



Boletín de la **A**sociación **M**adrileña de **S**alud **M**ental

## S U M A R I O

EDITORIAL [pág. 1]  
*Cambio*

INFORMES DE LA AMSM [pág. 2]  
*Comparativa del número de Recursos Sanitarios de Salud Mental de gestión privada en Madrid 2000-2014*

COLABORACIONES [pág. 7]  
*Se necesita otro pensar. Y se necesita ya.* Fernando Alonso  
*Lo psicológico es político.* Joanna Moncrieff  
*Cuidado clínico y epidemiología traslacional: lecciones de los ensayos clínicos con antidepressivos.* David Healy  
*De la medicina basada en la evidencia como herramienta para el cambio de paradigma en psiquiatría.* José García-Valdecasas Campelo  
*Datos, subjetividad, prozac y dudas.* Marta Carmona Osorio

HEMOS LEÍDO... [pág. 32]  
*Medicamentos que matan y crimen organizado,* de Peter Göttsche. Alberto Ortiz Lobo  
*La Locura,* de Rafael Huertas. Alberto Ortiz Lobo

EL PANÓPTICO [pág. 36]

Boletín núm. 38 PRIMAVERA año 2015

BOLETÍN  
DE LA **ASOCIACIÓN**  
**MADRILEÑA**  
DE **SALUD MENTAL**

JUNTA DIRECTIVA 2011-2014  
DE LA ASOCIACION  
MADRILEÑA DE SALUD  
MENTAL (A.E.N.)

**AMSM**

**PRESIDENTE**

Iván De la Mata Ruiz

**VICEPRESIDENTES**

Miguel Donas Hernández

M<sup>a</sup> Luz Ibáñez Indurria

**SECRETARIA**

Agustina Crespo Valencia

**TESORERO**

Ángel Luis Lucas Sanz

**VOCAL DE PUBLICACIONES**

José Morales Zamorano

**VOCALES**

María Alonso Suárez

Mariano Hernández Monsalve

Eva Muñiz Giner

Alberto Ortiz Lobo

# Editorial

## CAMBIO



Fuente: [www.imagenesrf.com](http://www.imagenesrf.com)

Probablemente uno de los significantes más vaciados, expoliados y agostados. Que te sabes en muchos idiomas por su connotación monetaria. Vilipendiado una y otra vez en campañas políticas que abanderan que todo va a cambiar para gatopardamente dejar todo como estaba. Y que sin embargo se resiste y sigue significando. *Se avecinan cambios*. Y aún sabes qué es aunque no sepas qué son.

Esta junta se va, con la sensación de vivir *tiempos interesantes*. Después de coleccionar decepciones, después de que, en nuestro campo, la salud comunitaria pareciera herida de muerte, después de que, mucho más allá de nosotros, la sociedad entera hubiera agachado la cabeza; después de todo eso, de pronto parece que la discusión sigue en la mesa (¿cuál? ¡todas!), que no toda la mesa está privatizada, que no todo el mundo estaba conforme. Mareas blancas, verdes, negras. Leyes fuerza-partos abortadas y porque la gente dijo No. Y amenazas de condenas eternas para los enfermos mentales que se desvanecieron. El año en que más banderas griegas viste. Cuando la modélica transición se convirtió en el régimen del 78. De pronto hay esperanza. Vuelven los determinantes sociales en salud, vuelve la sospecha ante la multinacional diciendo quién tiene derecho a tratarse, vuelve a hablarse de qué es el sistema y quiénes están contra él, los que lo confrontan o los que lo pudren. No se fueron pero han vuelto.

El cambio es que esta vez  
van a escucharnos

Tres años de CSMs cerrando, servicios externalizados, precariedad laboral en los pacientes y en los profesionales. Relaciones terapéuticas tan tensadas por lo externo que parece que lo único que va a permanecer es justo en lo que menos creemos, la pastillocracia. Pero también tres años en los que el panóptico empezó a tener fans también entre los diagnosticados, en la que nos atrevimos a escuchar la voz de los que escuchan voces, en la que nos pudimos plantear no sólo cuánto nos estaban comiendo el terreno sino qué terreno queríamos y qué íbamos a plantar en él.

Cambios. La nueva junta va seguir peleando por un modelo público de atención comunitaria a la salud mental, como ha hecho siempre. La nueva junta va seguir, como todas las anteriores, diciendo que dañan más los EREs, el clasismo, el machismo, los prejuicios, la McDonalización de la tensión social (y así hasta la náusea) que los neurotransmisores disbalanceados. Que la psiquiatría puede ser una policía del pensamiento, pero también puede ser la defensa a ultranza del hueco en la sociedad que deben tener algunos de los diferentes. Asociación Madrileña de Salud Mental, desde 1987 al servicio de la locura. El cambio es que esta vez van a escucharnos.

*Junta de la AMSM. Marzo de 2015*

# Inf(0)rmes de la AMSM

Española

Asociación



Asociación  
Madrileña  
de  
Salud Mental  
A.M.S.M.

de Neuropsiquiatría

## COMPARATIVA DEL NÚMERO DE RECURSOS SANITARIOS DE SALUD MENTAL DE GESTIÓN PRIVADA EN MADRID 2000-2014

En la Comunidad de Madrid durante la pasada década los recursos sanitarios de Salud Mental de gestión privada han tenido un importante incremento. Hemos elaborado una tabla en la que se puede ver una comparativa del número de centros de gestión privada dependientes de la Consejería de Sanidad que había en el año 2000 y los que existen en la actualidad.

En esta comparativa solo hemos considerado los centros de gestión privada indirecta como las concesiones o los conciertos con empresas sanitarias privadas. No hemos incluido, por tanto, las unidades de hospitalización de la Fundación Alcorcón (1998) ni del Hospital de Fuenlabrada (2005), ya que aunque se trata de formas de gestión sujetas al ordenamiento jurídico privado y cuentan con personalidad jurídica propia, son entes públicos. Entendemos que estas dos formas jurídicas fueron ensayos para introducir posteriores modelos de gestión privada con empresas con ánimo de lucro. Tampoco hemos incluido los seis hospitales que se inauguraron en 2008 bajo la fórmula PFI ya que la parte sanitaria sigue siendo pública. Entendemos que esta decisión de no incluirlos es discutible. Más discutible aún es que no hayamos incluido en el año 2000 las 12 camas de psiquiatría de la Fundación Jimenez Diaz (FJD) como centro de gestión privada. En ese años la FJD estaba gestionada por una fundación sin ánimo de lucro. Es en el año 2003 cuando pasa a ser gestionada por una UTE de empresas con ánimo de lucro y por eso aparece en la columna en azul.

Este proceso de creciente privatización de la provisión de servicios de salud mental en Madrid es un ejemplo concreto de las políticas sanitarias que se han ido estableciendo en todo el país tendentes a dar mayor peso a las empresas privadas en la gestión de recursos públicos. Todo ello gracias a cambios legislativos nacionales (Ley 15/97), o de ámbito comunitario (LOSCAM, decreto de libre elección, Área Unica, Plan de Sostenibilidad).

## La privatización de la Sanidad

Fuente: blogs.publico.es



mabagón.

### Evolución de los Recursos de Salud Mental de gestión privada 2000-2014.

	Año 2000	Año 2014
Centros de Salud Mental	CSM Aranjuez (1986)	CSM Aranjuez CSM Mondoia (2009)(*) CSM Arganzuela (2012)(*) CSM Valdemoro (2012)(*) CSM Navalcarnero.(2012)(*) CSM Torrejon. (2012)(*) CSM Collado-Villalba (2014)(*)
	<b>Total 1</b>	<b>Total 7</b>
Servicios Hospitalarios (UHB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Benito Menni (20 camas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>F. Jimenez Diaz (19 camas) 2003(*)</li> <li>Benito Menni (20 camas)</li> <li>H. Rey Juan Carlos (30 camas) 2012(**)</li> <li>Nuestra S<sup>a</sup> de La Paz (10 camas) 2012(**)</li> </ul>
	<b>Total 1 (20 camas)</b>	<b>Total 4 (79 camas)</b>
Hospitales de Día Adultos		<ul style="list-style-type: none"> <li>HD Villaverde Adultos (20 plazas) 2004(**)</li> </ul>
HD Infanto-juvenil	<ul style="list-style-type: none"> <li>H.D Instituto Montreal (20 plazas)</li> <li>HD Carabanchel (30 plazas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>H.D Instituto Montreal (20 plazas)</li> <li>HD Carabanchel (30 plazas)</li> <li>HD de Leganés (20 plazas) 2006(**)</li> </ul>
	<b>Total 2 (50 plazas)</b>	<b>Total 4 (90 plazas)</b>
Camas de media estancia:		<ul style="list-style-type: none"> <li>UHTR Benito Menni (30 camas)</li> <li>UHTR San Juan de Dios (35 camas)</li> <li>UHTR San Miguel (60 camas) 2006(**)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidades Hospitalarias de Tto. y Rehabilitación adultos</li> <li>Comunidad terapeutica</li> <li>Unidad de Media Estancia Adolescentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>UHTR Benito Menni (30 camas)</li> <li>UHTR San Juan de Dios (30 camas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comunidad Terapéutica de T. Personalidad S. Miguel (17 plazas) 2008(**)</li> <li>UME Adolescentes CASTA (20 plazas) 2015(**)</li> </ul>
	<b>Total 2 (60 camas)</b>	<b>Total 4 (162 camas)</b>
Camas de Larga Estancia:	<ul style="list-style-type: none"> <li>UCCP Benito Menni (220 camas)</li> <li>UCCP San Juan de Dios (244 camas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>UCCP Benito Menni (241 camas)</li> <li>UCCP San Juan de Dios (280 camas)</li> <li>UCCP Arévalo (79 camas) 2006(**)</li> </ul>
Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados		
	<b>Total 2 (464 camas)</b>	<b>Total 3 (600 camas)</b>
Otros		<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidad de Patología Dual N<sup>a</sup> Señora de La Paz (23 camas)(**)</li> <li>Unidad de Deshabitación de Cocaína N<sup>a</sup> Señora de La Paz (25 camas)(**)</li> <li>Unidad de Atención Temprana a Psicosis de Alcalá (30 plazas) 2014(**)</li> </ul>

(\*) Centros públicos que se han privatizado. (\*\*) Centros públicos que se han creado nuevos.

Podemos distinguir varios periodos en este proceso

### **1- Situación en el año 2000.**

Antes del año 2000 la presencia de proveedores privados en la gestión de recursos sanitarios de salud mental se limitaba sobre todo a los históricos conciertos con las dos ordenes religiosas para las camas de media y larga estancia en sus hospitales psiquiátricos en Ciempozuelos. El resto era testimonial: dos hospitales de día para niños y adolescentes, 20 camas de agudos en el Centro Asistencial Benito Menni (CAMB) de Ciempozuelos de apoyo al Hospital 12 de Octubre y el Centro de Salud Mental de Aranjuez ubicado en la zona de influencia del CA Benito Menni que fue concertado en 1986.

### **2- Periodo del Plan de Salud Mental 2003-2008: la transición.**

Durante el Plan de Salud Mental 2003-2008 la situación en apariencia no varió sustancialmente. El Plan contó con una financiación extra de alrededor de 50 millones de euros para los recursos que dependían de la Oficina Regional de Salud Mental. El grueso de la inversión fue para recursos públicos: supuso principalmente el incremento de las plantillas de psiquiatras y psicólogos clínicos en los Centros de Salud Mental, la apertura de 6 hospitales de día y de varias unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Además se abrieron las Unidades de Hospitalización de La Paz, Fuenlabrada y Severo Ochoa, lo que a su vez liberó camas en los dos hospitales psiquiátricos públicos (Jose Germain y Lafora) que se reconvirtieron en camas de media y larga estancia. Los recursos de salud mental de gestión privada crecieron ligeramente de nuevo por el incremento de las camas concertadas de media y larga estancia (Ciempozuelos, Clínica San Miguel y Arévalo) y por la apertura de dos nuevos hospitales de día concertados.

Sin embargo durante la vigencia de este Plan de Salud Mental, en la trastienda, se estaba ya cocinando el empuje privatizador de los siguientes años. En 2003 se firma el acuerdo por el que la FJD pasa a manos de una empresa multinacional (IDC-CAPIO). Posteriormente a finales del año 2007 se inaugura el Hospital de Valdemoro gestionado por esta misma empresa siguiendo el modelo de concesión administrativa de Alzira; se proyectan tres nuevos hospitales de características similares en Torrejón, Mostoles y Collado; se inauguran en 2008 los 5 nuevos hospitales PFI que cuentan con camas y servicios de psiquiatría y que posteriormente se pretendieron privatizar totalmente.

### **3-Periodo del Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014: el plan privatizador.**

El Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 se confeccionó en pleno frenesí privatizador. Como hemos señalado en el reciente **Informe sobre la situación de la Salud mental en Madrid**, publicado en el Boletín 37 de la AMSM el principal objetivo de este Plan era adaptar la atención de Salud Mental a la lógica mercado. La contestación social frente a la mercantilización sanitaria frenó parcialmente sus planes al impedirse la privatización total de los 5 hospitales PFI. No se impidió sin embargo que empresas multinacionales con ánimo de lucro se hicieran con los nuevos hospitales de Torrejón (noviembre de 2011), Rey Juan Carlos de Móstoles (Marzo de 2008) y Collado-Villalba (finalmente en Enero de 2015) además de la ya mencionada FJD que gestionaban desde el año 2003.

El balance de este proceso privatizador ha sido especialmente negativo para los Servicios de Salud Mental ambulatorios. Los 7 Centros de Salud Mental que cayeron en la órbita de estos hospitales fueron privatizados. Así a fecha de hoy la atención ambulatoria de Arganzuela, Moncloa, Torrejón, Navalcarnero y parte de Móstoles, Valdemoro, Collado-Villalba y Aranjuez está gestionada por empresas privadas. Así mismo alrededor 79 de las 533 camas (un 15%) de Unidades de Hospitalización Breve son gestionadas por empresas privadas.

