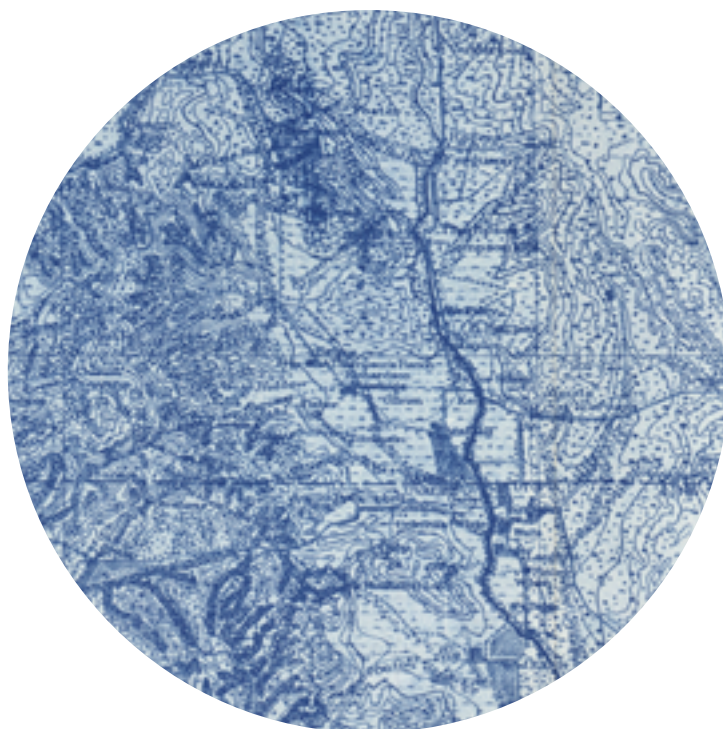


año 1 número 2 / junio 2014

ATLAS

2

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



ISSN 2362-2822

AUTOWAHN
editora

Editorial

Ante sus ojos, el número dos de ATLAS. Van a notar que nos vamos acomodando al formato y al contenido. La gran diferencia en cuanto al formato es que preferimos hacerlo todo en una sola columna para mejorar la lectura, y como consecuencia de escuchar a un lector amable que nos dijo “en el ipad, si ya bajé, no quiero volver a subir”. Así que, a partir de ahora, ATLAS se puede leer desde la primera hasta la última página en un frenesí unidireccional.

Dentro del contenido, continuamos con una serie de notas que obedecen a la coyuntura actual de la Salud Mental. En esta ocasión, traducimos con permiso de sus autores el editorial que publicó recientemente Thomas Insel en el American Journal of Psychiatry, desarrollando sus argumentos detrás del proyecto RDoC (Research Domain Criteria, Criterios de Dominio para la Investigación) y una columna de Nassir Ghaemi que polemiza, acaso sin saberlo, con el artículo de Germán Berrios publicado en el número uno de ATLAS.

No nos cansamos de decir que estamos orgullosos de poder traer a nuestro medio las discusiones que se dan en el mundo, en particular las de índole psicopatológica, como una forma de discutir “mano a mano” estas cuestiones que terminan influenciando en el desarro-

llo de nuestra práctica.

En otra de las dimensiones que pretendemos de ATLAS, publicamos un trabajo sobre Porfirias, producido a partir de un caso en un hospital de nuestra ciudad.

Por último, las dos dimensiones que forman el pilar de la revista, la crítica y el humor, regresan con una nueva edición del suplemento MENTALÍSIMA y con un repaso por un puñado de papers que dan cuenta de un nuevo tratamiento para la depresión.

No era lo último, les mentimos. Además de todo lo mencionado, hay un comentario sobre una review de casos clínicos de licantropía, una nota interesante sobre cómo mejorar la relación medico paciente, y mucho más.

Ahora, sí. Fin del editorial. Comienzo de ATLAS *itself*.



Sumario

Editorial	2
Caleidoscopio de ideas.....	5
Psicopatología: ¿con qué objetivo? (Nassir Ghaemi).....	6
Listas: 10 slogans de laboratorios	11
El proyecto RDoC. Medicina de precisión para la psiquiatría (Thomas Insel).....	12
Mentalísima.....	20
Hola mi nombre es... Javier Rodriguez Recio.....	31
Listas: Marcas comerciales de máquinas para Terapia Electro Convulsiva	33
Aullidos (Marcos Zurita)	34
Listas: 15 fármacos cuyos nombres comerciales subestiman al paciente y a la farmacología.....	40
Porfirias y sus manifestaciones psiquiátricas (Viviana Peskin et al)	41
Listas: Precios de una caja de escitalopram de 20 mg conteniendo 30 comprimidos, ordenados de mayor a menor.....	47
Un nuevo tratamiento para la Depresión (Esto no es Mentalísima) (Javier Fabrissin)	48
Cierre	52

ATLAS Año 1 N° 2 . Junio2014. 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

Caleidoscopio de ideas

En el número de Enero del 2014 de la revista (lo que habitualmente se suele llamar Journal) *Acta Psychiatrica Scandinavica*, el doctor Nassir Ghaemi, un profeta en nuestras tierras, publicó un comentario titulado: “Psicopatología: ¿con qué objetivo?”. En dicho texto, el autor discute aspectos vinculados con la psicopatología, claro está, en última instancia con la nosología/nosografía psiquiátrica y que “dialoga” con el artículo de Germán Berrios publicado en el número anterior de ATLAS.

Por su parte, en el número de Abril del 2014 de la revista *American Journal of Psychiatry* (al que los psiquiatras norteamericanos denominan: *the Journal*), el doctor Thomas R. Insel, Director del Instituto Nacional de Salud Mental (de los EEUU), publicó un comentario titulado: “El proyecto Criterios de Dominio para la investigación del Instituto Nacional de Salud Mental de los EEUU: Medicina de precisión para la psiquiatría”. Otro artículo que también se puede articular tanto con el de Berrios como con el de Ghaemi y que giran en torno al debate actual del cual la nueva edición del DSM sólo fue el emergente de un problema que la psiquiatría no resuelve desde sus propios orígenes y que, según se puede deducir al leer los artículos, seguirá sin resolverse.

Finalmente, al igual que lo ocurrido con Berrios, Insel y Ghaemi fueron contactados por los editores de ATLAS, solicitando autorización para traducir sus comentarios y publicarlos en la revista. En menos de medio día, ambos respondieron favorablemente a nuestros pedidos, lo cual agradecemos sorprendidamente por la buena predisposición de estos eminentes profesionales del mundo psiquiátrico mundial.

Psicopatología: ¿con qué objetivo?

Nassir Ghaemi

Profesor de psiquiría y psicofarmacología en el Tufts Medical Center en Boston, donde dirige el programa de trastornos del ánimo.

Artículo originalmente publicado en: Acta Psychiatr Scand 2014; 129: 78–79. Traducción al español con permiso del autor.

Las fallas en el “Manual Diagnóstico y Estadístico” (DSM) de la Asociación de Psiquiatría Americana deberían ser un llamado de atención para la psiquiatría europea, a los efectos de que pueda volver a, y recupere, su tradición psicopatológica (1). Pero la pregunta que aún persiste es: ¿con qué objetivo?

La mayoría de las críticas al nuevo DSM-5 se pueden englobar en dos grandes grupos. Uno de ellos critica al DSM porque éste pretende categorizar los síntomas psiquiátricos como si fueran síntomas médicamente y científicamente válidos, cuando se tratan, antes bien, de constructos sociales. Llamemos a esta postura, la perspectiva post-modernista. Este grupo pone en duda la validez científica y biológica de diagnósticos tales como la enfermedad maníaco-depresiva e, incluso, la esquizofrenia.

Otro grupo critica al DSM porque explícitamente establece sus categorías en base a fundamentos no científicos (llamados “pragmáticos”) (2, 3). Así, las definiciones diagnósticas se sustentan en el criterio de los líderes del DSM acerca de si tal diagnóstico sería útil o no para la profesión, para el pago de reembolso por parte de las compañías de seguro, para ser empleado en el ámbito jurídico o para alentar o desalentar el uso

de ciertos fármacos. Estos criterios “pragmáticos” aventajan a nuestra mejor evidencia científica, apelando, en algunos casos, a establecer definiciones que favorezcan el uso de medicación, o que sean más apropiadas para el ámbito judicial, o que sirvan a los efectos de su reembolso.

No es de sorprender el hecho de que la naturaleza no siga los deseos pragmáticos de los líderes de la Asociación de Psiquiatría Americana, y que los estudios genéticos/biológicos/farmacológicos a menudo fallan cuando se usan las definiciones del DSM.

Este no es un problema menor: debido a su “pragmatismo”, el sistema diagnóstico propuesto por el DSM sistemáticamente condena, y ha condenado, a la investigación científica en psiquiatría a lo largo de dos generaciones.



