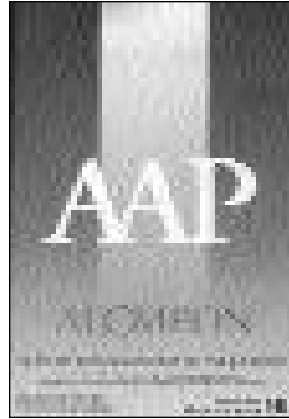


ALCMEON

Director: DR. ALBERTO J. MONCHABLON ESPINOZA
Editor: FUNDACIÓN ARGENTINA DE CLÍNICA
NEUROPSIQUIÁTRICA (FACN)
Dirección: AVDA. GAONA 1892 (1416) CAPITAL
FEDERAL, REPÚBLICA ARGENTINA
Números editados al año: 4



AÑO VII • VOLUMEN 4 • NÚMERO 4 • 1996

- La «esquizofrenia cenestésica»: un subtipo de esquizofrenia. Gerd Huber. Universidad de Bonn, Departamento de Enfermedades Mentales, W-5300 Bonn 1, Alemania.

Resumen

La esquizofrenia cenestésica como un subtipo del grupo de las esquizofrenias fue descrita por primera vez en 1957. Presentamos la historia, la definición, la sintomatología, los diferentes tipos de cenestesias y sus criterios clínicos y psicopatológicos, el diagnóstico y el diagnóstico diferencial, el curso a largo plazo y el resultado (*outcome*). Las cenestesias están íntimamente combinadas con algunos desórdenes de la percepción centro-vegetativa y cognitiva. Pueden observarse tres estadios de cenestesias y alteraciones emocionales, incluso las «crisis disestésicas» en el curso del desorden. De acuerdo con K. Schneider, en el 80% de los 50 casos originales el diagnóstico de «esquizofrenia» se basó en los síntomas de primero y segundo rango, y en un 20% sólo en síntomas de expresión. La edad promedio al comienzo de la enfermedad era de 31,4 años; la edad promedio en el momento del primer diagnóstico de «esquizofrenia» era de 38,4 años. Delineamos las relaciones con la «esquizofrenia latente» (E. Bleuler), los «síndromes de falla juvenil asténica» y otras formas abortivas de psicosis ideopáticas. En cuanto al resultado psicopatológico, después de un promedio de 20 años, se encontraron síndromes residuales puros leves en un 65%, remisiones completas en un 15% y psicosis esquizofrénicas crónicamente persistentes en sólo un 20%. El pronóstico a largo plazo es más favorable de lo que supuso el autor en 1957. El diagnóstico diferencial debe hacerse por lo general contra las neurosis y los desórdenes de la personalidad, las depresiones cenestésicas endógenas y algunas enfermedades del cerebro definibles somáticamente, entre otras las así llamadas «hipocondrias cerebroatróficas». Existe una disposición, en cuanto al sexo, a favor de los hombres, y en las depresiones cenestésicas a favor de las mujeres. Los indicios de hipótesis etiológicas conciernen al sistema límbico; así, hay analogías fenomenológicas y cenestopatias sintomáticas basadas en enfermedades cerebrales definibles del diencefalo, en correspondencia con hallazgos neurorradiológicos y de EEG respecto de esa área. Los síndromes cenestésicos responden en parte a la terapia psicofarmacológica. Son adecuados —aunque dependen del síndrome psicopatológico «tar-

get»— algunos neurotímolépticos, antidepresivos del tipo de la amitriptilina o desipramina (posiblemente también inhibidores 5-HT de la recaptación, como la fluvoxamina o la fluoxetina), neurotímolépticos como la tioridacina o neurolépticos muy potentes como el pimocid y la flufenacina, y posiblemente también psicofármacos recientemente desarrollados que actúan tanto sobre los síntomas positivos como sobre los síntomas básicos, por ejemplo la risperidona.

