Nº70 ENERO 2022

Descripción

BUVIDAL
ACATISIA Y SUICIDIO
ALERTA DE SEGURIDAD BUPRENORFINA
SESGOS DE PUBLICACIÓN Y EFICACIA DE LOS ANTIDEPRESIVOS
MANEJO PREOPERATORIO DE LA MEDICACIÓN PSIQUIÁTRICA
DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA
HERRAMIENTA ONLINE PARA CAMBIAR DE ANTIPSICÓTICO
KETAMINA VS TEC EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN GRAVE
ANTIDEPRESIVOS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO
ANTIPSICÓTICOS DEPOT Y DISFUNCIÓN SEXUAL
EN TORNO AL CREDO NEOKRAPELINIANO

default watermark

BUVIDAL

Es el nuevo tratamiento disponible para la Dependencia de Opioides, Buprenorfina de Acción Prolongada de administración semanal o mensual: ficha técnica.

Su financiación se restringe a pacientes actualmente en tratamiento con buprenorfina / naloxona oral, que no estén adecuadamente estabilizados o que presenten problemas de adherencia al tratamiento. Tras el posicionamiento terapéutico, Osakidetza ha generado un formulario, disponibe en Osabide Global y denominado: *buprenorfina inyectable de liberación prolongada-CCF*. Para iniciar un tratamiento es preciso completarlo y acogerse a uno de los dos supuestos: bien paciente no adecuadamente estabilizado, bien problemas de adherencia al tratamiento con Suboxone.

default watermark

Al ser una medicación de Prescripción Hospitalaria ha requerido algunos ajustes en la forma en que se envía desde los hospitales a los Centros de Salud Mental con Programa de Metadona. Hay un apartado específico de la solicitud a farmacia hospitalaria, donde se detalla cómo iniciar un tratamiento, disponible en la intranet

Para iniciar un tratamiento por primera vez en un CSM es preciso contactar previamente con el Servicio de Farmacia correspondiente, para poder disponer de un stock inicial. Se aconseja la lectura detallada del apartado mencionado, donde se detalla todo el procedimiento de solicitud y recepción.

ACATISIA Y SUICIDIO

Revisión sistemática sobre la posible relación entre la acatisia inducida por medicación antipsicótica y la conducta suicida.

Neuropsychiatric Disease and Treatment

Dovepress
open access to scientific and medical research

Open Access Full Text Article

REVIEW

The Relationship Between Antipsychotic-Induced Akathisia and Suicidal Behaviour: A Systematic Review

Aunque la acatisia es un efecto clásico de la medicación antipsicótica, no es extraño que pase desapercibido, se banalice y/o se confunda con síntomas como la ansiedad y la inquietud asociada a muchos cuadros psiquiátricos y neurológicos. Posiblemente un ámbito donde especialmente este efecto adverso puede no ser identificado es el de la demencia tratada con antipsicóticos. Su identificación y abordaje adecuados es fundamental, dado el potencial grado de malestar y sufrimiento que ocasiona. ¿Tanto como para provocar ideación y conductas suicidas? Algunos estudios han señalado esta posibilidad, pero la evidencia al respecto procede de casos aislados o de series pequeñas de pacientes.

default watermark

Table 1 Summary of Case Studies Supporting Possible Association Between Antipsychotic-Induced Akathisia and Suicidal Behaviour

Study	Sample Size	Main Findings
Van Putten et al[11]	3	3 cases of suicidal ideation associated with akathisia caused by fluphenazine depot injection.
Shear et al[15]	2	2 cases of completed suicide associated with akathisia in male patients treated with depot fluphenazine
Drake and Ehrlich[12]	2	Impulsive suicide attempts associated with akathisia in a young man commenced on haloperidol and a young woman started on fluphenazine depot.
Shaw et al[10]	1	Suicidal and homicidal ideation associated with akathisia in a double blind neuroleptic cross over study – a patient was switched from experimental drug with low dopamine affinity to haloperidol.
Schulte[16]	5	2 cases of suicidal attempts and 3 cases of homicide as a result of akathisia, following administration of haloperidol for acute psychotic symptoms.
Azhar and Varma[14]	3	Three cases of emerging suicidal ideation and suicidal attempts attributed to akathisia by patients commenced on haloperidol.
Padder et al[9]	1	1 case of new onset suicidal ideation associated with akathisia in male patient treated with low dose of aripiprazole
Cheng et al[13]	1	Patient developed akathisia and attempted suicide shortly after being started on pipothiazine depot injection.

