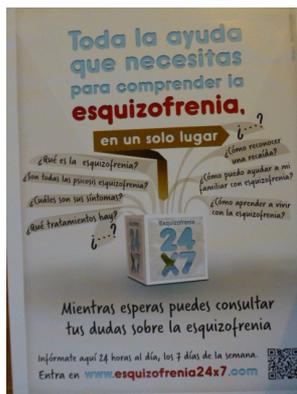


ACERCA DEL SITIO WEB www.esquizofrenia24x7.com Y EL FOLLETO “AFRONTANDO LA ESQUIZOFRENIA”

Mikel Valverde, Psicólogo Clínico, Unidad de Agudos Sección A, Complejo Hospitalario, Pamplona.
José A. Inchauspe, Psiquiatra, Director CSM San Juan, Pamplona.
Diciembre 2013

La farmacéutica Janssen lanza el sitio Web www.esquizofrenia24x7.com como portal de contenidos respecto a la esquizofrenia dirigido al público en general, pacientes, amigos y familiares. Entre otros contenidos, puede descargarse del sitio Web un folleto titulado *Afrontando la esquizofrenia. Guía para pacientes y familiares*,⁽¹⁾ cuya publicación patrocina la farmacéutica. Sus visitantes médicos proponen en los servicios de salud mental públicos la distribución del folleto y la exhibición de carteles y fichas que presentan el sitio Web como “*toda la ayuda que necesitas para comprender la esquizofrenia*” (Figura 1).

Paralelamente se utiliza el sitio Web como soporte para la campaña de sensibilización “*Acaba con tus prejuicios sobre la enfermedad mental*” (Figura 2).¹ Los tres carteles de esta campaña remiten en su espacio central a dicha página Web y a FEAFES,^{II} desde donde se envía a dicha página, para obtener información sobre la enfermedad.



Se trata de una iniciativa justificada porque “*Mejorar el conocimiento sobre la enfermedad puede facilitar la recuperación y reintegración de las personas afectadas*”, ya que “*no toda la información sobre la esquizofrenia que se encuentra disponible en Internet es fidedigna ni está contrastada*”.⁽²⁾

Figura 1. Cartel de promoción de la página Web

Se analizará el contenido del folleto, del cartel y del sitio Web, y se valorará la naturaleza de la información incluida.

^I Campaña “desarrollada bajo el aval de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, las Sociedades Médicas de Psiquiatría (Sociedad Española de Psiquiatría, Sociedad Española de Psiquiatría Biológica y Asociación Española de Neuropsiquiatría), la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) y el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), con la colaboración de Janssen”
<http://www.fepsm.org/noticias/detalles/73/nueva-campana-de-sensibilizacion-contra-los-prejuicios-de-la-enfermedad-mental> (Publicado el 3/12/2013. Consultado el 18/12/2013)

“A través de tres imágenes, se pretende combatir tres de los estereotipos más extendidos sobre las personas con problemas de salud mental”. Cada uno con un cartel gráfico diferente: “Prejuicio #12. Son personas impredecibles”, “Prejuicio #23. Son personas poco sociables” y “Prejuicio #52. No pueden trabajar”.

^{II} FEAFES es la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, y agrupa a numerosas asociaciones provinciales.

1.- AFRONTANDO LA ESQUIZOFRENIA GUIA PARA PACIENTES Y FAMILIARES, Dra. Marina Díaz Marsá.^{III}

El contenido del folleto^{IV} (avalado por AMAFE^V y la Sociedad de Psiquiatría de Madrid:^{VI}

a.- Presenta como demostrado en la esquizofrenia el “componente genético” ; el desequilibrio químico cerebral “principalmente (...) de la dopamina y la serotonina” (p.15); la evolución según un modelo *kindling*, “con cada recaída se produce una mayor **pérdida de la calidad de vida y de la funcionalidad**”^{VII} (...), la recuperación es más lenta y en algunos casos no es posible recuperar alguna de las capacidades previas” (p.40); la necesidad y eficacia de los antipsicóticos “**fundamental para evitar recaídas en su enfermedad**” (p.29,31), “recayendo casi matemáticamente” al interrumpir la medicación (p.45); los efectos adversos poco importantes que “no tienen por qué repercutir en nuestra salud” (p.38), y su carácter neuroprotector, “son fármacos que protegen al cerebro frente al desequilibrio químico que en él se produce, normalizan las funciones cerebrales alteradas y previenen las recaídas al regular el sistema nervioso central” (p.33).