Por lo tanto, la segunda crítica es la opuesta a la primera: el DSM es un problema no porque sea “muy médico” sino porque no es suficientemente médico; no está basado en la ciencia y, por consiguiente, impide el progreso científico. Llamemos a esta segunda crítica como la perspectiva médica. Uno presume aquí que la medicina debería basarse en criterios científicos, lo que significa que las enfermedades sean identificables tanto cuando están presentes como cuando no están presentes. Nótese que la palabra “médica” no es equivalente a “reduccionismo biológico”, como habitualmente se presume,

ya que cuando las enfermedades no están presentes, entonces una aproximación biológica no está basada en una medicina científica (4).

Yo creo que la psicopatología importa porque nos permitirá identificar con mayor precisión los cuadros clínicos (lo que solía ser llamado por Kraepelin y otros como Zustands-bilden) (5). Entonces, estos cuadros clínicos podrán ser estudiados científicamente y podríamos determinar, según Kraepelin enseñó (y Jaspers lo siguió en esta estructura general), que dichos cuadros pueden ser, a menudo, enfermedades biológicas (Krankheiten, tales como los estados psicóticos y maníaco-depresivos causados por la neurosífilis); o, a veces, probables enfermedades con subtipos y causas exactas indefinidas (Krankheitsprozessen, tales como demencia, esquizofrenia y enfermedad maníaco-depresiva); o como rasgos extremos de la personalidad (según Kretschmer lo describió (6)); y, a veces, ninguna de las opciones recién mencionadas, sino reacciones comprensibles a estresores o problemas vitales (como Jaspers y Viktor Frankl, entre otros, lo describieron) (4).

En otras palabras, la psicopatología precede a la nosología. Necesitamos descripciones cuidadosas de los síntomas y de las experiencias antes de que podamos saber si existen algunos diagnósticos y cuáles. Esta es la crítica médica al DSM y la justificación científica para la psicopatología.

La perspectiva específica de algunos colegas, como Berrios, parece relacionarse más con la tradición de la crítica post-modernista. Ellos se centran en la construcción social de los diagnósticos psiquiátricos, enfatizan las sutilezas históricas y concluyen que, entonces, casi todas las definiciones psiquiátricas son irremediabilmente relativas a los condicionamientos históricos, sociales y culturales (7). Esta aproximación, que no es inconsistente con algunos puntos de vista biológicamente orientados (por ejemplo, el de los Criterios de Dominio para

la Investigación del Instituto Nacional de Salud Mental, de los EEUU) (8), presenta una gran falla. Presume que los síntomas reflejan la biología. Pero esta asunción es refutada por la propia historia de la psiquiatría, a la que se proclama como muy importante. Hemos blanqueado la historia de los mayores éxitos biológico-científicos de la psiquiatría. La Parálisis General fue un síndrome que resultó tener una única causa biológica: la sífilis, pero que producía una amplia variedad de síntomas maníacos, depresivos, psicóticos y cognitivos.



La psicopatología importa. Pero deberíamos ser cautelosos para no infundir nuestra psicopatología con asunciones post-modernistas que nos conduzcan a ignorar las realidades científicas. Si practicamos la psicopatología de un modo científico, encontraremos que algunos cuadros clínicos son procesos patológicos, que resultarán ser enfermedades biológicas específicas, no constructos sociales. Y encontraremos que algunos cuadros clínicos son constructos sociales que reflejan extremos de la personalidad o problemas sociales o dilemas vitales existenciales. Pienso que la manera global del pensamiento de Karl Jaspers, si no cada detalle de sus opiniones circa el año 1913, apoya esta manera de pensar, de la misma forma que lo hacen las opiniones de Kraepelin y las de muchos otros grandes mentores de la tradición europea de la nosología y la psicopatología, que, a su vez, pueden haber disentido, en su propia época, en otros temas (como Kretschmer, Frankl e incluso Freud).

10 eslogans de laboratorios

Trabajamos para sumar años a la vida y vida a los años.

Conciencia por la vida.

Desde 1934 aportando valor al futuro.

Vida con salud.

Hacer más, sentirse mejor, vivir mas tiempo.

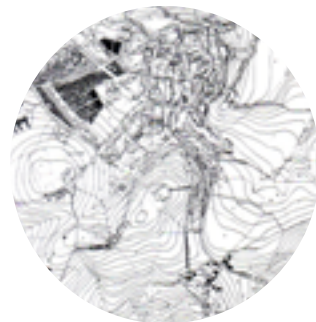
Creamos una diferencia en la vida de las personas.

Al servicio de la salud.

Progress in mind.

Al cuidado de la vida.

Respuestas que importan.



El proyecto Criterios de Dominio para la investigación del Instituto Nacional de Salud Mental de los EEUU: Medicina de precisión para la psiquiatría

Thomas Insel

Director del National Institute of Mental Health (NIMH)

Artículo originalmente publicado en: Am J Psychiatry 171: 4, April 2014. Traducido con permiso del autor.

“Cuán pequeña, de todos los corazones humanos que toleran, aquella parte que las leyes o los reyes pueden causar o curar”. Samuel Johnson.

Más allá del pesimismo de Johnson, a lo largo de las últimas cinco décadas, los científicos biomédicos han efectuado extraordinarios progresos, descubriendo causas y hallando curas para enfermedades infecciosas y no infecciosas. Un aspecto de este progreso, que puede ser menospreciado, es cómo el camino hacia una mejor terapéutica a menudo requirió la realización de mejores diagnósticos. El reporte del Consejo de Investigación Nacional (1) acerca de la medicina de precisión resaltó la necesidad imperiosa de deconstruir los grupos diagnósticos actuales con biomarcadores para predecir y mejorar la respuesta al tratamiento. Como ejemplo, un nuevo fármaco para la fibrosis quística es altamente efectiva, pero

sólo para el 4% de los pacientes, aquellos con una única mutación de las más de 1500 que se detectaron en el gen CFTR, pasible de provocar dicha patología (2).

¿Cómo sería la medicina de precisión en la psiquiatría? ¿Podría ser más precisa nuestra aproximación al diagnóstico y servir como una guía para descubrir los mecanismos del enfermar o como un predictor de la respuesta al tratamiento? Los sistemas diagnósticos actuales, CIE y DSM, fueron desarrollados para ofrecer un lenguaje común, basado en signos y síntomas observables, explícitamente agnósticos en cuanto a la patofisiología o la respuesta al tratamiento. Mientras que nosotros podemos mejorar los diagnósticos psiquiátricos mediante una agrupación sintomática más precisa, un diagnóstico basado sólo en los síntomas puede no alcanzar nunca el tipo de especificidad que empezamos a esperar en el resto de la medicina. Los síntomas conductuales están multideterminados, por lo tanto, los diagnósticos basados sólo en las quejas presentes son inevitablemente heterogéneos en términos patofisiológicos. Los síntomas de ansiedad, por ejemplo, pueden representar una patología endócrina, un proceso psicótico, un efecto colateral de un fármaco o uno de los actualmente reconocidos trastornos de ansiedad. Además de la heterogeneidad, cuando los diagnósticos están limitados a los síntomas, los tratamientos pueden quedar circunscriptos a un alivio sintomático, impidiendo intervenciones preventivas o curativas.



¿Por qué no usamos biomarcadores para mejorar la precisión de los diagnósticos psiquiátricos? Por el momento, no disponemos en psiquiatría de biomarcadores rigurosamente testeados,

reproducibles y clínicamente práctico para ningún trastorno psiquiátrico. Los hallazgos genéticos son asociaciones estadísticas de riesgo, no diagnóstico de enfermedad; los hallazgos de las neuroimágenes informan variaciones promedio en grupos, no diferencias individuales; y los hallazgos metabólicos no son específicos. Podemos mejorar la resolución de cualquiera de estas modalidades, pero es posible que nunca tengamos un biomarcador para un diagnóstico basado en los síntomas ya que estas categorías diagnósticas nunca fueron designadas por su validez biológica (3).

El Instituto Nacional de Salud Mental [de los EEUU] (NIMH, National Institute of Mental Health) lanzó el proyecto Criterios de dominio para la investigación (RDoC, Research Domain Criteria project; www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml), para dar cuenta de la necesidad de un nuevo abordaje para la clasificación de los trastornos mentales, un abordaje que comenzaría con, pero no estaría limitado a, los síntomas. El proyecto fue descrito en el Journal [American Journal of Psychiatry] en 2010 (4), pero sigue habiendo una continua confusión sobre sus intenciones. El objetivo final de los Criterios de Dominio para la Investigación (CDIs) es el traslado del concepto de medicina de precisión a la psiquiatría, un sistema diagnóstico basado en una comprensión más profunda de las bases psicosociales y biológicas de un grupo de trastornos que se encuentran entre los inapelablemente más incapacitantes trastornos de la medicina (5).



