

Implementing National Screening for Gluten Sensitivity in Psychiatric Diagnoses Recent studies have established a direct link between gluten sensitivity and neuropsychiatric disorders, with symp...

Por otras vías ,que no sea administrándole ningún neurolépticos.

No estoy convencido de que la sensibilidad al gluten cause o esté relacionada con problemas de salud mental. Pero, en cualquier caso, los médicos que trabajan en el campo de la salud mental deben ayudar a los pacientes que desean reducir o suspender la medicación.

Aunque no he realizado una revisión crítica sobre el tema, creo que no hay suficiente conocimiento para desarrollar una política concreta sobre este tema, más bien si para realizar investigaciones que determinen que política seguir. Mas allá de eso, evaluar el estado nutricional, metabólico, las sensibilidades,... al inicio de cualquier trastorno poco definido (como soon los problemas neuropsiquiátricos) ME PARECE LO MÁS PRUDENTE, y estaría bien que desde atención primaria se estableciera esta forma de trabajo, y lo conociéramos los psiquiatras para antes de lanzarnos a diagnosticar a alguien con lo que eso supone, nos preocuparemos de este cuidado No tengo una opinión formada, desconocía por completo el asunto

The biggest challenge is the lack of knowledge among many psychiatrists about the actual effectiveness of psychotropic medications. Psychotropic drugs are, of course, regarded as the gold standard.

Se debería tomar la decisión conjunta con la persona afectada sobre la metodología a utilizar, basándose en evidencia científica.

The challenge is the idiosyncratic effects on an individual with long term prescribing

Dr. Bonnie-Jean Brown

Seguimiento continuado desde la unidad de salud mental y coordinación intensa con atención primaria (equipo de su centro de salud). Necesidad de aumentar la inversión y recursos humanos en salud mental.

Se debería abordar desde la verdad, reconocer el desconocimiento sobre la enfermedad basa, la que generó tanto malestar. A partir de esta posición, se propondría al paciente un cambio de su tratamiento hacía una mejor recuperación, lo que implicaría su papel en esta transición. A partir de un cambio de dieta que posibilitaría una eliminación de medicamentos y sus posibles efectos secundarios. El principal desafío mantener buenos hábitos, ya que a nivel "practico" la pastilla es un aliado de los recursos psiquiátricos. Una buena alimentación, no es algo fácil de adquirir, tampoco de proponer a los catering una dieta más rica en nutrientes.

La clave para implementar este cambio de manera efectiva es una planificación cuidadosa, comunicación abierta con el paciente y un seguimiento riguroso. Involucrar al paciente en el proceso de decisión es fundamental para asegurar que se sienta cómodo con las modificaciones y se adhiera a la nueva estrategia de tratamiento.

Considero que la mejor forma de introducir una deprescripción es con un ingreso hospitalario donde con calma se pueda adaptar el tratamiento a uno dietético según la sensibilidad al gluten del paciente

Lo primero es explicarle al paciente en que consiste la clínica explicando la importancia de tratamientos más conservadores y a largo plazo ( como las medidas higienico dieteticas) y explicando también los riesgos y secundarismos de tomar neurolépticos a largo plazo.

Por lo que conozco, hay evidencias aún débiles sobre esta relación. Evidentemente son necesarios más estudios antes de implementar estas decisiones diagnósticas o previas al tratamiento.

Desconocía que "como parte de una política nacional, se -haya- propuesto la detección obligatoria de sensibilidad al gluten en pacientes psiquiátricos antes de prescribir neurolépticos". En mi conocimiento, esto no tiene base científica en el momento actual.

No posibilidad de derivar directamente de psiquiatría a servicios de diagnóstico y tratamiento de personas con sospecha de sensibilidad o celiaquía. Valoración previa de Primaria. No disponibilidad de programar con dietistas o nutricionistas. No posibilidad de coordinación ágil y directa para realizar deprescripción

Tengo mis serias dudas respecto a esta asociación en la mayoría de los casos. De todas formas, en los casos en los que se considere como hipótesis relevante creo que el papel del paciente ha de ser fundamental y en todo caso ha de tener el papel principal en sus decisiones sobre el tratamiento. Me cuesta pensar en posibles desafíos más allá de la asunción del propio modelo teórico. Psicoeducación siempre con un enfoque de género, interdisciplinar e intercultural.

Habría que informar al paciente de tales vínculos, determinar mediante pruebas si existe sensibilidad al gluten y desarrollar una estrategia conjunta con el paciente para realizar cambios dietéticos y reducir la medicación tanto como fuera posible (hecho que es recomendable en todos los casos, independientemente de la existencia de tales sensibilidades, pues a largo plazo el tto con neurolépticos a largo plazo es contraproducente).