Pero además para que este mercado sanitario funcionara se han llevado por delante valores esenciales del modelo comunitario como la territorialización y la planificación equitativa de los recursos sustituidos por valores de competencia y organización entorno a la oferta y la demanda.

### **¿Como esta siendo la Atención en estos servicios privatizados?**

Repetimos aquí lo que ya señalamos en el nuestro **informe sobre la Salud Mental de Madrid de Octubre de 2014**.

Aunque la opacidad, falta de control y evaluación caracteriza a estos centros podemos señalar lo siguiente de la atención allí prestada:

- Cada empresa ha aplicado el modelo de Servicio de Salud Mental que ha querido. En los pliegos de condiciones de estos hospitales no se detallaba como debía organizarse la atención salud mental. Tan solo que debían hacerse cargo de la hospitalización y de la atención ambulatoria. Eso ha implicado que los servicios se han diseñado en función de la rentabilidad.

- En el caso de Torrejón (Sanitas) se ha mantenido la estructura de Centro de Salud Mental pero el hospital no cuenta con camas de psiquiatría (que se han subcontratado con un hospital psiquiátrico privado en Madrid, Nuestra Señora de la Paz) ni psiquiatras de presencia física permanente. No existe en el hospital atención psiquiátrica de urgencias de 24 horas, siendo atendidos los pacientes por los psiquiatras del CSM al día siguiente o trasladados a Nuestra Señora de la Paz. Igualmente cuando un paciente ingresado en una planta médico-quirúrgica necesita atención psiquiátrica son los profesionales del CSM los que se trasladan al hospital a atenderla.
- En el caso de IDC-Salud (Fundación Jiménez Díaz, Móstoles, Valdemoro) se ha apostado por un modelo de consulta externa hospitalaria. Gran parte de la actividad ambulatoria se ha trasladado a los hospitales. Las consultas se organizan muchas veces por patologías y los psiquiatras muchas veces comparten actividad entre la planta, la interconsulta y las consultas externas. Los CSM aunque conserven su nombre son meras consultas ambulatorias, con menos profesionales que cuando eran públicos y sin que se conforme equipos de trabajo con atención multidisciplinaria. Algunos centros como Navalcarnero o Arganzuela conservan una actividad testimonial respecto a lo que se hacía antes. Los programas de continuidad de cuidados se limitan a administración de fármacos o gestión administrativa de recursos. Los pacientes de su zona de influencia ingresan en las camas de los hospitales de su propia empresa, así los vecinos de Valdemoro tienen que desplazarse hasta Móstoles para ingresar.
- Plantillas con menos profesionales y más sobrecargadas. Antes de la privatización de Moncloa y Arganzuela, si contamos los profesionales que trabajaban en estos centros y en la Fundación Jiménez Díaz había un total de 18 psiquiatras y 10 psicólogos

Cada empresa ha aplicado el modelo de Servicio de Salud Mental que ha querido





frente a los 14 y 6 actuales. Igualmente en Torrejón en el momento de su privatización se perdieron un 20% de profesionales. Hay una especial carencia de profesionales de enfermería o trabajadores sociales en las consultas ambulatorias. Es llamativo como la propia Oficina Regional de Salud Mental es incapaz de saber cual es la composición de las plantillas. Profesionales a los que se les impide cualquier actitud crítica.

- La rentabilidad en la actividad ambulatoria. Como hemos dicho antes estos hospitales consiguen parte de sus beneficios a través de la facturación intercentros. En el caso de Salud Mental lo más rentable es la evaluación (120 € por consulta) o las consultas de alta resolución (160 €). Este es el motivo por el cual en las consultas de estos hospitales se prima por encima de todo ver pacientes nuevos (entre 15-

20 semanales), que son evaluados en huecos de media hora. De esta manera, a través de Call Center, captan pacientes de zonas de influencia cercana que luego facturan al SERMAS. Sin embargo el problema del tratamiento posterior es aun peor que en los centros públicos con citas mucho más espaciadas y tiempo para las revisiones de 15 o 20 min en el caso de los psiquiatras y con un control férreo de las agendas.

Si queremos seguir apostando por un modelo de salud comunitario urge recuperar el carácter publico de estos centros privatizados y abandonar la ley de mercado en la Sanidad de Madrid.

*Junta de la AMSM. Febrero de 2015.*

Sanidad  
100 + 100  
Pública



# colaboraciones

SE NECESITA OTRO PENSAR. Y SE NECESITA YA.

**Fernando Alonso**

*Superviviente del Sistema de Salud Mental*

*Pensar es peligroso, pero eso no es lo relevante.*

*Ponerse en situación de peligro abre la puerta al pensamiento. Eso sí que es lo decisivo.*

*Amar y pensar. El odio de querer vivir.*

*Santiago López Petit.*



La psiquiatría y la psicología son disciplinas del fracaso. Lo son en lo que atañe a la comprensión y reducción del sufrimiento psíquico. La afirmación es dura, pero tampoco hay que alarmarse más de la cuenta. Sucede con otras profesiones y sucede en otros ámbitos de la vida. En todo caso, lo cierto es que la gente sufre. De hecho, puede decirse que, atendiendo a pulcros criterios estadísticos, la gente sufre cada vez más. La situación ha llegado a ser tan familiar que la hemos normalizado. La capacidad de adaptación del ser humano, en ocasiones, es tan asombrosa como siniestra. Los diagnósticos y tratamientos farmacológicos se incrementan a un ritmo vertiginoso. La precariedad define la salud mental de niños y adultos en las sociedades occidentales que conocemos. Cada vez hay más locos, pero como digo, esa locura casi ha sido incorporada a la cotidianidad. Todas las mañanas, al arrancar cada jornada, una parte significativa de nuestras ciudades engulle su ración de psicofármacos antes de salir a la calle. Por las noches el gesto se repite, una miríada de píldoras aterriza en las lenguas de los ciudadanos que buscan conciliar el sueño. El malestar convive con nosotros y ha acabado por parecernos algo completamente normal.

Sé que hay un millón de matices que pueden y quizás deben hacerse a las palabras precedentes, pero en términos generales no considero que estén demasiado desencaminadas. Si atendemos a los criterios que sostiene el propio modelo biomédico imperante<sup>1</sup>, el panorama es desolador. Es decir, si, siguiendo la consigna de los voceros del biologicismo, nos limitamos a aplicar el paradigma médico al estudio y tratamiento de las llamadas “enfermedades mentales”, se nos presenta una realidad tan cruda como evidente: los resultados de psiquiatras y psicólogos clínicos, evaluados bajo la misma lógica médica desde la que operan, muestran que su rendimiento solo puede ser considerado como nefasto. La enfermedad mental está fuera de control desde una perspectiva epidemiológica, y, a su vez, las numerosas promesas que se nos hicieron (recordemos, por ejemplo, el eterno e inminente descubrimiento de pruebas objetivas de diagnóstico) han caído en saco roto.

Hace ya 16 años que fui diagnosticado dentro del sistema público de salud. Desde entonces no se me ha ofrecido ninguna novedad en el tratamiento. A no ser, claro está, que la aparición y prescripción de un nuevo fármaco casi idéntico a su antecesor comercial se considere como tal; en este sentido, la sustitución más destacable y trepidante pareció ser la de Risperdal por Invega. Eso es todo en todo este tiempo.

1) Al respecto recomiendo la lectura de Thomas S. Kuhn y la caja de Pandora: apuntes conceptuales para un cambio de paradigma, de Jose Valdecasas y Amaia Vispe, artículo publicado en el número 36 de este mismo boletín.

Existe un desfase entre los “recursos médicos” que se ofrecen a las personas diagnosticadas y la altanería profesional. El conocimiento real que se tiene del sufrimiento psíquico es absolutamente parcial y limitado, y las herramientas que existen para afrontarlo son insuficientes cuando no dañinas. Las expectativas que se ponen sobre la mesa de la consulta<sup>2</sup> no se corresponden con la seguridad y fiabilidad de la que suelen arrogarse los psiquiatras y psicólogos cuando defienden sus posiciones. A fin de cuentas, el objetivo detrás del conocimiento de una patología debería ser su tratamiento. Por tanto, lo que debería ofrecerse al paciente son mecanismos efectivos de mejora de la calidad de vida que se asienten en datos fiables. Sin embargo, nos encontramos en una situación en la que las investigaciones llevadas a cabo en el ámbito de la salud mental –en gran parte financiadas por la industria farmacéutica– se recrean en la reafirmación del propio paradigma. Así, el paciente ha quedado desplazado, cuando no excluido, y la posibilidad de soluciones, o en otras palabras, de futuro, queda sepultada por la arrogancia de un modelo que se reproduce así mismo alimentándose de su propio fracaso.

No tengo intención de negar las mejoras que han podido producirse en el abordaje de los trastornos psíquicos (en las condiciones y tipos de encierro, por ejemplo), ni tampoco la de obviar el trabajo de determinados profesionales. En este territorio que intento sobrevolar, mi condición de persona diagnosticada me exige centrar la atención en otras cuestiones. Me limito aquí, por tanto, a abordar asuntos de orden estructural que considero cruciales para empezar a entender la necesidad de otro pensar.

El relato dominante en aulas y servicios es que las personas que sufrimos psíquicamente tenemos un desajuste en nuestra bioquímica, y la hegemonía de este relato reduccionista implica toda una serie de consecuencias que deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar el fracaso disciplinario del que hablo. En los párrafos siguientes voy a centrarme, aunque sea de una manera algo tosca y rudimentaria, en tres de ellas. En las tres que son para mí más evidentes y cruciales a la vez.

La primera de las muchas que deberían destacarse es la inercia. Y la inercia puede tener dos acepciones básicas que conviven demasiado cerca la una de la otra. La primera es la cualidad de lo inerte, de lo que no está vivo, y la segunda hace referencia al hecho de que el reposo o el movimiento de un cuerpo se mantienen de manera indefinida si no hay causa externa que lo altere. En lo que respecta a la salud de las personas, a sus vidas, en ninguno de los dos casos la inercia puede ser una buena compañera de viaje. Bien porque te arrastre a la inacción, bien porque implique una manera de moverse que te deje siempre en el mismo sitio.

Hay inercia formativa, profesional, investigadora, mercantil y de las propias personas que acudimos a los servicios de salud mental. Las sendas están trazadas y uno discurre por ellas sin sobresaltos. Al igual que el ganado dibuja durante décadas sinuosos surcos sobre la falda de la montaña. De la consulta a la farmacia. De la farmacia al congreso. De la publicación al reconocimiento profesional. Del despacho al aula. De la sala de espera a la cita con el trabajador social. Y podríamos indicar un sinnúmero de trayectos más donde nada ni nadie se mueve realmente. Bajo la apariencia de progreso no hay sino una gestión razonablemente eficiente del colapso. Un colapso que afecta tanto a las disciplinas como a las personas.

La segunda consecuencia que puede traerse a escena es un impetuoso amante de la inercia: el negocio. Hay quienes opinarán que la precedió necesariamente, otros mantendrán a su vez que llegó después, cuando el terreno estaba ya abonado. Da igual como haya sucedido, lo importante es que está entre nosotros –también con nosotros y en nosotros– y su presencia lo impregna todo. La salud mental es un negocio fabuloso. Hay que reconocerlo de manera abierta y sin complejos de ningún tipo. Hace años hablar de la mercantilización del sufrimiento psíquico era propio de individuos y colectivos marginales. Hoy, gracias a la mezcla resultante del propio descrédito del que gozan los mercados y la labor crítica de determinados movimientos sociales y algunos investigadores, parece que nadie está en posición de poder afirmar que existe algún tipo de neutralidad o filantropía en los resortes que mantienen en marcha la boyante industria farmacéutica. Los recientes trabajos de Peter Götzsche –Medicamentos que matan y crimen organizado– y Joanna Moncrieff –Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos– ponen el dedo en la llaga y claman a los cuatro vientos algo que todas las personas que hemos pasado por una consulta psiquiátrica sabemos: más allá de nuestra condición de pacientes, somos esencialmente clientes.

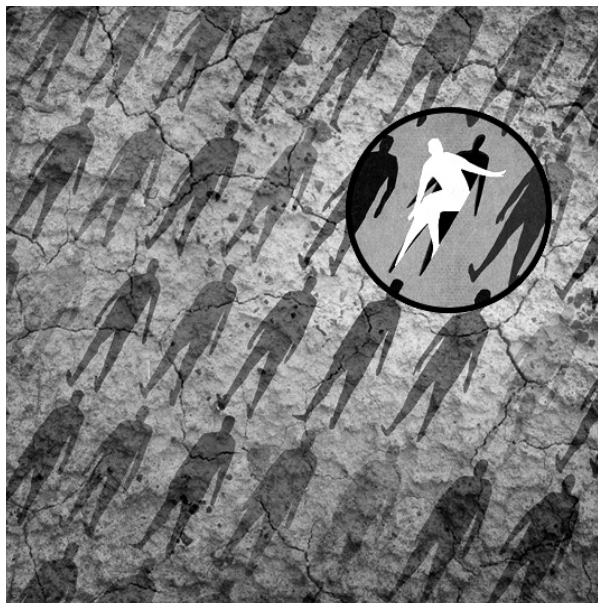
2) Pensemos en los asépticos números que reflejan la esperanza de vida: recordemos que en el caso de una persona diagnosticada de esquizofrenia en el Estado español, el riesgo de muerte natural es 1,8 veces superior a la población general –es decir, su esperanza de vida es casi un 20% menor–, según en su día señaló la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III de Madrid. Y evidentemente no me hace falta entrar aquí en un análisis profundo de las causas de esa mortalidad. No es necesario entrar a debatir el peso de los fármacos en cuestiones como el sedentarismo o el tabaquismo. Basta decir que como horizonte vital, este tipo de datos deberían despertar, cuando menos, sensaciones que oscilaran entre el terror y el escepticismo.

Me veo obligado a señalar que este no es el espacio para acometer un análisis de los psicofármacos y el uso que se les da dentro de las prácticas psiquiátricas de este país. Me interesa transitar por un panorama mucho más amplio que el de una posible discusión clínica.

