuando el diagnóstico no lo hace un especialista?

Faltaría investigar las comorbilidades y la neurobiología de la percepción de los síntomas. Para esto último habría que realizar estudios por neuroimágenes y/o de laboratorio sobre la amplificación de los síntomas y el estudio de los factores inflamatorios. Dichos estudios han sido mucho más importantes en relación a los estados de ansiedad o depresivos que a este tipo de síntomas. En relación a las categorías del DSM IV plantan que posee buena validez aparente tanto predictiva como de constructo y descriptiva y una mayor confiabilidad.

Pequeño comentario

No se puede si no concordar con los autores que plantean que una fuerte crítica a las anteriores clasificaciones está basada en el hecho de que establece una separación entre mente y cuerpo, y que suele haber una co-ocurrencia de alteraciones mentales y problemas físicos, por lo que descartar el diagnóstico de somatización por la presencia de una patología clínica, de un problema físico, conduce a un patente subdiagnóstico. La cuestión que aún queda sin resolver es que la explicación médica es una parte; sin embargo, lo fun-

damental para un clínico que quiera resolver el problema de un paciente es cómo toma el sujeto lo que le pasa, y esto depende claramente de su estructura mental. Si hablamos de un cuadro que dura más de 6 meses es difícil no pensar que estamos hablando de una personalidad, dejar afuera la estructura subjetiva es poco auspicioso a la hora de dar cuenta cabalmente de la clínica. Me pregunto, por otra parte, qué tanto podemos pensar esto sólo como una alteración de la percepción y no una alteración del sujeto en su totalidad. Otro tema a discutir es esto de titular “Síntomas no explicados médicamente”, como si sacase a los síntomas sin explicación fisio-anatomo-patológica de la esfera médica.

Los psiquiatras somos médicos y nos ocupamos de cosas de las que todavía no se conoce su exacto correlato fisiológico. Todavía. ¿Esta categoría los incluirá o los pondrá como desechos “psicológicos”? ¿Acaso lo psicológico no es médico también?

Bibliografía

- 1- Abadi, Daniel . Trastornos somatoformes en Tratado de Actualización en Psiquiatría Dirección Juan Cristóbal Tenconi. Editorial ScienS.2008
- 2- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Forth Edition. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 2000.
- 3- American Psychiatric Association . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 2013
- 4- Dimsdale JE, Levenson J. What's Next for Somatic Symptom Disorder? Am J Psychiatry 2013;170:1393-1395.
- 5- Ey, Henry. Tratado de Psiquiatría. Buenos Aires. Editorial Masson. 1977

Mentalísima: suplemento de humor

El contenido de las siguientes páginas se vuelcan definitivamente hacia el lado del humor. ¿Por qué ponerlas aparte, con otro diseño y esta presentación? Bueno, *porque sí* podría ser el primer argumento. Porque como sociedad todavía no estamos preparados para diferenciar el contenido humorístico cuando viene sin el cartel que dice “humor”, podría ser otro, más en plan de subestimación del lector, tan de moda en estos días. O porque se gana en libertad al marcarlo como tal (el argumento clásico “el que avisa no traiciona”). O quizás porque MENTALÍSIMA, tal el nombre de la sección, es casi una subpublicación que con el tiempo se desprenderá de ATLAS y el estado “suplemento de humor” en este número asemeja al de aquel joven marsupial que se asoma en la bolsa materna. Tenemos más porqués pero los guardamos por si ninguno de estos sirve.



Lex^xtor[®]
Escitalopram 10-20 mg

El ISRS más cercano
al antidepresivo
IDEAL

Resta peso
a la depresión

 CASASCO

SEMILOGÍA DEL AVISO

Logo: La X de Lextor puede ser leída como un ideograma o la típica gráfica que inunda los Juegos Olímpicos. Vemos un hombrecito de cabeza amarilla que tiene hipertrofiada la musculatura de su lado derecho. Pero también podemos ver en esa X una tijera lista para cortar a TOR, el Dios del Trueno mal escrito. O sea: la castración de la pobre deidad nórdica.

Imagen: El paciente es un globo de aire caliente cuya depresión lo mantiene en la tierra. El efecto del antidepresivo, liberando los sacos (“quitando la depresión”), ¿lo lleva a un viaje a la deriva por los cielos del switch maníaco? Para pensar.