Para poder responder adecuadamente esta pregunta se necesitaría saber el motivo por el que se prescribió el tratamiento, con qué finalidad y si está claro que es la sensibilidad al gluten lo que generó dicha dificultad. En todo caso, la deprescripción debe realizarse gradualmente, con supervisión y de acuerdo con el paciente, como en cualquier caso.

Inicio educando al paciente sobre la causa de los síntomas y las diferentes posibilidades del tratamiento. Haciéndoselo entender con un lenguaje sencillo y claro. Recalcando la importancia de la dieta en su caso y trabajando desde la alimentación antes de modificar el tratamiento. Haciendo modificaciones al ritmo que el paciente las tolere e integre.

Información desde un marco psicoeducativo que incluya lo ocurrido en el pasado, la nueva información sobre implicaciones de la dieta, efectos secundarios en los dos escenarios. Las dificultades estarían en la falta de formación al respecto de los profesionales tanto en los nuevos estudios como en la necesidad de consensuar y explicar las distintas opciones a los pacientes

Valorar riesgo-beneficio

Primero que se tengan en cuenta estas cuestiones tan específicas, y supongo que una correcta información por parte del médico al paciente y valorar conjuntamente la mejor opción y por supuesto que el paciente decida frente a la información facilitada. Pape

Ante esta situación, intentar un cambio de tratamiento de neurolepticos a una intervención dietética, cuanto antes, hacer un seguimiento continuo y observar la evolución del paciente.

It would depend on the organisation involved and whether they are willing to embrace this.

Esencial que el paciente cuente con toda la información necesaria y requerida en cuanto al tratamiento con neurolepticos. El desafío es adaptar esta información a las necesidades y niveles socioculturales, de lo contrario, no valoro ético comenzar el tratamiento.

In our service we have a eating behavior disorders department stongly related to the psychiatric and dual diagnosis areas

The most common challenge, as I expect, might be compliance with the new strategy and loss of trust. Regular counseling, providing information in a transparent manner, and discussing the quality of life changes could be helpful.

I was unaware of the link between gluten sensitivity and neuropsychiatric disorder.

As with any dietary intervention, the patient should be helped to establish the new diet, and once this is well established for a period of time ranging from a few weeks to a few months, they can and

should gradually decrease the dopamine blockers, the pace set by how long they have been on them, and other factors, such as the severity of the symptoms for which the meds were prescribed and the their side effects.

En primer lugar no tengo información ni formación de la relación entre la celiaquía y síntomas neuropsiquiátricos. Por lo que exponer una desprescripción de un tratamiento neuroléptico que esté funcionando se me hace difícil. En el caso de tener la certeza que un tratamiento alimentario es suficiente para recuperar la funcionalidad, estado psíquico y físico de un paciente, se expondría que debe modificar su alimentación para poder retirar tanto el neuroléptico como la clínica que presenta. Pero se deben tener presentes otros factores como la red social, el relacional familiar, la funcionalidad personal... así como qué equipo profesional se tiene para ser capaces de actuar de forma cercana y activa, incluso a domicilio, y no sólo la actuación teórica de la consulta, que probablemente será muy insuficiente en muchos casos. Este cambio en la práctica clínica es muy complicado de aplicar e instaurar, pues el sistema sigue siendo muy hospitalocéntrico, biomédico/psicofarmacológico, escasamente comunitario y muy centrado en los síntomas, por lo que el escaso tiempo de escucha y diálogo médico-paciente, no creo se lleve a cabo. Pero con formación, ciencia y dedicación, se puede conseguir cualquier cosa. Eso sí, no creo que la sensibilidad al gluten sea el único factor desencadenante de clínica neuropsiquiátrica.

Primero informar de lo sucedido, dar el tiempo necesario al paciente para entender informarse y después elaborar conjuntamente un plan de desprescripción para poder ir cambiando la mirada del tto. Desafíos, desconfianza que puede surgir, inseguridades..

Don't know enough about this

A stepped approach, supported by behavioural change intervention and family/peer input

Transmitiendo la información de manera accesible, comprobando que la persona comprende la magnitud de la situación. Importante pedir disculpas por el tiempo de tratamiento con neurolépticos. Uno de los desafíos es el relacionado con la falta de autocritica por parte de las personas que trabajan en el sistema de atención a la salud mental.

