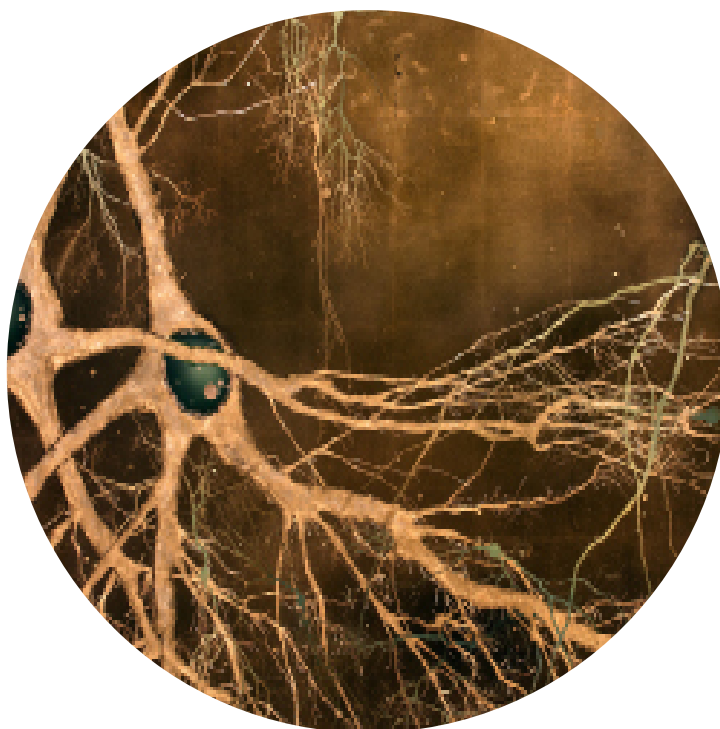


año 2 número 5 / marzo 2015

ATLAS

5

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



ISSN 2362-2822

AUTOW**AHN**
editora

Editorial

Entramos en nuestro segundo año de existencia y ATLAS va profundizando sus formas. En este número van a encontrar mucha información pero también un amplio espacio de opinión.

El invitado estrella es **Nassir Ghaemi** quien nuevamente nos autorizó a traducir su artículo sobre lo que podemos esperar de este año (y de los inmediatos posteriores).

Por otro lado, a partir de un aumento de la exposición mediática de algunos colegas y de temas de nuestra práctica, decidimos hacer un dossier sobre la psiquiatría en los medios de comunicación.

No es un tema nuevo, el **Royal Collegue of Psychiatrists** advertía hace seis años que cuando un psiquiatra es convocado para dar su opinión en los medios, evite hablar poco de mucho sino que focalice en uno o dos temas. Los tiempos en la tele son tiranos, al igual que el editor del diario. Sugerían también no tentarse con avanzar en áreas de la que no se es experto y no dar información sobre pacientes. Si lo explicitaban es porque la dinámica de los medios empujan con fuerza hacia el otro lado. A propósito, mientras se escribe este editorial, el presidente del **Royal Collegue of Psychiatrists** ha hecho declaraciones a The Guar-

dian para dejar en claro que no hay un link directo entre la depresión y el *suicidio agresivo* del copiloto de Germanwings. Pero para enfatizar la idea de no estigmatizar a los pacientes, ha dicho que él atiende a dos pilotos depresivos que con un tratamiento adecuado han continuado volando. (1)

Tenemos que agregar, para los lectores tempranos, que vamos a estar en el **Congreso de Mar del Plata**, compartiendo una Mesa Redonda sobre publicaciones psiquiátricas junto a Martin Nemirovsky (Vertex) **el viernes 24, Salón de las Américas, de 09:00 a 10:15 hs**

Para suscribirse y recibir gratuitamente los números atrasados y los que saldrán, manden un mail a **maildeatlas@gmail.com** .

(1) <http://www.theguardian.com/world/2015/mar/28/germanwings-plane-crash-alps-depression-doctor>



Sumario

Editorial	2
Perspectivas psiquiátricas para el 2015 (Nassir Ghaemi)	5
Listas:	11
Dossier: La psiquiatría y los medios (Marcos Zurita)	12
Dossier: Análisis de discursos (Javier fabrissin)	16
Mentalísima	21
Listas	29
Acto de violencia y psicosis (Marcos Zurita).....	41
Piedra Papers y Tijeras (Javier Fabrissin)	39
Lo que viene (el eterno retorno)	45
Cierre	49

ATLAS Año 2 N° 5 . Otoño 2015. ISSN 2362-2822

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

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

Perspectivas psiquiátricas para el 2015: ¿Afuera con lo viejo, adentro lo nuevo?

Nassir Ghaemi, MD, MPH

Original en: http://www.medscape.com/viewarticle/836978_2

Traducido por: Javier Fabrissin (bajo permiso del autor)

Con el año nuevo se reavivan viejos deseos, y uno puede preguntarse qué habrá de nuevo para la práctica de la psiquiatría... si es que habrá algo: ¿Habrá, efectivamente, algo novedoso para la práctica?

Más medicamentos

La primera pregunta siempre va por el lado de la aparición de nuevos fármacos. Pienso que habrá poco que sea novedoso en cuanto a mecanismos de acción de las nuevas drogas. Los fármacos que están en proceso de investigación tienden a ser refinamientos de las clases farmacológicas actuales. Y esto no es menor.

Por ejemplo, dentro de los principales antipsicóticos, la mayoría tiene efectos adversos cardiovasculares, incluyendo efectos antiinsulínicos y lipidogénicos. Este dañino impacto

incrementa el riesgo de diabetes, de hipercolesterolemia, hipertensión y la morbi-mortalidad cardiovascular. Drogas ampliamente usadas, como la olanzapina y la quetiapina tienen estos riesgos.

Actualmente, y debido a que la mayoría de los antidepresivos que se venden son genéricos, los antipsicóticos constituyen el mercado más importante de los fármacos psicotrópicos patentados. Por lo tanto, las compañías farmacéuticas aún tienen un incentivo para producir nuevos agentes en este mercado. Para diferenciarse, se están testeando nuevas drogas en la procura de desarrollar productos que no tengan estos efectos cardiovasculares deletéreos. Los tres antipsicóticos más nuevos (asenapina, lurasidona e ilperidona) están libres de tales riesgos.

Así, si bien la eficacia no fue mejorada, hay beneficios en términos de seguridad. Para el año venidero, se puede esperar que la línea de trabajo siga en esta dirección, con, quizás, uno o dos nuevos antipsicóticos.

Los antidepresivos son otra historia. Alrededor de una docena de drogas que alguna vez estuvieron dentro de los fármacos más vendidos y que redituaron los mayores beneficios a las compañías farmacéuticas siguen siendo ampliamente utilizadas pero en su variante genérica. Unos pocos nuevos fármacos en los últimos años (desvenlafaxina, vilazidona y vortiotexina) no agregaron nada en términos de mayor eficacia ni tampoco en cuanto a la seguridad (a diferencia de los nuevos antipsicóticos). Los antidepresivos fueron siempre relativamente benignos en lo que se refiere a complicaciones médicas de importancia, por lo que es más difícil que las nuevas drogas se diferencien por ser más seguras.

Pronto, quizás este año o el próximo, habrán nuevos antidepresivos con nuevos mecanismos de acción. Por contraste

a los agonistas serotoninérgicos y noradrenérgicos, el mercado estadounidense ha estado esperando por algo nuevo, como podría ser el caso de la agomelatina en Europa. Este agente es un agonista de los receptores melatoninérgicos y, aunque no sea más eficaz que los otros antidepresivos, tiene un mecanismo de acción distinto, lo que puede implicar diferentes (aunque no necesariamente menores) efectos secundarios.

Por alguna razón, la agomelatina no fue comercializada en EEUU, pero la empresa fabricante de otro agonista del receptor melatoninérgico, el ramelteon (actualmente comercializado para el insomnio), está intentando preparar el camino para que el fármaco pueda ser utilizado como antidepresivo en los EEUU. Aparentemente, enfocarían al ramelteon para el tratamiento del trastorno bipolar, quizás porque no hay ningún antidepresivo aprobado para esta indicación en los EEUU. Así, en lugar de ser uno más de los antidepresivos existentes, los fabricantes optaron por que el ramelteon se convierta en el primer antidepresivo para el tratamiento del Trastorno Bipolar.