Ni las bases genéticas,(3) ni el desequilibrio químico han sido *demostrados* hasta la fecha.(4) El único mecanismo que comparten todos los antipsicóticos es el bloqueo de los receptores dopaminérgicos postsinápticos,(5) actuando, en cualquier caso, sobre procesos ulteriores a los hipotéticos cambios patológicos del sistema dopaminérgico, por lo que su acción es puramente sintomática, lo que justificaría que muchos pacientes recaigan tomando medicación.(6)



Figura 2. Cartel contra los prejuicios, y de promoción de la página Web

Comparados con el placebo, los antipsicóticos reducen las recaídas a corto plazo, a un año de seguimiento, pero su eficacia disminuye a medida que la duración de los ensayos aumenta,(7,8) sin que haya pruebas de su eficacia a largo plazo, a siete o más años. (9,10) Existen pruebas de que no es adecuado que todos los diagnosticados los tomen de forma continuada a medio/largo plazo,(11) y para muchos pacientes su retirada rápida tras la primera crisis constituye un factor de protección y mejora la

^{III} Marina Díaz Marsá: Psiquiatra. Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense de Madrid.

^{IV} Incluye un *disclaimer* “Esta obra se presenta como un servicio a la profesión médica. El contenido (...) opiniones, criterios, conclusiones (...) pueden no coincidir necesariamente con los de Janssen”

^V Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Personas con Esquizofrenia. <http://www.amafe.org/>

^{VI} Sociedad de Psiquiatría de Madrid SPM. Estrechamente relacionada con la Sociedad Española de Psiquiatría, SEP. La Dra. Díaz Marsá, Presidenta de la SPM, la presenta como filial en Madrid de la SEP. Información recogida en *Los especialistas madrileños reinventan su sociedad*. Publicación Médica de Psiquiatría y Salud Mental, 3/01/2013. Consultado el 15/12/2013. Accesible en:

<http://psiquiatria.publicacionmedica.com/noticia/los-especialistas-madrilenos-reinventan-su-sociedad>

^{VII} En negrita en el original, como en el resto de citas del folleto.

funcionalidad.(8) El modelo *kindling*^{viii} no es aplicable a la esquizofrenia: las recaídas no son *matemáticas* al interrumpir la medicación, según un modelo de disminución y retirada temprana, ni son cada vez más frecuentes, ni se correlacionan con un aumento de la disfuncionalidad.(8,12)

El uso de antipsicóticos sí puede suponer riesgos graves para la salud, para el sistema cardiovascular,(13) metabólico,(14,15) e inducir déficits cognitivos y motivacionales, efectos bien conocidos en pacientes y voluntarios sanos.(16) Se trata de efectos muchas veces dosisdependientes,(17) y acumulativos con su uso en el tiempo.(15) Está bien establecido que no son neuroprotectores, y que pueden dañar estructuralmente el cerebro en personas(18) y en animales.(19) También en este ámbito parece un fenómeno acumulativo relacionado con la dosis y el tiempo de tratamiento.(20) El balance entre sus riesgos y beneficios empeora para pacientes de edad media para cualquier trastorno(21) y su uso a largo plazo puede reducir la esperanza de vida.(22)

b.- Respecto a las opciones de tratamiento farmacológico, el folleto realiza afirmaciones no contrastadas y/o para las que existen evidencias en sentido contrario, como la superioridad de los antipsicóticos atípicos sobre los típicos (p.33-34), la eficacia de los atípicos en sintomatología negativa y cognitiva (p.34), y entre estos últimos la superioridad de los de liberación prolongada sobre los orales de toma diaria (p.36-37).

En ninguno de esos aspectos se ha hallado relevancia clínica a favor de una u otra opción. Los antipsicóticos son diferentes en efectos secundarios y eficacia, pero la distinción entre típicos y atípicos es artificiosa, y no puede afirmarse que como grupo uno sea superior al otro en eficacia, tolerabilidad, calidad de vida o preferencia del usuario.(7,23-28)

La efectividad de los antipsicóticos sobre la mejoría de los síntomas negativos, alteraciones cognitivas y deterioro de la motivación es controvertida, y más bien optimista. No es fácil establecer un balance clínico claro entre la efectividad, falta de efectividad y efectos adversos de los antipsicóticos,(6) que, por sí mismos, pueden empeorar la atención, curiosidad, iniciativa, activación y funciones ejecutivas,(8,16) efectos bien conocidos por muchos usuarios.(29) Desgraciadamente, la mejoría de la sintomatología negativa con los antipsicóticos, de producirse es pequeña, mucho menor que en los síntomas positivos y sin diferencias relevantes entre típicos y atípicos.(30,31) La mayor eficacia sobre la sintomatología negativa no es un componente central de los antipsicóticos atípicos como grupo.(27)