Preguntas de riesgo CV y potencial síndrome metabólico por prescripción de neuroleptico (CQUIN Tool UK CQC)

No solo sería la detección obligatoria de la sensibilidad al gluten, sino el fortalecimiento de otras intervenciones no farmacológicas como programas de prevención de aparición de patología psiquiatria y promoción de la salud, estilos de vida mas saludables lo que implicaría una menor carga de enfermedad. Y para una prevención secundaria, asegurar un adecuado seguimiento no farmacológico por recursos comunitarios como programa de psicoterapia individual, grupal para fortalecer la toma de decisiones del paciente sobre el empoderamiento en su propio tratamiento tanto farmacológico, como no farmacológico y la implicación del régimen dietario

Conventional psychiatrists and many clinical psychologists resist deprescribing. Virtually all patients have been indoctrinated to think in ways based on Western cultural roots. Even those who want to stop or not take psychiatric drugs think in conventional ways. One of the first major challenges is to teach them through practical training.

Desconozco la relación del gluten con los estos trastornos. La desprescripción la realizaría en el marco de TDC.

La primera cuestión la toma de conciencia clara y efectiva de la institución y del profesional. Mal puede llegar a comprender y aceptar el paciente algo que no lo tiene claro y plenamente aceptado el profesional y la institución en la que trabaja. Luego la familia del paciente y el paciente, ayudarles a comprender lo que ha sucedido, para lograr que vuelvan a confiar en el médico, en la institución y en su tratamiento. Como desarrollar confianza en alguien que, por su problemática tiene en general, poca confianza? No es un problema fácil, ya que tiene que ver con cuestiones, no

solo intelectuales, sino sobre todo emocionales y que muy posiblemente se trata de cuestiones estructurales del paciente y de la vida familiar del mismo.

Preguntar más acerca de sensibilidad al gluten y buscar fármacos que especifiquen que no tienen gluten. No renunciaría a un fármaco si se encuentra alguno que no tenga gluten. Deberían buscarse alternativas para disminuir la sintomatología. Poco a poco.

Debe implantarse la deprescripción como primera opción terapéutica en todos los casos. Involucrar mecanismos biológicos, como la intolerancia al gluten, me parece fuera de lugar pues ahonda en la causalidad biológica de los trastornos y en la falsa creencia de la efectividad causal de los psicofármacos.

I believe titration has to align with gradual dietary changes. This can help monitor improvement, lack thereof, or worsening of symptoms. Moreover, this may be harder to implement as dietary science may not be included in psych field training. Nevertheless, patient compliance, in my opinion, should be a lot easier with these changes as opposed to new medication. Showing them the studies should help too.

In all cases of mental trauma, CCHR recommends a full, searching, clinical examination with appropriate lab tests, by a non-psychiatric health care professional, to determine if there are undiagnosed or untreated medical conditions that can cause mental trauma. There are hundreds of such possible conditions; see for example:

[https://www.cchrstl.org/documents/Medical\\_Causes\\_of\\_Psychiatric\\_Illness.pdf](https://www.cchrstl.org/documents/Medical_Causes_of_Psychiatric_Illness.pdf)  
NS/NC

Sería una buena noticia en cuanto a que probando a realizar un dieta sin gluten se puede retirar parte del tratamiento, le explicaría que habría que probarlo unos 2-4 meses y reevaluar, si solo con la medida dietética mejora.

First, they should inform patients about this research and offer them to test for gluten-sensitivity. Second, they should then discuss the results and the process -- and challenges -- of coming off medication. One key challenge would be if patients have come to rely on the medication and might be scared to try to live without them. Here a trial period could be proposed. Also, there might be legal challenges, such that the legal status of the patient might have to be addressed first.

Consentimiento informado y búsqueda de otro fármaco o deprescripción

Creo que es complicado que una persona que ha recibido tratamiento con neurolépticos y sobre todo que ha sido diagnóstica de un problema de salud mental quiera por si misma dejar de tomar dicha medicación y hacer la transición hacia un tratamiento dietético, ya que se ha estado potenciando a las personas psiquiatrizadas a una etiqueta que les va a costar quitarse y transitar hacia una dieta específica. La ley del "tengo esto" con lo cual "necesito medicación" puede ser difícil de quitar sin una psicoeducación adecuada sobre el problema de salud mental.

primero explicarle bien al paciente la evidencia y conflictos existentes. en segundo lugar, establecer un plan terapéutico con el paciente teniendo en cuenta sus valores, sus capacidades de comprensión, su contexto. en último lugar, realizando el plan con una mayor intensidad y atención en el seguimeinto (probablemente más numero de visitas o más seguimeinto con enfermería).