Buena suerte para ellos. Yo soy escéptico al respecto, porque la mayoría de los datos disponibles demuestran que ningún antidepresivo es efectivo para el tratamiento del trastorno bipolar (en los ensayos clínicos con mejor diseño y con mayor número de pacientes, ha sido repetidamente demostrado que la efectividad del antidepresivo, cuando es agregado al estabilizador estándar, es equivalente a la del placebo). Si el ramelteon no funciona para el Trastorno Bipolar sería algo desafortunado para los psiquiatras clínicos ya que hubieran podido disponer, como ocurre en Europa, de un antidepresivo con un mecanismo de acción diferente para el tratamiento de los Trastornos Depresivos.

“Adictos” a las anfetaminas

Merece destacarse que, de acuerdo a datos recientes, la clase farmacológica que, por lejos, más creció, es la de las anfetaminas y los estimulantes, mientras que el diagnóstico con mayor crecimiento es el de Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad, especialmente en adultos. Aun cuando las anfetaminas están dentro de las clases más antiguas de drogas psicotrópicas (fueron comercializadas por primera vez en la década de 1930 para la depresión) y, por lo tanto, se dispone de presentaciones genéricas desde hace décadas, ha sido un espectacular éxito para el caso de fármacos patentados, como Adderal XR (anfetamina/dextroanfetamina) y Focalin (desmetilfenidato), los cuales son amplia y crecientemente utilizados.

Esto no es algo nuevo que pasará en el 2015 sino la continuación de algo nuevo que viene ocurriendo desde años recientes. Los clínicos están siendo adictos al diagnóstico de Déficit de Atención del adulto y a las anfetaminas. Si esta exuberancia termina siendo irracional es algo que aprenderemos, yo creo, en un futuro no muy lejano.

En busca de psicoterapias más efectivas

Más allá de los fármacos, un cambio importante para la práctica clínica, que involucra a las psicoterapias, está teniendo lugar. Este cambio es económico y se trata de un desprendimiento de dos cambios políticos de los últimos años en los EEUU: la Ley de Paridad en Salud Mental (impulsado por el ex legislador, Patrick Kennedy, quien tiene Trastorno Bipolar) y la Ley de Cuidado Asequible (la reforma en la atención sanitaria del presidente Obama, la cual refuerza aún más la igualdad en materia de salud mental). Ahora las compañías de seguros médicos no tienen permitido limitar el número de consultas psicoterapéuticas.

En el pasado, si las consultas psicoterapéuticas eran reembolsadas, las compañías de seguros médicos, a menudo autorizaban un número limitado de sesiones (alrededor de 12), y esto requeriría desentenderse de las sesiones psicoterapéuticas que sobrepasaran esta cantidad, comúnmente rehusándose a pagarlas. Debido a que las psicoterapias para muchos de los problemas humanos (dificultades interpersonales, transiciones de etapas de vida, conflictos familiares) necesitan ser de largo plazo (a menudo un año o más), la limitación *a priori* que establecían las compañías de seguros médicos impedía en gran medida una adecuada atención psicoterapéutica. Ahora, las psicoterapias están mejor reembolsadas y para tratamientos de mayor duración.

Este es un gran beneficio para la práctica psiquiátrica. Los clínicos pueden dejar de intentar que los problemas de relación y sociales sean resueltos según el contexto biológico de las categorías del DSM (tales como trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad generalizado) y tratados con lo único que las compañías de seguro médico pagarían al largo plazo: fármacos.

Estamos volviendo al futuro: se pueden brindar psicoterapias de mayor duración y acortar el tiempo de uso de los fármacos para estos problemas sociales y humanos que no involucran enfermedades (como el Trastorno Bipolar).

Avances genómicos: lentos pero significativos

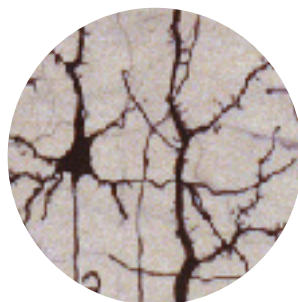
Otros cambios potenciales parecen venir más lentamente. La genética y las neuroimágenes son ahora los tópicos sexies de la psiquiatría académica. Hemos demostrado que alrededor de un 80% de todos los artículos científicos en las principales revistas de psiquiatría involucran a la genética y a la neurobio-

logía (en contraste con un aproximadamente 50% de artículos de base biológica que se publican en revistas de medicina interna con un factor de impacto similar).

La investigación parece sugerir que los marcadores genéticos para la identificación de las enfermedades psiquiátricas están siendo más difíciles de determinar que los marcadores genéticos para evaluar la respuesta al tratamiento (por ejemplo, a los antidepresivos). Las compañías farmacéuticas están trabajando en estos predictores farmacogenéticos como nuevas aproximaciones para diferenciar sus fármacos. No serán capaces de ofrecer nuevos antidepresivos con nuevos mecanismos de acción, sin embargo, ofrecerán nuevos antidepresivos con viejos mecanismos de acción pero con información farmacogenética que incrementará la probabilidad de respuesta terapéutica en aquellos pacientes que den positivo para los marcadores genéticos.

Este resultado puede terminar asemejándose a lo dicho con respecto a los antipsicóticos: no estaremos curando más personas, pero quizás estemos dañando a menos (con tratamientos antidepresivos que no funcionan, pero que sí provocan efectos secundarios o empeoramiento del estado de ánimo).

El mismo deseo es compartido fervientemente por aquellos que invierten miles de millones en la investigación de neuroimágenes, pero nada de relevancia práctica parece haber en el horizonte para el próximo año, ni para el siguiente ni, en mi opinión, para las próximas décadas. De todos modos, esas coloridas imágenes del SPECT sí que son lindas.



NOMBRES DE PACIENTES CON
PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA
MENCIONADOS EN EL TRATADO
DE KARL LEONHARD

Elisabeth

Stefan

Maria

Dorothea

Anna

Otto

Marta

Hedwig

Therese

Emilie

Maria

Hildegard

Hedwig

Josef

Dossier:

La psiquiatría y los Medios

Marcos Zurita

En su libro **Sobre la televisión** (Anagrama, 1997), Pierre Bourdieu analiza la dinámica de los noticieros modernos. Dice: “(...) con palabras corrientes, no se deja pasmado al burgués ni al pueblo. Hacen falta palabras extraordinarias. De hecho, paradójicamente, el mundo de la imagen está dominado por las palabras. **La foto no es nada sin el pie, sin la leyenda que dice lo que hay que leer, es decir, que hacen ver lo que sea.**”.



Y agrega : “(...) esas palabras hacen cosas, crean fantasmagorías, temores, fobias o sencillamente representaciones equivocadas.”

En los últimos tiempos, los psiquiatras han vuelto a aparecer en los medios. Son convocados para dar explicaciones, para tratar de ponerle un sentido a algún acontecimiento que

causa cierta angustia en el consumidor (desde un copiloto que estrella un avión hasta los celos en la pareja).

1. El diagnóstico del especialista como apaciguamiento.

¿Por qué es eficaz la estigmatización? El uso del diagnóstico para marcar una anormalidad que aparta al sujeto de la sociedad, funciona porque se monta sobre la historia del aislamiento como forma de preservar la salud del conjunto. Es interesante notar la búsqueda desesperada del diagnóstico que “explique” un comportamiento que rompe el código social. El último caso fue el del copiloto alemán (que pasó por la sospecha terrorista, el despecho y la depresión).