Slogan 1: “El ISRS más cercano al antidepresivo IDEAL (subrayado, en color)”. Conviven al mismo tiempo la voz precavida que prefiere no ser tan determinista (“mirá, se acerca pero no es”) y la euforia del ideal que distrae y llama la atención.

Slogan 2: “Resta peso a la depresión”. Típica frase que los publicistas se ven obligados a poner para explicar la analogía. Uno puede pensar que es un gesto de subestimación a quien ve la publicidad (“sí, ya me había dado cuenta que el PESO era la DEPRESIÓN”) pero un número no despreciable de colegas se encuentran frente a este aviso preguntándose qué tiene que ver el Club Atlético Huracán con la depresión. O buscando el nexo entre La Vuelta al Mundo en 80 Días y la inhibición de recaptación de serotonina.



DIEZ MANERAS DE NOMBRAR AL CÉLEBRE PSIQUIATRA FRANCÉS HENRY EY

1. Jenry ey
2. Anrí i
3. Jenry i
4. Quique Ey
5. Onrí ö
6. Énri ey
7. El tratado de Henry Ey
8. Henry, Henry, Hey!
9. Henry, y?
10. Enrí i

DIEZ NOMBRES COMERCIALES DE ANTIDEPRESIVOS PROPUESTOS POR ALEJANDRO ROEMMERS (RECHAZADOS POR EL DEPARTAMENTO DE MARKETING)

1. Amor
2. Pequeño Príncipe (*)
3. Brisa
4. Antipenumbras
5. Brillo de Sol
6. Rocío
7. Ternura
8. Blanco
9. Suave
10. Plénica *

(*) se filtraron y fueron usados para otros fines

PASATIEMPOS

Ordene de menor a mayor, según el grado de control social que ejercen:

policia - psiquiatra- trabajador social- director de hospital- chofer de ambulancia de SAME- ministro de salud - Cormillot- juez en lo criminal - enfermera turno mañana - enfermera turno noche - juez en lo civil - custodia - cadena de noticias - FDA - residente - concurrente- visitante - visitador medico - gremialista - paciente mas antigua del servicio - Zeus - AFIP - futbol- Pilar Sordo- Indio Solari.

Póngale el diagnóstico a los Famosos:

A continuación se da una lista de famosos a los que deberá poner diagnósticos.

Keanu Reeves - Gaston Pauls - Alan Pauls - David Bowie - Gustavo Barros Schelotto - Miles Davis - Lars von Trier - Leonard Cohen - Vladimir Putin - Sophia y Guillermo Coppola -

Ayuda: uno es bipolar.

En las siguientes listas, hay un integrante ectópico. Búsquelo

A) Paroxetina / Sertralina / Serotonina / Cocaina / Fluoxetina / Glasgow 11/15

B) Imaginario / Real / Simbólico / Objeto a / Muebles de diseño en el Consultorio / Jung

C) DSM I / DSM II / DSM III / DSM III TR / DSM IV / DSM V / Don Segundo Sombra / Crimen y Castigo



PASATIEMPOS

Brille cual luz mala con su conocimiento sobre el campo de la Salud Mental.

1. ¿Qué se encuentra enterrado debajo de la Avenida Ramón Carrillo, a la altura de los hospitales Borda y Tobar García?

- a) Un tesoro escondido por el Almirante Brown
- b) La cabeza de Phineas Gage
- c) La cabeza de Ramón Carrillo
- d) Un cementerio de víctimas de la epidemia de cólera
- e) Máquinas extraterrestres que esperan por la invasión

2. ¿A dónde conectan los túneles del Moyano?

- a) Al Htal Borda (constituyen el nacimiento de la interconsulta)
- b) Al Htal Tobar Garcia (constituyen un modelo de derivación etaria)
- c) A la Baticueva
- d) Al refugio antiatómico de Perón
- e) No van más allá de unos cuantos metros.

3. ¿Jakob - Moyano - Outes y....?

- a) El colla Gutiérrez
- b) La momia negra
- c) Goldar



MUSEO DE LO INÚTIL



Inauguramos esta primera sala del Museo de lo Inútil con este obsequio que regalaba Temis Lostaló promocionando su escitalopram. Evidentemente se trataba de una campaña de shock, porque pocas veces se ha visto un objeto tan poco práctico y de tan baja estima por la estética.

¿De qué se trata?: un vaso (¿lapicero?) de cerámica que simula un vasito de plástico abollado

Nivel de utilidad: 10%. El volumen que deja libre el efecto de abolladura es escaso.