1. Desarrollo de protocolos de cribado para determinar el grado en que la persona está preparada para la transición que incluyan el consentimiento informado y los modelos centrados en la persona; valoración integrada en comités de bioética para determinar conflictos entres los principios de autonomía y beneficencia; 2. Los desafíos comienzan por desarrollar la primera generación de personas "deprescritas" y valorar resultados. Por otro lado hay que desarrollar formación para potenciales beneficiarios contando con expertos en primera persona, así como familias y profesionales de la salud mental.

Que es Deprescripcion?? No existe esa palabra en el diccionario Por otra parte tras un tratamiento neuroléptico s medio largo plazo , la alteración metabólica es tan bestia que una intolerancia al gluten es algo nimio. Hay que revisar todo el metabolismo del paciente y más la prolactina  
Scientific health communication and how it is perceived and received

Considero que se deberían compartir los últimos hallazgos en estas investigaciones así como los efectos de la medicación neuroléptica con la persona afectada planteando también posibilidades de discontinuación de la medicación a la vez que se establecen acuerdos para afianzar la responsabilidad sobre la alimentación y las tareas que esto implica. Se podría fomentar una visión compleja y multifactorial en el abordaje en salud y la salud mental, ya que por ejemplo la calidad y modalidad de la alimentación depende de factores como creencias, costumbres, influencias culturales, gustos personales, asociaciones emocionales que deberían tenerse en cuenta para plantear opciones de abordaje, especialmente para poder retirar la medicación sin producir una desestabilización en la persona.

Aunque la posible etiología del cuadro psicótico se pudiera deber a la intolerancia al gluten mencionada, la retirada de la medicación antipsicótica debería hacerse con prudencia, valorando, mediante la toma de decisiones compartida, los pros y contras de tal retirada. No olvidemos que no necesariamente el régimen dietético tendría que implicar una reversión de la sintomatología psicótica, ni siquiera la seguridad de que esta no pudiera reaparecer aunque el gluten no estuviera presente en la dieta habitual.

Inicio de tratamiento dietético y, según evolución evaluar posibilidad de deprescripción. Como desafío, el cumplimiento de dieta y saber en qué casos esto facilita la presencia de síntomas.  
Uso de tratamientos sin gluten

- Se le explica al paciente los estudios recientes que hablan sobre la relación dietética con trastornos neuropsiquiátricos. Se le proporciona acceso a tales fuentes de información si así lo considera. - Después de introducir la base académica, se le pregunta si está interesado en hacer un estudio sobre su salud intestinal y su sensibilidad al gluten. Exponiendo que ese proceso puede fomentar a una mejora de su tratamiento farmacológico, uno que se adecúe mejor a su realidad somática. - Es importante informar, que un cambio en el tratamiento farmacológico es una transición no exenta de incomodidades, pero los beneficios a corto y largo plazo de una adecuación del tratamiento a su estado fisiológico es muy importante. Exponer que la ciencia de la salud avanza y evoluciona, y a medida que se descubren nuevos paradigmas es propicio que nos adaptemos a ellos. - Enfatizar que nos tendrá de soporte y que estaremos atentos a su evolución. - Es necesario establecer un plan de actuación compartido, contar con la visión y opinión del paciente sobre el proceso planteado y proporcionar un espacio donde poder resolver dudas (antes, durante y después). El paciente debe ser participe de la decisión y debe aportar su opinión durante el proceso. Deberíamos ser capaces de adaptarnos a sus necesidades en cada momento. Principales desafíos: - Tiempo que podemos dedicar a cada paciente. Disponibilidad. - Herramientas formativas (para el profesional y adaptadas para el usuario). - Capacidad comunicativa profesional-atendido. - Gestión interna, coordinación entre profesionales.

Creo que en el caso de demostrarse esta casuística se debería hacer un ejercicio de responsabilidad colectiva del sistema de salud e informar a la persona del error, haciéndola partícipe desde el momento en que se la informe del proceso de toma de decisiones, siempre restando a criterio de la persona si continuar o no con el tratamiento si las pruebas [de sensibilidad al gluten] evidencian o refrendan que lo necesita. Y si no lo necesita ofrecerle alternativa de 'untapping' en la manera en que el facultativo considere.

Considero que habría que tener en cuenta el peso clínico de cada variable (la expresión de los síntomas es el resultado de la interacción de múltiples factores de riesgo y de protección). Si no hay otras variables que expliquen la clínica, podría considerarse la dieta inicialmente (tanto en pacientes estabilizados como no estabilizados) para luego hacer una desprescripción con seguimiento estrecho para detectar tanto mejorías significativas como posibles recaídas.

sería necesario romper la inercia actual e invitar a un dialogo que comprometa al paciente en su proceso