En abril del 2014, un joven entró con dos cuchillos a una universidad de EEUU e hirió a 21 personas. El titular del diario decía “Desconcierto sobre los motivos del ataque de Pensilvania” y la bajada, agregaba: “Alex Hribal, el joven que acuchilló a 21 alumnos no tenía antecedentes violentos, ni era considerado un bicho raro (sic)”. [La Nación, 11 de abril de 2014]

Otro ejemplo, sobre otro ataque en EE.UU. “El misterioso tiroteo de un joven aparentemente normal” [El País, 26 de febrero de 2014]

2. El castigo

Otras veces, el refuerzo de sentido en los medios, viene de la mano del castigo. “Futbolista uruguayo, al psiquiátrico por asesinar a su padre” [Diario Popular, 8 de marzo de 2014]. “Mandaron al psiquiátrico a la anestesista que disparó contra el auto” [Clarín]. “ejecutaron en Florida a un asesino en serie con esquizofrenia” [El País, 6 agosto 2013]

Éste último ejemplo es interesante desde el equívoco, al poner la ejecución y los asesinatos “En serie” con la esquizofrenia (para mas detalles sobre este sentido en particular, ver el artículo de esta misma edición sobre Acto de violencia y psicosis).

3. Los psiquiatras

Cuando los psiquiatras son llamados a dar su opinión sobre un caso público, están los que se abstienen de dar una opinión sobre el comportamiento de un sujeto que no es su paciente y una situación que conocen por los medios. Luego, están los que son tentados por las cámaras y se prestan al juego en donde rápidamente quedan en offside.

¿Por qué? Porque los medios quieren impactar, no saber la opinión del experto. La idea es que el experto legitime el sentido que más vende (que es el que sintoniza más el morbo de la audiencia).

Así, se llega a una situación como la de la captura que sigue:

pantalla dividida entre un fuego, una escucha telefónica, un zócalo que da el guión de la nota, y el psiquiatra, como una parte más del cuadro, haciendo de escribano del desmadre.



La OMS ha intentado regular un poco esta exposición de los profesionales (que en muchos casos no es ingenua) y ha propuesto lo siguiente:

En todos los contactos con los medios de comunicación, los psiquiatras:

Deben asegurarse de que las personas con enfermedades mentales sean presentadas de manera tal que se preserve su dignidad y orgullo.

Reducir el estigma y la discriminación en contra de las personas que sufren de trastornos mentales.

Representar la profesión psiquiátrica con dignidad

No hacer anuncios acerca de la presunta psicopatología de alguna persona.

Al presentar resultados de sus investigaciones, deben asegurarse de la integridad científica de la información brindada, y ser conscientes del potencial impacto de sus afirmaciones sobre la percepción pública de la salud mental y sobre el bienestar de las personas con trastornos mentales.

(Manual de Recursos de la OMS sobre la salud mental, derechos humanos y legislación. OMS, 2006)

Si pensamos en algunos psiquiatras que aparecen en los medios locales, estas sugerencias de la OMS sufrieron el mismo camino de olvido que lo de “Salud para todos en el año 2000”.

Sin embargo son buenas. Y, a diferencia del tono casi utópico del eslogan de Alma Ata, que éstas se respeten dependen de una decisión ética personal.

Dossier:

Análisis del discurso de los especialistas en salud mental

Javier Fabrissin

A menudo, psiquiatras y psicólogos son convocados a los medios de comunicación para aclarar, con su versada opinión, asuntos que, a juicio del periodista y del propio profesional que acepta opinar, atañen a la salud mental.

La lista de temas es de lo más variada: celebridades en problemas, maltrato escolar, modelos que mueren por no comer, Maradona, asesinos seriales o simplemente asesinatos resonados, abusos sexuales, chicos que no aprenden, maridos golpeadores, la droga, el sexo y los sexos.

Ahora bien, ¿cómo hacer para justipreciar los dichos del profesional? ¿Cómo saber si estamos en presencia de un auténtico especialista, con verdadero dominio del tema sobre el cual se expresa? ¿Cómo descubrir si, en cambio, se trata de un improvisado o, lo que es peor, de un seguro de sí mismo antes que un conocedor de la materia?

Para ello, nos dispusimos a escuchar programas televisivos en los que intervenían psiquiatras o psicólogos y tomamos nota a fin de agruparlas en categorías orientadoras.

1. Familiaridad.

Dirigirse al entrevistador por su nombre de pila.

“Te cuento, Sebastián...”

2. Inclusión del entrevistador en sus dichos. Guiño aliado para basar sus explicaciones.

“Si vos estuvieras casada con un marido golpeador...”, “Si tu hijo viene y te plantea que en la escuela...”.

3. Autorreferencia.

Sin dudas, una de las pistas más fuertes para sospechar la presencia de un profesional no del todo serio es la tendencia a dar explicaciones citándose como fuente de autoridad y de validación de sus propias afirmaciones.

Ej.: *“Yo siempre digo...”*, o lo que es peor: *“Siempre le digo a mis pacientes que tienen que aprender a vivir solos, y no me refiero a mudarse a un apartamento propio, sino a convivir con ellos mismos.”*

4. Invocar a sus propios pacientes.

Se trata de otra de las evidencias fuertes para hacernos dudar de la idoneidad. En este caso, el especialista incluye alguna experiencia con alguno de sus pacientes (sin descartar que, a veces, esos pacientes puedan ser claramente ficticios) a modo de ilustrar, sintetizar o reafirmar lo que su propia teoría les escatima.

Ej.: *“Siempre me acuerdo de un paciente que cada vez que iba a la entrevista...”*, *“Yo tenía una paciente que consultaba porque...”*, *“Yo tenía una paciente que era la ex esposa de un profesional exitoso.”*

5. Generalización excesiva (o simplificación).

Si hay algo que uno aprende al trabajar en el ámbito de la salud mental es que la posibilidad de establecer generalizaciones es limitada. Las situaciones clínicas son tan variadas que una generalización excesiva sugiere un didactismo elemental o

una divulgación poco seria por parte del profesional, más afín a la extensión de una nota en una revista no especializada, o a la digestión y metabolización de un conocimiento para las masas. El profesional de la salud mental no debería sucumbir a la tentación de hacer que todo parezca claro para satisfacer la demanda externa, sin advertir al interlocutor que lo que tiene para decir posiblemente sea una de las tantas lecturas sobre el tema en cuestión.

Ej.: *“Los pacientes adictos provienen de familias en las que hay una falta de límites”, “Las chicas quieren ser como las modelos y eso les lleva a trastornos serios como la anorexia”, “Una madre puede producir anorexia si el papá lo permite”.*

6. Enumeración caprichosa.

Semejante a la anterior, se trata de la propensión a resumir asuntos complejos en una enumeración contundente. Se puede ver cómo la necesidad de llegar fácilmente al público, de facilitarle las cosas al entrevistador o de no poder dar cuenta cabalmente de un tema, lleva a que se establezcan simplificaciones que reducen la realidad clínica y que buscan captar la atención, generar impacto.

Ej.: *“Existen dos tipos de violencia, la afectiva y predatoria”, y nótese esta otra enumeración sobre el mismo tema por parte de otro profesional: “Existen dos tipos de violencia, la violencia orgánica [...] y la violencia sociopática”.*

7. Mezcla de teorías y/o de nomenclaturas.

A veces uno lo ve en instituciones que promocionan tratamientos para diferentes cuadros y puede otorgarles la tolerancia de considerarlo parte del marketing (ver: <http://ar.infoanuncios.com/capital-federal/fobias>). Pero cuando un experto concibe ese cóctel de términos que incluyen mezclas

de teorías, nomenclaturas, nosografías, el resultado promueve la confusión.

Ej.: *“Encontramos un cuadro psicótico, una demencia, y la forma en que se manifestaba esa psicosis era delirante con caracteres reivindicativos”, “[...] sufren de mobbing en sus trabajos, un tipo de estrés que puede generar problemas de salud mental graves, como depresión, ansiedad o incluso somatizaciones, como dolor de cabeza o de estómago”, “Se constituye como una red social [...] cuya misión es la psicoeducación para la prevención y asistencia de los trastornos de ansiedad, estrés, fobia, pánico y depresión”.*

8. Falta de referencias.

Un error elemental para alguien que realiza una comunicación social es mencionar conclusiones de estudios o de investigaciones sin la debida referencia. Una cosa es decir que la prevalencia de la Esquizofrenia en la población general es del 1%, un dato bastante validado y establecido. Pero otra cosa es aseverar una información sin el apoyo suficiente. Y mucho peor aún si el dato es erróneo.