Los estudios que comparan antipsicóticos depot con orales son escasos, de breve duración, hasta 2 años, han sido realizados mayoritariamente con antipsicóticos típicos, y adolecen de problemas metodológicos.(32) La posible superioridad de los depot, en términos de disminución de recaídas a corto plazo,(7,32) parece derivarse de la mayor adhesión al tratamiento, y se difumina cuando se excluyen de los estudios a los pacientes que no se adhieren al tratamiento(32) o se realizan estudios controlados y aleatorizados ECA.(33) En revisiones sistemáticas, no hay evidencias claras de la mayor eficacia intrínseca o menores efectos adversos entre los depot, típicos o atípicos, y los de uso diario,(34) salvo en la adherencia al tratamiento.(35) En particular, los depots atípicos tienen los mismos efectos adversos que sus equivalentes orales, y tal vez alguno más.(36) Según la guía del Ministerio de Sanidad, su uso debería reservarse a quienes opten voluntariamente por ellos, y en quienes no tomando regularmente la medicación presenten recaídas frecuentes y muy graves, sugerencia de un nivel de evidencia IV; es decir, sin estudios clínicos directamente aplicables y de calidad.(37)

^{viii} Propuesto inicialmente para la epilepsia y muy controvertido, se ha trasladado más tarde al campo de la psiquiatría, especialmente para el Trastorno Bipolar.

c.- La clínica propuesta aspira a controlar y paliar los síntomas (p.29,31,44,47...), dramáticamente descritos (p.20-25). El horizonte vital sugerido se limita a *“alimentación sana, ejercicio físico moderado, mantener algún hobby, evitar circunstancias muy estresantes, cultivar amistades, evitar alcohol y drogas”* (p.50-51).

La perspectiva de futuro es sombría. *“(…) es una **enfermedad crónica**, es decir, que va a acompañar al paciente toda la vida y que **necesita un tratamiento farmacológico**”* (...) y *“pueda **tener una vida lo más normal posible**”* (p.29); *“**La mayoría de los pacientes pueden llevar una vida relativamente normal**”* (p.42) aunque *“por desgracia la falta de adherencia terapéutica y, en algunos casos la intensidad de la enfermedad, puede llevar a un deterioro y empobrecimiento de la persona”* (p.43). La afirmación (...) *“el paciente con esquizofrenia no es agresivo cuando está estabilizado y toma adecuadamente la medicación”* (p.46) es inquietante.

Hoy se sabe que, aunque disminuir los síntomas positivos y la frecuencia de recaídas sea una aspiración clínica plausible, de su logro no se deduce una mejoría de la funcionalidad,(8) más relacionada con la sintomatología negativa.(38) Para una clínica exigente y menos prejuiciada la recuperación funcional completa debiera ser el eje y la medida principal de los estudios de investigación, y ese objetivo parece alcanzarse mejor con una estrategia de disminución o interrupción temprana de la medicación.(8)

El horizonte vital defendido por el movimiento de recuperación hace referencia a una vida plena de sentido, con capacidad de gestión personal, relaciones sociales, y ser útil a la comunidad, basándose en la esperanza y en tener poder.(39,40) Es una perspectiva vital similar a la de autores e investigadores como McGorry,(12) a los criterios de recuperación de Harrow(9) a la propugnada por las psicoterapias en las psicosis(41) y a la establecida por la medicina basada en la evidencia,(42) en las antípodas de lo que se propone en este folleto.

d.- Según el folleto, junto a los antipsicóticos, eficaces e imprescindibles, *“disponemos de tratamientos psicológicos y de rehabilitación (también conocidos como psicoeducación)”* a los que dedica cuatro líneas y media, sin referencia alguna a resultados (p.30).

Existe un corpus científico abundante y creciente acerca de la efectividad de las psicoterapias en la esquizofrenia asociadas a las terapias farmacológicas, recogida en todas las guías clínicas, incluida la española.(37) Se considera que pueden ser el tratamiento de elección para determinados síntomas como las alucinaciones,(43) se investiga como tratamiento alternativo para pacientes que rechazan o no se benefician de la medicación(44) y constituye el núcleo, asociado a un uso muy limitado de medicación antipsicótica, de un modelo de asistencia comunitaria de resultados prometedores.(45)

e.- Dado que *“Los pacientes que tienen esquizofrenia **no se dan cuenta que están enfermos** (...) [y] de hecho a día de hoy se discute si esta escasa consciencia de padecer una enfermedad pueda ser un síntoma más de la propia enfermedad”* (p.45) se proponen estrategias para que *“el paciente entienda y acepte que la **medicación es fundamental para evitar recaídas en su enfermedad**, para que no se produzca un empeoramiento en su pronóstico y **pueda tener una vida lo más normal posible**”* (p.29), y para solucionar la dificultad de que *“los pacientes **no acepten que tienen que tomarse una medicación** y no se la tomen recayendo casi matemáticamente”, “han surgido **nuevas formas de administración** antipsicótica que permiten que el paciente reciba el tratamiento con una frecuencia quincenal o incluso mensual”* (p.45). En la

convivencia con los pacientes *“una de las principales cuestiones es la toma de medicación”* por ello se aconseja tácticamente *“que este no sea el único tema de conversación con el paciente con esquizofrenia y hay que intentar no centrar en esta cuestión nuestros momentos para hablar con ellos”* (p.46).