Nivel estético: 0%. ¿En qué

pensaba el creador de esto? ¿Cómo una mente puede ser capaz de pensar que hacer perdurable lo descartable es un gesto artístico? ¿Es acaso un mensaje sobre el reciclado?

Relación objeto / producto que promociona: ambivalente. Por un lado, un cuadro depresivo con delirio de ruina bien puede sentirse “un vasito de dispenser abollado” y, así, el escitalopram lo traería otra vez al lado de ser alguien (“hasta los vasitos de dispenser abollados pueden ser útiles como lapiceros”). Por otro, lo dicho: cristaliza el instante del desecho.

ESCALA DE EVALUACIÓN GLOBAL REVISADA

100-91 : el sujeto vive en un mundo irreal, donde la negación o la frivolidad le impide ver la realidad oscura que nos rodea. La característica principal es la egosintonía. Tendencia a la identificación con las palabras blanco, luz, felicidad, confianza y clubmed.

90-81: típico “ejemplo para la sociedad” de alguien que ha estado en lugares más bajos de esta escala y ha podido repuntar. Momentos de inseguridad que rápidamente son alejados con alguna compra o alteración química (endógena o exógena).

70-61: el sujeto vive en Caballito.

60-51: síntomas moderados que lo llevan a un estado de queja sociopolítica como justificación del vacío existencial que le viene esporádicamente. Tatuajes luego de los 45 años. Sigue la carrera de un cantante melódico en decadencia como si estuviera en su esplendor. Lee las colecciones que sacan los grandes diarios (Vargas Llosa, Saramago, Steele).

50-41: el sujeto vive en Floresta.

40-31: síntomas incapacitantes. El sujeto no puede distinguir entre un niño y un enano, ni entre Messi y Somoza. Toma como verdad la opinión de cualquiera que grite.

30-21: conducta fuertemente influenciada por las ideas delirantes. Confunde las fechas. Va al Jardín Botánico a ver animales.

20-11: el sujeto va de la televisión al trabajo y del trabajo a la televisión.

10-00: no hay sujeto.

FIN DE MENTALÍSIMA

Finaliza aquí con este emotivo párrafo, el suplemento MENTALÍSIMA. Queremos agradecer a todos lo que hicieron esto posible, pidiendo perdón de antemano a los que olvidaremos mencionar.

Gracias :

Primera célula eucariota, por poner esa membrana protegiendo el ADN

Hombre de Neanderthal, que en apogeo de la cuarta glaciación inauguraste el arte sin ninguna beca

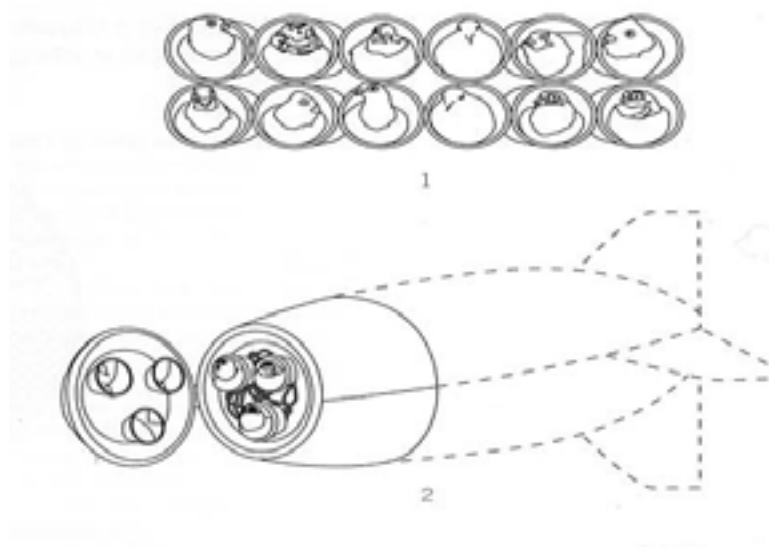
Mugroso Sir Alexander Fleming, por tu perspicacia para pensar antes que ordenar.

Paloma-torpedo de Skinner, por la magia

Milgram, porque BZZZZ fuiste BZZZZ un genio BZZZZ

Dentista que usaste la Clorpromazina en una paciente psicótica con caries.

Y especialmente a ustedes lectores compuestos por millones de átomos con un gigantesco vacío entre partículas subatómicas, que tienen la delicadeza de ser como son.