Ej.: *“El 50% de la población [argentina] toma psicofármacos.”, “Actualmente, el Prozac es el medicamento que más se vende en el mundo.”*

9. Una explicación para todo.

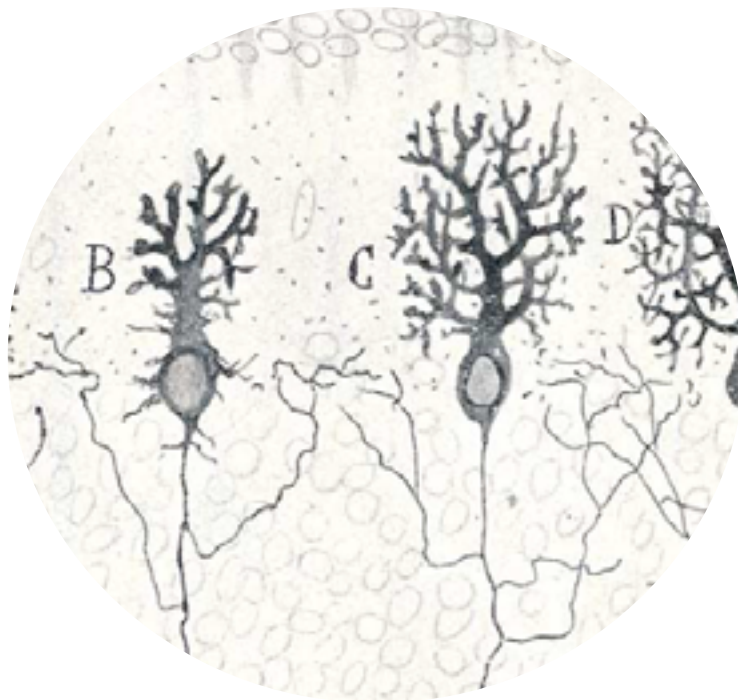
Otra cosa bastante clara en la salud mental es que la mayoría de las cosas no tienen una explicación científica clara, contundente o irrefutable. Si un profesional da la impresión de que para todo hay una explicación comprobada y consensuada mundialmente o si jamás formula una salvedad ni se excusa por no tener qué decir sobre algún tema, debería hacernos interponer nuestras reservas sobre lo que está diciendo.

10. Los saltos conclusivos.

Dejamos para el final un clásico. Se trata de esas frases rebuscadamente inteligentes, definiciones que pueden parecer slogans, que pretenden aclarar y concluir con un tema, diseñadas para producir un efecto, y que adolecen de una lógica, cuando menos, discutible.

Ej.: *“Una persona que abusa de su hija, en verdad tiene mucho temor a estar solo”, “El dopaje es la demostración de que hay una exigencia que va por arriba de lo que el sujeto puede rendir”, “Resiliencia es saltar hacia atrás, volver a saltar, rebotar”, “Muchas veces la gente se va de vacaciones con problemas pendientes, que no están resueltos y los dejan para cuando vuelvan. Al enfrentarse con todos esos problemas se genera una angustia”.*

Esperamos que esta acotada lista pueda servir para que la próxima vez que aparezca un profesional de la salud mental hablando por la radio, por la televisión o en una nota televisiva, contemos con elementos adicionales para saber si vale la pena tomar nota o conviene relativizar sus dichos, con una mueca de desconfianza.



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

SEMIOLÓGIA DEL AVISO



Seroquel XR[®]

Quetiapina 50/200/300/400 mg


Comprimidos de Liberación prolongada



1 toma diaria

1 vida para disfrutar

Presentaciones:
Seroquel XR ® 50-200-300-400;
Envases conteniendo 30 comprimidos recubiertos de liberación prolongada.

Bajo licencia de
AstraZeneca 

www.bago.com



Bagó
Ética al servicio de la salud

m 
mentalísima

SEMIOLOGÍA DEL AVISO

El marketing de la rehabilitación es siempre complicado porque en las fotos de los avisos se sobreactúa: gente que se ríe mucho, viste toda de blanco o hace un deporte extremo. Acá Astra Zeneca y Bagó se unen para llevarnos a una rehabilitación más realista: una primera cita en un cine. No sabemos cuál de los dos ha ingerido la única toma diaria necesaria (¿nos están queriendo decir que con el XR no tenemos que tomar la medicación en medio de la primera cita?).

Hipótesis 1: el medicado es el chico. Ella está viendo la pantalla y él está viendo a la cámara, que no representa la fuente de sus alucinaciones. Su sonrisa es una distonía.

Hipótesis 2: la medicada es la chica, que está mirando a Dios, mientras él mira a la cámara, que representa la sociedad (o su madre).

Slogan: “1 toma diaria/ 1 vida para disfrutar”. Más tomas diarias ¿serían más vidas?



PROGRAMA CIENTÍFICOS RENOVADOS

Luego de transitar por muchos congresos, uno se enfrenta a los programas científicos con la sensación de estar dentro de una obra de Kafka donde siempre se asiste al mismo evento. La poca creatividad de los expositores a la hora de titular sus charlas y el hecho de que no siempre hay algo diferente para decir funcionan como un opiáceo. En un aporte para cambiar esta dinámica, ofrecemos este dossier de Programas Científicos Renovados (PCR), pensados y construidos por el equipo de Mentalísima.

PROGRAMA CIENTÍFICO HONESTO

Estancamientos y retrocesos en el tratamiento farmacológico del Trastorno Borderline. Simposio de la Industria.

Más de lo mismo, pero diferente. Conferencia Central a cargo del Presidente de la WPA.

¿Decimos las mismas cosas que decía Kraepelin hace 100 años? Mesa Redonda.

Aportes de la terapia conductual al orden social. Mesa Redonda.

Aportes del psicoanálisis a la confusión general. Mesa Redonda.

Actualizaciones en refritos conceptuales. Taller.

De la Psicosis Maníaco Depresiva al Trastorno Bipolar: poco. Conferencia.

La utilización de paréntesis para (si)mular complejidad conceptual. Mesa Redonda.

Un caso de algo que me pasó a mí y que no sabía que le había pasado a miles antes que a mí, pero igual me parece bueno contarlo como si no existiera la práctica profesional antes que yo. Comunicación Científica.

Nuevos isómeros que encarecen el tratamiento sin mejorar la eficacia. Simposio de la industria.

Aportes marginales de una disciplina marginal en el límite entre la ciencia y el sentido común. Mesa Redonda.

PROGRAMA CIENTÍFICO FOCALIZADO

Esquizofrenia. Síntomas negativos. La medicación falla. Qué hacer. Mesa Redonda.

Tres cosas para hacer en un taller con pacientes anoréxicas. Taller.

Desvenlafaxina: ¿sirve? Simposio de la Industria.

Mindfulness. New Age, ¿y qué? Mesa Redonda.

Institución. Guerra de poder solapada. Dinero. Conferencia de la WPA.

Citas de Foucault. Power sin imágenes. Charla. Mesa Redonda.

Muchos gráficos. Velocidad vertiginosa. Conclusiones determinantes que fallan en la clínica. Conferencia Central.

Viñeta clínica. Empatía. Final feliz. Caricia al ego transitiva. Mesa Redonda.

PROGRAMA CIENTÍFICO CULTURA POPULAR STYLE

(Can't get no) Satisfaction: la histórica stone. Mesa Redonda.

De Skeletor al Principe Adams: Taller de control de los impulsos. Taller.

La agomelatina: ¿osito ewok o jedi? Simposio.

Aportes de la enseñanza del Dr. Spock en el tratamiento de la agorafobia. Mesa Redonda.

Síndrome de Vivir Todo el Tiempo Relacionando las Cosas Reales con los Simpsons (SVTTRCS). Comunicación Científica.

Trastorno de Estrés Postraumático: el caso Bruce Wayne. Mesa Redonda.

Porfirias: un anillo para gobernarlos a todos. Conferencia Central.

FIN DE MENTALÍSIMA

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

Gracias :

Robert Fitz Roy, por haber soportado a Darwin durante cinco años y sólo obtener una calle de Palermo como contrapartida.

Señal de auxilio, por ser como S.O.S.

Rappaport, Green y Page por bautizar a la serotonina en honor a una observación parcial (una sustancia en el suero que altera la tonicidad de la pared arterial). Nos gustan los nombres de sustancias que dan cuenta de su función.