La revisión solo fue capaz de encontrar cuatro estudios que reunieran suficientes criterios de inclusión; y la escasa evidencia disponible no permite establecer una asociación clara entre la acatisia inducida por antipsicóticos y la ideación y conducta suicida. Esta conclusión no debiera conducir a minusvalorar la importancia de identificar y abordar este frecuente y extremadamente desazonante (por decirlo de alguna manera), efecto secundario.

ALERTA DE SEGURIDAD BUPRENORFINA

Lo recoge MedWatch, el programa de la FDA para el seguimiento de efectos adversos de medicamentos ya comercializados. En este caso, el aviso concierne a la buprenorfina y los problemas dentales derivados de su uso cuando se disuelven en la boca. Se ha descrito deterioro y pérdida de piezas dentales, infecciones y otros problemas similares. Se recomienda a los pacientes que, tras la disolución completa del medicamento en la boca, tomen un trago grande de agua, se enjuaguen suavemente alrededor de los dientes y las encías y, después, lo traguen. Y que esperen, al menos una hora, antes de lavarse los dientes.

Por cierto, publican también la información en español:

default watermark

ASESGOS DE PUBLICACIÓN Y EFICACIA DE LOS ANTIDEPRESIVOS

El artículo explora los sesgos derivados de la publicación selectiva de ensayos clínicos con antidepresivos y su influencia en la eficacia aparente encontrada. Compara además el efecto de este sesgo en los ensayos clínicos más antiguos con los más recientes.

Se parte de la base de la evidencia de que los sesgos de publicación de los ensayos clínicos con antidepresivos contribuyeron a “inflar” la eficacia aparente de los mismos: presentación como resultados positivos de resultados no concluyentes o negativos o simplemente no publicar los ensayos con resultados negativos.

PLOS MEDICINE

OPEN ACCESS PEER-REVIEWED

RESEARCH ARTICLE

Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy: Updated comparisons and meta-analyses of newer versus older trials

Erick H. Turner, Andrea Cipriani, Toshi A. Furukawa, Georgia Salanti, Ymkje Anna de Vries

Published: January 19, 2022 • https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003886

default watermark

Y esta práctica también parece que ha sido especialmente popular hace 15-20 años y que, aunque persiste en alguna medida, las cosas han mejorado en los últimos tiempos. Los autores revisan 30 ensayos clínicos de cuatro antidepresivos nuevos, la mitad de ellos con resultados positivos y la mitad negativos. De los 15 ensayos con resultados negativos, 6 no se publicaron y 2 fueron falsamente referidos como "positivos". Siete (un 47%) de los estudios con resultados negativos fueron publicados y referidos de manera transparente y veraz. Esto no parece muy impresionante si se trata de presumir de honradez, pero si lo comparamos con el escuálido 11% de resultados negativos publicados en periodos previos estudiados, supone una evidente mejora. Hay que decir que esta mejoría no se ha producido de manera espontánea, porque algunos hayan visto la luz y abrazado el *fair play* publicante, sino por la progresiva implantación de medidas y políticas correctivas como el registro obligatorio de todos los ensayos clínicos.

MANEJO PREOPERATORIO DE LA MEDICACIÓN PSIQUIÁTRICA

No es un tema del que dispongamos de mucha información ni, probablemente, criterios unificados, a pesar de ser una situación extraordinariamente común en la asistencia cotidiana. ¿Qué hacer con la medicación psiquiátrica antes de que un paciente se someta a una operación quirúrgica? Obviamente no hay una respuesta general, dependerá del propio tratamiento psiquiátrico, del tipo de patología psiquiátrica, de las características del paciente y del tipo de intervención, incluyendo si se trata de cirugía urgente, con poco margen de maniobra, o programada. Aquí nos proponen una suerte de guía de consenso al respecto que, en líneas generales, aconseja mantener el tratamiento en el periodo pre y post quirúrgico para evitar recaídas, con algunos ajustes en algunos casos. La guía cubre todos los grupos terapéuticos y analiza con cierta exhaustividad sus potenciales riesgos quirúrgicos e interacciones con anestésicos y con la analgesia perioperatoria.