La distancia entre el libro y la realidad

Hoy: Julio Moscón

Médico, psicoanalista, jefe de guardia en Hospital Alvear

1. ¿Cómo notás que influye (si es que influye) en la clínica de la urgencia el trabajo con un equipo multidisciplinario?

JM: La influencia del “equipo multidisciplinario” puede ser de cualquier signo.

Es positiva, en la medida en que ese “multi” del equipo, responde a un “multi” que es propio de las urgencias psi, y que reiteradamente, no puede ser abarcado por una sola disciplina.

La “multidisciplina” habla de la multiplicación de limitaciones y de la conmoción, que lo traumático de las urgencias psi, provoca en las instituciones.

El “equipo” es un dispositivo, lo que significa que está dispuesto, en potencial, (mejor sería decir: cada una de sus “disciplinas”) a intervenir de acuerdo a lo que exija la particularidad del caso. Es decir, que en función de la escucha del sujeto en la situación de urgencia, se pondrán

en juego o no, p.ej., la medicación, el trabajo social, el recurso legal y/o la atención médica clínica.

Entonces, la influencia es positiva cuando se ajusta a la lectura del caso, que se construye de este modo, y responde ayudando a su resolución.

En cambio, cuando funciona como bajada de línea, aplicándose de una manera burocrática, más que todo para cumplir con disposiciones preestablecidas, sin subordinarse a la atención del caso en sí, vemos que se convierte en parte de una maquinaria que obstaculiza, dependiente de intereses ajenos al texto del sujeto que está pidiendo ayuda.

2. ¿Cómo enfrentan los casos de pacientes que ingresan al hospital si detectan una situación de clínica médica detrás de la sintomatología psi? ¿tienen establecido una vía de colaboración con algún hospital polivalente? Si es así: ¿es una red que se construye

desde la práctica o está institucionalizada de una forma más rígida?

JM: Uno de los integrantes del equipo, el médico clínico, es justamente con quien, cada tanto, tenemos ocasión de pensar dicho diagnóstico diferencial.

Cuando la situación se presenta, en mi experiencia, la colaboración de un hospital polivalente predeterminado, no está establecida de un modo rígido o protocolar.

Más bien, la red se hace en la práctica, siendo los hospitales generales más cercanos al Alvear (Tornú y Pirovano, en nuestro caso) con los que más regularmente trabajamos.

3) A lo largo de tu experiencia, ¿hubo cambios en el tipo de síntomas que llegan a la guardia? ¿Qué tipos de síntomas crecieron y cuales fueron menguando?

JM: Podría decir, que en la atención de guardia, los síntomas que crecieron son los que la psiquiatría suele reunir con la connotación de “peligrosidad para sí y terceros”, o también, con la expresión “riesgo cierto e inminente”.

O sea, han crecido las manifestaciones y actos de violencia, asociados a personas (y con gran frecuencia, adolescentes) “en situación de calle”, “antisociales”, “con abuso de sustancias”, los que en el DSMIV son denominados “trastornos límites”, “del control de los impulsos”, “con uso indebido de drogas”, etc.

En cuanto a los síntomas psicóticos “clásicos”, o bien es que resultan ser

menos frecuentes, o bien ocurre que se presentan asociados a los síntomas antes mencionados, los que predominan y llaman más la atención por su desborde en acción.

Pero más importante, es señalar que estos “trastornos de la personalidad”, con sus “peligrosidades”, en verdad, a quienes más trastornan, es a nosotros mismos.

Y hay que decir que este “trastorno” también ha crecido.

Me refiero especialmente a los psiquiatras, los psicólogos y los psicoanalistas que los atienden, no sin consecuencias.

Ocurre que esto no siempre se admite, por lo que, en contrapartida, vemos avanzar un modo de actuar reactivo, que no es ni más ni menos, que el ejercicio de un poder, para defenderse de estos pacientes, para rechazarlos y decir rápidamente que no son tratables; que en realidad, no son pacientes, por lo que hay que “derivarlos”; lo que, muchas veces, quiere decir dejarlos a la deriva...

Por nuestra parte, pensamos que hay que reconocer que estamos ante un real traumático, que nos exige de esta forma, y que perfora nuestro saber, desafiando la eficacia de la escucha y de las respuestas que vamos dando.

Si cualquier saber establecido, aún el psicoanalítico, (¿por qué el psicoanálisis estaría exento?) se convierte en un saber de amo, standard o burocrático, toda vez que se desconecta de lo real de la clínica en la que se forja, entonces se trata de replantearnos la escucha y la lectura de estos casos límite, en el intento de estar más a la altura de sus demandas.