- Experiencia clínica con la moclobemida en el tratamiento antidepresivo en la tercera edad. Guillermo J. Tórtora, Daniel Vidal, Juan C. Badaracco, Liliana I. Florio, Diego G. Hardie, W. Mario Míguez, Carlos Camozzi. Avda. Gaona 1892 (1416) Capital Federal, Argentina.
- Mesa Redonda sobre bulimia y anorexia. Roberto Yunes, Juan Carlos Romi, Héctor Bertera. Gaona 1892 (1416) Capital Federal.
- Breves actualizaciones sindrómicas sobre demencia. María Silvia Manito (Campichuelo 425, 1ª «1», Capital Federal. Tel.: 981-7007), Héctor Eduardo Funnes.
- El test TRH-TSH en depresión endógena. Implicancias diagnósticas y terapéuticas. Andrea López Mato, Óscar Boulosa, Gabriela Segretin. Instituto de Psiquiatría Biológica Integral, Azcuénaga 1077, 3º «B», (1115) Buenos Aires, Telefax: 821-4363, 823-9347.

Resumen

Se estudiaron 34 pacientes depresivos endógenos subdivididos según el DSM-IV en depresión unipolar episodio único o recidivante, bipolar I y bipolar II. Luego de descartar patología sistémica se efectuó prueba de TRH/TSH con mediciones basal, a los 25 y a los 90 minutos. Se detectaron 33% de curvas de respuesta plana, que generalmente correspondieron al grupo de pacientes unipolares, y 33% de curvas con hiperrespuestas, correspondientes en su mayoría a pacientes bipolares. La titulación de anticuerpos antiperoxidasa en algunos de estos últimos reveló varios casos de hipotiroidismo subclínico. La presencia de curvas de respuesta tiroidea alteradas permite inferir la alteración neuroamínica presente en la depresión endógena.

- Estrés y perfiles de personalidad. Óscar E. Slipak. Avda. Gaona 1892 (1416) Capital Federal.
Resumen
Las reacciones de los distintos individuos frente a los diferentes estresores que los pueden afectar están en cierto modo condicionadas por sus perfiles de personalidad. No todos los organismos responderán del mismo modo, teniendo en cuenta que gran parte de las respuestas al estrés dependen de factores psicológicos, y sobre todo, no todos desarrollarán las mismas enfermedades de adaptación ante la persistencia de las condiciones de estrés. En el presente trabajo se analiza esa relación.

- El sistema CODE en la investigación psiquiátrica. Thomas A. Ban. Vanderbilt University, A-2215, Medical Centre North, Nashville, Tenn 37232 USA.

Palabras clave

Clasificación. Desorden depresivo. Nosología. Psicofarmacología.

Resumen

El sistema Composite Diagnostic Evaluation (CODE) es un método de evaluación polidiagnóstica con la capacidad de proveer diagnósticos simultáneamente en varios sistemas de clasificaciones diagnósticas. El desarrollo del sistema CODE fue disparado por el reconocimiento

de que una nosología psiquiátrica válida es un requisito previo esencial para la interpretación de las contribuciones surgidas de las neurociencias con posible relevancia para la enfermedad mental. En este trabajo se pasa revista a información significativa para el sistema CODE y se describe el CODE-DD, el prototipo CODE que se ocupa de los desórdenes depresivos unipolares.

- Breve reseña histórica de los tratamientos biológicos. Alberto Monchablon Espinoza. Gaona 1892 (1416), Buenos Aires, Argentina.

Palabras clave

Tratamientos biológicos. Psicofarmacología.

Resumen

La historia de los tratamientos biológicos es la idea que se fue teniendo sobre la enfermedad mental a lo largo de los siglos. Una sustancia que calme la angustia, la depresión, la culpa, el insomnio, la locura, el delirio, la alucinación, que frene la drogodependencia y la demencia: ésta es la incesante búsqueda.

AÑO VII • VOLUMEN 5 • NÚMERO 1 • 1996

- Psicogenia y psicopatogenia de la depresión. Carlos G. Pereyra. Posadas 1515, 7° «A» (1112) Capital Federal; Fax: 931-9622; E-mail: setis@cano.com.ar

Palabras clave

Depresión. Psicogénesis.

Resumen

Se sostiene que la Psicología permite la comprensión de los fenómenos psicopatológicos y viceversa. Se explica la psicopatogénesis de la depresión a partir de mecanismos psicológicos normales. Se explicita la psicogénesis y psicopatogénesis de la depresión normal, la depresión neurótica, la melancolía y la distimia depresiva.