MAYO CLINIC

THEMATIC REVIEW ON PERIOPERATIVE MEDICINE

Preoperative Management of Medications for Psychiatric Diseases: Society for Perioperative Assessment and Quality Improvement Consensus Statement

Check for updates

Adriana D. Oprea, MD; Maureen C. Keshock, MD, MHSA; Avital Y. O'Glasser, MD; Kenneth C. Cummings III, MD, MS; Angela F. Edwards, MD; Paula C. Zimbrean, MD; Richard D. Urman, MD, MBA; and Karen F. Mauck, MD, MSc

default watermark

DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

De reciente publicación, se trata de un informe de evaluación de tecnologías sanitarias realizado por OSTEBA en el que se revisa la evidencia científica disponible acerca del diagnóstico y tratamiento de este grupo de trastornos. Un grupo de trastornos, por cierto, que ha venido sufriendo diversos avatares en su categorización diagnóstica, partiendo de los trastornos generalizados del desarrollo que incluían en el DSM III-R cinco subtipos (Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett, trastorno autista, trastorno desintegrativo o síndrome de Heller y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado) a la situación actual consagrada en el DSM V de un espectro sin subtipos.

Esta opción implica un diagnóstico más inclusivo de fenotipos leves, algo que quizás explica el aparente incremento de casos. Hay que decir también que los TEA se han convertido en bandera de la guerra contra modelo médico de enfermedad, con el concepto de neurodiversidad (vs lo neurotípico) que entiende al autismo y su espectro como eso, una expresión de la diversidad humana y no una patología. No, no vamos a entrar en este jardín, al menos no ahora.

L
a mayor
parte de
los
medicamentos
psiquiátricos
carecen
de
indicación

en el tratamiento de los síntomas nucleares de los TEA, pero su uso para tratar síntomas específicos aislados es muy común; antipsicóticos en el caso de la conducta desafiante, ISRS en el caso de conductas repetitivas y obsesivas, melatonina para mejorar el sueño En todo caso, la evidencia es escasa y nunca debe considerarse una opción terapéutica aislada. Otros tratamientos propuestos, como intervenciones hormonales (secretina,

default watermark

oxitocina, testosterona), terapias quelantes, oxigenoterapia hiperbárica, fármacos antidemencia u otras y diversas opciones más o menos imaginativas, no han mostrado ni eficacia ni seguridad para el tratamiento de estos trastornos.

default watermark

HERRAMIENTA ONLINE PARA CAMBIAR DE ANTIPSICÓTICO

Creo que en algún momento ya la hemos reseñado aquí, esta es la última actualización, febrero de 2022 (v5). El invento trata de facilitar las decisiones a tomar cuando se está en proceso de cambiar de medicación antipsicótica a un paciente. La herramienta se basa en una revisión publicada en Australian Prescriber en 2019: Interrumpir y cambiar medicación antipsicótica. Aunque las medicaciones implicadas son las que están disponibles en Australia, una gran parte lo están también en nuestro entorno.

La última revisión incluye a la cariprazina (Reagila®).

default watermark

Su uso es muy sencillo; introduces en un campo el tipo de formulación, en otro el medicamento actual y, en el otro, el que quieres poner.

Y te devuelve esto:

Risperidone to olanzapine

Print

Formulation: oral to oral

default watermark

Direct switch and cross titration

If risperidone was prescribed in doses above 3 mg daily, the dose should be reduced to 50% on day 1 and then stopped at day 5.

Olanzapine should be started at night on day 1. For schizophrenia and related disorders, start at 5–10 mg/day, administered as a single daily dose. The dose may be adjusted based on individual clinical response and adverse effects.

For acute mania associated with bipolar disorder, the recommended starting dose is 10 or 15 mg once a day as monotherapy, or 10 mg once daily in combination with lithium or valproate. If indicated, dose adjustments should generally occur at intervals of not less than 24 hours and in increments or decrements of 5 mg daily.