Volviendo al tema del que hablaba, es cierto que vivimos inmersos en una lógica de costes y beneficios (algo que sin duda podría definirse en términos de «realidad objetiva»). Por lo tanto, también es cierto que el ámbito de la salud mental no se encuentra fuera de esa lógica, pero la razón por la que se ve especialmente afectada es muy sencilla: los beneficios que genera son astronómicos. No hay que ser ni muy agudo ni muy radical para ver la influencia directa que tiene esto. Para ilustrarlo con una mayor claridad, y a riesgo de ser tachado de trasnochado, citaré a Marx abordando la cuestión de la fetichización de la mercancía: *“La producción no produce un objeto para el sujeto, sino también un sujeto para el objeto”*. A partir de estas palabras y haciendo las sustituciones pertinentes, los lectores podrán pasar un rato inquietante y divertido. Sugiero probar a cambiar “producción” por “industria farmacéutica” o “paradigma biomédico”, “objeto” por “fármaco” o “diagnóstico”, “sujeto” por “enfermo mental” o “consumidor”, etc. La cuestión aquí, es que la identidad personal de ese sujeto se ve transformada por esa relación. No se trata algo que pase a tu lado, que te roce, no... te golpea, te modela, te marca.

La tercera consecuencia se puede explicar como fruto de las dos anteriores. Tiene que ver con la situación que ocupa el paciente dentro de este tablero que he tratado de esbozar. Toda vez que su biografía y su dolor han sido escindidos el uno del otro por el escalpelo del saber psiquiátrico, se le ha invalidado y estigmatizado, se le ha predicho un futuro bastante desolador y se le ha convertido en un engullidor de pastillas y receptor pasivo de recursos (cuando los hay), es arrojado a la periferia social. La identidad que alguna vez pudo existir (o acaso llegar a existir) se diluye bajo el peso de los nuevos significantes y sus atribuciones. Se es “paciente”, se es “usuario” (ese gran sustantivo que no dice nada salvo que “usas” algo), se es “diagnosticado” (cuando no directamente “psicótico”, “esquizofrénico”, “bipolar”, etc.)<sup>3</sup>...

El mismo modelo con el que se inician y legitiman todos los procesos de segregación es el responsable final de velar por la



recuperación del segregado. La contradicción es tan manifiesta que tengo la hipótesis de que todas las partes implicadas son perfectamente conscientes de ello en un grado u otro. Y sin embargo, nos hemos acostumbrado a callar pese a que los pacientes difícilmente se fían de sus responsables médicos, y estos con demasiada frecuencia creen estar en condiciones de saber todo cuanto está por acontecer en la vida de aquellos.

Así, en el mejor de los casos nos encontraremos ante una relación terapéutica completamente precarizada, y en el peor estaremos frente a un burdo simulacro. La cuestión radica en la comprensión o no de la naturaleza de esta relación. Y cuanto más avancemos en silencio, cegados por la retórica del progreso desplegada en gran parte de los textos académicos y en la totalidad del marketing farmacéutico, más dificultades encontraremos para pensar alternativas que posibiliten una alianza terapéutica real y efectiva. De hecho, corremos incluso el riesgo de quedar atrapados en la ilusión de que el paso del tiempo conlleva por sí mismo una mejora de la gestión social de la salud mental<sup>4</sup>, de manera que llegue el momento en el que el verdadero problema sea que no podremos recordar el problema mismo: la comprensión y afrontamiento del sufrimiento psíquico. Para evitarlo, no hay que perder de vista algo tan esencial como que hasta el momento, y con las pruebas empíricas de las que se dispone, la “enfermedad mental” no es una

3) Esta es una cuestión siempre presente, pero a la que no se le da la dimensión que realmente tiene. Solo hay tanteos y alusiones, no un estudio riguroso de las implicaciones culturales y sociales que existen en el hecho, por ejemplo, de que una madre descubra que su hija de 19 años es “esquizofrénica”.

4) Un pensamiento mágico con un hábitat mucho más amplio del que pudiera pensarse: aulas, consultas públicas y privadas, empresas, Ministerios, etc.

enfermedad que pueda ser equiparable al resto de patologías a las que hace frente la medicina. Y en consecuencia, el “enfermo mental” está lejos de ser un enfermo más. Semejante estado de excepcionalidad es rastreable en múltiples direcciones, desde las implicaciones legales que puede acarrear un determinado diagnóstico (pensemos en la reforma del Código Penal planteada por el exministro Alberto Ruiz-Gallardón) hasta la impotencia que experimentan muchos profesionales en sus puestos de trabajo (quienes vocacionalmente buscaron un espacio donde descubren que el cuidado es desplazado por la mera gestión), pero donde mejor se puede apreciar es en el simple día a día de las personas que sufren psíquicamente y en su relación con el conjunto de la sociedad.

Inercia, dinero, desamparo. Tres palabras de las que deberíamos huir a la hora de comenzar a construir otro pensar.

• • •

Quizás habiendo dicho esto se entienda mejor que, siguiendo una tendencia abierta hace décadas en el mundo anglosajón, algunas personas nos denominemos “supervivientes” de la psiquiatría o del sistema de salud mental. Hay profesionales que han manifestado su recelo hacia este tipo de expresiones, e incluso han reprochado la existencia de una cierta épica en ellas. Supongo que se sienten tan excluidos de dicha elección como nosotros nos sentimos frente a las rotulaciones diagnósticas. No obstante, para buscar una legitimidad al término hay que remontarse a la experiencia misma y sus protagonistas, y en este sentido personalmente sí considero que hay una dosis considerable de épica en la vida de todos aquellos a quienes a quienes les tapiaron las ventanas y las puertas de sus casas y aun así consiguieron fugarse. Hacer un butrón en la historia que habían escrito para ellos y discurrir otros caminos en busca de un espacio de seguridad donde poder vivir *con* y *en* su diferencia. En mitad de un desastre y una confusión generalizados, donde la curación es sustituida por la simple analgesia, concebir escenarios donde es posible no resignarse es sencillamente una necesidad.

Este problema a la hora de dar con palabras que puedan expresar realidades que escapan al conjunto de discursos y prácticas dominantes en la salud mental evidencia una de las primeras tareas a acometer si queremos salir del atolladero en el que están metidos algunos profesionales (aquellos que a diario experimentan la impotencia en sus puestos de trabajo) y todos los pacientes: el lenguaje. El que existe está viciado. Se ha desgajado de la vida hasta el punto de no responder ya a fenómenos concretos, sino a formas concretas de dominación. El lenguaje se impone, y lo más doloroso de todo es que dicha imposición pretende designar una realidad que es nuestra, no de quienes lo administran.

Así, de la misma manera que determinados individuos vivimos experiencias psíquicas inusuales que pueden entenderse como una “realidad no compartida” por el resto de la población “normal”, la psiquiatría y la psicología nos imponen un vocabulario que nosotros no compartimos. Simplemente nos limitamos a tragarlo. Y lo hacemos nuestro, lo que es aún más perturbador, porque acabamos hablando de nuestras vidas con palabras de personas que no saben nada de ellas.

Sin embargo, no nos encontramos sencillamente ante un problema de vocabulario. Si así fuera, podría solucionarse en términos de reemplazo. No, el lenguaje está asociado a un paradigma, a un determinado modelo, y ello acarrea la existencia de unas reglas que establecen un determinado pensar. Las operaciones conceptuales que acontecen dentro del paradigma biologicista siguen un camino que conduce de manera sistemática al desencuentro con las vidas de los pacientes que pretende curar. Hay un problema de traducibilidad entre su realidad y la de los profesionales que se ha solucionado a golpe de diagnóstico. El problema es estructural, y por tanto, quien quiera afrontarlo deberá estar dispuesto a desprenderse de buena parte de lo aprendido, a cuestionar sus hábitos de pensamiento y a asumir ciertos riesgos. Salirse del redil siempre implica pagar un precio.

Traeré aquí tan solo en el primero de esos riesgos a los que he aludido: escuchar. La psiquiatría, la psicología y el resto de prácticas-satélites que gestionan el sufrimiento psíquico no escuchan. Más allá de que sean las mismas instituciones las que coarten la escucha, cuando no la imposibiliten directamente, estas disciplinas han perdido la capacidad de recibir informaciones que no pertenezcan a las líneas maestras de su relato. Esto es algo que sabe cualquier persona que pase por consulta. Desgraciadamente, escuchar al otro no es solo prestarle atención, ni dedicarle tiempo, ni ofrecerle consuelo. Va más allá, es una actividad en la que quien escucha se expone a tener que modificar el guion que de una manera más o menos conscientemente tenía estructurado en su cabeza. Y eso, cuando no está asumido como parte del propio desempeño, jode.

Llegados a este punto, la mayoría de los lectores de este texto podrán legítimamente argumentar: “Genial, pero no hay medios disponibles para articular esa escucha. No ha recursos económicos, ni tiempo”. Y mi respuesta sería la siguiente: “Correcto, pero hay pasos que ya se pueden dar”. El primero es reclamar y pelear por esos medios, por mera dignidad, aunque se pierda la batalla. El segundo es adquirir formación sobre otras estrategias distintas de las ya conocidas. El tercero pasa por ensayar nuevas formas de comunicación a la luz de esa formación que permitan trabajar sin



grandes recursos económicos (citaré solo dos que ofrecen resultados positivos especialmente en el campo de la psicosis: el diálogo abierto<sup>5</sup> y los grupos de escuchadores de voces<sup>6</sup>). El cuarto consiste en algo realmente sencillo, que se produce en otros países, pero que en este parece no acabar de cuajar: la búsqueda de espacios de confluencia entre personas diagnosticadas y profesionales, tiempos y lugares donde se den los parámetros mínimos que permitan una comunicación razonable y equilibrada. Pero, y esto es relevante, esta necesidad no se ve satisfecha por la tendencia actual (motivada en buena parte por el marco conceptual que ofrece el modelo *recovery*) de incorporar en mesas de debate y jornadas a una o dos personas psiquiatrizadas. Ese es tan solo un gesto que con demasiada frecuencia no va más allá de la anécdota y la autocomplacencia.

Somos personas, no etiquetas. Tenemos vidas, no historiales. Y un secreto: disponemos de saberes labrados en el día a día. Conocimientos empíricos que no vienen en los manuales de las universidades. A veces no tienen una forma clara, son herramientas difusas que simplemente nos ayudan a sobrevivir. Otras veces, con el paso de los años y el apoyo entre personas que comparten una misma condición, esos recursos más o menos intuitivos se van puliendo y se transforman en auténticas estrategias terapéuticas. Muchas de las cuales son replicables.

Negar la participación de personas con experiencias concretas en la creación espacios de acción terapéutica es un error básico que condiciona todos los pasos que se dan después de tomar la decisión. No puedo argumentar con exactitud el origen de esta forma de trabajar, e intuyo que las razones son múltiples e incorporan una gran cantidad de matices y aristas. Es evidente que la arrogancia ya mencionada debe tener un peso importante, junto con el inmovilismo inherente a todo corporativismo. Pero también es cierto que el desarrollo de los marcos conceptuales de la psiquiatría y la psicología en nuestro país no puede ser ajeno a cuatro décadas de dictadura. En cualquier caso, la escisión entre el saber académico y el conocimiento directo que tienen de su propio dolor las personas que conviven con él no solo es una tara que evidencia claramente cierto subdesarrollo teórico, sino que no resiste el embate del simple sentido común.

En un plano estrictamente personal, puedo decir que experimento alucinaciones auditivas desde los 19 años y que, como es lógico, he hablado con muchos psiquiatras, psicólogos y terapeutas desde entonces, pero jamás ninguno de ellos me ha ofrecido el conocimiento práctico que he podido adquirir leyendo y, sobre todo, escuchando a otras personas que a su vez también escuchan voces. Los saberes que se comparten entre iguales escapan a los marcos de la especulación teórica, se diluyen en las narraciones individuales y ofrecen pistas para reconstruir el propio camino hacia una recuperación real y efectiva. La inmensa mayor parte de lo que sé sobre lo que me pasa se lo debo a otros, a otros como yo: la comunicación o incomunicación con la familia, la gestión de las alucinaciones en el trabajo, la información sobre ingresos hospitalarios, la importancia del descanso, la influencia en las relaciones de pareja, los factores de riesgo que pueden desembocar en una crisis, pautas de prevención... la lista sería interminable.

Fuera de España hay programas dentro de la atención en salud mental donde determinados “pacientes” colaboran de manera decisiva en estrategias de intervención<sup>7</sup>. Y dentro de nuestras fronteras hay numerosas experiencias dentro del campo médico donde determinados pacientes intervienen en calidad de “pacientes

5) Existen numerosos materiales en lengua inglesa sobre *Open dialogue*. Will Hall ofrece un repositorio de enlaces en su página web: <http://willhall.net/opendialogue/>

6) Quien quiera ahondar en la historia de este movimiento y acercarse a algunas de sus potencialidades terapéuticas, puede leer *Experiencia con un grupo de escuchadores de voces en un centro de día*, de Miguel Ángel Martínez Barbero, en número 37 de este mismo boletín.

... el desarrollo de los marcos

conceptuales de la psiquiatría

y la psicología en nuestro país no

puede ser ajeno a cuatro décadas

de dictadura

7) Una de ellas es el llamado Parachute Project (<http://www.nyc.gov/html/doh/html/mental/parachute.shtml>), de la ciudad norteamericana de Nueva York. Un programa que busca alternativas al ingreso hospitalario de personas en situación de crisis.

expertos”<sup>8</sup> a la hora de gestionar situaciones tan complejas como la aceptación y gestión de una patología crónica<sup>9</sup>. Lo curioso es que la psiquiatría dominante, pese a invocar su pertenencia en igualdad de condiciones al resto de ramas de la medicina, suele asumir del paradigma médico tan solo lo que le conviene. El campo psicopatología no deja de ser un caos controlado por la costumbre, donde los cambios provocan miedo y rechazo. Al fin y al cabo, hay que tener siempre presente que cuando los sistemas se enquistan, tienden a la autoperpetuación como lo haría cualquier ser vivo.