Y para eso, lo primero es aceptar la falla que deja abierta en nosotros cuando los abordamos.

Pensamos que es desde este lugar agujereado, desde el lugar de la falta, que hay que responder, de donde surja una maniobra, que haga subjetivar la urgencia, siguiendo a la letra el texto de la situación, en vez de reaccionar desde el lugar del amo, lo cual, al contrario, no hace sino rearmar las paredes que reproducen las urgencias.

4) **¿Qué lecturas podrías recomendar a profesionales que realizan parte de su práctica en la atención a personas con urgencias psiquiátricas?**

JM: En función de lo dicho, recomendaría un texto de Lacan, basado en una intervención que hizo en una mesa redonda, realizada en el Colegio de Medicina, en La Salpetriere (1966). Se trata de **“Psicoanálisis y Medicina”**. (“Intervenciones y Textos 1”, pág.86)

Entiendo que apunta, entre otras cosas, al agujero en el saber médico, en relación con el cual, habría surgido el psicoanalista, como relevo del médico en ese punto.

También, me pareció siempre muy apropiada para pensar la clínica de las urgencias, **la clase 10 del Seminario 10, “La angustia”**, donde Lacan hace referencia al trabajo de una analista inglesa, Margaret Little, y teoriza acerca de una intervención, que dio lugar a la contención y puesta de límite de un acting out, y posibilitó encuadrar la transferencia y relanzar el análisis.

5) **Por último, una disquisición ajena pero no tanto. El Dr Juan Tenconi, simpatizante de Racing como vos, ha comentado en más de una oportunidad que ser hincha de la academia garantiza la inscripción del significante del nombre del Padre. Fue mas lejos al asegurar que “si se es de Racing, la psicosis no es una alternativa de estructura” (citado de memoria). ¿Coincidís?**

JM: ¡Cómo entiendo al colega académico!

Es que para ser de Racing, conviene tener fe en otra cosa; por ejemplo, creer que serlo, es garantía de algo positivo. Ayuda a sublimar las frustraciones.

Por mi parte, creo en lo más obvio: que lo garantizado es el sufrimiento.

Cada torneo, cada partido, siempre; el sufrimiento eterno...

Pero además, nos asegura otro goce muy apreciable, el de la nostalgia de glorias pasadas, y también, la devoción fervorosa por algunas figuras providenciales, como Mostaza Merlo, destinadas a su vez, a futuras nostalgias, como la del “Equipo de José” y la Copa intercontinental del '67, con el gol de Cárdenas, incluido.

Noto que surgen algunos nombres del padre...

Por ahí, entonces, a pesar de todo, puede que no sea una pasión inútil.///



Listas: Economía

Top 10 de los productos farmacéuticos que más facturaron a nivel mundial en el año 2012

Según la Consultora IMS Health (inteligencia aplicada, según reza su lema), estos son los fármacos que más facturaron (es decir, que más plata recaudaron) en todo el mundo durante el 2012. Veamos en qué lugar se ubican los psicofármacos más vendidos y reflexionemos para qué trastornos se los utiliza.

- 1) Seretide (fluticasona + Salmeterol)
- 2) Humira (adalimumab)
- 3) Crestor (rosuvastatina)
- 4) Nexium (esomeprazole)
- 5) Enbrel (etanercept)
- 6) Remicade (infliximab)
- 7) Abilify (aripiprazol)
- 8) Lantus (insulina)
- 9) Mabthera (rituximab)
- 10) Cymbalta (duloxetina)



10 preguntas sobre TRICOTILOMANÍA

por Silvia Khaski

Médica dermatóloga a cargo del sector de psicodermatología del Hospital Pirovano. Miembro del capítulo de Interconsulta y medicina de enlace de APSA

1. ¿CÓMO SE DEFINE?

Es un desorden psiquiátrico primario con manifestación dermatológica. Se caracteriza por el arrancamiento por tiramiento repetido del pelo, que deja como resultado una pérdida del mismo.

En 1889 Hallopeau, dermatólogo francés, reportó un caso de depilación del cuero cabelludo auto-provocado y acuñó el término tricotilomanía.

Los criterios diagnósticos psicológicos y psiquiátricos están delineados en el DSM V, donde se la ubica dentro de los Trastornos Obsesivos Compulsivos y Trastornos relacionados, como el trastorno de arrancarse el pelo (hair-pulling disorder).