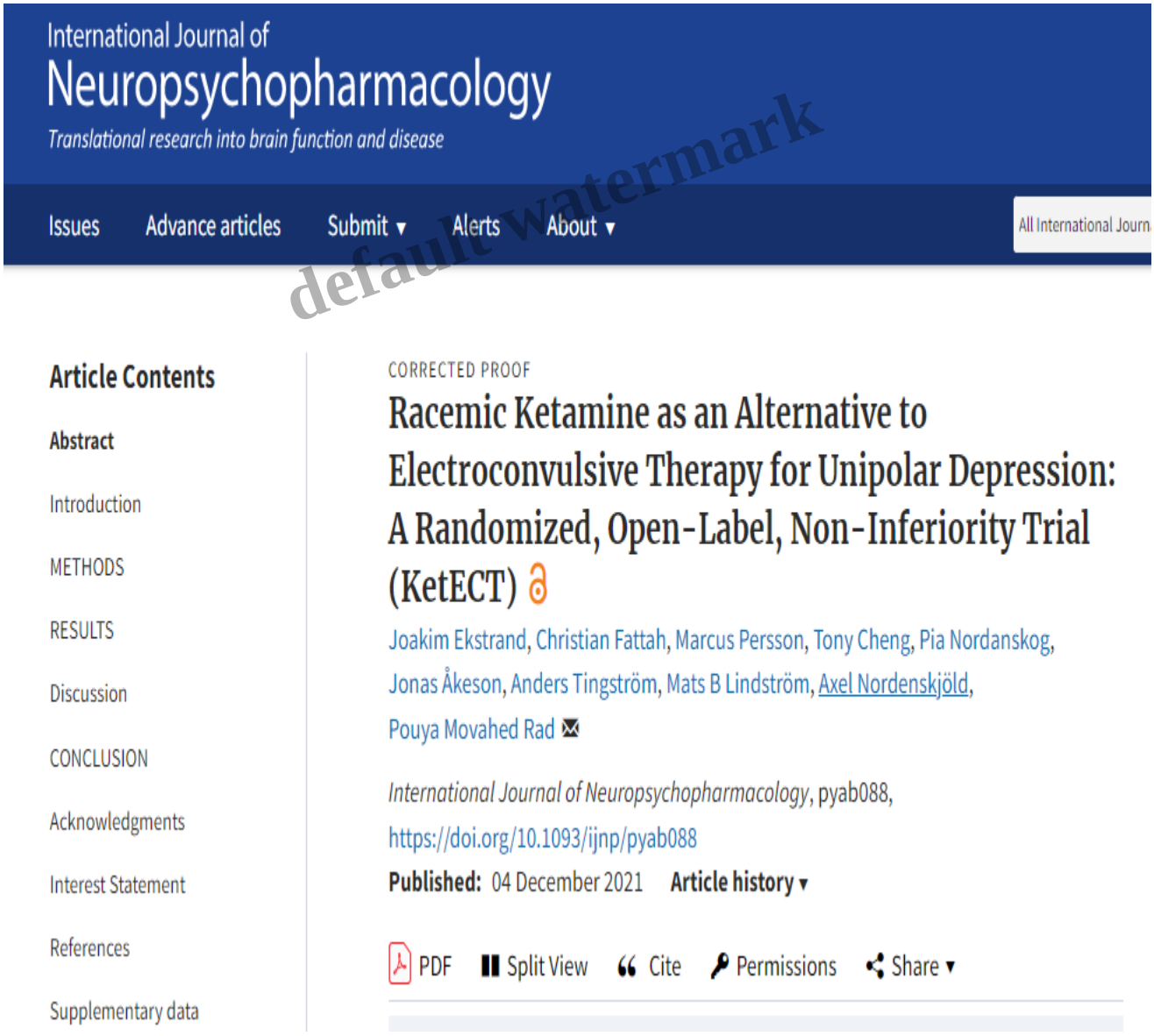
Olanzapine is likely to be more sedating and cause more weight gain.

A slower cross titration and higher treatment doses may be necessary in some high-risk patients, especially in community settings.

KETAMINA VS TEC EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN GRAVE

…y el ganador es….

Se trata de un ensayo publicado en *International Journal of Neuropsychopharmacology* en el que se comparan ambos tratamientos en pacientes hospitalizados con depresiones graves. Aunque ambas opciones se mostraron seguras y eficaces, la TEC obtuvo tasas superiores de remisión y menores tasas de recaída a los 12 meses que la ketamina. También decidieron abandonar el tratamiento un mayor número de pacientes en el grupo de la ketamina que en el de TEC. Los investigadores tampoco encontraron el efecto casi inmediato del tratamiento con ketamina, más bien un afecto acumulativo tras tratamientos repetidos, así como una menor respuesta por parte de los pacientes de más edad.



El estudio da ganador a la TEC frente a la ketamina, pero avala la utilidad, seguridad y eficacia de la ketamina en pacientes con depresión grave. Los resultados son relevantes, ya que no creemos que

existan muchos ensayos comparativos al respecto, al menos de este tamaño; 186 pacientes, 91 asignados al grupo TEC y 95 al grupo ketamina. El 63% de los pacientes asignados al grupo TEC alcanzaron la remisión clínica, un 46% en el caso de la ketamina.