Y especialmente a ustedes lectores, que han realizado un largo camino en la evolución.



9 FÁRMACOS RETIRADOS DEL
MERCADO POR “RIESGO DE
MUERTE”

1. **Ozogamicin** (anticuerpo monoclonal)
2. **Rosiglitazone** (hipoglucemiante)
3. **Aprotinin** (antifibrinolítico)
4. **Alatrofloxacin** (antibiótico)
5. **Temazepam** (benzodiazepina)
6. **Sorivudine** (antiviral)
7. **Temafloxacin** (antibiótico)
8. **Prenylamine** (bloqueante de Ca^{++})
9. **Ticrynafen** (diurético)

Acto de violencia y psicosis: el loco peligroso

Marcos Zurita

1. El cine como usina de sentido

Acto de Violencia en una Joven Periodista (Lamas, 1988) es una película de culto uruguaya filmada en los ochentas, que nunca pasó por los cines y fue directamente editada en video. Estuvo perdida hasta ser recuperada de forma casual por Pablo Stoll (director de *Whisky* y *25 watts*) y a partir de ahí circuló de boca en boca, de copia de DVD en copia de DVD y hoy se encuentra disponible en You Tube.

Es una obra que supone muchas lecturas. La fácil, es la de pensarla como un producto de baja calidad, *bizarro*, pero eso sería encerrarla en un corset estético. Su mejor valor es que su director, Manuel Lamas, intenta una obra total sobre la violencia. Arma un thriller psicológico (aunque más asertivamente debería decirse *psicopatológico*), y lo cruza con un registro documental (largos reportajes a personalidades de los medios y la cultura que hablan sobre la violencia en sus diferentes facetas). A eso le agrega algo de terror lovecraftiano y hasta una lectura política del regreso de los exiliados de la dictadura.

La película cuenta la historia de Blanca, “una periodista radial”, que se encuentra y enamora de Carlos, un exiliado que vuelve “del Canadá”. En el medio, Blanca se muestra compinche de una señora que tiene un hijo veinteañero (pero que parece de treinta) al que llama “Bebote” y con el que convive en una relación edípica más cerca de lo real que de la metáfora. Una de las escenas más alucinadas es la del diálogo en que la madre le dice a “Bebote” que se va con Antonio, su nuevo marido: “Él es un hombre de verdad, no un bebote como vos.

Es el único que me valora, tiene mucho dinero y paga por lo que soy”.

A partir de ahí, “Bebote” entra en un furor asesino detrás de Blanca a la que culpa de presentarle a la madre este competidor contra el que no puede pelear (“¡Blanca! Esa periodista radial... ¡te voy a matar! ¡A vos y todos tus amigos!” -le grita al Río de la Plata en una escena tensa). La trama se vuelve simple: mata a una amiga de Blanca, y luego va tras la pareja protagonista. Todo termina con el asesino quebrado emocionalmente y una llamada al hospital psiquiátrico (no interviene la policía) como algo natural, como si el diagnóstico fuera evidente. Blanca hace directamente la derivación.

En resumen, una persona que hasta ese momento no se había mostrado violenta, de golpe sale a matar gente como forma de resolver una crisis afectiva. Esta disrupción en el contrato social es rápidamente ubicada en la enfermedad psiquiátrica como *explicación* (acá bajo la forma no muy sutil de las referencias edípicas). El sujeto violento nunca tuvo chances de otra opción que el acto de violencia porque *estaba loco*. Queda reforzado el nexo causal “locura” > asesinato, como la única forma de procesar una crisis.

Entre los cientos de ejemplos que el cine tiene alrededor de esta trama, *Halloween* (Carpenter, 1978), el clásico del terror con asesinos seriales comienza con la fuga de Michael Myers del hospital psiquiátrico. Podría decirse que arranca donde termina *Acto de Violencia...*, en la ruptura de la herramienta que aísla al peligroso. La vuelta de tuerca interesante que hace Carpenter es la de poner la violencia real en medio de la violencia sublimada de una celebración que procesa lo violento a través del juego y el disfraz. La textura y la disrupción. La historia es más conocida. Michael Myers mató a una hermana siendo niño y escapa del hospital monovalente para asesinar a su otra hermana (ah, la simetría).

Sabemos que la realidad no es un guion de cine; este trabajo no intenta equiparar la realidad a la ficción, pero sí subrayar los lugares de intersección en cuanto que realidad y ficción son espacios que comparten estructura y sentido. La cultura popular ofrece significaciones a diferentes temas que angustian a las sociedades. Una de ellas es la de violencia y básicamente la aborda por dos líneas: la **banalización** (películas de acción donde se golpea o se mata sin consecuencias, donde los personajes agredidos son unidimensionales y no tienen rasgos identificatorios con el espectador pero sí con un otro malo – un ejemplo típico: los nazis-) o la **explicación apaciguante**, donde se encierra la violencia dentro de una explicación totalizadora que lubrica el funcionamiento social (la violencia se explica por la falta de cultura, por el consumo de alguna sustancia, por una creencia fundamentalista o por una enfermedad mental).

2. Datos

Ahora bien, más allá de las pantallas, ¿cuál es la relación entre los episodios violentos y los cuadros psiquiátricos? ¿Es la esquizofrenia el cuadro más violento?

Una búsqueda bibliográfica actualizada aporta datos al respecto.

Algunos estudios parten del preconcepto de la esquizofrenia como un cuadro involucrado en crímenes violentos. Un ejemplo de éstos (3) busca la información en los registros policiales y logra encontrar un aumento de riesgo de participar de un crimen violento por parte de los pacientes con esquizofrenia. La conclusión es osada: dice que la violencia es parte del cuadro clínico de la esquizofrenia. Un clásico trabajo sesgado, que deja de lado aspectos importantes para poder confirmar la hipótesis, porque una cosa es que en los registros policiales aparezcan algunos pacientes esquizofrénicos, que lleva a pensar en las circunstancias e implicación de estos sujetos

y otra hablar de la violencia como parte del cuadro clínico. La violencia registrada en los documentos policiales, quizás más que ninguna otra, es inseparable de un contexto y ese contexto no es analizado en el trabajo.

Partiendo de la misma relación entre violencia y esquizofrenia, otro trabajo (7) logra establecer que el riesgo era considerable cuando ocurría en asociación con abuso de sustancias. De hecho, equipara el riesgo a los pacientes que presentan el abuso de sustancias como base y tienen un episodio psicótico. La conclusión, mucho más mesurada que en el estudio anterior, focaliza en establecer estrategias preventivas en el abuso de sustancias para bajar los episodios de violencia en este tipo de pacientes.

Es interesante traer aquí otro trabajo que contextualiza la violencia en un ámbito de salud (1). Se incluyen 36 pacientes de entre 18 y 80 años con episodios de agresividad en un hospital general a los que se les realiza un diagnóstico según el DSM. Los síntomas y signos más frecuentes son agitación (66%), pensamiento desorganizado (47%) y delirios (38.8%). El 25% presentó ideas paranoicas y el 16 % presentó alucinaciones. (1)

Entre los diagnósticos, el Trastorno Bipolar (50%) fue el más común, siendo el trastorno esquizofrénico diagnosticado en sólo el 19% de los pacientes agresivos. Otros diagnósticos se distribuyeron entre cuadros psicóticos y esquizoafectivos.

Pero los datos más significativos a los fines de establecer si la violencia es inherente al cuadro psiquiátrico es que casi el 70% de los pacientes presentaban como comorbilidad el abuso de sustancias y el 20% algún tipo de trastorno de la personalidad.

Por otro lado, y siguiendo sí los parámetros del cine de terror, el 86% presentaban un episodio de violencia previo.

Otro estudio, más ambicioso (N=529), se plantea estudiar específicamente el riesgo de que pacientes esquizofrenicos puedan dañar a otros. (2)

El criterio de inclusión fue pacientes que por presentar riesgo de daño a otros fueron contenidos físicamente o aislados.