- Internación domiciliaria de adolescentes consumidores de drogas. Edith Serfaty, Cándido Roldán, Patricia De Pedro, Gabriela Coffey, Carina Rega, Mariana Czapski, Marisa Federisi, Vanesa Arduino. Posadas 1515, 7° «A» (1112) Capital Federal, Argentina; Tel.: 804-9437; Fax: 931-9622; E-mail: setis@cano.com.ar

Palabras clave

Adolescencia. Drogas. Internación domiciliaria.

Resumen

Introducción: Las situaciones de crisis en la adolescencia suelen ser de gravedad pero de corta duración. La seriedad de la crisis estriba en que puede poner en riesgo la vida, producir lesiones por accidentes, etcétera.

Material y métodos: Un equipo interdisciplinario abordó la problemática del consumo de drogas en 24 adolescentes de ambos sexos, en el domicilio del joven y con un compromiso activo de la familia.

Resultados: La mayoría (85%) de los pacientes completaron el tratamiento. De acuerdo a la Impresión Clínica Global se observó una evolución favorable en el 50% de ellos, 5% sin cambios y 20% desfavorable.

Discusión: La internación domiciliaria es una alternativa de tratamiento en adolescentes que consumen drogas, de situaciones de crisis, que ofrece ventajas respecto a los tratamientos convencionales, en cuanto a la solución de los conflictos dentro de la familia, evitando la marginación social y la despersonalización.

- El valor pronóstico de la CIE-10. Daniel Roberto Martínez (Ferré 1618. (1824) Lanús, Pcia. de Buenos Aires). Klaus-Jürgen Neumärker.

Palabras clave

CIE-10. Psicosis cicloides. Esquizofrenias asistemáticas.

Resumen

Fueron evaluados 37 pacientes con diagnóstico de psicosis cicloide y esquizofrenia asistemática de acuerdo con la clasificación de Karl Leonhard y posteriormente clasificados según los criterios diagnósticos de la CIE-10. Se halló una alta concordancia en el diagnóstico de esquizofrenia como categoría mayor, mientras las psicosis cicloides y el trastorno psicótico agudo polimorfo alcanzaron bajos coeficientes de concordancia (k 0.33). Estos resultados arrojan dudas sobre el valor pronóstico de la CIE-10.

- Las psicosis cicloides: una propuesta terapéutica. Carlos R. Paz, Analía del Carmen Amarilla. Hospital «Braulio A. Moyano». Güemes 3097, 4° «29» (1425) Capital Federal, Argentina. Tel.: (01) 554-7601 y 824-4337.

Palabras clave

Psicosis cicloides. Síntomas motores. Fisiopatología. Terapéutica.

Resumen

A través de la observación de tres pacientes que padecieron cuadros de psicosis cicloides con sintomatología motora y de los tratamientos que recibieron en su historial, se elaboró una propuesta terapéutica para estas entidades, asimismo se plantean diagnósticos diferenciales y ciertas observaciones fisiopatológicas, que las imbrican con el círculo de la catatonía y la epilepsia. Ubicación nosográfica y una breve descripción clínica sirven para evitar confusiones diagnósticas, siendo tratados en este trabajo de carácter monográfico.

- Ética médica frente al paciente crítico. Francisco Maglio.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H). Claudio Michanie. Rep. Árabe Siria 3141, 3° «13» (1425) Buenos Aires 1425, Tel/fax: 801-1937.

Resumen

El objetivo de este trabajo es presentar una reseña breve y actualizada del déficit de atención con hiperactividad.

La misma abarca los siguientes aspectos: descripción de las características del trastorno, los factores causales, su curso y pronóstico, los trastornos psiquiátricos asociados (comorbilidad), y el tratamiento.

Los datos contenidos en el texto se encuentran referenciados, de modo que el lector que desee profundizar alguno de los puntos tratados pueda recurrir a la bibliografía utilizada.

- La patología cerebral según Karl Kleist. E.E. Krapf.
- La catatonía de Kahlbaum. La esquizofrenia y la revisión de la nosografía psiquiátrica (1ª parte). Henri Baruk. 5, Quai de la République. 94 Saint-Maurice, Francia.