• • •

Habría primero que establecer  
si la psiquiatría puede considerarse  
ciencia en un sentido fuerte

Hasta el momento he recurrido constantemente al concepto de “paradigma” establecido por Thomas Kuhn. Y lo he hecho en su sentido más primario: un modelo teórico que, por las razones que sea, es aceptado por un grupo social<sup>10</sup>. Esta aceptación tiene sus cimientos en un conjunto complejo de razones, entre las cuales destaca el éxito para resolver problemas o anomalías. En este sentido pudiera parecer que la hegemonía del relato biologicista en el ámbito de la salud mental tiene sus días contados: hace décadas que no se producen adelantos significativos en el terreno de la investigación (ni en lo relativo al diagnóstico, ni en lo relativo a los psicofármacos), todavía no se ha podido demostrar el componente biológico de ninguna llamada “enfermedad mental” y, quizás esto sea lo más importante, la gente continúa sufriendo. Sin embargo, esta interpretación simplifica demasiado el trabajo de Kuhn. Habría primero que establecer si la psiquiatría puede considerarse ciencia en un sentido fuerte (si aplica el método científico de facto y no si se trata tan solo de un conjunto más o menos estable de conocimientos y creencias), e incluso qué sentido tiene tratarla desde el aparato conceptual ofrecido por un historiador de la ciencia<sup>11</sup>, y lo que es más importante en nuestro caso, habría que ponderar la relevancia que siempre asignó este autor a las creencias históricas concretas de las comunidades científicas. Y es que una de las grandes aportaciones de Kuhn fue insistir en que las propias creencias son inseparables del marco cultural en el que se desarrollan.

Dicho lo cual, el paradigma biológico en salud mental debe ser siempre comprendido en el contexto en el que ha triunfado. De ahí que haya quienes con propiedad hablen ya de “paradigma biocomercial”. Quizás no haya que atender tanto a sus éxitos para comprender su supervivencia como a su funcionalidad contextual. Se adapta a la lógica del mundo en el que se inserta. Se adapta y hace caja. Por tanto, la crítica no puede ni debe ser planteada en términos de relevo: no existe ningún paradigma que pueda suplir al actual operando en las mismas condiciones.

8) Úsese este término o algún otro más actual, como *peer-specialist facilitators (PSF)* o *peer-navigators*.

9) Aquí, de las muchas referencias posibles, me decanto por: Nuño-Solinis, R., Rodríguez-Pereira, C., Piñera-Elorriaga, K., Zaballa-González, I. y Bikandi-Irazabal, J. (2013). Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 332-337.

10) Tal y como señala Francisco Fernández Buey en *La ilusión del método* (Crítica, Barcelona, 2004), Kuhn hizo uso de la palabra “paradigma” con distintas acepciones dentro de *La estructura de las revoluciones científicas*. Esto, junto con el hecho de que no todas esas acepciones era unívocas, le supuso recibir severas críticas. Sin embargo, el término triunfó finalmente y se incorporó a numerosos campos (de la economía a la antropología, por poner dos ejemplos ilustrativos) no solo por su carácter innovador, sino también por facilidad que ofrecía el concepto a la hora de recoger las dificultades teóricas que presentaban estos dichos campos.

11) Más allá del sentido laxo y utilitario descrito en la nota anterior.

Mi modesta aportación a este debate es que tampoco necesitamos un modelo alternativo. No se trata de escoger entre la fantástica cosmología aristotélica y el rigor observacional de Galileo (quien pudo ver que sí, que la Luna tenía montañas y no era la esfera incorruptible que creían Aristóteles y la Iglesia Católica), tal y como nos explica Thomas Kuhn. Se trata de cuestionar el paradigma hegemónico a la vez que se articulan respuestas pragmáticas a los problemas que ese paradigma no sabe, o no le es rentable, abordar. Y esto pasa necesariamente por cuestionar e incidir también en el marco cultural existente. Si no hay una cultura de la escucha, de la gestión horizontal de tiempos y espacios, poco sentido tendrá el descubrir que tiene un potencial terapéutico. Si se apuesta por los grupos de apoyo mutuo en salud mental, donde se practica una comunicación no mediada entre personas que han pasado y pasan por experiencias semejantes, hay que asumir que se está defendiendo una manera específica de relacionarse. Se otorga un valor a una determinada manera de estar en el mundo. La praxis implica un posicionamiento dentro de una correlación de fuerzas e intereses que nos desborda.

El problema esencial de quienes defendemos que la autonomía es el principio, el medio y el fin de la recuperación en salud mental es que este mundo está configurado contra el desarrollo de esa autonomía mucho más allá de los límites establecidos por aulas, consultas y hospitales. Por eso no contemplamos un choque frontal, a la vez que tampoco nos resignamos, buscamos resquicios y contradicciones para instalarnos en ellas. No podemos posponer la disputa ni asumir la derrota. A nuestro alrededor “La regla es: mermelada mañana y ayer... pero nunca hoy”, que diría la Reina de corazones en *Alicia en el país de las maravillas*. El ayer representa el momento en el que se gozó de una salud ya perdida, mientras que el mañana es la quimera de un nuevo tiempo que nunca acaba de llegar. El problema es que vivimos en el hoy. Y necesitamos soluciones ya.

No se trata pues de disputar una hegemonía, sino de liquidarla, de acabar con la imposición de centros de poder y defender la multiplicidad. No hay un relato para explicar el sufrimiento psíquico, hay múltiples relatos de múltiples sufrimientos psíquicos. La puesta en común de los mismos y de las estrategias de gestión empleadas por sus protagonistas es un camino de socialización de conocimientos que rompe con la lógica que conocemos. Aprender de un paciente puede parecer un sinsentido hasta que es útil. Es entonces cuando es posible entender que todas esas dualidades que se levantan alrededor no son sino muros.

Cierro el texto invocando el llamado “derecho de fuga”, una idea que tomo prestada a Sandro Mezzadra<sup>12</sup>. No se trata de

una figura jurídica, sino un concepto con el que el autor pretende reflexionar sobre la singularidad de las personas desplazadas. Con él, Mezzadra pretende remarcar la dimensión subjetiva de los procesos migratorios, los cuales quedan seplutados bajo el anonimato y el reduccionismo con los que quedan planteados dentro del contexto capitalista. Así pues, las personas diagnosticadas también tenemos el derecho de fugarnos del paradigma biomédico que triunfa a día de hoy. Tenemos derecho a buscar y a que se nos reconozca nuestra propia subjetividad mientras buscamos. Nuestra fuga permite que terceras personas puedan tomar conciencia de nuestra condición y nuestra experiencia. Reivindicar nuestra subjetividad implica romper con la posición subalterna a la que nos relega el paternalismo de las llamadas “ciencias psi-”, pero desde luego no equivale a suprimir todas aquellas condiciones objetivas que nos llevaron al sistema de salud mental. No somos reducibles a categorías estancas, no somos insectos y los profesionales de la salud mental no deberían ser entomólogos. Ese camino, esa forma de pensar, ha sido ya ensayado y el resultado está ahí para quien quiera documentar la derrota. Tenemos derecho a respirar aire fresco, o al menos a intentarlo. Desertar es un verbo que tiene algo hermoso. Implica una actitud. Lo cual no es poco en estos días aciagos. Cuando el pensar habitual, el que hemos heredado, fracasa, se hace necesario pensar de otra manera. Estamos habituados a afrontar la realidad en términos opuestos. Así, este nuevo pensar que se invoca en el título de este texto debiera ser un pensar contra el orden existente. Sin embargo, de lo que se trata no es tanto de pensar a la contra como de inaugurar otro pensar desde el momento mismo en el que hemos reconocido que el que existe se rinde.

Soy consciente de que este texto no tiene una estructura académica. Hablar desde la propia vivencia le condena a uno a abrazar ciertas heterodoxias. Si todo lo escrito tiene una finalidad o enseñanza, no pasa por que se la explique y desmenuce al lector en un último apartado de conclusiones, sino porque este la comprenda. Ojalá se entienda este matiz, y sirva de contrapunto al modo en que las personas diagnosticadas somos tratadas en consultas, estudios, salones familiares o asociaciones de distinta índole. En última instancia, y al igual que otra mucha gente, yo no creo que el ser humano nazca bueno o malo. Creo que nace ignorante, estúpido. Y abandonar esa condición es la tarea de su vida. Quiero pensar que cada vez somos más quienes estamos inmersos en ese proceso.

12) Mezzadra, Sandro, *Derecho de fuga: migraciones, ciudadanía y globalización*, Traficantes de sueños, Madrid, 2005.





Fuente: annajorbaricartblog.blogspot.com

Una sociedad extremadamente  
desigual, orientada al consumidor,  
tenta a la gente a saltarse la ley

## LO PSICOLÓGICO ES POLÍTICO.

**Joanna Moncrieff**

(publicado en The Occupied Times el 5 de Marzo de 2014,  
cedido para su traducción y publicación en el Boletín).

Traducción: Iván de la Mata Ruiz.

Desde un punto de vista social la doble estrategia de exaltar el consumismo y aumentar el control social han sido fundamentales para el proyecto neoliberal. Consumismo y control pueden considerarse lados opuestos de la misma moneda. Se estimula a las personas a aspirar cada vez a un mayor nivel de consumo idealizado, a modo de imitación del estilo de vida de una elite de celebridades que aparece continuamente en los medios de comunicación y en las televisiones de nuestros salones. Ir de compras, lo que antes era entendido como un medio para un fin, se ha convertido en la principal actividad de ocio en el Reino Unido. A la vez, cada vez más personas son excluidas del mercado laboral (a veces para siempre) por el traslado de las industrias a zonas con mano de obra más barata mientras que muchas otras se ven atrapadas en trabajos con bajas remuneraciones y sin ninguna perspectiva de progreso. Grandes segmentos de la población solo pueden acceder a este estilo de vida, ampliamente publicitado, a través de medios ilegales. Una sociedad extremadamente desigual, orientada al consumidor, tenta a la gente a saltarse la ley, como se pudo ver en los disturbios de Londres y otras ciudades inglesas en el verano de 2011.

El neoliberalismo necesita ampliar sus mecanismos de control social para vigilar el caos y fragmentación social que sus políticas producen. La cantidad de población reclusa ha crecido en muchos países occidentales, llegando a proporciones asombrosas en los Estados Unidos. En el año 2011 el 0,7% de la población de EE.UU estaba en la cárcel y sumando los que estaban en la cárcel, en libertad condicional o preventiva se llegaba a la cifra del 2,9% de la población. Entre los afroamericanos, un 7 % de los varones estaban en la cárcel y se estima que uno de cada tres lo estarán en algún momento de su vida. David Harvey [N.T: *geógrafo y antropólogo británico, autor de "Brief History of Neoliberalism", 2005*] señala que "en los EE.UU la encarcelación se ha convertido en una estrategia de estado clave para hacer frente a los problemas que surgen entre los trabajadores desechados y las poblaciones marginadas". Las tasas de población reclusa también se han incrementado en el R.U. doblando casi las de principios de los 90.

El doble objetivo de aumentar el consumo y controlar a los expulsados de la redistribución de la riqueza se ve reforzado por las nociones modernas e individualistas de salud y enfermedad mental. Incluso antes de la era de la jerga neurocientífica [N.T: *neurobabble en el original*] la idea de 'enfermedad mental' ubicaba los problemas de comportamiento y de las emociones dentro del individuo, por lo general en un cerebro defectuoso, pero también en mecanismos inconscientes o en estructuras cognitivas defectuosas. De esta manera, la naturaleza compleja de cómo las personas se relacionan entre sí y con su entorno estaban dissociadas de su contexto social. En los últimos años se sostiene que la neurociencia puede explicar casi todas las actividades

humanas desde la economía hasta el gusto por la literatura. Estas ideas se ajustan bien al pensamiento neoliberal, con su énfasis en el individuo y su aversión por la “sociedad”.

El concepto de enfermedad mental es útil en parte, ya que proporciona una justificación convenientemente elástica para el control y confinamiento que complementa el sistema de justicia penal. Una vez que alguien es etiquetado como enfermo y necesita tratamiento, casi cualquier intervención puede ser justificada. Desde el momento en que el comportamiento extraño, inquietante y ocasionalmente perturbador que llamamos enfermedad mental, se atribuye a una enfermedad del cerebro, sus orígenes y significados ya no tienen que ser entendidos. Simplemente tiene que ser corregido, con medicamentos, terapia electroconvulsiva (TEC) o cualquier otra cosa que se necesite. Las consideraciones normales de la autonomía del individuo pueden ser obviadas. En la “Ley de La Salud Mental” la “salud” triunfa sobre la libertad.

Las políticas neoliberales se reproducen en la comunidad que ya no tiene los recursos o la motivación para dar cabida a la diferencia. En la medida que las personas son desplazadas cada vez más de la familia y amigos, que las redes de apoyo social se colapsan y que el trabajo se convierte en precario, la integración social que ayudaba a algunas personas a resistir presiones emocionales en el pasado, a menudo, ya no está disponible. Las Instituciones psiquiátricas son requeridas para gestionar las consecuencias, y el lenguaje de la enfermedad mental permite que esto se haga sin revelar la descomposición social que se encuentra en su raíz.

En Inglaterra, más de 50.000 personas fueron ingresadas de forma involuntaria en una institución psiquiátrica durante el año anterior a abril de 2013, un 4% superior al mismo periodo de 2010 a 2011, lo que representa un incremento del 14% desde abril de 2007. Esto sucede a pesar de los fuertes incentivos financieros y políticos para reducir el uso de camas de hospital.

La idea de que la alteración mental es una “enfermedad” que es fácilmente susceptible de tratamiento también ha permitido la extensión del control más allá del hospital, en la misma comunidad. En el año 2008, las «Community Treatment Orders» (CTO) [*N.T: Equivalente al Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI) en España*] fueron introducidas en Inglaterra y Gales, lo que permite que los pacientes sean tratados contra su voluntad fuera del hospital, incluso si no tienen” síntomas “en absoluto. Las CTO no requieren que las personas tengan un historial previo de violencia o “tendencias sui-

cidas”. Una CTO puede aplicarse simplemente sobre la base de que, sin tratamiento, la persona presenta un riesgo para su propia “salud”.