El modelo clínico propuesto es jerárquico (cf. *¿qué hay que contar al psiquiatra en la consulta?* (p.44) A la pregunta *¿qué puede hacer el propio paciente?* se responde, entre otras cosas, *“tomar conciencia de que tiene que tomarse la medicación (...) saber que no se puede retirar la medicación por su cuenta aunque se sienta bien (...) seguir las terapias rehabilitadoras que le marque su médico”* (p.48).

El texto no refleja ninguna preocupación ética respecto al uso de medicación, potencialmente dañina, para pacientes que pueden no necesitarla, y soslaya el consentimiento informado y la decisión del paciente. Cabe señalar que en España la Ley obliga a la práctica del consentimiento informado también en la esquizofrenia.(46) Las alusiones a la falta de conciencia de enfermedad como síntoma no se compadecen con los estudios sobre la capacidad de consentimiento informado presente en muchos de estos pacientes en diferentes momentos de su proceso(47) y con la práctica en otros países, donde se defiende explícitamente desde instancias públicas el consentimiento informado.(48,49) Incluso desde una perspectiva puramente pragmática es defendible considerar la opinión del paciente a la hora de aceptar o no el tratamiento antipsicótico. (50)

f.- Partiendo de las afirmaciones recogidas sobre opciones de tratamiento en el punto b de este escrito, la secuencia argumental del folleto desemboca invariablemente en la promoción de los productos del patrocinador. Se comparan los antipsicóticos convencionales con los atípicos, afirmando que los primeros tenían^{IX} *“importantes inconvenientes como sus efectos adversos (...) y que no eran efectivos sobre los síntomas negativos (...) o incluso los empeoraban, ni tampoco mostraban eficacia en el control de la sintomatología cognitiva”* (p.33) mientras que los atípicos que *“actualmente se utilizan como primera línea en el tratamiento de la esquizofrenia (...) actúan^X no solo sobre los síntomas positivos sino también (...) han demostrado eficacia sobre los síntomas negativos y cognitivos y producen muchos menos efectos secundarios”* (p.34). Presenta una relación de antipsicóticos atípicos encabezada por los dos productos de Janssen, en orden de sus intereses comerciales actuales *“paliperidona, risperidona^{XI}”* (p.34). Al comparar los antipsicóticos atípicos de toma diaria con los antipsicóticos atípicos de larga duración^{XII} parte de que *“no es fácil tomarse una medicación todos los días (...) y sabemos que la mayor parte de los pacientes tras el primer episodio psicótico abandonan ese tratamiento, recayendo en un nuevo episodio”* concluyendo que son más las desventajas que las ventajas del tratamiento diario (p.35). Las ventajas de los antipsicóticos de larga duración superan ampliamente sus inconvenientes, y entre ellas se citan *“una eficacia más sostenida y continuada en todas las franjas del día (...) menos efectos secundarios que los fármacos orales de toma diaria”*, los antipsicóticos atípicos sirven *“para optimizar el tratamiento diario a un tratamiento de liberación prolongada (...) El objetivo es facilitar el cumplimiento del tratamiento por el paciente de la forma más cómoda”* (p.36). Facilita una relación

^{IX} Se utilizan tiempos verbales de pasado en la presentación de los antipsicóticos típicos o convencionales

^X Tiempos verbales de presente en el capítulo de los antipsicóticos atípicos

^{XI} Invega®, Risperdal® en sus denominaciones comerciales, con la particularidad de que para el primero no se dispone de genéricos, más baratos, y sí para el segundo

^{XII} No menciona la existencia de antipsicóticos típicos de liberación prolongada bien conocidos y disponibles actualmente en España, flufenazina decanoato, pipotiazina palmitato, zuclopentixol decanoato.

de 3 productos, encabezada por los fármacos de la Janssen en el orden ya mencionado “*palmitato de paliperidona, risperidona inyectable*”^{XIII}(p.36). Anuncia que “*ya están disponibles medicamentos que se administran sólo 1 vez al mes, permitiendo tratar al paciente con únicamente 12 tomas al año*”^{XIV} (...) [y] *la administración es muy poco molesta (...) incluso se administra con una pequeña inyección en el hombro*”^{XV} (p. 36).

g.- Termina el folleto con una relación de Asociación de Familiares y Pacientes^{XVI}

2.- CARTELES Y FICHA

El cartel publicita el sitio Web en grandes caracteres “*Toda la ayuda que necesitas para comprender la esquizofrenia en un solo lugar*” y en la parte inferior del cartel la leyenda “*mientras esperas puedes consultar tus dudas sobre la esquizofrenia*” seguida de un “*Infórmate aquí 24 horas al día, los siete días de la semana. Entra en <http://www.esquizofrenia24x7.com>*” junto con un código QR que facilita el acceso a la página desde dispositivos móviles. El contenido de la ficha es básicamente el mismo, incluido el código QR.