AÑO VII • VOLUMEN 5 • NÚMERO 2 • 1996

- Alteraciones de la corteza orbitaria anterior en un sujeto con grave comportamiento anti-social. Isabel Benítez, Luis O. Montero, Jorge Mario Affanni. INEUCI - CONICET (Instituto de Neu-

rociencia), Facultad de Ciencias Exactas y Naturales UBA, Ciudad Universitaria. Pabellón II (1428), Capital Federal, República Argentina.

- Introducción a la Gerontoneuropsiquiatría. Comisión de Gerontoneuropsiquiatría de la Asociación Argentina de Psiquiatras.
- ¿Panic disorder o panic disorders? Luis I. Mariani. Gaona 1892 (1416) Capital Federal, Argentina.
Resumen
Desde su descripción original realizada por Donald Klein e introducida en la nomenclatura internacional en la tercera edición (1980) del DSM, el Panic Disorder ha sido objeto de numerosos estudios de investigación clínica, neurobiológica, epidemiológica, psicofarmacológica, etcétera.
El motivo del presente artículo es postular la existencia de dos subtipos clínicos de crisis de pánico (panic attack) para ser sometida dicha hipótesis a evaluación de la comunidad científica.
- Criterios para otorgar la libertad anticipada a prisioneros infectados por el HIV. Juan Carlos González Blanco (Jefe del Servicio de Infectología del Hospital «José T. Borda»), Adriana Portas, Guillermo Tórtora, Fabiana Larrauri, García Messina, Lilliana Florio.
- Trastorno por Déficit de la Atención. Un resumen actualizado. Héctor Roberto Biaggi. Cleveland Clinic Florida, 2950 West Cypress Creek Road, Fort Lauderdale, Florida, 33309, USA. Teléfono: 954 978 5254.
- El paciente psicótico. Su integración a la comunidad. Evaluación de las experiencias europeas y norteamericanas. Posible aplicación en la ciudad de Buenos Aires. Cristina Volmer, (Directora Asistente del Hospital Borda, 12. Corilla 375, Capital). Adriana Portas, Guillermo Tórtora.
- Personalidad y epilepsia. La predisposición a los ataques convulsivos. Mario Manuel Wolfenson, Lia Podgaitz. Serrano 669 (1414) Capital Federal.
- Evaluación objetiva de la personalidad: obtención de normas regionales para el inventario multifásico de la personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2). María Elena Brenlla. Ramón L. Falcón 1654, Capital Federal, Tel.: 633-3535.

Resumen

Este trabajo informa acerca de los resultados obtenidos a partir de la administración del MMPI-2 a muestras de población general (MPG) y de pacientes psiquiátricos (MPP). El MMPI-2 es una técnica psicométrica destinada a evaluar aspectos de la personalidad, compuesta por 567 ítems agrupados en 10 escalas básicas, 15 escalas de contenido y 18 escalas suplementarias.

Se suministrarán datos acerca de las diferencias encontradas según sexo en MPG y MPP respecto de las escalas básicas, de contenido y suplementarias. También las diferencias observadas entre la MPG de nuestro medio en comparación con la MPG de otros países (EE.UU. y Chile).

Se reportarán las diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras respecto de las escalas básicas, tanto para las de validez (L, F y K) como de las escalas clínicas (Hs, D,

Hy, Dp, Pa, Pt, Sc y Si), así como en las escalas de contenido y suplementarias. No así para la escala Mf, en la que los valores promedio no indican diferencias sustanciales.

Se proveerán datos de ambas muestras en los que se observa una covariación significativa según sexo (femenino) para las escalas D (Depresión), Hy (Histeria) y Hs (Hipocondriasis).

Por último se mostrarán las diferencias halladas en pacientes con diagnóstico previo de esquizofrenia de la MPP, discriminados según predominio de sintomatología positiva y negativa.

- Los niveles de la vida emocional y la estructura de los estados depresivos. Kurt Schneider.
- La genética molecular y la clasificación de Leonhard: un llamado a la colaboración. George Kirov. Genetics Section, Institute of Psychiatry, Londres SE5 8AF.