ANTIDEPRESIVOS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

Una revisión del uso de antidepresivos en pacientes con Parkinson que realizaba y publicaba el grupo de trastornos del movimiento de la Asociación Madrileña de Neurología. La publicación tiene ya unos años (es de 2016), pero creemos que mantiene vigencia e interés.

ELSEVIER

NEUROLOGÍA

www.elsevier.es/neurologia

REVISIÓN

Antidepresivos en la enfermedad de Parkinson. Recomendaciones del grupo de trastornos del movimiento de la Asociación Madrileña de Neurología☆

E. Peña[a,*], M. Mata[b], L. López-Manzanares[c], M. Kurtis[d], M. Eimil[e], J.C. Martínez-Castrillo[f], I. Navas[g], I.J. Posada[h], C. Prieto[i], C. Ruíz-Huete[j], L. Vela[k] y B. Venegas[i], en nombre del grupo de trastornos del movimiento de la Asociación Madrileña de Neurología

default watermark

Sus conclusiones son relativamente vagas, algo no sorprendente si se tiene en cuenta la escasez de ensayos clínicos bien diseñados sobre este asunto; metaanálisis previos encontraron que los antidepresivos tricíclicos podrían ser los medicamentos antidepresivos más eficaces para tratar la depresión en pacientes con Parkinson, seguidos de los IRSN y dejando a la cola a los ISRS. Sin embargo, metaanálisis posteriores que incluían nuevos ensayos clínicos, concluían lo contrario, dando vencedores a los ISRS.

Tal y como señalan en su resumen, *según la evidencia científica, nortriptilina, venlafaxina, paroxetina o citalopram podrían ser utilizados en el tratamiento de la depresión en la enfermedad de Parkinson, aunque paroxetina y citalopram con resultados contradictorios. Sin embargo, en la práctica clínica, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina suelen ser los fármacos de primera elección. Por otro lado, aunque con menor evidencia, duloxetina podría ser una alternativa a venlafaxina y la asociación de venlafaxina con mirtazapina podría ser útil en casos refractarios. Además, podemos considerar el uso de citalopram para la ansiedad, atomoxetina para el tratamiento de la hipersomnia diurna, trazodona y mirtazapina para el tratamiento del insomnio y la psicosis, y bupropion para el tratamiento de la apatía. En general, los antidepresivos son fármacos bien tolerados en la EP. No obstante, es necesario considerar el efecto anticolinérgico de los tricíclicos, el efecto sobre la presión arterial de los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina, la capacidad de los antidepresivos para desarrollar síntomas extrapiramidales y tener precaución con la asociación de inhibidores de la monoaminooxidasa B.*

Si alguien conoce alguna revisión posterior que actualice esta información, que nos lo cuente.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO

Reciente revisión, también de Australian Prescriber, al respecto. Concluyen que, en el caso de la medicación para proporcionar nicotina alternativa a la del cigarrillo, la combinación de parches y vía oral es superior a los parches solo. Y que la vareniclina es el medicamento más efectivo y, en el caso de personas con enfermedad mental, seguro. Y que el “vapeo” de nicotina puede ser un tratamiento de segunda línea a considerar en personas que no han sido capaces de abandonar el hábito con otros métodos.

default watermark

En estos momentos la variniclina está desabastecida en nuestro mercado, al haberse interrumpido su distribución mientras se investiga la presencia de impurezas en sus presentaciones (nisotraminas). En ese contexto, la AEMPS recomienda que no se inicien nuevos tratamientos ya que no es posible garantizar su continuidad. Teniendo en cuenta que la nota informativa de la AEMPS es de julio de 2021 y que, a día de hoy, no hay fecha para que regrese al mercado, no hay más opción que

acogerse a otras alternativas, en este caso el bupropion.

En septiembre pasado, el comité de medicamentos de uso humano de la EMA concluyó su evaluación del asunto confirmando los niveles inaceptables de nitrosamina en los lotes de Champix® examinados, retirando en toda Europa las existencias en distribución. No sabemos si esta situación tendrá remedio en un futuro más o menos próximo, pero a día de hoy no parece que existan expectativas de una solución rápida que permita la vuelta de Champix® a las farmacias.