En este punto, sin embargo, los CDIs no son un sistema diagnóstico, son meramente un marco de trabajo para la or-

ganización de la investigación. Comienza con el humilde reconocimiento de que no sabemos suficiente para desarrollar un abordaje de medicina de precisión en el campo de los trastornos psiquiátricos. Necesitamos una década de trabajo científico intenso –que incluya desde factores moleculares a determinantes sociales- para entender las conductas normales y anormales, basado en un conocimiento más profundo de los mecanismos involucrados. Aunque este trabajo no puede estar limitado a las clasificaciones actuales, que se basan en el síntoma, los sistemas diagnósticos actuales pueden ser un punto de partida importante. Es decir, los estudios pueden deconstruir cualquiera de las actuales categorías o pueden identificar rasgos centrales (por ej.: déficit en la memoria de trabajo o anhedonia) que atraviesan varias de las categorías actuales. Más importante, este marco necesita la integración de varios niveles diferentes de datos para desarrollar un nuevo abordaje para la clasificación basado en la patofisiología y ligado más precisamente con las intervenciones adecuadas para un individuo dado.



¿Cómo los CDIs permitirán desarrollar este marco de trabajo? El NIMH ha comenzado con cinco dominios generales, cognitivos y motivacionales para organizar el esfuerzo. Ya estamos financiando a una diversa variedad de científicos, que se dedican a la genética, a las neuroimágenes y a las ciencias cognitivas, para comenzar a poblar una matriz que describa estos dominios a lo largo de muchos niveles de análisis. Estos dominios y niveles de análisis no son el universo entero de la psicopatología -son un punto de partida. Aún no incorporan el rol crítico del desarrollo humano, de las exposiciones

medioambientales o la evolución de la psicopatología a lo largo del tiempo. Los dominios y niveles de análisis evolucionarán a medida que las herramientas se optimicen y la base de datos clínicos se expanda.

Pero los CDIs ya están liberando a los investigadores de las rígidas limitaciones de las categorías basadas en síntomas. Por ejemplo, la Red para Fenotipos intermedios en el Trastorno Bipolar y en la Esquizofrenia (Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes, B-SNIP) estudia pacientes con diferentes trastornos psicóticos definidos por el DSM.IV. Una integración de anomalías cognitivas, de imágenes y fisiológicas demuestra dimensiones que no se correlacionan con los síntomas pero pueden ser mejores predictores de la fisiología o del pronóstico (6).



Estudios recientes de pacientes con trastornos de ansiedad, demuestran que dentro de aquellos con diagnóstico de Trastorno por estrés post-traumático pueden haber subgrupos opuestos en cuanto a la respuesta de activación, sugiriendo que dos trastornos biológicos diferentes pueden compartir el mismo diagnóstico (7). Hallazgos por imágenes pueden ser útiles para predecir la respuesta a los antidepresivos (8), y la genómica está comenzando a desentrañar la compleja heterogeneidad del Trastorno Autista (9).

¿Cómo los CDIs van a integrar la vasta cantidad de tan diversa información y traducirla en conocimiento? Como fue sugerido en el informe de la medicina de precisión (1), el NIMH albergará información en común, invitando el ingreso global

para integrar y compartir datos de una amplia gama de científicos. La Base Nacional de Datos para la investigación del Autismo (National Database for Autism Research, NDAR, ndar.nih.gov) es un buen ejemplo que se puede imitar con los demás trastornos mentales. La NDAR ya alberga datos clínicos (incluyendo respuesta al tratamiento), de imágenes, fisiológicos y genómicos de aproximadamente 70000 individuos con diagnóstico de autismo, un síndrome que puede representar un puntaje para diferentes trastornos. La extracción de datos puede comenzar a identificar los vínculos a diferentes niveles, incluyendo factores que darán lugar a categorías que pueden predecir pronóstico o respuesta al tratamiento para los pacientes individuales. La puesta en común de la información requiere una estandarización, una integración y un intercambio de datos entre la comunidad científica. En otras áreas de la medicina, la puesta en común no ha quedado limitada a los científicos, abarcando a pacientes y su familia así como a proveedores de salud, quienes han comenzado a compartir datos para acelerar el progreso de la investigación biomédica (10).



Hace cuatro décadas, Robins y Guze (11) sugirieron cinco criterios para la validación de los diagnósticos (descripción clínica, test de laboratorio, delimitación, estudios de seguimiento y datos familiares), cuyo objetivo era la especificación de un pronóstico. Estos cinco criterios no prosperaron como tales, pero los Criterios de Diagnóstico para la Investigación (Research Domain Criteria, RDC) que los continuaron (12) fueron inmensamente útiles para el desarrollo del DSM III, algo que revolucionó la psiquiatría en los años 1980. Hoy, los “omics”

están transformando el diagnóstico a lo largo de la medicina, conduciendo a grandes avances en la terapéutica (como en la fibrosis quística). La cuestión es simplemente determinar si la psiquiatría está preparada para abrazar la biología contemporánea, la ciencia cognitiva y la ciencia social para mejorar la evaluación confiable de los signos y síntomas.

Los CDIs deben ser considerados como la versión del siglo XXI de los RDC, basándose en descripciones clínicas y en la experiencia subjetiva para crear una matriz de información para los pacientes individuales, lo que conduciría, finalmente, a una medicina de precisión en la psiquiatría. Este no es un proyecto de corto plazo. Los problemas son complejos y nuestras herramientas aún primitivas. Reconocemos que ningún marco de trabajo obtendrá una “causa o cura” para que “todos los corazones humanos perduren”, pero no debemos aceptar el estado actual del arte. Los pacientes y sus familias están comprensiblemente demandando mejores resultados. Es precisamente a causa de esta urgente necesidad médica sin responder por lo que nosotros debemos embarcarnos en un nuevo abordaje diagnóstico. Los CDIs son un primer paso hacia dicho abordaje, invitando a la comunidad científica a acercar la medicina de precisión a la psiquiatría.

Referencias

1. National Research Council: Toward Precision Medicine: Building a Knowledge Network for Biomedical Research and a New Taxonomy of Disease. Washington, DC, National Academies Press, 2011
2. Harrison MJ, Murphy DM, Plant BJ: Ivacaftor in a G551D homozygote with cystic fibrosis. *N Engl J Med* 2013; 369:1280–1282
3. Kapur S, Phillips AG, Insel TR: Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Mol Psychiatry* 2012; 17:1174–1179
4. Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, Sanislow C, Wang P: Research Domain Criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 748–751
5. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJ, Vos T: Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 382:1575–1586
6. Ivleva EI, Bidesi AS, Keshavan MS, Pearlson GD, Meda SA, Dodig D, Moates AF, Lu H, Francis AN, Tandon N,

- Schretlen DJ, Sweeney JA, Clementz BA, Tamminga CA: Gray matter volume as an intermediate phenotype for psychosis: Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP). *Am J Psychiatry* 2013; 170:1285–1296
7. McTeague LM, Lang PJ: The anxiety spectrum and the reflex physiology of defense: from circumscribed fear to broad distress. *Depress Anxiety* 2012; 29:264–281
8. McGrath CL, Kelley ME, Holtzheimer PE, Dunlop BW, Craighead WE, Franco AR, Craddock RC, Mayberg HS: Toward a neuroimaging treatment selection biomarker for major depressive disorder. *JAMA Psychiatry* 2013; 70:821–829
9. Jeste SS, Geschwind DH: Disentangling the heterogeneity of autism spectrum disorder through genetic findings. *Nat Rev Neurol* (Epub ahead of print, Jan 28, 2014)
10. Kaye J, Curren L, Anderson N, Edwards K, Fullerton SM, Kanellopoulou N, Lund D, MacArthur DG, Mascalzoni D, Shepherd J, Taylor PL, Terry SF, Winter SF: From patients to partners: participant-centric initiatives in biomedical research. *Nat Rev Genet* 2012; 13:371–376
11. Robins E, Guze SB: Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970; 126:983–987
12. Spitzer RL, Endicott J, Robins E: Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35:773–782
- THOMAS R. INSEL, M.D.
From NIMH, Bethesda, Md. Address correspondence to Dr. Insel (tinsel@mail.nih.gov). Commentary accepted for publication February 2014 (doi: 10.1176/appi.ajp.2014.14020138).
Dr. Insel reports no financial relationships with commercial interests.
Am J Psychiatry 171:4, April 2014



A partir de aquí, y hasta nuevo aviso, usted estará bajo la concesión de MENTALÍSIMA, el suplemento de humor de ATLAS.