Cuando se introdujeron, se estimaba que se aplicarían unas 450 CTO por año. La realidad es que en un año y medio (desde su inicio hasta abril de 2010) se realizaron aproximadamente 6000. El uso de estas órdenes sigue creciendo, con un aumento del 10% durante el año comprendido, entre abril de 2012 y abril de 2013. Las CTO casi siempre estipulan que el individuo tiene que recibir tratamiento con fármacos que no quiere y no le gustan. Potencialmente, alguien puede ser obligado a recibir estos productos químicos que alteran la mente para el resto de su vida, incluso teniendo plena capacidad para tomar decisiones sobre su tratamiento.

Además de ayudar al sistema penitenciario para lidiar con las consecuencias de las políticas neoliberales en la estabilidad individual y cohesión de la comunidad, la, más mundana, medicalización de la infelicidad también ha sido impulsada por el proyecto neoliberal. La promoción de la idea de que la depresión es un problema médico común causado por un desequilibrio de algunas sustancias químicas del cerebro ha ayudado a desplazar la responsabilidad por el sufrimiento y la angustia del territorio social y económico al individuo y su cerebro. La masiva prescripción de antidepresivos refuerza la idea de que son los individuos los que necesitan arreglo, pero también las soluciones psicológicas, como la CBT (terapia cognitivo-conductual) pueden ayudar a perpetuar esta forma de pensar.

Algunas de las razones por las que muchas personas se identifican actualmente como “deprimidos” tienen probablemente el mismo origen que los factores que han llevado al incremento de la población reclusa - que se nos anima a desear lo que no podemos conseguir fácilmente. El sociólogo Zygmunt Bauman habla de cómo el consumismo impulsa la aparición y mantenimiento de sentimientos de insuficiencia y ansiedad. No se puede permitir que la gente se sienta satisfecha. Siempre debe existir un persistente descontento que conduzca a consumir más, junto con un temor de convertirse en un «consumidor fallido”. Para muchos, el trabajo se ha convertido en un lugar de incesante presión, inseguro y poco gratificante, y como las demandas de mayor productividad y eficiencia incrementan, cada vez más personas están excluidas de la fuerza de trabajo ya sea por enfermedad, discapacidad o elección propia.

Endeudarse, así como la delincuencia, se utiliza para llenar la brecha entre las aspiraciones y los ingresos. Pero con las deu-

Las ideas sobre la naturaleza de la salud mental y las enfermedades mentales están intrínsecamente ligados a las condiciones sociales y económicas en las que emergen

das viene el estrés, la ansiedad y sentimientos de vulnerabilidad y pérdida de control. Hay tantas oportunidades para fallar, y el “éxito” es cada vez más improbable.

La proliferación y expansión de los trastornos mentales crea innumerables posibilidades de fracaso. En la medida que las oscilaciones del estado de ánimo, la atención inadecuada o la excesiva timidez sos patologizados se fomenta que cada vez más y más gente crean que ellos mismos necesitan ser “reparados”. Al igual que la cirugía estética promueve el ideal imposible de la eterna juventud, la promoción de la salud mental, sugiere que hay un perfecto estado de salud mental al que todos debemos aspirar y que tenemos que trabajar en nosotros mismos para lograrlo. Se fomenta que la gente viva en un perpetuo estado de frustración y decepción consigo mismos, cuyas raíces deben buscar en su interior, para que no se piense en cuestionar la naturaleza de la sociedad en que vivimos.

Las ideas sobre la naturaleza de la salud mental y las enfermedades mentales están intrínsecamente ligados a las condiciones sociales y económicas en las que emergen. El neoliberalismo y su “no existe tal cosa como la sociedad” han ayudado a producir un monstruo biológico que subsume todas las áreas de la actividad humana dentro de un paradigma neurocientífico y, al hacerlo, destierra toda la tradición filosófica que reconoce la experiencia humana como irreductiblemente social. Sólo podemos empezar a cuestionar esta visión empobrecida de la humanidad cuando comprendamos sus funciones políticas y los fines a los que sirve.

Lo psicológico es político!



## **CUIDADO CLÍNICO Y EPIDEMIOLOGÍA TRASLACIONAL: LECCIONES DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS CON ANTIDEPRESIVOS**

**David Healy, MD <sup>1</sup>**

Traducción: Marta Carmona Osorio y Pilar Juliá Calvo

### **ABSTRACT**

<sup>1</sup>Department of Psychological Medicine  
Cardiff University  
Wales UK  
Tel: 44-1248-384453  
Email: David.Healy54@googlemail.com

Los ensayos clínicos controlados y aleatorizados (RCT) han sido la esencia del proceso de desarrollo de fármacos a lo largo de varias décadas. Esta revisión de sus orígenes y adopción, resalta deficiencias de dicho método, habitualmente ignoradas. Al usarse de forma indiscriminada, los efectos adversos de los estos ensayos pueden superar sus beneficios. Los problemas se plantean alrededor del desarrollo de graves reacciones adversas a los fármacos, tales como riesgo de suicidio con antidepresivos, pero se aplican a toda la medicina. Necesitamos una epidemiología traslacional que sea capaz de combinar estrategias basadas en estudios de laboratorio con la epidemiología tradicional, tal y como se ejemplifica en los RCT, para así obtener las respuestas adecuadas para el paciente que está delante del médico.

### **KEYWORDS**

Ensayos controlados randomizados/aleatorizados, antidepresivos, respuesta a fármacos, farmacogenética, epidemiología traslacional

### **EL ORIGEN DE LOS ENSAYOS ALEATORIZADOS**



Fuente: [www.hemosleido.es](http://www.hemosleido.es)

Ronald Fisher creó el ensayo controlado y aleatorizado (RCT) en la década de 1920, cuando investigaba el efecto de los fertilizantes. Son muchos los factores que pueden confundir los estudios de fertilizantes, como por ejemplo las diferencias en el drenaje del suelo, la exposición al viento o a la luz del sol así como los muchos componentes del suelo. Los factores que se conocen, pueden ser controlados, pero la percepción de Fisher fue que podía controlar factores de confusión desconocidos aleatorizando el fertilizante a zonas de suelo alternas.

Fisher unió las pruebas de significación estadística a la aleatorización. Si obtenía el mismo resultado en todas partes, habíamos diseñado un buen experimento. Había una calidad *Quod Erat Demonstrandum* en relación a esto –si rallas un poco un lado de una moneda, puedes esperar que salga cara 19 veces de cada 20–. La aleatorización en este sentido consiste en no dejar nada a la suerte. Indica que un investigador sabe lo que está haciendo. Esta percepción de lo que Fisher quería decir con un RCT se ha perdido con el tiempo (1,2,3).

La aleatorización se utilizó por primera vez en medicina en el ensayo de Bradford Hill del uso de Estreptomina en la Tuberculosis. Ensayos no aleatorizados previos habían establecido todo lo que se conoce acerca del uso de estreptomina en la tuberculosis (4) que funciona a corto plazo pero que los gérmenes se vuelve resistentes y que el tratamiento presenta riesgos significativos, como ototoxicidad(5). Así, el ensayo MRC sirvió más para poner el foco de atención sobre la aleatorización que en la estreptomina. Si la eficacia significa que los ensayos consigan algo, mientras que la

efectividad significa que funcionan para el propósito que se pretende, entonces el ensayo MRC demostró la eficacia de los ensayos, pero no estableció su efectividad.

## DUDAS INICIALES ACERCA DE LOS RCTS

Mientras que los ensayos clínicos están considerados a día de hoy como un medio para contener las afirmaciones/declaraciones de las compañías farmacéuticas, a mediados de los 60, Bradford Hill se dio cuenta de que los representantes de las compañías de fármacos estaban utilizando la evidencia de los RCT para animar a los médicos a usar los productos de su compañía. A diferencia del entusiasmo de actual con los RCTs, Hill (6) sugirió que si los RCTs alguna vez se convertían en la única forma de evaluar los fármacos, el péndulo no sólo habría oscilado demasiado lejos (de la opinión del médico), sino que se habría “descolgado” totalmente.

En la década de 1950 se reconoció que la base filosófica de los RCTs era poco clara; no había un acuerdo en qué significaba “estadísticamente significativo”, con Neyman y Pearson en desacuerdo con Fisher; no se elaboró entonces ni se ha hecho ahora, una base lógica para la aleatorización (5, 7).

La predominancia a día de hoy de los RCTs como método de evaluación, no se debe a que posean una mayor coherencia racional o lógica, sino a sucesos en relación a la crisis de la Talidomida. La Talidomida creó un imperativo político para tomar medidas que hicieran que los pacientes estuvieran más seguros. Como resultado de ello, en 1962 un cambio de la normativa de la Food and Drugs Act (FDA), requirió que las compañías demostraran la “efectividad” de los nuevos compuestos, con el entendimiento de que esto se haría a través de RCTs controlados con placebo.

A partir 1962, los RCTs, el método de evaluación novedoso, tenían una idoneidad poco clara para la tarea que se les había encomendado (8). No hay mejor símbolo de esta incertidumbre que el hecho de que desde 1962, sólo un fármaco ha demostrado efectividad y seguridad a través de un RCT controlado con placebo previo al marketing: la Talidomida (9).

Finalmente, hay una crisis intrínseca al desarrollo de fármacos en la actualidad, que no termina de cuadrar con las afirmaciones de que los RCTs son un método efectivo de evaluación. Tal y como muestra la Tabla 1, la mayoría de los grupos farmacológicos principales se introdujeron en la década de los 50, sin los beneficios de los RCTs, y las drogas que se introdujeron entonces siguen siendo más efectivas que tratamientos que

han salido al mercado desde entonces a través de RCTs. Empíricamente, por tanto, parece que los RCTs no son necesarios para desarrollar un arsenal de fármacos efectivos.

La crisis en el desarrollo de fármacos, posiblemente vinculada con el uso de los RCTs, necesita ser diferenciada de otra crisis que afecta a la conducción de los RCTs. Ésta última está relacionada con el uso de resultados secundarios, en ensayos de duración inadecuada, así como un trasfondo regulador que autoriza productos basados en 2 RCTs positivos, incluso si hay 10 o más estudios negativos, con prácticamente todas las publicaciones difiriendo de esos dos estudios positivos, escritos por escritores fantasmas y con todos los datos del ensayo retenidos (8).

Este artículo no es un añadido a todas las críticas que ya existen sobre la forma en que los RCTs son desarrollados. Lo que argumento es que los RCTs tienen un rol importante en los tratamientos, pero incluso si son llevados a cabo impecablemente, los RCTs tienen efectos adversos que podrían sobrepasar sus beneficios. Adaptando la máxima de Muir Gray de que todo screening es perjudicial, podríamos decir que todos los RCTs lo son, pero que en algunos casos, también existen ciertos beneficios que justifican correr los riesgos asociados, que son inevitables (10).

**Tabla 1. Efectividad de fármacos con y sin RCTs**

Fármacos introducidos Pre-1962	Ejemplares de fármacos Pre-1962	Fármacos Post-1962 más efectivos o no
Analgésicos	Morfina, Paracetamol	No
Antibióticos	Penicilinas, Tetracinas	No
Anticonvulsivantes	Barbitúricos, Valproico Fenitoína	Posible
Antidepresivos	Tricíclicos, IMAOs	No
Antihistamínicos	Clorfenamina, Difenhidramina	No
Antihipertensivos	Tiazidas	No
Antipsicóticos	Clozapina, Haloperidol	No
Quimioterápicos	Mostazas nitrogenadas Cisplatino	Quizás

continúa ►►



♦♦ continuación

Fármacos introducidos Pre-1962	Ejemplares de fármacos Pre-1962	Fármacos Post-1962 más efectivos o no
Anticonceptivos	Segunda generación COC	No
Diuréticos	Furosemda	No
Hipoglucemiantes	Metformina	No
Esteroides	Prednisona	No
Estimulantes	Dexanfetamina Metilfenidato	No
Tranquilizantes	Diazepam	No
Vacunas	Polio, Viruela	No

## ¿MEDICULTURA O MEDICINA?

El argumento en resumen es: los humanos y sus enfermedades, así como el tratamiento de dichas enfermedades no son unidimensionales como lo eran los trozos de suelo y los cultivos de Fisher. Como consecuencia, transformar un químico en una medicina es algo diferente a demostrar que un químico es un fertilizante efectivo.

Un fertilizante tiene una única acción que debemos tener en cuenta, pero un fármaco puede tener cientos de efectos, y todos ellos requieren nuestra atención. No resulta problemático designar un efecto primario en un RCT de fertilizantes e ignorar todos los demás. El hecho que una pequeña proporción de mazorcas de maíz mueran de forma prematura por el fertilizante no tiene ninguna consecuencia. Pero la medicina está principalmente preocupada por el beneficio al paciente individual, y los efectos medios son sólo útiles mientras ayuden al individuo. Los efectos medios que ocultan los daños al paciente individual conllevan riesgos que quizás no merece la pena correr. La práctica clínica necesita manejar la heterogeneidad, no actuar como si no existiera.

La aleatorización intenta eliminar fuentes de sesgos objetivos. Pero en el caso de los ISRS por ejemplo, los posibles efectos de estos fármacos en el humor se designan como primarios, cuando en realidad esos efectos son menos comunes que los efectos

en la función sexual o digestiva. El procedimiento del ensayo clínico implica que esos efectos más comunes son efectivamente ignorados, por lo que el sesgo se sistematiza en lugar de ser eliminado.

## EL EFECTO PLACEBO

Los RCTs en fertilizantes no son controlados con placebo. Los primeros RCTs en medicina no fueron controlados con placebo. Los primeros ensayos controlados con placebo en medicina no fueron RCTs.