Drug	Effect size*	Quality of the evidence (grade)
Comparison to control or placebo		
Varenicline[9]	15%	High
Combination nicotine replacement therapy[9]	11%	High
Bupropion[9]	7%	High
Single nicotine replacement therapy[9]	6%	High
Comparison to nicotine replacement therapy		
Vaping nicotine[10]	3%	Moderate
Varenicline[11]	4.8%	Moderate

default watermark

* Effect size is the increase in the efficacy of the drug compared to the comparator

ANTIPSICÓTICOS DEPOT Y DISFUNCIÓN SEXUAL

Lo publican colegas de Valencia; aunque la relación entre el tratamiento con antipsicóticos y la disfunción sexual es bien conocida, la mayoría de los estudios al respecto usan muestras restrictivas en ocasiones poco representativas de los pacientes reales y sus vidas cotidianas. Por ejemplo, excluyendo pacientes que tomen más de un antipsicótico, que padezcan problemas de salud que también puedan provocar disfunción sexual, que consuman alcohol o que sean mujeres postmenopáusicas.

Original Article | Open Access

Sexual dysfunction in people treated with long-acting injectable antipsychotics in monotherapy or polypharmacy: a naturalistic study

Gema Martínez-Giner MD, Elisa Giménez-De Llano MD, Dolores Romero-Rubio RN, María José Abad-Pérez MHN, RN, Vanessa Sánchez-Martínez PhD, MHN, RN

Así que en este estudio exploran el asunto en 131 pacientes ambulatorios sin estos criterios de exclusión (90 varones, 41 mujeres) en tratamiento con medicaciones antipsicóticas. El 62% de los chicos y el 51% de las chicas refirió algún grado de disfunción sexual, la más frecuente en ambos sexos la disminución de la libido (45%). Más de la mitad de los pacientes mostraron elevaciones significativas de prolactina.

default watermark

Las dosis más elevadas de medicación antipsicótica, la hiperprolactinemia y el tabaquismo se asociaron con disfunción sexual en varones; en el caso de mujeres postmenopáusicas, la hiperprolactinemia y el tabaquismo.

EN TORNO AL CREDO NEOKRAEPELINIANO

Special Article | Free Access

Klerman's "credo" reconsidered: neo-Kraepelinianism, Spitzer's views, and what we can learn from the past

Jerome C. Wakefield

First published: 11 January 2022 | https://doi.org/10.1002/wps.20942

Allá por el año 1978, Gerald Klerman publicaba un ensayo, *The evolution of a Scientific Nosology,* en el que acuñó el término "neokraepeliniano": una serie de propuestas para el desarrollo de la psiquiatría como especialidad médica contenidas en el llamado Credo Neokraepeliniano. Esto casi suena a neoliberal, algo que por otro lado igual no es tan extraño, ya que las ideas contenidas en este

credo pueden ser vistas en muchos ámbitos como “conservadoras” como poco. Ese mismo año, otros ilustres como Guze publicaban una encendida defensa del principal argumento del credo: la psiquiatría es una rama de la medina. Y Spitzer y Endicott publican una propuesta de definiciones y criterios para el desarrollo de una nueva nosología psiquiátrica, algo que fructificará poco después en la edición del DSM III en 1980.

Los 9 mandamientos del credo convergen en una visión médica de la enfermedad mental, la idea de que las enfermedades mentales son entidades nosológicas reales, identificables, discretas, con raíces biológicas y con límites claros entre la normalidad y la enfermedad.

Table 1. The neo-Kraepelinian credo[15]

1.	**Psychiatry is a branch of medicine.**
2.	Psychiatry should utilize modem scientific methodologies and base its practice on scientific knowledge.
3.	Psychiatry treats people who are sick and who require treatment for mental illnesses.
4.	There is a boundary between the normal and the sick.
5.	There are discrete mental illnesses. Mental illnesses are not myths. There is not one but many mental illnesses. It is the task of scientific psychiatry, as of other medical specialties, to investigate the causes, diagnosis, and treatment of these mental illnesses.
6.	The focus of psychiatric physicians should be particularly on the biological aspects of mental illness.
7.	There should be an explicit and intentional concern with diagnosis and classification.
8.	Diagnostic criteria should be codified, and a legitimate and valued area of research should be to validate such criteria by various techniques. Further, departments of psychiatry in medical schools should teach these criteria and not depreciate them, as has been the case for many years.
9.	In research efforts directed at improving the reliability and validity of diagnosis and classification, statistical techniques should be utilized.

default watermark

En todo caso, tanto Klerman como Spitzer se distanciaban de una visión estrictamente biologicista que sí mantenían otros miembros de este, por llamarlo de alguna manera, movimiento (Winokur, Klein, Guze, Robins), todos ellos formados en el Dpto. de psiquiatría de la Universidad de Washington en St. Louis.