Los resultados arrojan que el diagnóstico más frecuente en estos pacientes manifiestamente violentos fue un *trastorno orgánico*, seguido de los *trastornos de personalidad del cluster B* (*antisocial, borderline, narcisista, histriónico*), *manía* y finalmente en última posición, el *trastorno esquizofrénico*.

3. La violencia inherente vs la violencia contextual

Los estudios se replican con más o menos pacientes, y con variaciones en el diagnóstico psiquiátrico de los pacientes violentos, pero se mantienen en su mayoría estas dos aristas que aparecen en los citados: los pacientes esquizofrénicos no son los más agresivos y factores comórbidos tienen una fuerte influencia en las crisis violentas.

El consumo de sustancias, probado en los estudios como factor de violencia, es mostrado en el cine de la mano de las películas de narcotráfico, pero, a diferencia de la facilidad con que se asocia un diagnóstico psicótico a la violencia, en los filmes de narcotráfico, la violencia se tiñe de otros factores más determinantes (la violencia como forma de territorialización, de dominio o control; aparece un carácter utilitario de la violencia, asociado de forma tangencial con el consumo de sustancias).

En donde cine y papers van más de la mano es cuando se filma la violencia fría del psicópata (La saga de *El silencio de los inocentes*, *Cabo de Miedo*, etc.). Ahí el link directo es la estructura psicopatológica gozosa de la angustia en el otro.

Las crisis maníacas, los estallidos emocionales de los trastornos de la personalidad, o las excitaciones psicomotrices de los trastornos orgánicos son relativamente más frecuentes que

las agresiones de la esquizofrenia. ¿Por qué es esto?

Podríamos pensar que la violencia necesita un facilitador afectivo para expresarse. En los cuadros esquizofrénicos donde imperan los síntomas negativos, éstos regularían la violencia. No se puede ser *psycho killer* si se tiene un aplanamiento afectivo.

Queda, luego de la búsqueda bibliográfica, una sensación de déficit en trabajos interdisciplinarios, que puedan dar cuenta también de las otras violencias (las del tratamiento, las sociales, institucionales, etc.) y cómo influyen sobre la que expresan los pacientes.

4. Tejido de significaciones

No está de más aclarar que se ha puesto al cine como ejemplo de usina de significaciones pero que no es la única. Los medios masivos de comunicación operan con igual dinámica y efectos más poderosos en la sociedad.

¿Cuál es esa dinámica? Básicamente una idea se establece luego de un movimiento más dialéctico que vertical. Esto es que no basta sólo con que alguien con delirio y alucinaciones salga a matar adolescentes en un camping para que se establezca que quien padece una esquizofrenia es peligroso. La idea de peligro está innata en el extranjero, en ese otro diferente que enciende las alarmas *paleoparanoicas* sobre el que se proyectan todos los temores del grupo y al que hay que excluir. Por eso funciona la trama. O dicho de otra forma, **por eso no funciona cualquier trama.**

Es necesario atrapar lo disruptivo dentro de la anormalidad. Aportar a la tranquilidad que da saber que si alguien sale a acuchillar gente es porque está loco, no porque la violencia es parte de la naturaleza, de “nosotros”. Ante cada crimen se busca el motivo, y ese motivo siempre tiene que estar asociado

con una explicación tranquilizadora. La psicosis fue una explicación (aún lo sigue siendo fuera y -lamentablemente- dentro de la burbuja de nuestra profesión), como lo es el consumo de sustancias (*Humo de Marihuana*, Demare, 1968, es un ejemplo perfecto de cómo se construye sentido en el cine, alrededor de las prácticas de los márgenes), la pobreza o el fanatismo político.

Es el carácter de alteridad lo que genera el efecto de alivio. La violencia aparece en el otro, no en “nuestra” sociedad. Y cuando es en nuestra sociedad es en el elemento que no encaja. Técnicamente no es parte de nosotros. Es parte de la psicosis. O de los efectos de las sustancias. O del lavado de cerebro ideológico.

5. Vuelta a la Salud Mental

¿Cómo modificar estas significaciones en pos de incluir a los pacientes en una dinámica de salud y no de rechazo es un problema complejo? Podría decirse que la nueva Ley de Salud Mental es un paso importante, pero su eficacia no es tan automática como se supondría, porque, como se dijo anteriormente, la dinámica es emergente y no vertical. No funciona dictaminar desde arriba que, a partir de ahora, a los pacientes psicóticos se les dice “usuarios” y se eliminan las etiquetas. La maquinaria sigue ahí y lo más probable es que metonímicamente, “usuario” termine cargando con la misma significación que esquizofrénico (o “loco”) lo hace hoy en día.

Como ejemplo de esta complejidad, el diario *Tiempo Argentino* (oficialista), tituló una noticia en la época de la aprobación de la nueva ley de la siguiente manera: “Un joven esquizofrénico y adicto al paco mató a su madre a mazazos”. En la bajada se aclara que “el acusado estuvo internado en el Borda”.

Una posible solución es focalizar en la salud (después de todo eso es lo que somos: agentes de salud). Utilizar los datos de los estudios pero también cuestionarlos, poder discriminar los sesgos y las múltiples significaciones que circulan en la cultura, los medios y la ciencia, no para ocupar una posición de superación que marca errores sino para tener la posibilidad de desarmar los obstáculos que aparecen en los dispositivos.

6. Epílogo

“Lo más difícil del mundo es administrar la violencia y administrar la justicia”, dice en *off* la voz de Blanca, la “periodista radial”, en la escena final de Acto de violencia... cuando tiene la posibilidad de apuñalar a “Bebote” pero decide tirar el cuchillo y llamar por teléfono al hospital psiquiátrico para que “envíen una ambulancia urgente”. The End.

Bibliografía

(1) Rosemary Nourse, RN, CCRC, Cynthia Reade, MS, RN, Jill Stoltzfus, PhD, and Vikrant Mittal, MD, FACHE. “Demographics, Clinical Characteristics, and Treatment of Aggressive Patients Admitted to the Acute Behavioral Unit of a Community General Hospital: A Prospective Observational Study”. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2014; 16(3)

(2) Edlinger M, Rauch AS, Kemmler G, Yalcin-Siedentopf N, Fleischhacker WW, Hofer A. “Risk of violence of inpatients with severe mental illness - Do patients with schizophrenia pose harm to others?”. *Psychiatry Res.* 2014 Nov 30;219(3):450-6

(3) Fleischman A, Werbeloff N, Yoffe R, Davidson M, Weiser M. “Schizophrenia and violent crime: a population-based study”. *Psychol Med.* 2014 Oct;44(14):3051-7

(4) Emil R. Pinta, M.D. "Community Treatment for Violence in Released Inmates With Schizophrenia" *Am J Psychiatry* 2014;171:796-797

(5) Meyer JM. "A rational approach to employing high plasma levels of antipsychotics for violence associated with schizophrenia: case vignettes". *CNS Spectr.* 2014 May 27:1-7

(6) Reagu S, Jones R, Kumari V, Taylor PJ."Angry affect and violence in the context of a psychotic illness: a systematic review and meta-analysis of the literature." *Schizophr Res.* 2013 May;146(1-3):46-5

(7) Witt K, van Dorn R, Fazel S."Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies". *PLoS One.* 2013;8(2) Sands N, Elsom S, Gerdtz M, Khaw D.J

(8) Dack C, Ross J, Papadopoulos C, Stewart D, Bowers L. "A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression." *Acta Psychiatr Scand.* 2013 Apr;127(4):255-68

(9) Clarke MC1, Kelleher I, Clancy M, Cannon M. "Predicting risk and the emergence of schizophrenia." *Psychiatr Clin North Am.* 2012 Sep;35(3):585-612

(10) Bragado-Jimenez MD1, Taylor PJ "Empathy, schizophrenia and violence: a systematic review." *Schizophr Res.* 2012 Oct;141(1):83-90

(11) Zizek, S. "Sobre la violencia, Seis reflexiones marginales". Paidos.2012

Finalmente la genética dio el veredicto: son las Esquizofrenias

Uncovering the Hidden Risk Architecture of the Schizophrenias: Confirmation in Three Independent Genome-Wide Association Studies

Arnedo J, Svrakic D, del Val C, Romero-Zaliz R, Hernández-Cuervo H, Molecular Genetics of Schizophrenia Consortium; Fanous A, Pato MT, Pato CN, de Erausquin GA, Cloninger CR, Zwir I.