Otro cartel publicita la campaña contra los prejuicios, citando a todas las organizaciones que la avalan, y enviando al sitio Web o a FEAFES para obtener información sobre la enfermedad. En FEAFES el texto referente a la campaña redirige a dicha página Web.

3.- SITIO WEB <http://www.esquizofrenia24x7.com>^{XVII}

Su página principal consta de un *banner* en el que se alternan los mensajes de la campaña “*Acaba con tus prejuicios sobre la enfermedad mental*” y el largo listado de avales con el que cuenta^{XVIII} con publicidad de la propia página, y la de varios libros y folletos, entre ellos la guía *Afrontando la esquizofrenia*, descargables desde la página.

En el cuerpo principal y bajo la afirmación “*En la actualidad existen medicamentos muy eficaces para el tratamiento de la esquizofrenia, pero estos solo pueden funcionar si se cumplen con regularidad*” se propone una encuesta “*¿en ocasiones olvido tomar mi medicación oral diaria? No estoy en absoluto de acuerdo- No estoy de acuerdo- Estoy parcialmente de acuerdo-Estoy totalmente de acuerdo*” con respuestas a enviar a la administración de la página^{XIX}

El contenido del folleto *Afrontando la esquizofrenia* es central en el sitio Web. Desde su página principal se ofrece el acceso a la de “*Tipos de Tratamiento*” copia conforme de lo recogido en el folleto. Ofrece otra página “*Acerca de la Esquizofrenia*” coincidente básicamente con lo recogido en el folleto y que remite a la entrada anterior en todos los temas relacionados con el tratamiento, y otras como “*Consejos para Mantenerse Bien*” o “*Consejos para la Visita al Médico*”

^{XIII} Xeplion®, Risperdal Consta® de la Janssen en orden contrario al de su aparición en el mercado, y directo respecto al del coste del tratamiento, mayor para el Xeplion® en dosis equivalentes.

^{XIV} Utiliza el plural, aunque actualmente solo existe uno, el Xeplion® de la Janssen Con ilustración en apoyo de un calendario con periodicidad mensual.

^{XV} Solo los productos de Janssen.

^{XVI} Dado el aval de AMAFE, puede dar a entender que es el conjunto de asociaciones quienes avalan el folleto.

^{XVII} Consultada el 7/12/2013

^{XVIII} La alternancia en el *banner* de mensajes de la campaña con otros, puede confundir al lector y dar a entender que todas estas organizaciones avalan el conjunto del sitio Web.

^{XIX} No permite visualizar resultados provisionales

4.- CONCLUSION

Una farmacéutica patrocina un folleto informativo acerca de la esquizofrenia, escrito por una profesional de prestigio y avalado por una sociedad científica y una asociación de familiares y afectados. Paralelamente colabora en una campaña contra los prejuicios ante la enfermedad mental avalada por asociaciones científicas y de afectados y familiares. Lanza un sitio Web que presta soporte a ambas iniciativas, el folleto y otros contenidos similares, y a la campaña contra los prejuicios, y lo publicita como un portal dirigido al público en general, afectados y familiares, publicando diverso material, carteles y fichas que remiten siempre al sitio Web. Propone exhibir los carteles en los Servicios públicos de Salud Mental y distribuir el folleto y las fichas entre afectados y familiares que acuden a los mismos. Asegura que la información es de máxima calidad, fidedigna y contrastada, acorde con sus propios valores como empresa, el “*rigor y la excelencia como práctica de uso diario*”.^{XX}

El folleto está orientado a convencer de que la esquizofrenia es una enfermedad crónica muy debilitante, que requiere obligadamente tratamiento farmacológico antipsicótico de manera indefinida. Entre los diversos antipsicóticos existentes se presentan como más idóneos los atípicos y de liberación prolongada, entre los que se anuncia que hay que solo requieren 12 administraciones anuales. La información facilitada sobre los tratamientos, y en particular los antipsicóticos, ni es fidedigna ni está contrastada ni responde a valores de rigor y excelencia.

Se trata de un relato que partiendo de la lucha contra los prejuicios asociados a la enfermedad mental y la necesaria información a pacientes y familiares acerca de la esquizofrenia, desemboca en la publicidad de un antipsicótico depot que la farmacéutica está actualmente promocionado. Del precio de ese fármaco, que nunca ha demostrado que sea más eficaz y tenga menos efectos adversos que otros,⁽⁵¹⁾ no se puede deducir que la empresa sea especialmente generosa y altruista.

Se transmite una imagen llena de prejuicios sobre el paciente con esquizofrenia, como su evolución determinista, su falta de conciencia de enfermedad, la necesidad de medicarlo sin considerar su opinión y su rol de enfermo crónico pasivo. Además, se alienta una clínica de bajas expectativas. Todo ello inserto en una campaña de lucha contra los prejuicios, bajo cuyo auspicio se ofrece esa *información*. Se trata de un lenguaje y una línea de pensamiento alejados de la medicina basada en la evidencia, incluso del pensamiento más partidario de los tratamientos farmacológicos.