El movimiento neokraepeliniano nació, en alguna medida, como reacción a dos corrientes dispares, pero predominantes en esa época: los movimientos antipsiquiátricos por un lado y el psicoanálisis por otro.

El movimiento antipsiquiátrico argumentaba que la psiquiatría utilizaba categorías falsas espurias para justificar el uso de la autoridad médica con el objetivo de ejercer un control social sobre las conductas no aceptadas o normativas socialmente. Bueno, esto seguramente lo sigue pensando mucha gente de

determinado perfil ideológico o simplemente influenciada por la literatura, el cine y los estereotipos psiquiátricos más afianzados en la sociedad. Los conductistas, por su lado, en una improbable alianza con los antipsiquiátricos, defienden que las conductas alteradas derivan de procesos de aprendizaje en ambientes desviados por lo que, en realidad, las enfermedades mentales no son enfermedades, sino meras conductas desviadas o desaprobadas socialmente. Y los psiquiatras de la escuela biopsicosocial añaden aún más confusión al asunto cuando, al tratar de integrar múltiples perspectivas, terminan por diluir los límites entre enfermedad mental y el sufrimiento emocional derivado de situaciones normales de estrés en la vida. Y en este contexto, además, iban existiendo evidencias de la arbitrariedad y poca fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos (incluyendo las llamativas diferencias entre los EEUU y UK en el diagnóstico de la esquizofrenia).

Estas cosillas iban minando la credibilidad de la profesión y desanimando a los médicos a escoger psiquiatría como especialidad, con pocas ganas de ser vistos como los de Alguien Voló sobre el Nido del Cuco (aunque, todo hay que decirlo, ahí la mala malísima era la enfermera Ratched).

default watermark

Así que uno de los objetivos de los neokraepelinianos era el de rebatir los argumentos de los antipsiquiatras y legitimar el estatus médico de la psiquiatría, reivindicando la existencia real de las enfermedades mentales, en un caldo de cultivo protagonizado por los ideólogos de la antipsiquiatría como Foucault, Szasz, Scheff, Laing o Rosenhan.

En cuanto al psicoanálisis, su situación en aquellos años era el de fuerza dominante en casi todos los ámbitos de la psiquiatría americana; los psicoanalistas encabezaban la mayoría de los servicios de psiquiatría, de los departamentos universitarios, la formación de especialistas, la orientación teórica de los libros de texto. Y los psicoanalistas tendían a menospreciar el diagnóstico basado en la valoración de los síntomas y su relevancia tanto para su comprensión como para la elección del tratamiento. Spitzer, líder del grupo de trabajo que elaboró el DSM III, se puso

manos a la obra en la tarea de liberar a la psiquiatría de los pecados nosológicos del psicoanálisis, iniciando la desaparición de las neurosis como categoría diagnóstica, para rasgaduras varias de vestiduras.

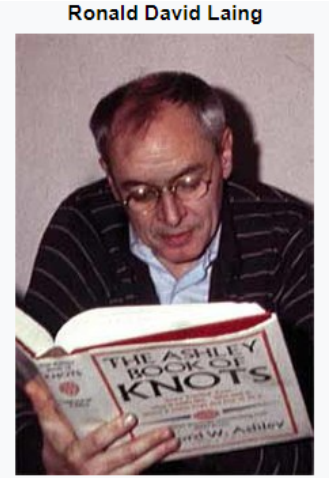
Una de las afirmaciones básicas del movimiento neokraepeliniano es el de que la psiquiatría es una rama de la medicina. Algo obvio desde un punto de vista organizativo, pero quizás no tanto para algunas corrientes más cuestionadoras del modelo médico y/o de que las enfermedades mentales son eso, enfermedades en un sentido estricto de la palabra. Aunque el término “modelo médico” puede tener también significados diversos, más allá de su uso actual casi como apelativo peyorativo aludiendo y equiparándolo a los modelos biológicos más reduccionistas. Un modelo basado en la asimetría y la autoridad médica, carente de sensibilidad social y deshumanizador en contraposición con los modelos más psicosociales. En todo caso, y más allá del modelo de abordaje, lo que subyace al asunto es si los trastornos psiquiátricos son, por decirlo de alguna manera, enfermedades médicas genuinas.

default watermark

El propio Klerman sugería que el modelo médico tiene tres componentes principales:

- El concepto de enfermedad
- El rol de enfermo, con sus prerrogativas y sus obligaciones
- El sistema sanitario, que es quien decide quién está enfermo y quien obtiene dicho rol