La tricotilomanía, al igual que las excoriaciones de la piel, o skin picking, están caracterizadas por ser conductas recurrentes y repetitivas centralizadas en el cuerpo.

2. ¿CUÁL ES SU INCIDENCIA?

Los índices de prevalencia son entre un 0,5% y un 3,5 % de la población ge-

neral.

La tricotilomanía puede ocurrir a cualquier edad. Se observa en niños entre 3 y 5 años, también en la pubertad y adolescencia, con una edad promedio de comienzo entre los 10 y los 13 años. En los adultos puede ser un trastorno crónico.

Es más frecuente en mujeres, adultas jóvenes, pero en los niños se observa en ambos sexos por igual.

3. ¿DÓNDE Y CÓMO SE OBSERVA?

Las áreas del cuerpo comprometidas más frecuentemente son las regiones fronto- parietales, la región de la coronilla y occipital del cuero cabelludo, le siguen las cejas, pestañas, pelos de los brazos, piernas y vellos púbicos, bigotes y cualquier otra zona pilosa del cuerpo.

Se suelen observar áreas del cuero cabelludo con pérdida del pelo (áreas alopécicas), con pelos cortados a distintos niveles o con disminución de la densidad del pelo. En dichas áreas no se sue-

len observar cicatrices.

Cuando el arrancado de pelo involucra a las pestañas, la pérdida del pelo puede ser total.

Finalmente, puede ocurrir que los pacientes se arranquen el pelo de una o más regiones simultáneamente

4. ¿CÓMO ES LA CONDUCTA DE ARRANCARSE EL PELO ?

En niños menores de 5 años puede ser un hábito similar al de chuparse el dedo y en general puede ser autorresolutivo.

En los preadolescentes y adultos jóvenes puede darse por distintos estados emocionales relacionados con conflictos personales, interpersonales, familiares, sociales, laborales, etc.

En los adultos se lo debería considerar como un trastorno crónico, habitualmente asociado a alguna patología psiquiátrica subyacente.

La conducta de arrancarse el pelo puede ser automática, sin darse cuenta del acto en sí y solamente percibirlo al encontrarse con el cúmulo de pelos arrancados. Otras veces puede tratarse de una conducta focalizada en el acto de arrancarse el pelo, acompañada de una sensación de tensión urgente que busca una descarga y un alivio o placer luego de arrancarse el pelo. Dicha conducta puede llevarse a cabo durante actividades sedentarias tales como mirar la televisión, leer, estar con la computadora, etc. En lo referente al arrancado del cabello, estas personas tienden al aislamiento: difícilmente se arranquen el pelo en presencia de otros.

También pueden convertirse en verdaderos rituales, dado que las personas se preparan y buscan el lugar apropiado y el horario para llevar a cabo su objetivo.

Este trastorno puede producir sentimientos de mortificación y vergüenza en las personas y acentuar el aislamiento.

Es importante resaltar que los pacientes hacen el intento repetido de dejar de arrancarse o de disminuir la frecuencia de sus actos.

5. ¿QUÉ COMPLICACIONES PUEDE PRESENTAR LA TRICOTILOMANÍA?

Algunas personas, además de tirojarse y arrancarse el pelo, pueden lamerlo y comerlo, lo que puede dar lugar a la producción de un tricobezoar (bola de pelo), que puede producir una obstrucción gastrointestinal e incluso llegar a la perforación intestinal.

También pueden presentarse blefaritis o síndrome del túnel carpiano, como consecuencia de la tracción repetida.

6. ¿COMORBILIDADES?

Las comorbilidades asociadas son: onicofagia, excoriaciones de la piel (skin picking) y queilitis autoprovocadas.

Por otra parte, se puede asociar a otros desórdenes mentales, tales como la depresión mayor.

7. ¿CÓMO SE PRESENTAN LOS PACIENTES EN LAS CONSULTAS?

Inicialmente los pacientes pueden

consultar al dermatólogo y menos frecuentemente al psiquiatra.

Un número importante de estos pacientes llegan a la consulta porque los trae algún familiar o la pareja, preocupados por el cuadro. Otros llegan después de lidiar años con su patología, habiendo incluso participado de foros en internet sin resultados satisfactorios.

Vemos en la clínica una amplia gama de situaciones. Algunas mujeres se presentan con peinados especiales para cubrir las zonas alopecicas; otras con la cabeza cubierta de accesorios como hebillas, pañuelos, gorros para disimular la falta de pelo; en las adolescentes se pueden ver con cortes de pelo creados para ocultar la alopecia.