En lo fundamental, el contenido tanto del folleto como del sitio Web puede verse como publicidad encubierta, dirigida al público en general y a afectados y familiares^{XXI} prohibida para los medicamentos de prescripción en la Unión Europea^{XXII} y en España.^{XXIII} Es también publicidad engañosa puesto que se basa en afirmaciones refutables por profesionales y lectores de literatura científica especializada, pero difícilmente por el público en general, afectados y familiares. Con el fin declarado de facilitar información útil y necesaria fomenta una práctica clínica sesgada, y promociona el consumo de fármacos, en particular los de la farmacéutica.^{XXIV}

^{XX} Valores que se atribuye la farmacéutica en la página “*¿Quiénes somos?*” del sitio Web.

^{XXI} El *disclaimer* del folleto no puede aplicarse al sitio Web de acceso libre y dirigido a público en general, familiares y afectados

^{XXII} Definida en la Unión Europea, por la directiva 2001/83/CE Artículo 86, como “*toda forma de oferta informativa, prospección o de incitación destinada a promover la prescripción, la dispensación, la venta o el consumo de medicamentos*”.

^{XXIII} Ley 29/2006, de 26 de Julio, de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios.

^{XXIV} Dadas las estrategias utilizadas se publicitan sin que sea necesario citarlos por su nombre comercial.

No es una iniciativa más de la industria para publicitar determinado fármaco o determinada línea de pensamiento entre los prescriptores, según un modelo ya conocido que se apoya en los llamados *líderes de opinión*.(52-54) Lo peculiar es que se dirige al público en general, familiares y afectados, bajo el aspecto de una campaña de intervención social sofisticada y bienintencionada que pretende apoyarse en la sanidad pública. El eco de esta *información* ya es rastreable más allá de los folletos y el sitio Web, en otros sitios de Internet y en la prensa.

Este caso puede evocar muchas cuestiones, científicas, clínicas, éticas y sociopolíticas. Mencionaremos los límites y la naturaleza de la colaboración entre científicos, clínicos, sociedades profesionales e industria farmacéutica, la utilización del prestigio de determinadas sociedades para un fin declarado cuando se promociona otro, el apoyo de asociaciones en defensa de los pacientes a la promoción de fármacos, la búsqueda de apoyo institucional por la industria farmacéutica, el sesgar la información científica para convertirla en publicidad, la publicidad encubierta dirigida al público general, los prejuicios ligados a determinados abordajes de la enfermedad mental imposibles de contrarrestar con campañas de opinión, y el uso del sufrimiento de afectados y familiares como estrategia de venta.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Díaz Marsá, Marina. I. (2013) *Afrontando la esquizofrenia guía para pacientes y familiares*. Madrid: Enfoque Editorial.
- (2) *Janssen lanza Esquizofrenia 24x7, web para comprender la enfermedad* PMFARM 12/11/2013, (Consultado el 18/12/2013) <http://www.pmfarma.es/noticias/17566-janssen-lanza-esquizofrenia-24x7-web-para-comprender-la-enfermedad.html>
- (3) Joseph J. (2010) *Genetic Research in Psychiatry and Psychology: A critical overview*. En Hood KE, Halpern CT, Greenberg G, & Lerner RM. (Editors) *Handbook of Developmental Science, Behavior, and Genetics*. Cap 18, p.557-625. USA: John Wiley & Sons.
- (4) Nestler E, Hyman S. (2002) *Molecular Neuropharmacology*. USA: McGraw-Hill Medical. (p 392)
- (5) Stahl SM. (2012) *Psicofarmacología Esencial de Stahl Guía del Prescriptor 4ª Edición*. España: Aula Médica.
- (6) van Os J, Howes OD. (2012) *Antipsychotic drugs for prevention of relapse*. The Lancet Psychiatry. Vol 379 June 2, 2030-2031.
- (7) Leucht S, Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Salanti et al. (2012) *Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis* Lancet 2012; Pub. online May 3. DOI: 10.1006/S0140-6736(12)60239-6
- (8) Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, Sytema S, Nienhuis FJ. (2013) *Recovery in Remitted First-Episode Psychosis at 7 Years of Follow-up of an Early Dose Reduction/Discontinuation or Maintenance Treatment Strategy: Long-term Follow-up of a 2-Year Randomized Clinical Trial*. JAMA Psychiatry. Sep 1;70(9), 913-20.
- (9) Harrow M, Jobe TH. (2007) *Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multifollow-up study* The Journal of nervous and mental disease 195, (5), 406-14.
- (10) Harrow M, Jobe TH. & Faull RN. (2012) *Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study* Psychological Medicine, 42, 2145-2155.
- (11) Harrow M. Jobe TH. (2013) *Does Long-Term Treatment of Schizophrenia With Antipsychotic Medications Facilitate Recovery?* Schizophr Bull. 2013 Sep;39(5):962-5.
- (12) McGorry P, Alvarez-Jimenez M. & Killackey E. (2013) *Antipsychotics in First-Episode Psychosis: Less Is More*. JAMA Psychiatry. 70(9): 898-900.
- (13) Osborn DP, Levy G, Nazareth I, Petersen I, Islam A, King MB. *Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's General Practice Research Database*. Arch Gen Psychiatry. Feb;64(2): 2007,242-9.
- (14) American Diabetes Association (2004). *Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes*. Diabetes Care, 27,2,596-601.
- (15) Bobo WV, Cooper WO, Stein CM, Olfson M, Graham D, Daugherty J & al. *Antipsychotics and the Risk of Type 2 Diabetes Mellitus in Children and Youth* JAMA Psychiatry. 2013;70(10):1067-1075.