La unión de los RCTs y los placebos da la impresión de que un mayor número de sesgos está siendo controlado. Pero los placebos introducen de forma sistemática sesgos. Un tratamiento activo simplemente necesita superar al placebo en algún aspecto para ser declarado superior. Esto se puede conseguir con cualquier agente débil reforzando los ensayos según convenga. Las manipulaciones de este tipo implican que antihipertensivos, hipoglucemiantes y antidepresivos recientes son con frecuencia menos efectivos que tratamientos introducidos sin RCTs antes de mediados de los 60 (Tabla 1). Los efectos de un tratamiento en un paciente anteriormente tenían que ser visibles, pero a día de hoy pueden ser invisibles a nivel del paciente individual.

## ANTIDEPRESIVOS Y SUICIDIO: UN EXPERIMENTO MENTAL

Los factores de confusión que la aleatorización puede introducir en las pruebas de medicamentos y que no se encuentran al probar un fertilizante se pueden observar a través de dos ejemplos que involucran antidepresivos y el suicidio en depresión, pero la enseñanza se puede aplicar a todos los grupos de fármacos y a todos los efectos.

Imipramina, el primer antidepresivo, se lanzó en 1958 sin RCTs. En 1950, en un encuentro para debatir acerca de sus efectos, varios clínicos señalaron, basándose en los tests CDR (Challenge-Dechallenge-Rechallenge), que aunque Imipramina era estupenda para muchos pacientes, podía desencadenar ideación suicida y homicida en otros pacientes (11).

Los CDR ofrecen una demostración convincente tan de causa-efecto como la significación estadística en pruebas propuestas por Fisher. Ambos muestran mayor capacidad de replicación que los hallazgos estadísticamente significativos referidos en la mayoría de los ensayos clínicos actuales.

Imipramida y otros antidepresivos tricíclicos relacionados son inhibidores de la recaptación de Serotonina. Son más potentes clínicamente que los ISRS, superando a éstos en pacientes con melancolía (12). Los pacientes melancólicos tienen una probabilidad de cometer suicidio 80 veces mayor que los pacientes con depresión moderada (13). Por tanto, comparar Imipramina y placebo en un RCT de pacientes melancólicos claramente mostraría menos suicidios y actos suicidas en Imipramina que en placebo. El riesgo relativo quizás sería tan bajo como 0.5. Así, un fármaco que causa suicidio, en este sistema de análisis, sería protector respecto al suicidio de forma poblacional.

...no podemos hacernos una idea  
realista de cuán frecuentemente  
los antidepresivos podrían estar  
desencadenando suicidios  
en la práctica clínica

Por el contrario, varios meta-análisis de suicidios y actos suicidas en ensayos de tratamiento con ISRS y post-ISRS señalan un riesgo relativo de que los fármacos causarán suicidio y actos suicidas de aproximadamente 2.0 (14). Este resultado se obtiene en parte porque estos fármacos son menos potentes que Imipramina y se probaron en personas con menor riesgo de suicidio; como resultado, el ratio de actos suicidas en placebo disminuye, haciendo que el riesgo del fármaco sea menos patente. Si se incluyera Imipramina en este sistema de análisis, mostraría exactamente el mismo aumento/exceso de actos suicidas.

Es frecuente oír afirmaciones que dicen que los RCTs demuestran causa y efecto. Pero este experimento mental indica que si un ensayo no se diseña para estudiar un problema, no puede mostrar causa y efecto. Estos RCTs no muestran nada acerca causalidad excepto como mucho que podría no haber un aumento en suicidios y riesgos de suicidios si los fármacos no causaran suicidio.

Una evidencia más clara/mejor de que los fármacos podían causar suicidio en algunos pacientes, que la obtenida en ensayos clínicos, se obtuvo a partir del artículo de Teicher de 1990 sobre Prozac y suicidio, que demostró relaciones CDR (15).

Otra implicación es que los RCT no dan habitualmente datos fiables. Incluso cuando el estudio se diseña para buscar la relación entre antidepresivos y suicidio, no podemos hacernos una idea realista de cuán frecuentemente los antidepresivos podrían estar desencadenando suicidios en la práctica clínica. El próximo ejemplo apuntalará este aspecto.

## ANTIDEPRESIVOS Y SUICIDIO: EXPERIMENTOS CONCRETOS

En los primeros 90, SmithKline comenzó un estudio con paroxetina (estudio 106) en pacientes con Trastorno depresivo breve recurrente. El estudio terminó prematuramente y nunca se publicó. La tasa de conductas suicidas en la rama tratada con paroxetina fue tres veces mayor que en la rama con placebo (datos disponibles en el autos). SmithKline empezó después el estudio 057 en un grupo de pacientes similar.

En abril de 2006, GlaxoSmithKline, en un comunicado de prensa presentó los siguientes datos de un estudio con pacientes con trastorno depresivo mayor tratados con paroxetina (tabla 2). Los pacientes con dicho diagnóstico presentaron un aumento significativo de riesgo suicida estando tratados con paroxetina (17).



**Tabla 2: Conductas suicidas en ensayos clínicos sobre Trastorno Depresivo Mayor**

Ensayos sobre Trastorno Depresivo Mayor	Paroxetina	Placebo	Riesgo relativo
Actos suicidas/ Pacientes	11/2943	0/1671	Inf (1.3, inf)

El comunicado de prensa también contenía datos de la tasa de conductas suicidas en los ensayos clínicos sobre trastorno depresivo breve recurrente (estudios 106 y 057). pese a que ambos estudios, 106 y 057, no apoyaban el uso de paroxetina para el trastorno depresivo breve recurrente, sorprendentemente, los datos de estos estudios al juntarse pueden hacer que dicho riesgo sucida desaparezca (véase tabla 3).

**Tabla 3: Actos suicidas en los ensayos acerca de Trastorno depresivo mayor y Trastorno depresivo breve recurrente**

	Paroxetina	Placebo	Riesgo relativo
Ensayos sobre Trastorno depresivo mayor: Actos/Pacientes	11/2943	0/1671	Inf (1.3, inf)
Ensayos sobre Trastorno depresivo breve recurrente Trials: Actos /Pacientes	32/147	35/151	0.9
Combinados: Actos/Pacientes	43/3090	35/1822	0.7

Podemos añadir 16 actos suicidas a la columna “paroxetina” del ensayo sobre Trastorno depresivo breve recurrente de la tabla 3, aumentando el riesgo relativo de eventos adversos para paroxetina hasta 1.4, y los actos suicidas cobinados a 59, y aun así se tendría un resultado aparentemente protector.

La paradoja de estos resultados es previsible. En lo relativo a medicina, a diferencia de los fertilizantes, saber lo que un medicamento puede hacer hace posible diseñar una rama-placebo en el RCT utilizando un problema provocado por el medicamento para ocultar ese mismo problema.

Sin duda es una mala técnica de meta-análisis hinchar estos datos, pero el ejemplo apunta a un problema más profundo que compete a todos los ensayos llevados a cabo en grupos heterogéneos –desde las lumbalgias a la enfermedad de Parkinson–. Del mismo modo que los pacientes con Trastorno depresivo breve recurrente pueden cumplir criterios para Trastorno depresivo mayor, los diversos grupos de pacientes con enfermedad de Parkinson pueden tener criterios confluyentes con sus respectivas enfermedades. Dado que hay bastante más de un paciente con Trastorno depresivo breve recurrente metido en los ensayos para Trastorno depresivo mayor, la aleatorización se asegurará de que estos pacientes escondan el efecto de los ISRSs en los actos suicidas. Del mismo modo, las lumbalgias de un tipo pueden enmascarar los tratamientos efectivos para otro tipo de dolor.

La única manera de salvar este sesgo y obtener un resultado con el que Fisher estaría de acuerdo, es entender la fisiopatología de las entidades clínicas que tratamos y la farmacogenética de los fármacos que usamos. Sólo en tal caso los CDRs podrían demostrar algo, y esa era la intención de Fisher.

## FARMAGNOSIA

A diferencia de los fertilizantes, los medicamentos tienen cientos de efectos. Cuando diseñamos un experimento utilizando la aleatorización para manejar lo que desconocemos sobre uno de esos efectos, nos arriesgamos a generar ignorancia acerca de esa misma ignorancia de cara a todo lo que ese fármaco hace. El proceso es análogo a la hipnosis, donde acaparar la atención de un sujeto sobre un foco puede llevarle a no fijarse en cosas mucho más importante; especialmente cuando “por el bien de la objetividad” la opinión de los pacientes es sistemáticamente ignorada.

En el caso de los ISRSs, la elección de un objetivo final estaba dictada por consideraciones empresariales. Esto quiere decir reforzar que los estudios produzcan diferencias estadísticamente significativas en escalas que midan cambios clínicos de una forma muy burda. Precisamente por eso, porque la compañía no recogía datos de la escala HAMD, datos acerca de la función sexual y de otros 99 efectos, dejamos que la compañía diga que menos del 5% de pacientes tomando ISRSs tienen problemas sexuales cuando la verdadera cifra se acerca bastante más al 100%.

Este tipo de diseños en los estudios provoca una agnosia para la mayoría de efectos de los fármacos. Esta agnosia se ha formado a partir de una retórica que da la impresión de que desde que se hacen ensayos clínicos aleatorizados, todo lo que necesitamos saber acerca de los fármacos, está a nuestro alcance. Nos volve-

mos ignorantes acerca de los efectos denominados adversos porque no son los primarios, y al hacer eso no sólo comprometemos la seguridad de los usuarios sino que reducimos la tasa de descubrimientos en torno a los nuevos fármacos.

La actividad clínica es una relación, y el cuidado bien entendido implica prestar atención al paciente individual. Los ensayos clínicos han afectado a esta relación, relegando lo individual a irrelevante. Esto convierte la consulta en parte de un proceso industrial, como la agricultura, que trata de imponer algoritmos y guías impersonales, transformando a los clínicos en medicultores en vez de médicos.

En la agricultura los datos son reales. En la medicultura las guías se basan en datos desubicados, en publicaciones fantasma de ensayador no diseñados para (o incapaces de) detectar muchos de los efectos de los tratamientos.

## EFICACIA Y EFECTIVIDAD DE LOS RCTS

Los problemas que van desde la farmacognosia a la confusión inducida por las aleatorizaciones no son una anomalía nacida de casos muy especiales, como puedan ser los antidepresivos o los suicidios. Son inherentes a la relación ensayo clínico-medicina. Podemos esperarlos siempre que un tratamiento y una enfermedad puedan presentar (aunque sea superficialmente) síntomas parecidos, tanto beneficios como daños.

Tenemos ejemplos muy parecidos con problemas en la frecuencia cardíaca durante ensayos con anti-arrítmicos, problemas respiratorios en ensayos con broncodilatadores, con vacunas e infecciones víricas que puedan provocar daño cerebral, etc. Los ensayos muestran que los IECAS mejoran la función renal en pacientes con diabetes, pero en una parte de los casos pueden empeorar la función renal agravando la estenosis arterial. La interacción entre los eventos isquémicos coronarios que le suceden tanto a los diabéticos tanto a los pacientes en tratamiento con rosiglitazona hacen parecer menor el riesgo isquémico exclusivo de la rosiglitazona (18). Exenatida y sitagliptina producen pancreatitis, pero la diabetes también puede producirla, y vuelta a empezar (19).

Estos problemas suceden tanto con los beneficios como con los daños.

Los ensayos clínicos se introdujeron en la maquinaria reguladora con la intención de garantizar la seguridad y demostrar efectividad. Para lo único por lo que sirven es para demostrar que

un tratamiento es ineficaz o inefectivo; como sucedió con el estudio de la Women's Health Initiative acerca de la terapia hormonal sustitutiva (20). Con este tipo de resultados los riesgos inherentes a los ensayos clínicos están garantizados, porque los efectos demostrados no promoverán el exponerse a mayores riesgos.

## EPIDEMIOLOGÍA TRANSLACIONAL

“La medicina basada en la evidencia se ha convertido en un sinónimo de ensayos clínicos, incluso aunque esos ensayos son incapaces de decirle a los clínicos si ese medicamento es bueno para Fulanito Pérez o Menganita Gómez, en vez de lo que sucede a una “persona media” imaginaria” (21).

El veredicto de los ensayos clínicos aleatorizados suele imponerse en contra del criterio clínico, incluso cuando un ensayo no es capaz de mostrar la relación entre medicamentos y riesgo de suicidio y el juicio clínico durante ese ensayo podría. Los clínicos y los pacientes suelen poder distinguir el riesgo entre los suicidios provocados por la depresión y los provocados por los fármacos.

Los pacientes pueden distinguir entre los efectos beneficiosos de un fármaco y que ese efecto tenga resultados, como por ejemplo pueden identificar el acorchamiento emocional que producen los ISRSs pero que ese acorchamiento no les produce una mejoría. Esa información es valiosa si nos estamos planteando meter otro fármaco con distinto modo de acción o quitar el primero y poner otro distinto.

Tal y como están las cosas, y debido a que los ensayos clínicos desalientan el vínculo médico-paciente, oscurecen los efectos que muchos fármacos pueden tener. Tanto en el caso de los antidepresivos como en el de los hipoglucemiantes, los ensayos clínicos hacen que muchos fármacos que actúan a diferentes niveles aparenten funcionar exactamente igual, induciendo a la prescripción de cócteles farmacológicos porque se ha visto que así funciona sin atender en absoluto a los principios terapéuticos ni a las necesidades concretas de ese paciente. Este abordaje dificulta al médico encontrar el medicamento adecuado y el aprendizaje acerca de los síndromes que se tratan.

Para corregir esto es crucial priorizar seguridad antes que eficacia. Priorizar la seguridad aumenta las posibilidades de que un paciente acabe tomando el medicamento que le funciona. El reto es aunar las ventajas de los ensayos clínicos con la evaluación de los fármacos que pueden hacer los pacientes y los mé-

dicos. La farmacogenética puede ayudar a rehabilitar esas evaluaciones. Quizá entonces reparemos en que el propósito inicial de la medicina basada en la evidencia era aunar datos epidemiológicos y de laboratorio con los valores clínicos y de los pacientes.