SEMIOLÓGIA DEL AVISO



Un puente
entre la neurología
y la psiquiatría

valcote[®]
divalproato de sodio

- epilepsia
- profilaxis de la migraña
- manía del trastorno bipolar

 **Abbott**
A Promise for Life

m 
mentalísima

SEMIOLOGÍA DEL AVISO

Ante la difícil tarea de graficar “el puente entre la psiquiatría y la neurología”, el genio del Departamento de Marketing de Abbott recurrió a la mejor imagen posible. Resaltamos datos y conjeturamos sus posibles argumentos.

1. El Golden Gate ocupa el segundo lugar de la lista “Los sitios públicos preferidos por los suicidas”. Esto es así desde su inauguración y aún hoy se trata el tema en los grandes medios (el NY Times publicó este 27 de marzo una nota donde cuentan que se gastaron 66 millones de dólares en una red metálica tratando de disminuir el número de saltos) (1).

Hasta hay documentales al respecto (The Bridge, 2006): imposible no enterarse de estas connotaciones.

Argumento: “En el Image Bank que tenemos contratado no había del Puente Zárate-Brazo Largo”

2. Otro dato conocido de San Francisco, el lugar elegido para situar el puente entre la neurología y la psiquiatría, es que se trata de una zona sensible a los terremotos.

Argumento: “Quisimos dar a entender la idea de una convulsión tónico-clónica terrestre que se calma con el Valcote”.

3. El puente que une la neurología con la psiquiatría fue utilizado en la adaptación de “El Planeta de los Simios” del 2011 en una escena de batalla entre los simios y el hombre.

Argumento: “No sé cuáles serían los neurólogos y cuáles los psiquiatras, jo, jo”.

(1) <http://www.nytimes.com/2014/03/27/us/suicides-mounting-golden-gate-looks-to-add-a-safety-net.html>

5 formas en las que aparece un profesional psi en los medios

1. BUNGE JUMPING : el profesional se ata bien a las ciencias duras y se tira al abismo de las teorías psicoanalíticas intentando pegarle a la mayor cantidad posible antes de que la cuerda lo lleve otra vez a la estructura férrea de donde parte.
2. CARUSO LOMBARDIADA : ante un caso policial resonante, el profesional concurre al estudio de televisión donde disfraz de verdades científicas sus opiniones histriónicas.
3. CAUTELA EVANESCENTE : el profesional esquiva todas las preguntas o aseveraciones amarillistas con un relativismo que marea al periodista y deja al televidente con hambre de sentido. “Pero al final, ¿se cura o no se cura el Alzheimer?”.
4. TORPE PUBLICIDAD ENCUBIERTA : típica nota sobre “esa enfermedad que cada vez se ve con mayor frecuencia” y de la cual el profesional es un “experto”.
5. PROFE PIOLA: una nueva ola de neurocientíficos que explican complejos problemas en un lenguaje que entendemos todos reduciendo las complejidades del cerebro a un aforismo de sobrecito de azúcar. “Enamorarse es como estar bajo los efectos de la cocaína” (*)

/ (*) Frase real utilizada para titular una nota al doctor en biología molecular Estanislao Bachrach en el diario La Nación en octubre de 2012

La Interpretación de los Sueños

(1ra entrega)

- 00: el placebo
- 025: el sublingual
- 01: la clorpromazina
- 02: la disquinesia tardía
- 03: el borromeo
- 04: el sinthome
- 05: el DSM
- 06: el visitador médico con gemelos
- 07: el obsesivo
- 08: la resiliencia
- 09: la resistencia
- 10: la residencia
- 11: el copago
- 12: el curso a distancia
- 13: la predisposición genética
- 14: el Korsakoff
- 15: la border
- 16: la psicoanalista con chal rojo
- 17: el factor desencadenante
- 18: el “sin alteraciones de la sensopercepción al momento de la entrevista”
- 19: el “no refiere ideas auto ni heterolesivas”
- 20: el riesgo inminente

Minimentalísima: una alternativa al mini mental

¿Hartos de preguntar siempre lo mismo? ¿Necesidad de cambiar la rutina sin perder eficacia clínica? El equipo de Mentalísima ofrece una variación del Mini-Mental Test Examination (Minimentalísima TM) que hará de su consultorio un parque de diversiones.

1. ¿Qué día es hoy? ¿Mes? ¿Año? ¿Temperatura? ¿Probabilidad de precipitaciones? (5 ptos.)

2. ¿En qué lugar estamos? ¿Quiénes son los seres azules pequeños que nos rodean? ¿Estamos solos en la galaxia? ¿Sueñan los androides con ovejas eléctricas? ¿Somos materia? (5 ptos.)

3. Repita estas tres palabras: “Estas Tres Palabras” (3 ptos.)

4. Deletree de atrás para adelante la palabra SALAS o bien reste el número pi, comenzando de 3,1416 (3 ptos.)

5. ¿Recuerda las tres palabras que repitió antes de empezar a hacer el cálculo imposible o el deletreo del palíndromo? (3 ptos.)

6. Mostrar un lápiz: “¿Qué es esto?”. Mostrar el corazón de un unicornio: “¿Y esto?” (2 ptos.)

Minimentalísima: una alternativa al mini mental

7. Repita la siguiente frase: “La siguiente frase se repite cada vez que se pone en juego este juego entre profesional y paciente en el que los dos se sienten en algún momento ridículos, subestimados o angustiados, no necesariamente en ese orden” (1 pto.)

8. ¿Cuál es la diferencia entre Darth Vader y Obi Wan Kenobi? (1 pto.)

9. ¿Para que sirve el amor? (1 pto.)

10. Lea lo que dice este papel y obedezca: “Páguese al doctor la suma de 1 millón de dólares” (2 ptos.)

11. Escriba una frase usando sólo las letras x, ñ y a

12. Copie el siguiente dibujo:



Avances en Salud Mental

Mentalísima tuvo acceso a diferentes investigaciones y desarrollos que cambiarán el mundo de la salud mental en los próximos años. Helos aquí.

DSA: luego del cachetazo que significó la quita de apoyo del Instituto de Salud Norteamericano a la quinta edición del DSM, un comité de la American Psychiatry Association se encuentra elaborando el DSA (Diagnostic Statistic Automatic). “La era del manual ha llegado a su fin, nace el automático” -cuchichea uno de los profesionales implicados. La idea es que una aplicación para tablets o celulares ofrecería un botón azul con un signo de pregunta. El paciente debe tocarlo y en breves milisegundos, la pantalla mostrará el diagnóstico. “Queremos aclarar que no es un sistema que menosprecie la semiología como dicen algunos que se quedaron en el siglo XIX, el profesional sigue necesitando de esa herramienta clínica para poder decidir la marca del psicofármaco”.

Terapias ultrabreves: en los tiempos venideros nadie quiere pasarse meses hablando de sus conflictos familiares o personales. Las terapias ultrabreves consisten en un encuentro de cinco minutos donde se aplica el Cuestionario del Tío en Situación Social para resolver conflictos. “¿Cómo te llamás? ¿De qué cuadro sos? ¿Tenés novia/o/x? ¿A quién querés más, a mamá o a papá?”.

Novedades bibliográficas

Jacques-Alain Miller autor de Lacan

Interesante relato de un hombre que vive la experiencia de otro para poder escribir su obra.

Psiquiatría basada en la no videncia

El libro reúne contundentes pruebas acerca de los diferentes trastornos psiquiátricos recogidos por un grupo de expertos no videntes, probados científicamente.

Los Redondos van al psiquiatra

Luego del éxito de *Los Beatles y Lacan*, llega *Los Redondos van al Psiquiatra*. **Parafilias:** “Una vez le hice el amor a un drácula con tacones”. **Sinestesia:** “Ya nadie va a escuchar tu remera”. **Hebefrenia Fomémica:** “ñam fri fru fri, ñam fra fru fri falifru”. **Psicofarmacología:** “Música para pastillas”. **Trastorno bipolar (ciclado rápido):** “Maldición, va a ser un día hermoso”. Y mucho más...

(Si le interesa este libro, no se pierda “¡Vamos las bandas oligoclonales!: Los redondos van al neurólogo”)



MUSEO DE LO INÚTIL



¿De qué se trata?: un estuche que cumple con dos funciones: cortar y guardar comprimidos.

Nivel de utilidad: 20% para las funciones originales; 80% para llevar siempre a mano un elemento cortante filoso, escondido en caso de crisis de auto o hetero agresión.

Nivel estético: 25%. Lindo azul. Bien presentado en una caja de cartón.

Relación objeto / producto que promociona: errada. Promociona alprazolam, que es uno de los psicofármacos con mayor espectro de presentaciones (desde 0,25 a 2 mg): ¿quién necesita partir un comprimido de alprazolam si puede tener la dosis exacta?

Detalle increíble: el filo pegado dentro sólo puede ocasionar accidentes o tentaciones.