En estas personas pudimos observar desde aburrimiento y estados de ansiedad, especialmente en los adolescentes, hasta trastornos de la personalidad, también con historia de abuso sexual en la infancia (diagnosticados por los psiquiatras).

Cuando el arrancamiento es de las pestañas, por ejemplo, aparece el dolor. También escuchamos relatos del empeoramiento del cuadro ante cambios hormonales, menstruación, perimenopausia, etc.

8. ¿Y LOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES?

Debemos diferenciar este trastorno de otras alopecias de origen autoinmune y desencadenadas por el estrés, como la alopecia areata, alopecias por colagenopatías, foliculitis decalvante y las pro-

ducidas por otros desórdenes mentales como alucinaciones o delirios.

9. ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO?

En primer lugar tener en cuenta la edad y situación personal de cada paciente.

En la bibliografía sobre el tema encontramos que dentro de las intervenciones no farmacológicas, están las psicoterapias, siendo la más aconsejada la terapia cognitivo-conductual. Se recomienda también el entrenamiento en la inversión de hábitos.

Con respecto a los psicofármacos, los fármacos indicados son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, especialmente la fluoxetina, pero también se recomienda los antidepresivos tricíclicos, como la clomipramina.

En caso de prurito en la zona alopecica se indican los corticoides tópicos.

La mayoría de los dermatólogos preferimos que los antidepresivos los manejen los psiquiatras o, si tenemos que indicarlos, que sea supervisado por el especialista en psiquiatría.

10. ¿Y LA DERIVACIÓN AL

PSI?

En ocasiones, los pacientes se resisten a consultar a los profesionales de Salud Mental. En estos casos somos nosotros, los médicos dermatólogos, los que podemos hacer la interconsulta “sin” el paciente y “para” el paciente, con el equipo de interconsulta de salud mental.

En otros casos, después de establecer una relación médico-paciente de confianza mutua, lograremos que el paciente acepte la derivación y trabajar en equipo con los profesionales de Salud Mental.

Tal vez sea necesario resaltar que estos pacientes suelen “ir y venir” dentro sus tratamientos tanto con el dermatólogo como con los profesionales de salud mental.

CONCLUSIONES

Debemos tener en cuenta que la tricotilomanía es una de las patologías de frontera entre la dermatología y la psiquiatría. Y, como toda zona de frontera, es problemática. Desde nuestra práctica dermatológica, comprobamos que lo mejor es colaborar (del latín, *collaborare*: trabajar juntos) entre ambas disciplinas para lograr la mejoría del paciente. ¿Por qué? Porque observamos que a los pacientes les resulta más fácil con-

sultar con el psi cuando saben que estamos conectados con él o ella, y que no dejaremos de ser su médico, sino que incorporamos al psiquiatra y al psicólogo, es decir, que el trabajo será en conjunto.

Por lo tanto, enfatizamos la necesidad de trabajar juntos: dermatólogos, psiquiatras y psicólogos.

Bibliografía utilizada:

- 1- Sah DE, KooJ, Price VH. Trichotillomanía. *Dermatol Ther* 2008;21:13-21.
- 2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Arlington V.A, American Psychiatric Association, 2013.
- 3-HautmannG, HercogovaJ, LiottiT. Trichotillomanía. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46:807-826.



Sociales

Esperando por el Congreso de APSA 2014

El próximo congreso de APSA (23 al 26 de abril de 2014) trae consigo la novedad del cambio de sede. Ya no pisaremos los inmensos salones Vélez Sarsfield, aclimatados a temperaturas esquimales como la caja torácica de los jugadores e hinchas del club homónimo. Tampoco al amable trío de Alberdi / Tejedor / González, y decimos “hasta la vista” a los ascensores transparentes y la wifi más cara del mundo.

El 2014 nos encontrará en el viejo-nuevo NH Gran Hotel Provincial, en cuyos pasillos bien podría haberse filmado una versión local de El Resplandor con Ricardo Darín reemplazando a Jack

Nicholson (sin lograrlo).

Podemos predecir cientos de fotos con los Lobos Marinos en los perfiles de facebook de profesionales psi. Adivinamos a ese invitado que después de dar una charla sobre la base genética de las enfermedades mentales, se va a jugar una ficha al casino siguiendo una corazonada. Vemos a ese grupo de post-lombrosianos, cruzarse a la vereda del Hermitage para medir las manos de las estrellas en el cemento y sacar conclusiones determinantes. Todo esto y mucho más puede pasar bajo el lema “Psiquiatría y compromiso social: hacia una concepción antropológica del sujeto” que esperemos nos sorprenda con nuevos predicados.