El artículo ocupa el lugar más importante en la última edición del American Journal of Psychiatry, aunque sus resultados ya se conocían desde el año pasado, incluso en medios no especializados (http://www.clarin.com/sociedad/Cientificos-argentinos-identifican-formas-esquizofrenia_0_1214878609.html).

La investigación aborda el árido y desdeñoso tema de la genética en la esquizofrenia, pero la cercan de una manera novedosa y largamente esperada, para llegar a una conclusión fundamental: que la esquizofrenia es un grupo de trastornos heredables, con diversas presentaciones clínicas, causados por diferentes redes genotípicas.

100 años después del celeberrimo libro de Bleuler, las derivaciones de este artículo tienden a sustentarlo. Al respecto, uno de los editoriales del American Journal refuerza esta

idea (Schizophrenia or Schizophrenias? The Challenge of Genetic Parsing of a Complex Disorder, Jablensky A, Am J Psy: 172(2), pp. 105–107).

Someramente, el estudio es así:compararon 4.196 pacientes diagnosticados con esquizofrenia con 3.200 sujetos control. Lo interesante es que partieron no de una agrupación sintomática sino genética, identificando grupos de polimorfismos de nucleótido simple vinculados entre sí (los autores identificaron 42 clusters de polimorfismo que incrementan consistentemente el riesgo de esquizofrenia) y las redes de interacción entre estos grupos de genes. Una vez replicada en dos muestras independientes esta agrupación genética, se pasó a ver cómo se relacionaban con las presentaciones clínicas.

La idea, entonces, es que estas redes de interacción de grupos de genes suponen un riesgo extremadamente elevado de padecer la enfermedad. Así, por ejemplo, para el caso de pacientes con síntomas positivos (delirio y/o alucinaciones), un grupo determinado de alteraciones genéticas interactúan para producir un riesgo de esquizofrenia del 95%; de igual modo, este riesgo asciende al 100% cuando la sintomatología se trata de síntomas de desorganización

Más allá de la importancia potencial de estos hallazgos (repetamos: se determinaron agrupaciones sintomáticas en base a la genética), el artículo presenta otra curiosidad: la participación de científicos argentinos. Del mismo modo que el público se siente partícipe, embanderado y emocionado si llega al Oscar una película argentina o si el guionista de una película exitosa o el encargado del micrófono son argentinos, nos podemos alegrar de que estas investigaciones cuentan con la participación de 3 científicos argentinos. Uno de ellos es un conocido ya, el Dr. de Erasquin, pero el autor principal es un argentino de nombre poco argentino: Igor Zwir.

Lástima que a los créditos se lo llevan universidades extranjeras.

Trastornos de la Conducta Alimentaria y Enfermedades Autoinmunes

PLoS One. 2014 Aug 22;9(8):e104845. The increased risk for autoimmune diseases in patients with eating disorders. Raevuori A

Por Javier Fabrissin

Introducción. Resulta que MJG me comenta sobre el caso de un paciente a quien atiende, y que tuvo que ser internado en un Hospital General debido a hipokalemia, hiponatremia e hipoproteinemia. El diagnóstico que los médicos clínicos plantearon fue el de una enfermedad autoinmune debida al trastorno de la conducta alimentaria, concretamente, a la anorexia que el paciente (hombre) padeció. La inquietud que surgió fue si estaba bien ese diagnóstico o si se trataba de otro ejemplo más del empleo subrepticio de ese as bajo la manga que-todo-lo-explica que suele ser el antecedente de una patología psiquiátrica cuando o bien ya no se sabe qué hacer o pensar de un paciente enigmático o bien cuando el paciente provoca algún tipo de rechazo a los especialistas que lo atienden. Rápidamente fui tentado a contraponer esa otra carta de triunfo que solemos tener por ahí cerca los profesionales de la salud mental y que es esa crítica sobradora, canchera, que apunta a atribuirles a los médicos no psiquiatras un desconocimiento basal, una falta de delicadeza para comprender y escuchar al paciente, una superficialidad técnica, una despreocupación por los destinos de un paciente, especialmente si

éste tiene la mala costumbre de provocar algún tipo de inconveniente (diagnóstico, terapéutico, institucional). Pues bien, presto a lanzar una anatema hacia los médicos (un conjunto que me incluye, dicho sea de paso) que, en resumidas cuentas hubiera sido algo así como “no saben nada”, me detuve a escribir en pubmed estos dos términos: autoimmune disease AND eating disorders.

Y tuve una revelación. Claro, ahora me produce un poco de vergüenza admitirlo: no tenía idea. 436 resultados me revelaron una asociación que, así parece, está bastante establecida o, por lo menos, ampliamente documentada. Y si de documentos se trata, encima aparece un artículo publicado hace menos de un año en PLoS One (lo cual equivale a libre acceso y garantía de cierta seguridad). Sobre este trabajo vamos a hablar. <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0104845>

El riesgo incrementado de enfermedades autoinmunes en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. El título entraría dentro de aquella categoría que alguna vez, y en un sitio cercano, supimos denominar como “el título que lo dice todo”. La sinopsis del trabajo es esta: se incluyeron 2342 pacientes atendidos en el Hospital Central de la Universidad de Helsinki entre 1995 y 2010 debido a un trastorno de la conducta alimentaria y se evaluaron en ellos 30 enfermedades autoinmunes. Un 8,9% de los pacientes versus un 5,4% de los controles tuvieron el diagnóstico de una enfermedad autoinmune ($p < 0.001$), principalmente Diabetes tipo 1 y Enfermedad de Crohn.

Lo que resulta interesante para la teorización es que la mayor prevalencia de enfermedades autoinmunes en los pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria se dio tanto antes como después de que recibieran este diagnóstico.

La explicación: la flora intestinal.

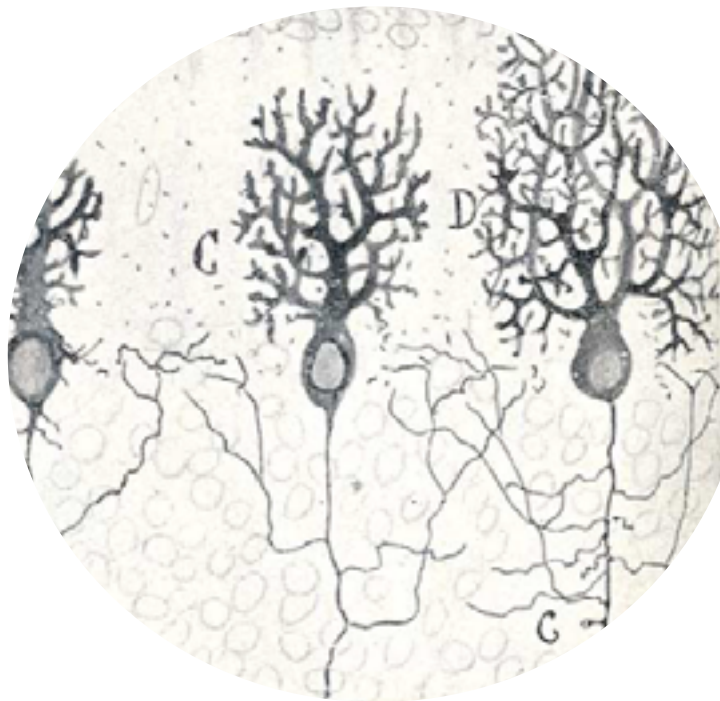
Los autores plantean que la asociación se da por mecanismos inmunológicos compartidos (citoquinas proinflamatorias, autoanticuerpos) entre ambos tipos de patologías que influyen en el eje hipotálamo-hipofisico-adrenal. Asientan esta hipótesis en estudios inmunológicos en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria en quienes se detectaron autoanticuerpos contra péptidos relacionados con la regulación del apetito, la respuesta al estrés y el funcionamiento social-emocional (alfa-MSH, ACTH, grelina, oxitocina, vasopresina).