## REFERENCES

- Fisher RA. *The Design of Experiments*, Macmillan, London, UK (1935).
- Savage IJ. On rereading RA Fisher. *The Annals of Statistics*. 4, 441-500 (1976).
- Marks HM. *The Progress of Experiment*. Cambridge U Press, Cambridge (1997).
- Medical Research Council (1948). Streptomycin treatment of pulmonary tuberculosis. *BMJ*. ii, 769-82 (1997).
- Toth B. *Clinical trials in British medicine 1858 - 1948, with special reference to the development of the randomised controlled trial*. Bristol University PhD Dissertation (1998).
- Hill AB. Reflections on the controlled trial. *Annals of Rheumatic Diseases*. 25, 107-133 (1966).
- Gigerenzer G (Ed.), *The Empire of Chance*. Cambridge University Press, Cambridge (1990).
- Healy D. *Pharmageddon*. U California Press, Berkeley (2012).
- Lasagna L. Thalidomide – a new non-barbiturate sleep-inducing drug. *J Chronic Diseases*. 11, 627-631 (1960).
- Raffle A, Gray M. *Screening: evidence and practice*. Oxford University Press, Oxford (2007).
- Davies EB. Proceedings of the symposium held at Cambridge, 22-26 September 1959. See Clark D *et al*, 86-89. Cambridge University Press (1962).

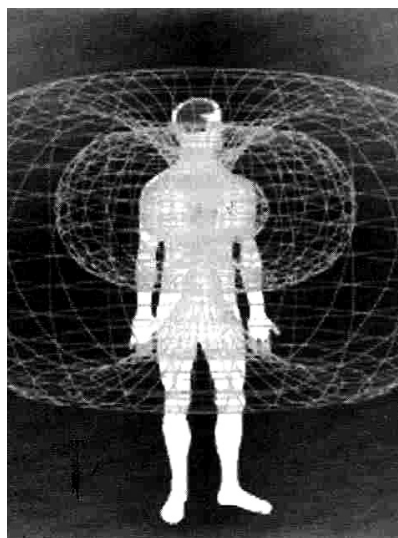
- Healy D. *The Antidepressant Era*. Harvard U Press, Cambridge MA (1998).
- Hagnell O, Lanke J, Rorsmark B. Suicide rates in the Lundby study: mental illness as a risk factor for suicide. *Neuropsychobiology*. 7, 248-253 (1981).
- Fergusson D, Doucette S, Cranley-Glass K, Shapiro S, Healy D, Hebert P, Hutton B. The association between suicide attempts and SSRIs: A systematic review of 677 randomized controlled trials representing 85,470 participants. *BMJ* 330, 396-399 (2005).
- Teicher MH, Glod C, Cole JO. Suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry*. 147, 1380-1381 (1990).
- Verkes RJ, Van der Mast RC, Hengeveld MW, Tuyl JP, Zwindermann AH, Van Kempen GM. Reduction by paroxetine of suicidal behavior in patients with repeated suicide attempts but not major depression. *American J Psychiatry*. 155, 543-547 (1998).
- GlaxoSmithKline. Paroxetine adult suicidality analysis. GlaxoSmithKline; [updated 2006 Apr 5; cited 2007 Aug 8] (2006). [http://www.gsk.com/media/paroxetine/briefing\\_doc.pdf](http://www.gsk.com/media/paroxetine/briefing_doc.pdf).
- Cohen D. Rosiglitazone. What went wrong. *BMJ* 341, c4848 (2010).
- Cohen D. European drugs agency clashes with scientists over safety of GLP-1 drugs. *BMJ* 347, f4838 (2013).
- Writing group for the Womens' Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. *JAMA* 288, 321-333 (2002).
- Lasagna L. Back to the Future. Evaluation and Drug Development. Healy D, The Psychopharmacologists Vol2, Arnold, London (1998), pp 135-166.

## Conflictos de interés

DH no tiene conflictos de interés en lo que respecta a este artículo.



Fuente: pacienteapaciente.blogspot.com



Fuente: psicología.galeon.com

## DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA COMO HERRAMIENTA PARA EL CAMBIO DE PARADIGMA EN PSIQUIATRÍA\*

José García-Valdecasas Campelo

\*(intervención de la “Mesa Redonda: El naufragio de lo singular: la psiquiatría basada en la evidencia no es psiquiatría. David Healy y discursos”, en las XX Jornadas de la AMSM)

Buenos días a todos. Antes de nada, quería agradecer a la Organización de las Jornadas el haberme invitado como discursor del Dr. Healy, lo cual es sin duda un honor que no estoy seguro de merecer. He preparado esta exposición con Amaia Vispe, coautora también del blog *postPsiquiatría* y, por ello, permitirán que use el plural. Estamos hablando acerca de la llamada Medicina Basada en la Evidencia la cual, como tantos conceptos teóricos o actividades prácticas en Psiquiatría, despierta férreas adhesiones y furiosos cuestionamientos, configurándose como otra raya en la arena respecto a la cual hay que posicionarse: ¿estás a favor o en contra de la MBE? El problema es que, como para todo en la vida, antes de saber si se está a favor o en contra hay que concretar de qué se está hablando.

Cuando se piensa en la MBE como una herramienta, se debe tener presente que su utilidad dependerá de que sea usada de forma correcta

Y la cuestión es que el término *Medicina Basada en la Evidencia* hace referencia a dos conceptos diferentes y que solemos confundir. Por una parte, la MBE se intenta configurar, desde algunos sectores, como una suerte de paradigma en el sentido de Kuhn que va a proporcionarnos las respuestas a todas las viejas cuestiones de la Psiquiatría (aunque sea por el método, poco meritorio, de descartar la mayoría de las preguntas). La MBE como paradigma se sitúa al lado de la llamada psiquiatría biológica, de forma que prácticamente se confunde con ella en una especie de simbiosis no exenta de contradicciones, bien financiada por la siempre atenta Industria Farmacéutica, llegando al llamado, en palabras de Mata y Ortiz que suscribimos plenamente, paradigma bio-comercial en Psiquiatría.

Pero, por otra parte, la MBE es también una serie de herramientas y técnicas de recogida y análisis de datos, para la obtención de resultados que consigan una racionalización de los tratamientos y actividades médicas, en busca de cierta objetividad a la hora de la clínica. Cuando se piensa en la MBE como una herramienta, se debe tener presente que su utilidad dependerá de que sea usada de forma correcta.

En Psiquiatría trabajamos con personas que sufren. Personas que presentan determinadas conductas, pensamientos o emociones que conceptualizamos como síntomas, pero que cobran sentido en su propia subjetividad (y que entendemos, o intentamos entender, sólo a través de la nuestra). La única forma de pretender que la MBE dé una explicación completa como paradigma psiquiátrico (de la mano de la psiquiatría biológica) es si conseguimos rechazar dicha subjetividad (propia y ajena) o, más bien, creer que somos capaces de hacerlo, y cosificar al paciente en el proceso. Donde hay un ser humano, con sus deseos, miedos, esperanzas, dolores y frustraciones, con su libre albedrío o su ilusión de libre albedrío, pensamos sólo en un cerebro y nos dedicamos a evaluar su conducta en términos de neurotransmisores que suben y bajan y condicionamientos que se refuerzan o se extinguen...

En mi opinión, elevar la MBE a rango de paradigma en psiquiatría es completamente absurdo. Porque un conjunto de mediciones no pueden llegar a proporcionar una explicación completa del ser humano. Salvo que pensemos que el ser humano no es más complejo que una rata o cosa parecida, con lo cual obtendremos probablemente un montón de teorías que serán útiles sólo si se aplican a una rata y no a un ser humano. Además, la MBE de la mano de la psiquiatría biológica se constituye en autonombrado paradigma de una forma que sólo podemos catalogar de tramposa. Tanto pontificar de datos, mediciones y ciencia pura y dura y, al final, todas las etiologías y fisiopatologías de las llamadas enfermedades mentales quedan despachadas con *“sin duda son procesos biológicos, pero todavía no los hemos podido determinar”*. Y como hemos señalado repetidamente, *“todavía”* no es un adverbio aplicable a cuestiones científicas sino a profecías religiosas sobre futuras venidas redentoras...

Pero rechazar la MBE como paradigma totalizador no supone rechazar el poder de la MBE como herramienta. Estamos totalmente convencidos de que su papel como instrumento de medida es incalculable en Medicina y también en Psiquiatría. Siempre, por supuesto, que se use para intentar medir bien y no para intentar vender más.



Fuente: blogmasactivos.blogspot.com

La posición casi hegemónica en nuestro entorno de la psiquiatría biológica supuestamente basada en la MBE ignora, en sus teorías explicativas que gustan de confundir correlaciones con causalidades y en sus prácticas de tratamiento, una serie de hallazgos obtenidos de acuerdo con los parámetros de la MBE como herramienta. Vemos y oímos a muchos profesionales defender con absoluta firmeza la psiquiatría **neurocientífica** como única con derecho a existir para, a continuación, argumentar que no se fían de estudios independientes, metaanálisis muchos de ellos, que resultan ser críticos con los fármacos producidos por las empresas que les pagan obsequios, almuerzos y viajes diversos. Y como no se fían de dichos estudios independientes consideran que es mejor ponerse a prescribir cada fármaco nuevo que un amable visitador nos pone delante *a ver cómo va*, sin detenerse a pensar que existe algo llamado el sesgo del observador. Ya se sabe: por la mañana anunciamos la muerte del psicoanálisis o las barbaridades de la antipsiquiatría, y por la tarde nos dedicamos a probar (de hecho, más bien a hacer probar a nuestros pacientes) los fármacos que la industria nos indica, sin molestarnos en revisar la evidencia disponible (o muchas veces la falta de ella) sobre eficacia, tolerancia o coste.

Sin embargo, si hemos de ser sinceros, será necesario reconocer que difícilmente podemos confiar en la *Medicina Basada en la Evidencia* como herramienta. Y no podemos hacerlo porque está sometida a múltiples sesgos derivados de intereses de la Industria Farmacéutica, de muchos profesionales y de distintas administraciones públicas. Sin ánimo de ser exhaustivos podemos señalar casos flagrantes:

- Los ensayos clínicos publicados son una parte nada más del total de estudios realizados. Concretamente, son la parte cuyos resultados son favorables para el laboratorio que financia el estudio.
- La financiación de la investigación ha sido dejada por los poderes públicos en manos privadas, lo que conlleva que el interés general de investigación y publicación queda supeditado al interés económico de obtención de beneficios, con un absoluto desprecio por el perjuicio que supone a los pacientes el hecho de que sus médicos no conozcan toda la información disponible sobre sus tratamientos.
- Organismos públicos encargados de aprobar y controlar los productos farmacéuticos ocultan y no hacen públicos los resultados de los estudios que la industria está obligada a proporcionarles.



- Los artículos que leemos en las revistas científicas están muchas veces bajo autoría fantasma, es decir, los flamantes cinco catedráticos que lo firman (este artículo y otros treinta cada año) sólo ponen su nombre en un trabajo que muchas veces ha sido realizado directamente por personal a sueldo del laboratorio que financia.
- Incluso en los trabajos publicados, la manipulación de los datos, la poca representatividad de la muestra, la duración demasiado corta o larga del estudio o el empleo de variables subrogadas, llevan a que las conclusiones con frecuencia afirman algo muy diferente a lo que los meros datos revelan.
- Todo ello lleva a que el profesional a la hora de prescribir un fármaco no tiene acceso a la mejor información posible, sino sólo a una parte incompleta y manipulada de la misma, con lo que nuestros pacientes (y eso nos incluye a todos, porque todos seremos pacientes en un momento u otro, de una manera u otra) no están bien tratados. Y no lo están por culpa de todo este entramado que la Industria Farmacéutica ha organizado porque las administraciones sanitarias públicas se lo han permitido y porque los profesionales hemos estado muy ocupados disfrutando de nuestras comidas, obsequios y viajes gratis.

Pero no todo está perdido ni hay que echarse al monte. Cada vez más gente, en nuestras profesiones y a nivel de la opinión pública, conoce esta situación y sabe de este tipo de actividades.

Para poder emplear la *Medicina Basada en la Evidencia* como herramienta para conocer los tratamientos que empleamos y poder prescribirlos con la mayor eficacia y seguridad, estas prácticas deben terminar. Pero, incluso a pesar de ellas, hace ya varios años que se acumula una ingente cantidad de datos procedentes de ensayos clínicos y metaanálisis que cuestionan muchas de las teorías y prácticas habituales en nuestra disciplina acerca de la supuesta eficacia y seguridad de los fármacos que prescribimos a los pacientes que confían en nosotros.

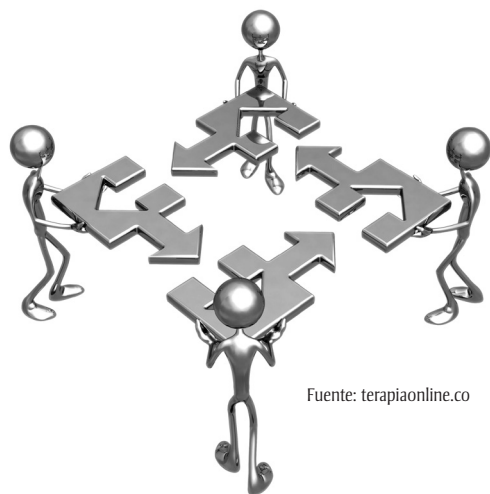
Por citar sólo algunos ejemplos representativos, la *Medicina Basada en la Evidencia* nos ha aportado datos claros (todavía ignorados por muchos profesionales) desbaratando las supuestas ventajas de los antipsicóticos nuevos sobre los clásicos, así como planteando riesgos importantes tanto de unos como de otros o poniendo en tela de juicio la efectividad de los antidepresivos en depresiones leves o moderadas.

Y nos parece importante resaltar, y así queremos hacerlo, que la MBE como herramienta es imprescindible para conocer y

controlar los potenciales efectos adversos de los psicofármacos sobre la salud física de nuestros pacientes. No sólo poner en duda, cuando así lo indiquen los datos, eficacias que no son tales sino, posiblemente más importante, dar la voz de alerta ante iatrogenias potencialmente peligrosas que sólo estudios bien diseñados en base a lo que hemos llamado la MBE como herramienta nos permitirán conocer, y evitar. ¿Cómo se podrían llegar a conocer riesgos reales pero de baja frecuencia, como son la hepatotoxicidad por agomelatina, el síndrome serotoninérgico por ISRS, las arritmias por citalopram o y escitalopram, la muerte súbita por metilfenidato u otros...?