AÑO VII • VOLUMEN 5 • NÚMERO 3 • 1996

- Fecha de nacimiento y riesgo de esquizofrenia. Revisión de trabajos previos e investigación propia sobre más de 330 pacientes. Gustavo Vázquez (Francisco de Vittoria 2324, PB, Capital Federal, Tel. 803-7400). Marcelo Cetkovich-Bakmas, Jorge Ciprian Ollivier.

Resumen

Existen diversas teorías sobre la etiopatogenia de la esquizofrenia, algunas de ellas basadas en factores genéticos, ambientales (por ejemplo, stress), disfunciones moleculares y alteraciones en el desarrollo y en la migración neuronal.

Una interesante hipótesis sostiene la influencia de un agente neuropatógeno de tipo viral durante el desarrollo fetal. Esta noxa ambiental dañaría en primer término la migración neuronal programada, y luego, en un segundo momento, podría alterar la correcta expresión genética de diferentes productos neuronales (por ejemplo, enzimas involucradas en el metabolismo de los compuestos metilados). La exposición al virus de la influenza hacia el quinto mes de la gestación implicaría la asociación con un mayor riesgo de padecer esquizofrenia en la edad adulta.

En este trabajo presentamos una revisión bibliográfica de los artículos previos más destacados sobre el tema, para luego realizar un análisis sobre más de 330 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según los criterios del DSM-III-R. Nuestros resultados apoyan la hipótesis de que la estación de nacimiento estaría asociada con un mayor riesgo de padecer esquizofrenia.

- Diagnóstico y clasificación de los trastornos afectivos según Hagop S. Akiskal. Una aproximación al pensamiento de este autor. Dr. Tito Antonio Rosan. Avda. Gaona 1892 (1416) Capital Federal, República Argentina.

Resumen

El presente trabajo tiene por objeto presentar los aspectos más relevantes del pensamiento de Hagop S. Akiskal sobre el diagnóstico y la clasificación de los trastornos afectivos. Si bien la bibliografía consultada ha sido variada, el material que constituye el grueso de este artículo fue tomado del análisis de la publicación intitulada «Diagnosis and classification of Affective Disorders: new insights from clinical and laboratory approaches», *Psychiatric Developments*, 2, 123-160, 1983.

Entendemos que la idea central o nuclear del pensamiento de Akiskal alrededor de la cual articula la mayor parte de su argumentación para intentar organizar una clasificación de los trastornos afectivos, es la siguiente: «La utilización conjunta de marcadores clínicos y de los marcadores biológicos emergentes puede ayudar, en gran medida, a dilucidar las dudas que se plantean en el diagnóstico diferencial».

Afirma este autor que la no supresión —respuesta anormal— del cortisol plasmático en el «Test de Supresión con Dexametasona» (DST) y el acortamiento del período de latencia REM en el «Test de Latencia REM» (RLT), son los dos hallazgos biológicos más coherentemente replicados en la enfermedad depresiva. Hace referencia, también, a la utilidad complementaria de la respuesta en la prueba TRH-TSH y a la excreción urinaria de 3-metoxi-4-hidroxi-feniletíl-glicor (MHPG).

Concluye, además, que «las diferencias entre subtipos afectivos son tanto categóricas como dimensionales», y propone a partir de ello una clasificación de los trastornos afectivos.

- El estrés laboral. Dr. Oscar E. Slipak. Médico psiquiatra (UBA) y docente adscrito de la UBA.

Palabras clave

Medicina laboral. Control total de calidad. Estrés laboral. Estrés social.

Resumen

Sólo en años recientes la sociedad ha comenzado a prestar atención a la importante influencia que tiene el estrés en la salud pública y el impacto económico que ejerce en la producción y en el desenvolvimiento de los diversos sectores. Pero a partir de esa toma de conciencia se han realizado estudios y propuesto estrategias para mitigar la impronta que representa (y las pérdidas económicas que conlleva) eso que muchas veces se confundía con pereza, desgano, falta de voluntad. Conceptos como el de control total de calidad en la empresa, equipos integrales de producción, ambiente laboral sano, etcétera, son hoy habituales en la jerga de empresarios y ejecutivos, no sólo por una mayor conciencia de responsabilidad social, sino también por un avanzado concepto de rentabilidad económica. En el presente trabajo se pasa revista a teorías y estrategias desarrolladas para contemplar el impacto del estrés en el campo laboral y empresario.