FIN DE MENTALÍSIMA

Finaliza así un nuevo número de MENTALÍSIMA y como ya es una costumbre, van los agradecimientos.

Gracias :

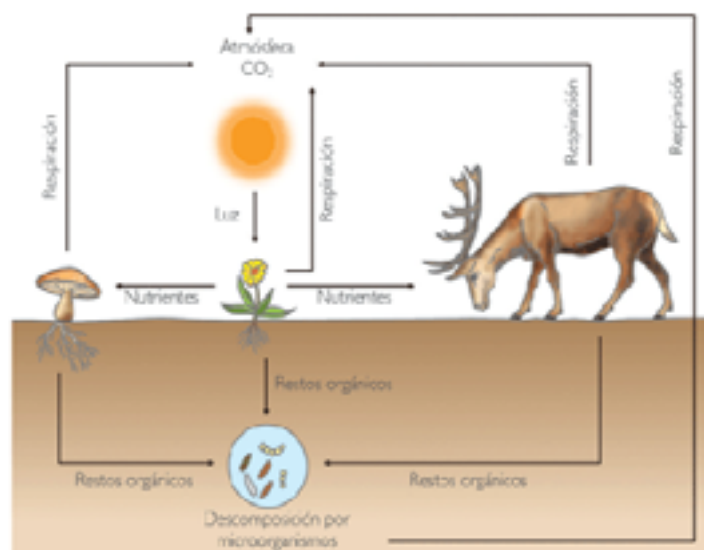
Darwin por hacernos parte de la naturaleza.

Naturaleza por hacernos parte de Darwin mediante el ciclo del carbono.

Señora vaca por todo lo que nos da

Encargados de contenido de los Image Bank, paraíso de las ropas blancas

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

Hola mi nombre es...

Dr. Fco. Javier Rodríguez Recio

Médico Radiólogo. Segovia. España

La Dra. Kate Granger es médico y trabaja en el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido, lleva un tiempo en una lucha valiente y decidida contra el cáncer, comunica a través de su blog su experiencia como paciente y nos transmite cómo convive con el cáncer, la quimioterapia, las complicaciones, pero, lo más importante, nos aporta sus ganas de vivir. Hasta aquí es otra historia de un paciente con cáncer, capaz de ayudar a otros enfermos y sobre todo a los que estamos sanos.

En septiembre del año pasado, Kate tuvo que ingresar al Hospital por una recaída de su cáncer y escribió en su blog su desconsuelo y preocupación al observar que la mayoría del personal sanitario y no sanitario con los que tuvo contacto en el hospital eran unos desconocidos para ella y viceversa, todos eran estupendos profesionales que le dieron cuidados adecuados para su enfermedad, pero de casi ninguno de ellos conocía su nombre ni mostraron interés en acercarse a su estado emocional en su contacto diario. Los médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, limpiadoras que se acercaban a su habitación, le realizaban pruebas médicas y radiológicas, o le aplicaban el tratamiento, nunca se presentaban, pero nunca le decían su nombre o preguntaban por el suyo.

Así nació su iniciativa en las redes sociales: #hellomynameis (hola mi nombre es) (1), seguro que Kate no se imaginó la trascendencia de sus palabras, la noticia se difundió de forma imparable entre blogs, mensajes y correos electrónicos; se expandió con esa fuerza positiva que en ocasiones tienen las redes sociales y revolvió las conciencias de profesionales sanitarios,

demasiado centrados en sus problemas, y que a menudo nos olvidamos de los que tienen nuestros pacientes.

Los apoyos pronto se convirtieron, en todo el Sistema Nacional de Salud de Gran Bretaña, en iniciativas para promover una mejor relación con los pacientes, algo tan sencillo como empezar la comunicación con los pacientes y familias con un simple: “Hola mi nombre es...” El éxito y difusión de la iniciativa ha sido importante. En mi opinión esto se debe a que surgió desde los propios profesionales, y de ellos a sus servicios en hospitales y atención primaria, asociaciones, sociedades científicas, sindicatos; la organización sanitaria lo asumió de forma natural, nadie quiso “colocarse una medalla”, la única que se la merece es una paciente, una médico llamada Kate Granger.

Me pregunto y os pregunto, para cuando una iniciativa “Hola, mi nombre es” en nuestro sistema sanitario. Nos gusta presumir, con razón, que es uno de los mejores del mundo, lo defendemos en lo posible de recortes y privatizaciones, pero quizás deberíamos volver más nuestra atención al centro de nuestro trabajo: los pacientes. No estoy hablando de grandilocuentes palabras como humanización, calidad total o campañas con anuncios y grandes carteles que tanto les gustan a algunos gestores; estoy hablando de un cambio que surja de nosotros, de los profesionales sanitarios que tratamos a diario con los pacientes.

No puedo por menos que acabar con: Hola, mi nombre es Javier Rodríguez Recio, soy médico radiólogo, agradezco esta oportunidad al Adelantado de Segovia de poder ofrecer aquí mis opiniones; espero poder aportar algo en aspectos de sanidad; quizás a nadie ya le interese la opinión de un profesional, son tiempos en los que políticos, administradores y tertulianos saben y opinan de todo.

(1) <http://drkategranger.wordpress.com/2013/09/04/hellomynameis/>



Marcas comerciales de máquinas para Terapia Electro Convulsiva

SpECTrum 5000Q®

SpECTrum 5000M®

SpECTrum 4000Q®

SpECTrum 4000M®

Ectonustim Constant Current Series 6+

RMS SERENITY

Thymatron® System IV

57800 - ECT Unit



Fuente: búsqueda en la web



“When doctors cry wolf: a systematic review of the literature on clinical lycanthropy”

Jan Dirk Blom

publicado en *History of Psychiatry*. 2014, vol. 25(I) 87-102

Marcos Zurita

Médico psiquiatra, miembro del capítulo de interconsulta y medicina de enlace de APSA, director de ATLAS, entre otras cosas.

[Nota: El juego de palabras del título pierde un poco el chiste si se traduce. “Cry wolf” es una frase que se utiliza como sinónimo de “falsa alarma” o de hacer creer algo (“¡ahí viene el lobo!”). También es el título de una canción de A-Ha...]

La revista que dirige el Prof. Germán Berrios es un espacio de pensamiento y sorpresas agradables. En el último número, se publica una review sobre los cuadros de “licantropía clínica” a lo largo de la historia. Está claro que nos llamó la atención y fuimos a por él para hacer esta reseña.

1. Manimal

Algunos lectores recordarán una serie de TV de comienzos de los 80's llamada Manimal en donde el protagonista, el Dr Jonathan Chase, se transformaba en diferentes animales. En la secuencia inicial se explicaba que el Dr. Chase era un “maestro de los secretos que dividen al animal del hombre y al hombre del animal”. Una especie de Hulk (que era una especie de Jeckill).

Hay que decir que las transformaciones que impresiona-

ban a los niños de entonces, hoy son un objeto de culto de bajo presupuesto, o sea: risas. Manimal no tuvo éxito; se grabaron apenas ocho capítulos, sin embargo, quien la vio, la recuerda. ¿Por qué? Una respuesta posible está en este trabajo.

En la introducción, el Dr. Blom encuadra la terminología. Así, diferencia la licantropía parcial (interpretaciones delirantes a partir de una apariencia con mucho vello), la licantropía clínica (delirio de transformación) y la licantropía verdadera (versión mítica de la transformación en lobo). Pero también bucea en otros delirios zoológicos: kynantropía (perro), boantropía (bovinos), ailurantropía (felinos) o, el más genérico, zoantropía (cualquier animal).

2. Animal Farm

Metodológicamente, el trabajo es una búsqueda bibliográfica de los términos especificados en el párrafo anterior. Los resultados dieron reportes de casos en una amplia franja de tiempo, desde 1850 al 2012. Fueron encontrados 52 papers sobre licantropía y 56 descripciones de casos, que hacen al corpus de la review. Se excluyeron los casos en que el paciente imitaba al animal más o menos deliberadamente, como el de una mujer descrita por Binswanger que ladraba e imitaba el caminar de un gallo; o el de otra mujer que ladraba y que fue curada por psicoanálisis en 1909. El trabajo se centra en la licantropía clínica, por lo que una vez excluidos los casos que no entran en esta categoría, el número desciende a 15 (incluyendo dos licantropías parciales).

Una de las cosas más jugosas del trabajo es una completa tabla con los 56 casos encontrados, que incluye el diagnóstico, el tratamiento y el resultado.

Seleccionamos algunos:

Rua Figueroa describe una licantropía en 1859, diagnosticada como psicopatía y cuya resolución fue una ejecución por garrote.

Schneider, en 1920, describe una kynantropía femenina (las mujeres y los perros estaban más cercanas a principios del siglo XX, cosa que cambió en el siglo actual, a partir de los gatos e instagram). Diagnóstico: histeria. Tratamiento: morfina. Resultado: remisión parcial.