ACTIVIDADES RECOMENDADAS :

1. **Un triángulo de las Bermudas en la interconsulta con salud mental en el hospital público** : mesa redonda sobre la experiencia de la interconsulta dentro de las residencias de hospitales públicos de la CABA.

2. **Pacientes psiquiátricos graves en el hospital general. Internación y consultorios externos. Parte II**: segunda parte del curso dictado el año pasado con gran repercusión de público e ideas.

3. **Encerrados afuera: la lógica manicomial más allá de lo asilar** . Mesa redonda

sobre los límites de las paredes manicomiales en la sociedad del espectáculo (lectores de Debord, bienvenidos)

4. **La transformación del deseo de una madre y del apego de su hijo a partir de la intervención clínica multidisciplinaria.** Mesa redonda organizada conjuntamente por el servicio de pediatría del Htal Alemán, y los capítulos de intersubjetividad y apego e interconsulta y medicina de enlace.

5. **Manifestaciones corporales del padecimiento psiquiátrico.** Mesa redonda en torno a las repercusiones psíquicas de la cirugía bariátrica, trastornos de alimentación y embarazo.

Sociales

I Encuentro de Dermatología, psicodermatología, interconsulta y medicina de enlace

¿Cómo surge?: a partir de la Asociación Argentina de Dermatología y el Servicio de Dermatología del Hospital Pirovano, surge la idea de realizar el encuentro citado en el título. El capítulo de Interconsulta y Medicina de Enlace recordando los viejos tiempos compartidos en el ectodermo, se suma al evento.

Contenidos: durante toda la jornada se reflexiona sobre el estado actual de la relación médico paciente, la fragmentación de la clínica, la lógica del mercado atravesando a profesionales y pacientes y el cambio en la demanda a partir de los contenidos de la web. Se presentan viñetas clínicas que se entrelazan entre disciplinas en un diálogo nutritivo y amable.

Auditorio: varias docenas de personas distribuidas en la sala. Tendencia de los psiquiatras y psicólogos a ocupar las

sillas del lado izquierdo y los dermatólogos el derecho. El break de medialunas y cafés interrumpe esta disposición generándose un intercambio espacial que si bien no llegó a un crossover, resultó interesante.

Amplitud de discursos: a lo largo de las ponencias se nombró desde Merleau Ponty hasta la ciboulette, con todo lo que queda en el medio.

Moda: elegante sport, animal print moderado y tonos de media estación.

Rasgos de personalidad: algunos dermatólogos hicieron powers con fotos de lesiones; algunos psiquiatras, con fondo azul y letras amarillas.

Nombre coloquial del encuentro: Encuentro de los hijos del Ectodermo.

¿Se va a repetir?: sí, estén atentos al segundo semestre del 2014.



Cierre

Llegamos al final del primer número de ATLAS. Es hora de enrollar los mapas y volver a situarnos en el océano de la realidad. Esperemos que hayan aparecido algunas estrellas más en el firmamento que den cuenta de alguna orientación.

Si esto fuese un capítulo de He Man and the Masters of The Universe, aparecería Orco diciendo “¿Qué hemos aprendido hoy?”.

Pero no es un capítulo de He Man. Intentamos generar un espacio de pensamiento y para eso es que abrimos el mail (anoten) maildeatlas@gmail.com donde pueden mandar sus pareceres, que serán publicados en el segundo número.



AUTOWAHN

editora

Próximos lanzamientos

Colección LSM

Las extensiones patológicas del amor (Fabrissin, Rebok, Zurita)

Las 30 investigaciones neurocientíficas más extrañas, sorprendentes y bizarras (La Salud Mental)

Yo quiero tener un millón de amigos: las redes sociales están en el cerebro (Fabrissin, Zurita)

Colección Pulpa

Hombre Lobo en Chascomús (César Bremen)

Eritrocitos (Viktor Estrada)

En Venta



De Aquí A La Paternidad registra semana a semana los cambios físicos, emocionales y sociales de quien aportó la mitad del material genético y la naturaleza relega a la función de salir a cazar y traer comida al hogar (cosa que en los tiempos modernos se soluciona con una visita al supermercado).

venta directa

www.utowahn.com