- Prosiguen las investigaciones acerca del HIV y el SIDA. Lic. Laura E. Billiet. Uriarte 2268, 7° «A» (1425), Capital Federal. Tel.: 774-2456. Golf Medical Center, Blanco Encalada 197, 1° Piso, Of. 75 (1642) San Isidro. Tel. 735-2280/2306.

Palabras clave

Inmunodeficiencia orgánica. Indigencia afectiva.

Resumen

Trabajamos con seres humanos. Algunos ya sufren en forma evidente de menor o mayor grado de inmunodeficiencia. Con otros, por biografías y estilo de vida, intentamos hacer *prevención*. En ambos casos partimos de la base de que todo ser humano es una unidad. De manera que al investigar un particular trastorno «orgánico», éste nos ilumina la «específica crisis afectiva» que aqueja al paciente, sin conciencia de su parte. Y viceversa, lo anterior contribuye a vislumbrar en dramas biográficos específicos la menor o mayor evidencia de trastornos en el órgano o sistema que mejor los representa. Es indudable que cada especialista, metodológica y simultáneamente, percibe según su ángulo de trabajo. De modo que para comprender los trastornos afectivos de personas con menor o mayor baja de defensas, es imprescindible estar actualizado acerca del funcionamiento normal del sistema inmunitario, de la fisiopatología comprometida en la inmunodeficiencia adquirida. Porque según nuestra «información» nos posicionaremos de una u otra manera ante el padecimiento vital de nuestros pacientes. Como también interpretaremos la crisis afectiva que atraviesa. Así, a partir de anteriores publicaciones, en esta oportunidad resumiré otros aportes del exterior, para concluir sintetizando las específicas dramáticas afectivas que son simultáneas en personas «indigentes».

- Sante de Sanctis y la demencia precocísima. Dr. Darío Raúl Rojas, Dr. Mariano Outes, Dr. Alberto Cositore. Gaona 1892 (1416) Capital Federal.

- Terapia electroconvulsiva: modelo eléctrico-teórico y experimental. R.M. Carimali, C.W. Brian, N.A. Estévez. Laboratorio de Neurofisiología, Servicio de Investigación, Hospital Municipal «Dr. José T. Borda».
- La enfermedad psíquica de Vincent van Gogh. Werner Konrad Strik. Psychiatrische Klinik Universität Würzburg, Fuchsleinstrasse 15 (97080) Würzburg Alemania. Tel.: 0931-203-330; Fax: 0931-203-425; E-mail: wstrik@rabo.uni-wuerzburg.de.

Resumen

La enfermedad de Vincent van Gogh ha sido objeto de numerosas especulaciones. Se propusieron explicaciones tan diversas como porfiria aguda intermitente, epilepsia y esquizofrenia. Sin embargo, muchas de las hipótesis diagnósticas se basan en una consideración parcial o incompleta de la biografía y de las indicaciones sobre las vivencias subjetivas tomadas de las cartas de Van Gogh a su hermano. Karl Leonhard mostró en un análisis de la biografía que tanto el curso como la sintomatología aguda tenían relación con el diagnóstico de la psicosis de angustia-felicidad descrita por él. En el presente trabajo presentamos la valoración diagnóstica de Leonhard y la discutimos en base a investigaciones propias. Para ese fin examinamos las cartas, la obra y la biografía de Van Gogh en busca de informaciones que negarían una psicosis cicloide. Presentamos el curso y la sintomatología de la enfermedad de una manera en lo posible comprensiva y sistemática y apuntada por los textos correspondientes. Los diagnósticos más importantes propuestos en la bibliografía son discutidos críticamente. En base a las investigaciones se demuestra que la historia de la vida y de la enfermedad que se nos ha transmitido no sólo se relaciona con la propuesta de Leonhard de una psicosis cicloide, sino que sólo con ese diagnóstico se logra comprender todos los síntomas y características del curso en un síndrome típico de esa enfermedad.

- El pensamiento paranoide. Dr. Hugo R. Marietán. Uruguay 292 (1015) Capital Federal, Tel.: 254-2261.