Laing, en 1967, describe un hombre que decía ser rinoceronte (!). Diagnóstico: trastorno psicótico. Tratamiento: sedativos (no especificados). Resultado: remisión completa.

Knoll, en 1986, describe a una mujer que se creía pájaro y a otra que se creía yegua. La primera con una demencia senil y la segunda con un diagnóstico de esquizofrenia.

Keck, en 1988, describe varios casos. El mejor es un paciente masculino bipolar que delira con ser un gerbo (!!). Los antipsicóticos y antidepresivos lo lleva a una remisión total.

En el resto de la lista hay un zoológico que va desde un jabalí hasta una víbora, pero la estrella del delirio de transformación es el lobo.

3. Muchacho Lobo

Los casos que reportaron los resultados de los tratamientos (69% del total), dieron remisión total en el 35.9%, remisión incompleta en el 46.2%, sin remisión en el 5.1% y deceso en el 12.8% de los casos. Las muertes se debieron a marasmo, tuberculosis, suicidio (dos casos) y ejecuciones legales.

Pero bueno, ¿por qué el lobo? El Dr. Blom hace un interesante recorrido por las diferentes explicaciones del fenómeno a lo largo de la historia. Muchas culturas del mundo, han asociado la transformación en lobo con la luna o la brujería, pero también con casos de enfermedades raras como el Síndrome

de Ambras (hipertrichosis congénita) o la Porfiria Eritropoyética, que genera en los pacientes dientes marrones, ojos rojos, excoriaciones y malformaciones.

Obviamente la licantropía fue muy “diagnosticada” por la Inquisición, dentro de la gran paranoia en busca de brujas y herejes. Quizás anclado en estas visiones morales, el lobo siempre queda del lado del mal en la cultura popular. La ronda infantil “Juguemos en el bosque mientras el lobo no está”, o las historias de “Caperucita Roja” y la de “Los 3 cerditos” son las más conocidas. O la fábula de Pedro y el lobo. Es interesante que en la última parte del siglo XX, la imagen del lobo empieza a ser más venerada: ahí tenemos a Wolverine, sin dudas el mejor X-Men, o la imagen de los Starks en Games of Thrones.

Volviendo al recorrido del paper, a veces las explicaciones que aparecen son mixtas. A fines del siglo XVI, en Francia, un joven de 14 años dice transformarse en lobo como argumento defensivo ante la acusación de haberse comido a más de 50 niños. Los médicos enviados por la Corte declaran que padece “una enfermedad llamada licantropía, producida por un espíritu diabólico”. Lo condenan a la horca, pero al final lo recluyen en un monasterio para que se eduque.

El primer caso de licantropía en la modernidad lo describe Morel en 1852. Es un hombre que para probar que no está mintiendo se levanta el labio superior y le muestra a Morel sus dientes lupinos. El paciente demanda comer sólo carne cruda.

Una explicación psicoanalítica interesante, referida por Garlipp en 1975, es que el delirio licantrópico es un intento de resolver un conflicto intrapsíquico (o un trauma), escindiendo los instintos primitivos (el ello) de la culpa superyoica. No está mal. Es mejor que la posesión demoníaca.

Otra explicación a partir del psicoanálisis, habla, como

seguramente ya lo estarán pensando, de la histeria y un mecanismo de despersonalización.

Eisler, en 1969, se apoya en la Teoría Evolutiva para trazar un paralelo con nuestros antepasados herbívoros, que cuando se vieron forzados a incluir la carne en su dieta, realizaban ritos con pieles de lobos, tratando de mimetizarse con ese espíritu.

4. Licantropía secundaria

Blom desarrolla en un apartado las licantropías secundarias a cenestopatías que incluyen dientes grandes, piel con pelos, garras, orejas puntiagudas, etc.

5. Nazareno Cruz

En nuestro medio, lejos de Manimal, el hombre lobo más conocido es el lobizón de Leonardo Favio. Ese Juan José Camero corriendo por la pampa bajo una luna redonda al son de una música épica impregna el concepto de hombre lobo de este lado del mundo. Pero también está el perro Mendieta, lobizón frustrado por un eclipse de luna, compañero de Inodoro Pereyra... un apellido ligado al tema, como veremos en el próximo párrafo.

En efecto, ya en el campo específico de la psiquiatría, algunos recordarán que en el clásico “Parafrenias”, del Dr. Carlos Pereyra, se publica la producción de un paciente que habla



de Lord Wild o Pedro Cornalia, e ilustrado con un dibujo su metamorfosis de hombre a serpiente. Dice I.A. (tal como lo nombra Pereyra): “los curas se transforman en las culebras cascabel o víboras castellanas y el cascabel representa las campanas o campanillas que sirven para llamar a misa o en el via crucis”.

Cerramos este recorrido lunático con una canción de la banda platense 107 Faunos (simpatizantes del Lobo, como el Dr. Favalaro) como signo de que la tradición licantrópica sigue viva:

Muchacho lobo, en la madrugada despierto aún,
iluminado por la luna azul.
Muchacho, Lobo, campera de jean,
corriendo un sueño te ves tan bien.
Siempre un paso más, buscando.

Agradezco la amabilidad del Dr. Jan Dirk Blom en permitirme el acceso a su trabajo, que superó las expectativas del abstract.



Listas: Marketing

15 fármacos cuyos nombres comerciales subestiman al paciente y a la farmacología

1. **Humorap** (citalopram, Bago)
2. **Xanax** (alprazolam, Pfizer)
3. **Dormicum** (midazolam, Investi)
4. **Insomnium** (zopiclona, Gador)
5. **Novo insomnium** (eszopiclona, gador)
6. **Optiser** (escitalopram, Baliarda)
7. **Deprecalm** (sertralina, Lazar)
8. **Kalmalin** (lorazepam, Bago)
9. **Afectol** (risperidona, Bago)
10. **Aplacasse** (lorazepam, Menarini)
11. **Nervistop** (lorazepam, Lafedar)
12. **Emotival** (lorazepam, Ivax)
13. **Calmol** (alprazolam, Temis Lostaló)
14. **Tranquinal** (alprazolam , Bago)
15. **Rospaz** (alprazolam, Rospaw)



Fuente: web y la vida



Porfirias y sus manifestaciones psiquiátricas

Peskin, Viviana A.; Fiol, María de la Paz; Aduco, Nadia I.; Sivak, Roberto; Rodríguez O'Connor, Horacio; Díaz, Ricardo M.

Este artículo es una adaptación de una comunicación libre presentada por los autores en el Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA en el año 2008

Resumen

El objetivo del siguiente trabajo es revisar las manifestaciones psiquiátricas de la Porfiria, aportar al estudio de un problema clínico poco frecuente, reflexionando sobre su etiopatogenia, presentación clínica y consideraciones a la hora del abordaje psicofarmacológico.

Porfirias

Porfiria es un término derivado del griego porphuros que significa rojo o púrpura. Descriptas como síndrome clínico por primera vez en el año 1889, las porfirias son un conjunto heterogéneo de entidades caracterizadas por la disminución de la actividad de alguna de las enzimas de la vía metabólica del grupo hemo (metaloporfirina, compuesto químico que participa en la acumulación de reservas energéticas y su utilización). Existe una enzima específica que cataliza cada uno de los pasos de la síntesis del grupo hemo, cada una de ellas está asociada a un tipo de porfiria específica y cada enzima se encuentra codificada por un gen distinto (existen ocho enzimas involucradas en esta vía metabólica). De la actividad subóptima de cualquiera de estas enzimas, y a consecuencia de un factor desencadenante,

resulta la sobreproducción y acumulación de productos intermedios conocidos como porfirinas, los cuales no poseen una función conocida. La alteración enzimática que ocasiona el cuadro puede ser hereditaria o adquirida.

Puede afirmarse que las porfirias entran dentro de la categoría de los trastornos ecogénicos, en los cuales los factores ambientales, fisiológicos y genéticos interactúan para ocasionar los distintos síntomas.

Clasificación

Existen varias maneras de denominar los productos de la vía sintética, las enzimas, las porfirias, y el modo de clasificar a estos trastornos.

Considerando el lugar de sobreproducción y acumulación de los metabolitos, pueden dividirse en hepáticas –cuyas manifestaciones principales son síntomas neurológicos, dolor abdominal, neuropatías y trastornos mentales–; y eritropoyéticas –cuya manifestación principal es la fotosensibilidad cutánea.

Algunos autores plantean una clasificación teniendo en cuenta la sintomatología que producen: cutánea, neuropsiquiátrica y mixta. Se considera a ésta como la más útil en la práctica cotidiana (6).