- (16) Artaloytia JF, Arango C, Lahti A, Sanz J, Pascual A, Cubero P, et al. (2006) *Negative signs and symptoms secondary to antipsychotics: a double-blind, randomized trial of a single dose of placebo, haloperidol, and risperidone in healthy volunteers*. Am J Psychiatry 2006; 163: 488–93.
- (17) Takeuchi H, Suzuki T, Remington G, Robert R, Bies RR, Abe T. et al. (2013) *Effects of risperidone and olanzapine dose reduction on cognitive function in stable patients with schizophrenia: An open-label, randomized, controlled, pilot study*. Schizophrenia Bulletin, 39(5), 993-998.
- (18) Ho BC, Andreasen NC, Ziebell S, Pierson R, Magnotta V. (2011) *Long-term Antipsychotic Treatment and Brain Volumes A Longitudinal Study of First-Episode Schizophrenia*. Arch Gen Psychiatry. 68(2), 128-137.
- (19) Konopaske GT, Dorph-Petersen KA, Pierri JN, Wu Q, Sampson AR, Lewis DA (2007) *Effect of chronic exposure to antipsychotic medication on cell numbers in the parietal cortex of macaque monkeys*. Neuropsychopharmacology 32: 1216-23
- (20) Fusar-Poli P, Smieskova R, Kempton MJ, Ho BC, Andreasen NC, Borgwardt S. *Progressive brain changes in schizophrenia related to antipsychotic treatment? A meta-analysis of longitudinal MRI studies* Neuroscience & Biobehavioral Reviews Volume 37, Issue 8, September 2013, Pages 1680–1691.
- (21) Jin H, Shih PA, Golshan S, Mudaliar S, Henry R, Glorioso DK et al. (2013). *Comparison of longer-term safety and effectiveness of 4 atypical antipsychotics in patients over age 40: a trial using equipoise-stratified randomization*. J Clin Psychiatry. Jan;74(1):10-8.
- (22) Weinmann S, & Aderhold V. (2010). *Antipsychotic medication, mortality and neurodegeneration: The need for more selective use and lower doses*. Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches, 2, 50–69.
- (23) Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. (CATIE Investigators) (2005) *Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia* N Engl J Med 2005; 353:1209-1223.
- (24) Jones PB, Barnes TR, Davies L, Dunn G, Lloyd H, Hayhurst KP, et al. *Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: cost utility of the latest antipsychotic drugs in schizophrenia study (CUtLASS 1)* Arch Gen Psychiatry 2006; 63 (10): 1079-87.
- (25) Lewis S, Lieberman J. (2008) *CATIE and CUtLASS: can we handle the truth?* The British Journal of Psychiatry 192: 161-163.
- (26) Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H, Davidson M, Vergouwe Y, Keet IP, et al. (EUFEST Study Group) (2008). *Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial* Lancet. Mar 29;371(9618):1085-97.
- (27) Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. (2009) *Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis* Lancet. Jan 3;373(9657):31-41.
- (28) Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Orey D, Richter F, et al. (2013) *Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis* Lancet Vol.382 September 14, 951-62.
- (29) Moncrieff J, Cohen D, Mason JP.(2009) *The subjective experience of taking antipsychotic medication: a content analysis of Internet data*. Acta Psychiatr Scand. Aug;120(2): 102-11.
- (30) Keefe RS, Bilder RM, Davis SM, Harvey PD, Palmer BW, Gold JM, et al. (CATIE Investigators) (2007). *Neurocognitive effects of antipsychotic medications in patients with chronic schizophrenia in the CATIE Trial*. Arch Gen Psychiatry. 2007 Jun;64(6): 633-47.
- (31) Davidson M, Galderisi S, Weiser M, Werbeloff N, Fleischhacker, SM.D.; Richard WW, et al. *Cognitive Effects of Antipsychotic Drugs in First-Episode Schizophrenia and Schizophreniform Disorder: A Randomized, Open-Label Clinical Trial (EUFEST)* Am J Psychiatry 2009;166:675-682.
- (32) Leucht C, Heres S, Kane JM, Kissling W, Davis JM, Leucht S. (2011) *Oral versus depot antipsychotic drugs for schizophrenia A critical systematic review and meta-analysis of randomised long-term trials* Schizophrenia Research 127,83–92.
- (33) Kirson NY, Weiden PJ, Yermakov S, Huang W, Samuelson T, Offord SJ, et al (2013) *Efficacy and effectiveness of depot versus oral antipsychotics in schizophrenia: synthesizing results across different research designs* J Clin Psychiatry. Jun;74(6):568-75.
- (34) Fernández Sánchez A, Pinto-Meza A, Haro JM. (2009) *Comparación de la eficacia de las formas farmacéuticas de liberación retardada (depot) versus las formas farmacéuticas orales de los antipsicóticos (típicos y atípicos), comercializados en Cataluña, en pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia* Madrid: Colección: Informes, estudios e investigación / Ministerio de Ciencia e Innovación / Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; AATRM 2007/17.
- (35) Zhornitsky S, Stip E. (2012) *Oral versus Long-Acting Injectable Antipsychotics in the Treatment of Schizophrenia and Special Populations at Risk for Treatment Nonadherence: A Systematic Review*