El modelo médico acogió a los enfermos mentales ya andando el siglo XIX, algo que en alguna medida los movimientos antipsiquiátricos trataban de revertir. Aunque dar a los trastornos mentales la entidad de enfermedades médicas no dependería en todo caso de poder asumir el rol de enfermo o de que el sistema sanitario y la sociedad lo decidiera, sino de la propia esencia de los trastornos mentales, es decir, si estos pueden considerarse enfermedades. Y esto resultaba y resulta difícil de argumentar siguiendo criterios estrictos. De hecho, ni figuras de la antipsiquiatría como Laing y Szasz defendían que la condición que llamamos esquizofrenia fuera un mito, sino que el mito era que la esquizofrenia fuera una enfermedad mental en un sentido médico.



Y es que la condición de enfermedad médica no requiere únicamente que origine sufrimiento o malestar; existen muchas condiciones que resultan dolorosas y no se consideran enfermedades. Ni siquiera el que requiera atención médica; el parto o la cirugía estética son ejemplos de atención médica de algo que no se considera enfermedad. Hacía falta algo más y Spitzer y Endicott defendieron que debiera poderse demostrar algún tipo de disfunción orgánica subyacente, algo estropeado en el funcionamiento normal del organismo. Y esa disfunción ha venido acompañando a la definición de los trastornos categorizados en el DSM desde el DSM III, incluyendo también a la CIE. Solo más tarde esa idea un tanto etérea de disfunción tomó un sentido evolucionista: un fallo en los mecanismos internos físicos o psicológicos para desarrollar las funciones naturales para las que fueron biológicamente diseñados (en realidad, seleccionados a través de la selección natural).

default watermark

El asunto no está ni mucho menos resuelto hoy en día y el rechazo al modelo biomédico sigue presente en determinados movimientos e ideologías: la neurodiversidad, con su rechazo a la consideración de enfermedad de condiciones como el autismo, que se consideraría una variante normal del funcionamiento cerebral o las distintas posiciones que discuten acerca de la misma existencia del TDAH (Trastorno por Déficit de Atención). Por un lado, los psiquiatras somos acusados de medicalizar aspectos de la vida o variantes del funcionamiento mental y conductual que no serían enfermedades, mientras a la vez se nos acusa de tener una visión biomédica reduccionista que deja de lado las necesidades de atención al bienestar emocional y a la salud mental (en un sentido amplio) de la población. Vivimos desde luego momentos en los que esta contradicción se hace más evidente, con la salud mental en boca de todos y la enfermedad mental en boca de nadie.

Lo cierto es que, a pesar de la inmensa tarea de investigación y publicaciones relativas a las bases biológicas de la enfermedad mental en los últimos 40 años, los avances hacia el descubrimiento de una etiología biológica de las enfermedades mentales más significativas (como la esquizofrenia) han

ido más que escasos, prácticamente nulos. Los esfuerzos en encontrar determinantes genéticos más o menos simples y directos han dado paso a una idea más basada en una influencia poligénica con muchos genes de escaso efecto implicados en el incremento del riesgo. ¿Es este un argumento para el pesimismo? Bueno, como señala el propio autor del artículo, la ciencia raramente avanza en línea recta y directa y la paciencia es una virtud esencial cuando se trata de abordar cuestiones tan complejas como la enfermedad mental.

default watermark

Aunque hoy parezca un asunto muy lejano, aquello tuvo un importante impacto en los tiernos cerebros y mentes de quienes, por aquel entonces, éramos muy jóvenes. Tanto como para protagonizar la letra de una canción de los Beautiful Brains y, de hecho, dar título a su primer álbum, Creo en Emil Kraepelin. La canción decía:

default watermark

Creo en
neurotransmisores,
sí, sean
péptidos o
aminas,

Sé que
están en
los
axones,
aunque no
los he
visto en mi
vida.

Son
testigos
que dan
testimonio
todos sus
metabolitos,

El hidroxi-
indol-
acético y
el
homovanílico.

Y en el
inconsciente,
en eso sí
que no
creo!!!!

Porque sí,
sí,
si—creo
en Emil
Kraepelin,

default watermark

Creo en Griesinger en Klerman y en Edgas Moniz…

RSMB2022

Todas las imágenes, vínculos a páginas y referencias utilizadas en este boletí

Categoría

1. Boletín

Fecha de creación
enero 2022
Autor
admin

default watermark