En adelante utilizaremos la denominación porfirias agudas para referirnos a las formas de acumulación hepática que presentan sintomatología neuropsiquiátrica prominente.

Existen cuatro porfirias descritas como agudas:

1. Porfiria aguda intermitente.
2. Coproporfiria hereditaria.
3. Porfiria variegata.
4. Porifiria debido al déficit de 5-ALA deshidratasa.

Todas ellas se caracterizan por presentar una fase aguda y un período de latencia. A excepción de la producida por déficit de 5-ALA deshidratasa, todas son de herencia autosómica

dominante.

Epidemiología

La prevalencia combinada de portadores de las porfirias agudas en la población general es de 2 a 5 por 100.000 habitantes, siendo la porfiria aguda intermitente la más frecuente dentro de este grupo (1).

En pacientes con trastornos psiquiátricos que se encuentran internados, la prevalencia de la porfiria aguda intermitente es de 210/100.000 (2). El 80% al 90% de los portadores de la mutación genética son asintomáticos. Dentro del 10% que presentan sintomatología, un tercio no presenta antecedentes familiares de enfermedad (4).

Los ataques agudos son más comunes entre la segunda y la cuarta década de vida, y son más frecuentes en pacientes de sexo femenino (4).

Manifestaciones clínicas

Durante el episodio agudo, las manifestaciones clínicas pueden ser variables. Las porfirias son clínicamente indistinguibles durante una crisis; al diagnóstico diferencial sólo se podrá arribar a través de análisis complementarios.

Se describe una tríada clásica en el episodio agudo: dolor abdominal, neuropatía periférica, cambios en el estado mental.

Dentro de los pacientes con porfiria aguda el entre el 20% y el 58% (8) presentan síntomas neuropsiquiátricos en el episodio agudo. Los más frecuentes son: delirium 22%, depresión 8% y psicosis 7%. También se encuentran descriptos los siguientes: histeria, ansiedad, fobias, agitación, inquietud, convulsiones, neuropatías, alteraciones del sensorio, hiporreflexia, trastornos de conducta, encopresis, hiperactividad, trastorno obsesivo-compulsivo, catatonía (2), agitación o entecimiento psicomotriz, alucinaciones visuales, auditivas, alteraciones del curso del pensamiento, cambios de personalidad, síntomas afectivos, labilidad emocional, anhedonia, in-

somnio, ideación delirante / persecutoria, ideas de autorreferencia, erotomanía, debilidad muscular, entre otras (1, 2, 4).

El 40% de los pacientes que cursan un episodio agudo de porfiria aguda intermitente presentan alucinaciones y confusión mental (4). Existen casos reportados en la literatura de síntomas psiquiátricos como única manifestación de episodio agudo en porfirias, aunque no pareciera ser lo más frecuente (2, 4).

Otras manifestaciones clínicas observadas son: inestabilidad autonómica (hipertensión arterial, taquicardia, dolor abdominal, náuseas vómitos y constipación), deshidratación y desbalance hidroelectrolítico (hiponatremia, hipokalemia, hipocalcemia), alteraciones dermatológicas (fotosensibilidad, hipertricosis, hiperpigmentación).

Diagnóstico

Se considerará el diagnóstico de estas entidades teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas asociadas a la detección de porfirinas en muestras de orina y sangre.

Muchos de los síntomas son inespecíficos, por lo que el diagnóstico suele retrasarse. En numerosas oportunidades puede no detectarse la entidad por no ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales, o por inconvenientes técnicos como errores en la recolección de la muestra, en el almacenamiento y/o interpretación de los resultados. Las pruebas de laboratorio orientan el diagnóstico. Para lograr el diagnóstico definitivo, es necesario demostrar el déficit enzimático específico (1, 2, 3, 4, 6).

Tratamiento

La primera medida a tomar es eliminar aquellos posibles factores precipitantes de la crisis (ver a continuación). Es imprescindible realizar medidas de sostén y/o tratamiento sintomático. Para el tratamiento específico del episodio agudo se deben administrar hidratos de carbono vía oral o intravenoso; si el episodio es muy severo o no existe respuesta al tratamien-

to mencionado se administra hematina vía intravenosa (1, 2, 3, 4, 6).

Factores precipitantes

Se consideran factores precipitantes:

Drogas

Hormonas esteroideas (principalmente progesterona).

Hábitos como tabaquismo, alcoholismo.

Estrés metabólico inducido por infecciones o cirugías.

Estrés psicológico.

Nutrición inadecuada (escaso contenido calórico-hidratos de carbono)

Es fundamental a la hora de decidir el abordaje psicofarmacológico del paciente, tener en consideración este diagnóstico, ya que gran cantidad de drogas pueden desencadenar episodios agudos y si no son diagnosticados y tratados a tiempo, pueden acarrear secuelas o inclusive ocasionar la muerte. Existen listados de distintas entidades que plantean divergencias, por ejemplo en torno a la elección de la benzodiacepina adecuada, lo cual conlleva mayores dificultades en el quehacer diario y la elección de la medicación.

Por lo dicho anteriormente, creemos necesario considerar a la porfiria dentro de los diagnósticos diferenciales de manifestaciones psiquiátricas secundarias a origen orgánico. La prevalencia de estas entidades en los pacientes con trastornos psiquiátricos es mayor que en la población general. Como hemos mencionado previamente, no existen signos y/o síntomas patognomónicos para el diagnóstico de estas entidades, por lo cual es preciso recabar antecedentes personales y familiares, evaluar factores precipitantes y realizar los estudios complementarios correspondientes en todos los pacientes en los que se sospeche la presencia de porfiria.

Conclusiones

La psiquiatría como especialidad médica debe considerar la comorbilidad entre patologías sistémicas y trastornos mentales en la consideración integral del cuidado del paciente. Esto requiere una actualización en los conocimientos de la Medicina General y la comunicación de casos en una perspectiva de mejor tratamiento y prevención de factores precipitantes. Aún no existen pautas definitivas en el enfoque del tratamiento de un paciente con sospecha de Porfiria. Existen diversas posturas en relación al seguimiento, al tratamiento, a los fármacos contraindicados, entre otros aspectos. Esto lleva a proponer la necesidad de futuros trabajos explorando principalmente la epidemiología y la comorbilidad, como así también guías de manejo para la práctica diaria.



Bibliografía General de Referencia

- (1) Anderson KE, Bloomer JR, Bonkovsky HL and others. Recommendations for the diagnosis and treatment of the acute porphyrias. *Ann Intern Med.* 2005; 142:439-450.
- (2) Ellenweig N, Schoenfeld N and Zemishlany Z; Acute Intermittent Porphyria: Psychosis as the Only Clinical Manifestation, *Isr J Psychiatry Relat Sci* Vol 43 N° 1 (2006) 52-56
- (3) Schoenfeld N, Mamer R. Individualized Workup- a New Approach to the Biochemical Diagnosis of Acute Attacks of Neuroporphyrin. *Physiol. Res.* 55 (suppl.2): s103-s108, 2006
- (4) Gonzalez-Arrizaga HL, Bostwick JM. Acute Porphyrias: A case Report and review. *Am J Psychiatry* 160:3, March 2003
- (5) Van Der Reis L and Van Der Reis ML. Acute Intermittent Porphyria. *California Medicine*, Vol. 88, N° 5. May 1958
- (6) Santosh PJ and Malhotra S. Varied Psychiatric Manifestations of Acute Intermittent Porphyria. *Biol Psychiatry* 1994; 36: 744-747
- (7) Crimlisk H.L.; The little imitator-porphyria: a neuropsychiatric disorder. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997; 62:319-328
- (8) Jain G1, Bennett JL, Resch DS, Godwin JE Schizoaffective disorder with missed diagnosis of acute porphyria: a case report and overview. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2011;13(6).
- (9) Adams RD, Victor M, Romper AH *Principios de Neurología*, Editorial McGraw-Hill Interamericana. Sexta edición, 1997
- (10) Baruk, H; La Catatonia de Kahlbaum. La esquizofrenia y la revisión de la nosografía psiquiátrica, *Alcmeon* 17 N 2 1996 y *Alcmeon* 22 Año VIII - Vol 2 - N° 1 - Setiembre 1997
- (11) Conti NA, Stagnaro JC, *Historia de la Ansiedad*, Editorial Polemos, 1era edición, Buenos Aires, 2007.
- (12) Taylor M. A., Fink M. Catatonia in psychiatric classification: a home of its own, *Am J Psychiatry.* Jul 2003; 160(7):1233-41.