- (36) Gentile S. (2013) *Adverse Effects Associated with Second-Generation Antipsychotic Long-Acting Injection Treatment: A Comprehensive Systematic Review*. *Pharmacotherapy* 33(10):1087–1106 doi: [10.1002/phar.1313](https://doi.org/10.1002/phar.1313)
- (37) Grupo de trabajo de la GPC sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. GPC: AATRM. N° 2006/05-2.
- (38) Austin SF, Mors O, Secher RG, Hjorthøj CR, Albert N, Bertelsen M, et al.(2013) *Predictors of recovery in first episode psychosis: the OPUS cohort at 10 year follow-up* *Schizophrenia Research*. Oct;150(1):163-8.
- (39) Aminoff K, Boevink W, Crepaz-Keay D, Daumerie N, Finkelstein C, Gauci D et al. (2010) *Empoderamiento del usuario de salud mental El empoderamiento no es un destino, sino un camino*. Declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS Oficina Regional para Europa de la OMS.
- (40) Slade, M. (2009) *Personal Recovery and Mental Illness Paperback: A Guide for Mental Health Professionals*. UK: Cambridge Univ Press.
- (41) Morrison A, Bentall R, Renton JC, Dunn H, Williams S. (2012) *Terapia cognitiva de la psicosis: Un enfoque basado en la formulación*. España: Herder Editorial.
- (42) Zipursky RB, Reilly TJ, Murray R.M: *The Myth of Schizophrenia as a Progressive Brain Disease* *Schizophr Bull* (2012) doi: 10.1093/schbul/sbs135.
- (43) Corstens D, Longden E, Rydinger B, Bentall R, van Os J. *Treatment of hallucinations: A comment* *Psychosis*, 2013 Vol. 5, No. 1, 98-102.
- (44) Morrison AP, Hutton P, Wardle M, Spencer H, Barratt S, Brabban A et al. (2012). *Cognitive therapy for people with a schizophrenia spectrum diagnosis not taking antipsychotic medication: an exploratory trial* *Psychol Med*. 2012 May; 42(5):1049-56.
- (45) Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Kera-Nen J, Lehtinen K.(2006) *Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach*. *Psychotherapy Research* 16,214–28.
- (46) *Ley de Autonomía del Paciente*, 41/2002 de 14 de Noviembre.
- (47) Candia PC, Barba AC. (2011) *Mental capacity and consent to treatment in psychiatric patients: the state of research*. *Current Opinion in Psychiatry* 24, 2011, p. 442-446.
- (48) The Royal College of Psychiatrists. *Fair Deal for mental health manifesto*. (consultado el 15/12/2013) y Disponible en: <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Fair%20Deal%20manifesto%20%28full%20-%201st%20July2009%29.pdf.pdf>
- (49) Read J. (2008) *Psychiatric drugs. Key issues and service user perspectives*. UK: Palgrave.
- (50) Morrison A, Hutton P, Shiers D, Turkington D. (2012) *Antipsychotics: is it time to introduce patient choice?* *BJP* 201,83-84.
- (51) Valverde MA. (2013) *Curar con lo último: el palmitato de paliperidona*. *Rev. Norte de Salud Mental*. Vol XI;46:59-47.
- (52) Goldacre B. *Mala farma. Cómo las empresas farmacéuticas engañan a los médicos y perjudican a los pacientes*. España: Paidós, 2013.
- (53) Moynihan A, Cassels R. (2006) *Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes*. España: Contrapunto.
- (54) Cosgrove L, Krinsky S. (2012) *A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists*. *PLoS Med*. 9 (3): e1001190. doi:10.1371/journal.pmed.1001190.