Pero el salto insólito, y que a esta altura no debería sorprendernos ya (como nos sorprendimos el año pasado cuando comentábamos un trabajo sobre esta temática para Atlas) es que el principal sospechoso es la flora intestinal (fauna intestinal la supo llamar mi abuelo una vez). Básicamente, en los pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria, debido a las alteraciones en la ingesta, habría una alteración de la homeostasis microbiana, modificando la composición de la microflora. Citan un estudio en el que se vio que 11 nuevas especies bacterianas y 19 nuevas especies nunca antes aisladas del tubo digestivo del ser humano fueron identificadas en una muestra de materia fecal en un paciente con Anorexia (Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2013 Nov;32(11):1471-81. Culturomics identified 11 new bacterial species from a single anorexia nervosa stool sample. Pfeleiderer A et al.).

Una simple implicancia. Si la pregunta es para qué sirve todo esto, una rápida respuesta es, por ejemplo, que en pacientes con Enfermedad de Crohn y Anorexia, el tratamiento indicado para la primera, fármacos que inhiben el FNT alfa (no sé cómo poner la letra en sí) mejoró de paso la anorexia (Int J Eat Disord. 2013 Sep;46(6):639-41. A case of anorexia nervosa with comorbid Crohn's disease: beneficial effects of anti-TNF-alfa therapy? Solmi M et al.)

¿Los clínicos sabían? Con todo esto en mente, admitien-

do la existencia de ese vínculo entre los Trastornos de la conducta alimentaria y las enfermedades autoinmunes, link establecido, posiblemente, por vía de la flora intestinal, ¿se podrá concluir que los médicos clínicos que atendieron al paciente supieron tener en cuenta todo esto o nos contentaremos con seguir pensando lo que siempre pensamos?



Lo que viene (el eterno retorno)

Psicofármacos

Por Javier Fabrissin

ALKS 3831: es un antagonista de los receptores opioides μ sumado a la olanzapina (o sea: olanzapina + otro). Este fármaco pasó la Fase 2 y demostró que hace aumentar menos de peso que la olanzapina sola.

(<http://www.marketwatch.com/story/alkermes-announces-positive-results-of-phase-2-clinical-trial-of-alks-3831-in-schizophrenia-2015-01-07>)

NRX-1074: es un modulador del receptor NMDA, está en Fase 2 y mejora los síntomas depresivos en 24 horas...y posiblemente los devuelve a las 48hs.

<http://www.prnewswire.com/news-releases/naurexs-first-orally-active-molecule-nrx-1074-demonstrates-statistically-significant-improvement-in-depression-scores-within-24-hours-in-phase-2-study-for-major-depressive-disorder-300025943.html>

OPC-34712 o brexpiprazol: agonista parcial del receptor D2. ¿Nombre parecido y mecanismo de acción semejante al

aripiprazol? Sí, y del mismo laboratorio, podríamos agregar. Aunque falló en los ensayos de Fase II para el Trastorno por déficit de atención, ahora se lo está investigando como co-adyuvante de los antidepresivos en pacientes con depresión resistente. Ya pasó la Fase III.

ALKS-5461: es una combinación de buprenorphine (agonista parcial de los receptores opioides μ) y samidorphan (un antagonista opioide que bloquea el mismo receptor y que es el mismo compuesto que se le agrega a la olanzapina en el fármaco nombrado como ALKS 3381). Pasó la Fase III como fármaco co-adyuvante de los antidepresivos en pacientes con depresión resistente. (DATO: si alguno quisiera invertir en la bolsa, el laboratorio Alkermes es una buena opción, ya tiene dos o tres psicofármacos a punto de salir al mercado, uno de ellos es un aripiprazol intramuscular.)

Cariprazine: ya está ahí a punto de llegar a las farmacias, quizás antes en Argentina, gracias a la compra de la patente por parte de algún laboratorio nacional. Se trata de un agonista parcial de los receptores D3 y D2, especialmente del primero. Serviría para el tratamiento de pacientes con Esquizofrenia y con Trastorno Bipolar I (mania y mixto).

Raloxifeno: en realidad es un modulador selectivo del receptor estrogénico que se usa en el tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas, pero que se lo está intentando aprobar como adyuvante para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia y, puntualmente, para ver si mejora los síntomas negativos. (El ensayo específicamente dice: adyuvante de los síntomas negativos en mujeres post-menopáusicas con esquizofrenia.)

EVP-6124 o Enceniclina: se trata de un agonista del receptor alfa-7 nAChR y se esta probando si es eficaz en mejorar las habilidades cognitivas en pacientes con Esquizofrenia así como

en pacientes con Demencia. Está en Fase III y parece que viene bien también.

Ensayos Clínicos que están teniendo/tuvieron/tendrán lugar en Argentina

- 1 Intramuscular Depot Formulation of Aripiprazole as Maintenance Treatment in Patients With Schizophrenia. Completado.
- 2 Study to Measure Drug Satisfaction of Patients With Schizophrenia After Switching From Risperidone to Paliperidone. Completado
- 3 Intramuscular Depot Formulation of Aripiprazole as Maintenance Treatment in Patients With Schizophrenia. Completado.
- 4 Lurasidone HCl - A Long Term Safety Phase 3 Study of Patients With Clinically Stable Schizophrenia. Completado.
- C
- 5 A Study of RO4917838 in Patients With Persistent, Predominant Negative Symptoms of Schizophrenia (NN25310). Completado.
- 6 A Study of RO4917838 in Patients With Sub-optimally Controlled Symptoms of Schizophrenia (NN25307). Completado.
7. Efficacy and Safety of Ramelteon Sublingual as Adjunctive Therapy for Maintenance Treatment of Bipolar I Disorder in Adult Patients
- 8 Quetiapine Fumarate Bipolar Maintenance Monothera-

py

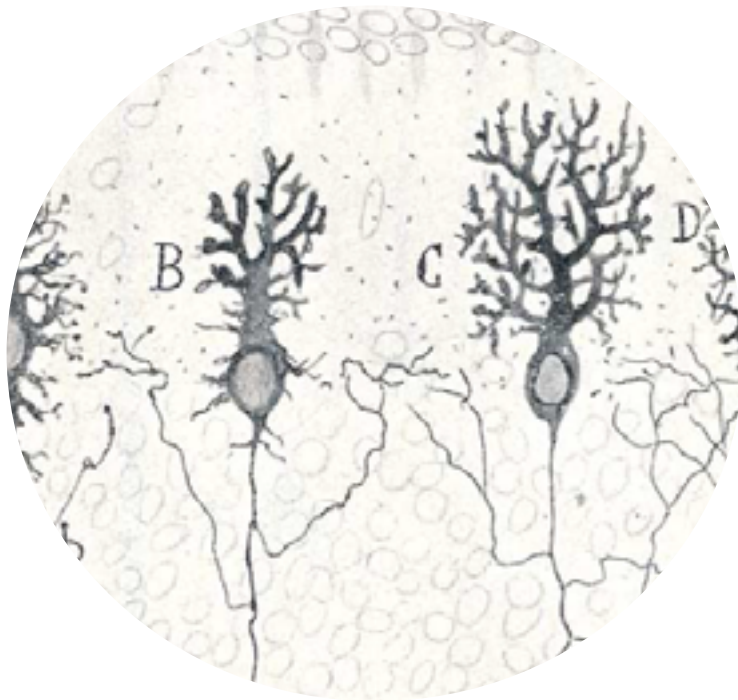
9 Study of Aripiprazole in the Treatment of Patients With Acute Symptoms of Bipolar Disorder

Reclutando:

Prevalence and Risk Factors in Unipolar Depression Patients Without Remission After One Antidepressant Trial

Study of EVP-6124 (Alpha-7 nAChR) as an Adjunctive Pro-Cognitive Treatment in Schizophrenia Subjects on Chronic Stable Atypical Antipsychotic Therapy

An Non-Interventional Study of Patients With Persistent Symptoms of Schizophrenia



Cierre

ATLAS 5 finaliza acá. Nos vemos el próximo número, que estará circulando cuando se inicie el invierno.

Las ilustraciones que separan los artículos son dibujos de Santiago Ramon y Cajal.

SUSCRIPCIÓN

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

Ediciones anteriores disponibles en :
autowahneditora.wordpress.com