Listas: Costos

Precios de una caja de escitalopram de 20 mg conteniendo 30 comprimidos, ordenados de mayor a menor

LEXAPRO (Lundbeck) \$579.00 (*)
BEAPLEN (Temis Lostalo) \$535.01
NOVO HUMORAP (Bago) \$525.88 (*)
LEXTOR (Casasco) \$500.89
MERIDIAN (Roemmers) \$495.77
ZENVAS (Astra Zeneca) \$494.63
COVERFAX (Buxton) \$490.66 (*)
ESCIPROX (HLB Pharma) \$477.59 (*)
ARAMIX (Elea) \$476.29
OPTISER (Baliarda) \$466.70
TALPRAM (Richmond) \$453.54
ESCITEROKAM (Raymos) \$422.31
E-PSICONOR (Ivax) \$402.30
AXIOMAT (Beta) \$367.64
EX3 (Ariston) \$328.34

(*) 28 comprimidos



Fuente alfabeta.net al 20/6/2014



Un nuevo tratamiento para la Depresión (Esto no es Mentalísima)

Javier Fabrissin

Médico psiquiatra, docente, supervisor, co editor de ATLAS, etcétera.

Resumen de los ensayos clínicos

En un ensayo doble-ciego controlado contra placebo, los Dres. Kruger y Wollmer, de la Clínica Asklepios, en Hamburgo, compararon la nueva terapéutica como tratamiento adyuvante en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor crónico y resistente. Un total de 30 personas fueron evaluadas. A las 6 semanas, los pacientes sometidos al nuevo tratamiento mostraron una reducción del 47.1% en el puntaje de la Escala Hamilton para la Depresión, versus un 9.2% en el grupo placebo. Señalemos que la magnitud del efecto es significativa y semejante o incluso superior a la lograda con las alternativas terapéuticas utilizadas habitualmente.

Asimismo, en la prestigiosa revista *Journal of Clinical Psychiatry* se publicó un estudio semejante.

En este caso, participaron 30 pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor. Los resultados del demostraron que hubo una mejoría estadísticamente significativa a favor del nuevo tratamiento para la semana 12 y que ésta se mantuvo para la semana 24. El índice de respuesta según la Escala Hamilton para la depresión fue del 55% versus 0% en el grupo placebo y el índice de remisión, según la misma escala fue del 18% versus un 0%, respectivamente. De acuerdo a la Escala de Beck para la Depresión, el índice de respuesta fue del 45% versus el 5% y el de remisión del 27% versus el 5%.

Otro más. 85 pacientes con Trastorno Depresivo Mayor. Los índices de respuesta a la semana 6 fueron del 52% en los pacientes que recibieron el tratamiento versus el 15% en los del grupo placebo, $p < 0.001$. El índice de remisión medido por la Escala Montgomery-Asberg fue del 27% versus 7%, $p < 0.02$ y el porcentaje de reducción de puntaje según dicha escala fue del 47% versus 21%, $p < 0.0005$.

Resultados así de alentadores ya habían sido publicados previamente. En este caso, 10 pacientes con depresión resistente (o sea, que no habían respondido al tratamiento con antidepresivos convencionales), tuvieron una remisión en el 90% de la muestra (sí, una muestra pequeña, pero por algo se empieza) y una mejoría sintomática en el 100% (10/10).

¿Ahora bien, de qué se trata este novedoso tratamiento?

Del vulgarmente conocido BOTOX, de la Toxina Botulínica A. Concretamente, los pacientes que fueron inyectados con entre 29 y 40 unidades de la Toxina Botulínica, en el entrecejo no sólo mejoraron de sus arrugas sino también de su depresión.



¿Por qué funciona?

Uno ya no puede sorprenderse tanto con las cosas que se están intentando hacer funcionar para el tratamiento de la patología mental (como ejemplo, podemos considerar el uso de

la ketamina para los mismos fines), pero sí resulta increíble la explicación del por qué esta intervención es efectiva.

1) “Las expresiones faciales participan en la fisiopatología de los trastornos afectivos, por ejemplo, de los músculos corrugadores en la depresión.” Dijo el Dr. Finzi, algo conservador en comparación con lo que sus colegas aseveran.

2) Se pregunta el Dr. Kramer: “¿Funciona porque existe un feedback entre tu cara y tu cerebro o es porque el resto del mundo, de alguna manera, te trata diferente?” (Esta respuesta trae implícita la noción de que la gente te trata diferente si te ven sin arrugas.) Y sigue diciendo el Dr. Kramer, que bien podría llamarse Cosmo: “Puede ser que la toxina botulínica favorece que el cerebro establezca nuevas conexiones o desarrollar nuevas células y, así, permitir a los pacientes moverse en una mejor dirección”. ¡Así piensa un científico!

3) Mientras tanto, el Dr. Magid dice que “pueden haber dos explicaciones: una, que la toxina botulínica le dificulta al paciente fruncir el ceño. Si los individuos sonríen más y fruncen menos el ceño es probable que tengan mejores experiencias sociales, lo que puede levantarles el humor.” (Les aseguro que esto es textual.) La segunda explicación es que “cuando las personas no pueden expresar un rostro de enojo debido a la inyección de la toxina botulínica en la zona glabellar, hay menos actividad en la amígdala. Esta conexión podría estar mediada por el nervio trigémino, que conecta la región glabellar con el tronco cerebral y la amígdala”.

4) Finalmente, la palabra del Dr. Reichenberg: “Si una persona no puede fruncir el ceño, el cerebro no registra el fruncimiento del ceño y la amígdala no recibe la señal de que la persona está enojada”.

¿En qué quedamos?

Como corolario de este hatajo de explicaciones “biológicas”, y para resaltar su inconsistencia, sólo basta transcribir que, los investigadores, con toda la soltura del mundo declaran que “el efecto antidepresivo se mantuvo aún después de que las personas intervenidas volvieron a presentar arrugas”.

Ni hace falta pensar en cómo hacer un chiste con esto.

Fuentes:

Magid M, Reichenberg JS, Poth PE, Robertson HT, LaViolette AK, Kruger TH, Wollmer MA. Treatment of major depressive disorder using botulinum toxin a: a 24-week randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry*. 2014 May 13.

Finzi E., Wasserman E. Treatment of Depression with Botulinum Toxin A: A Case Series. *Dermatologic Surgery*, 2006, 32: 645–650.

Finzi E, Rosenthal NE. Treatment of depression with onabotulinumtoxinA: a randomized, double-blind, placebo controlled trial. *J Psychiatr Res*. 2014 May;52:1-6.

http://www.medscape.com/viewarticle/826675?nlid=59104_2052&src=wnl_edit_medn_psync&uac=152821A-V&spon=12



Cierre

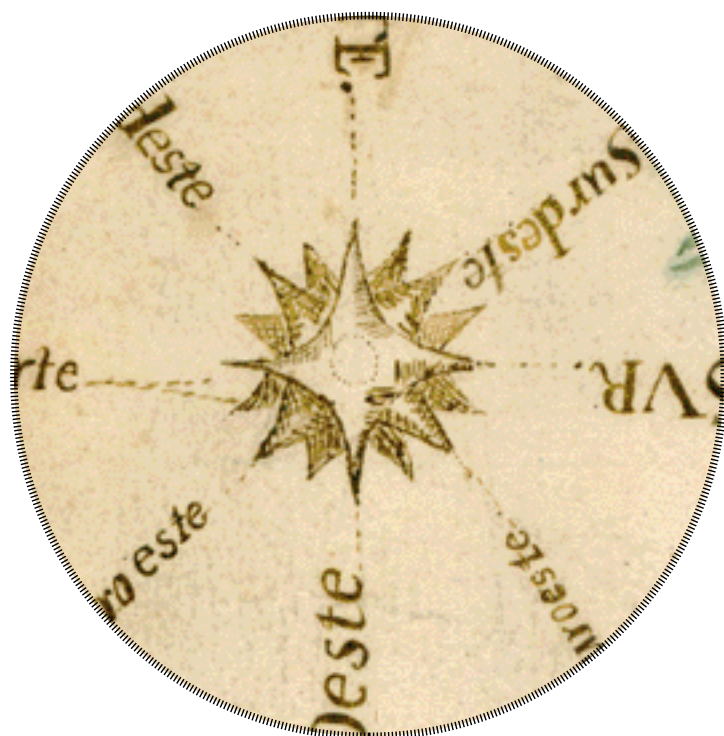
El cierre de este segundo número de ATLAS es un buen lugar para agradecer a todos los que expresaron su apoyo y alentaron la publicación.

Estamos muy entusiasmados por la respuesta a seguir armando un espacio de pensamiento.

Si llegaron hasta aquí, les pedimos que nos ayuden a difundir ATLAS. Hay una pagina en fb (www.facebook.com/revistaatlas), tenemos un mail (maildeatlas@gmail.com) y nos pueden encontrar fácilmente por ahí.

Las notas publicadas pueden ser utilizadas citando la fuente (lo ideal sería poner el link a la revista).

Nada más por ahora. Nos vemos!



AUTOWAHN

editora

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)



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.autowahn.com