En nuestra opinión, aceptar la MBE como paradigma es absurdo, pero rechazarla como herramienta es perder un arma muy valiosa si queremos una psiquiatría diferente. Y, aunque sus resultados sean incómodos para lo que creíamos establecido y lo que durante tanto tiempo hemos dejado que nos contaran, a lo mejor ha llegado el momento de que empecemos a cuestionarnos una serie de cosas sobre nuestros conocimientos teóricos, nuestra actividad clínica y nuestra posición ética, sobre nuestros tratamientos y nuestro trato a las personas que atendemos, que deberían ser la única motivación y el único interés de nuestro trabajo. Y estos cuestionamientos requieren y se ven favorecidos por la MBE como herramienta.

Creemos que es, valga la redundancia, *evidente* la acumulación de evidencias que ponen en entredicho el panorama idílico dibujado por lo que hemos llamado la *Medicina Basada en la Evidencia* como paradigma o, más correctamente, por lo que podríamos llamar el paradigma neurobiológico y físico-químico imperante. Y ello a pesar de las graves carencias a que está sometido nuestro acceso a los datos que proporciona la MBE como herramienta por los intereses comerciales y profesionales a que antes hacíamos referencia. Hasta hace no mucho nos preguntábamos, entre hastiados y cínicos, por qué todos esos datos y estudios que se van acumulando no llevaban a un cuestionamiento de dicho paradigma imperante. Porque, no lo olvidemos, un paradigma no son las *Tablas de la Ley* entregadas en un monte lejano a un profeta por alguna deidad oscura. Un paradigma es un marco conceptual de teorías, prácticas y dispositivos que trata de dar explicación a un determinado ámbito del saber y justificar el funcionamiento de una tecnología en busca de un bien, en este caso la salud mental, sea esto lo que sea. Resumiendo, un paradigma debe ser útil, en el caso de nuestra Psiquiatría, para explicar el funcionamiento anómalo de la mental y para aliviar a las personas que lo sufren. Y creemos, de nuevo, *evidente*, que el actual paradigma hegemónico, pese a sus promesas y expectativas en las últimas décadas, no ha dado adecuada respuesta ni en la explicación ni en el alivio.



Fuente: terapiaonline.co

Pero resulta que desde hace no mucho, se acumulan las críticas, y cada vez en voz más alta y desde ámbitos más diversos, a dicho paradigma. El DSM 5 ha nacido entre abucheos que no sufrieron ninguno de sus predecesores. Son más que conocidas las opiniones de Allen Frances, Jefe del Grupo de Tareas del DSM-IV que, dicho sea de paso, no era demasiado mejor que su sucesor. ¿Qué ha ocurrido en los veinte años transcurridos para que la virulencia de los críticos haya aumentado de esta manera? En nuestra opinión, son esos veinte años lo que ha ocurrido. Veinte años de no ver que avancemos realmente nada en el conocimiento de los trastornos mentales y que no mejoremos realmente nada en su tratamiento. Hemos leído estudios que encontraban mejor pronóstico a pacientes psicóticos sin medicación que con ella, al menos en determinados casos. Hemos leído estudios sobre pacientes esquizofrénicos de hace 50 años cuyo pronóstico ya querríamos en nuestras actuales unidades de agudos. Hemos leído estudios sobre pronóstico de la esquizofrenia en países en vías de desarrollo que ya deseábamos en nuestro occidente civilizado... Toda esa acumulación de datos creemos que, ahora sí y a pesar de los grandes intereses económicos en juego, puede acabar forzando un cuestionamiento del paradigma biologicista predominante.

Y no es sólo Frances. La *British Psychological Association* publica un documento hace unos meses abogando directamente por un cambio de paradigma. Un destacado grupo de psiquiatras británicos como Philip Thomas, Sami Timimi o Joanna Moncrieff viene hace años publicando asiduamente reflexiones en tal sentido. El Dr. Healy, a quien hemos tenido el honor de escuchar, es una voz crítica de primer nivel y más que reconocido prestigio. El mismo NIMH, aunque desde coordenadas aún más biologicistas pero con la misma carencia de base empírica, rechazó también el DSM 5, a pesar de componendas posteriores...

Veinte años de no ver que  
avancemos realmente nada en el  
conocimiento de los trastornos  
mentales y que no mejoremos  
realmente nada en su tratamiento



Fuente: anwarusy.wordpress.com



¿Y a dónde queremos llegar con todo esto? La MBE como paradigma o trasunto del paradigma biológico creemos que está herida, porque ya no es útil. O, por decirlo más claramente, no es útil para nuestros pacientes, como muchas asociaciones de ex-usuarios y supervivientes de la Psiquiatría vienen defendiendo cada vez más claramente. Y, si como nos gustaría pensar, estamos ante un posible cambio de paradigma, debemos estar alertas a que no sea de nuevo aprovechado por intereses comerciales y *nos vendan una nueva moto* en la línea de la farmacogenética y otras baratijas de cristal que empiezan a llegar a la aldea... Deberíamos, apoyados en la información de la MBE como herramienta y en el perfeccionamiento de la misma a través del fin de la ocultación y manipulación de estudios y datos, llevar nuestra profesión, nuestra Psiquiatría, tanto como *ciencia en busca de un saber sobre lo mental como de tecnología en busca de una utilidad* de alivio al sufrimiento, a un nuevo paradigma, posiblemente vinculado estrechamente a lo social, que no descuide el aspecto biológico de los trastornos (porque no somos más, ni menos, que organismos biológicos, pero sí mucho más que neurotransmisores que suben o bajan o genes traviesos que se esconden a los investigadores más esforzados), un nuevo paradigma que sea más útil para entender, atender y ayudar a nuestros pacientes. Un paradigma nacido, desarrollado y marcado por la ética, que es de lo que debería ir todo esto.

Y, por concretar, nos gustaría dirigir unas preguntas al Dr. Healy para el debate:

- ¿Cree que la Psiquiatría debe rechazar la MBE como paradigma o también la MBE como herramienta?
- ¿Cree que, si desaparecieran los sesgos debidos a los intereses comerciales y profesionales (tales como la ocultación de estudios, la manipulación de datos, la autoría fantasma, etc.) sí sería útil en psiquiatría la MBE como herramienta?
- ¿Cree que podríamos saber lo que ahora sabemos sobre muchos engaños promovidos por la industria farmacéutica (sobre eficacias y seguridades que no son tales) si no hubiera sido por estudios y metaanálisis llevados a cabo bajo los parámetros de la MBE como herramienta?



Fuente: [reportebilia.blogspot.com](http://reportebilia.blogspot.com)

- ¿En qué debemos apoyarnos para lograr el conocimiento sobre eficacia, tolerancia y seguridad de los fármacos que prescribimos si rechazamos los parámetros de la MBE?
- ¿Cómo podríamos maximizar los beneficios y utilidades que puede tener la MBE y sus ensayos clínicos a la vez que controlamos sus posibles peligros?
- ¿Cómo controlar los riesgos inherentes a nuevos tratamientos farmacológicos (o antiguos) sin ensayos clínicos previos de seguridad de tales fármacos?
- Y, por último, me gustaría preguntar, no ya al Dr. Healy sino a nosotros mismos como profesionales, ¿cuántas pruebas más necesitamos ver de los manejos de la Industria Farmacéutica en relación con la manipulación, distorsión y ocultamiento de la información científica sobre los fármacos que prescribimos a nuestros pacientes, antes de que decidamos cortar vínculos personales con dicha industria y obligar a nuestras asociaciones profesionales, como ya hace la *Asociación Madrileña de Salud Mental*, a llevar a cabo sus actos científicos libres de humos industriales?

Muchísimas gracias por anticipado al Dr. Healy por sus respuestas y a todos ustedes por su atención.



Fuente: bolivarianisimos2021.blogspot.com

## DATOS, SUBJETIVIDAD, PROZAC Y DUDAS\*

Marta Carmona Osorio

\*(intervención de la “Mesa Redonda: El naufragio de lo singular: la psiquiatría basada en la evidencia no es psiquiatría. David Healy y discusores”, en las XX Jornadas de la AMSM)

Buenos días. Lo primero, dar las gracias al profesor Healy y al Dr. Valdecasas por sus intervenciones y a la Madrileña por invitarme. Después de escucharles y de haber leído algunos de los libros del profesor Healy me gustaría plantear algunas preguntas

Cuando hablamos de Medicina Basada en la Evidencia es importante recordar cuál fue su objetivo inicial. David Sackett, uno de sus principales promotores, publicó un editorial en el British Medical Journal cuando se cumplieron 20 años del inicio de la MBE, en el que la definía como “integrar la maestría clínica individual con la mejor evidencia externa disponible y teniendo en cuenta los valores del paciente, sin tirar la práctica clínica ni quedando restringida la actividad terapéutica a un recetario”. De hecho criticaba explícitamente la idea de que la MBE son sólo ensayos clínicos randomizados o metaanálisis, olvidando lo demás.

... a día de hoy estamos inundados  
por fármacos Mee Too,  
que no aportan ningún beneficio  
clínico respecto a los anteriores

Por otra parte es innegable que a día de hoy estamos inundados por fármacos Mee Too, que no aportan ningún beneficio clínico respecto a los anteriores pero prolongan las patentes y encarecen el sistema sanitario. Igualmente el campo del diagnóstico está muy condicionado por el fenómeno conocido como “*disease mongering*”, o “*promoción de enfermedades*” consistente en sobredimensionar situaciones vitales o enfermedades inofensivas para vender tratamientos farmacológicos o pruebas diagnósticas. Es un hecho que la MBE por sí misma no ha sido capaz de frenar estos fenómenos, y de hecho ha sido abanderada por los sectores más proclives a la medicalización de la vida. Ahora bien, esto no debería invalidar la necesidad de una sistematización de los hallazgos y de cuestionar constantemente lo que uno hace en consulta, del mismo modo que el colapso de los juzgados por una administración corrupta no cuestiona la valía del Estado de Derecho. Que la puesta en práctica esté siendo mala no tiene por qué invalidar la teoría.

Uno de los ejemplos que Ud usa para señalar las carencias de la MBE, es que el vino podría acabar siendo prescrito como antidepresivo y recomendado por las guías NICE con sólo ser superior a placebo en 2 estudios de 100. Es evidente que esto es un sinsentido y que en el momento actual los estudios resultan muy poco fiables. Pero, cogiendo ese mismo ejemplo y mirándolo desde otro lado, ¿y si pudiéramos demostrar que el vino es objetivamente mejor que las benzodiacepinas para tratar el delirium tremens? A lo mejor estamos arriesgando la vida de pacientes con un tratamiento inefectivo en el que incluso acaban en Unidades de Cuidados Intensivos por no utilizar vino como tratamiento ¿no ayudaría entonces aportar evidencia para poder hacerlo? ¿Aunque los médicos se opusieran porque les pareciera contraintuitivo o incluso ideológicamente adverso utilizar un tóxico lúcido como tratamiento?

Y, saliendo del ejemplo tan forzado, ¿y si ese tratamiento que los médicos no quieren aplicar por motivos ideológicos no fuera el vino sino la anticoncepción de emergencia? ¿o, qué ocurriría si unos datos correctamente analizados y en contexto de una epidemiología social, revelarían que provocan más suicidios los Expedientes de Regulación de Empleo que los síntomas de la depresión? ¿No servirían estos datos para proteger al paciente de los sesgos políticos, económicos e ideológicos del médico o del sistema? ¿No podrían servir estos estudios para proporcionar a los pacientes tratamientos (o abordajes sociales) efectivos que de otra manera se les niegan? ¿O cree que la propia pobreza metodológica de la MBE la hace inservible? No sé si cuando promueve la Medicina Basada en Datos pretende rescatar la idea original de MBE, o si hay alguna diferencia fundamental más.

Por otra parte, en su libro *Let Them Eat Prozac*, usted describe que tal y como ha evolucionado la investigación desde los años 50, el conocimiento se ha ido privatizando; y en particular en nuestro campo se han ido acotando y capitalizando todos aquellos conceptos que nos hace humanos; dejándose de lado el punto de vista y los valores del paciente. A nivel social se habla también de cómo se ha convertido la identidad en un producto de consumo y la enfermedad o el sufrimiento en un producto farmacológico de consumo. A esto se añade que en los últimos 30 años el pensamiento psiquiátrico dominante se ha ido tecnificando y medicalizando, intentando parecerse cada vez más a otras especialidades médicas y perdiendo gran parte del punto de vista más social por el camino.

Me entra la duda de si todo esto no ha condicionado más los conceptos de salud y enfermedad mental que el hecho de basar la actuación clínica en ensayos clínicos randomizados, por muy malos que sean. Porque se podría plantear al revés, este nuevo conocimiento, tan limitado, es la consecuencia de que los profesionales entiendan la experiencia humana y sus anomalías (o singularidades) dentro del marco médico. Si al analizarlo a posteriori atribuimos todo este empobrecimiento de la especialidad al uso de la MBE, ¿no estamos matando al mensajero? ¿No tenemos más responsabilidad los profesionales que hemos cedido el control de la investigación y la docencia a los defensores de un modelo muy iatrógeno y empobrecedor, siendo las herramientas sólo un reflejo de ese modelo?

Para terminar con este punto, cree Ud. que trabajando desde un modelo más completo (que tuviera en cuenta no sólo el organismo sino el contexto sociocultural del individuo, su subjetividad

y sus valores) ¿no se podría frenar ese acotamiento del conocimiento aunque se utilizaran ensayos clínicos? (Por supuesto contando con que existieran unos organismos reguladores que evitaran la manipulación de los datos). Utilizando los términos de Joanna Moncrieff, ¿no cree que parte del simplismo a la hora de explicar los síntomas de los pacientes se debe a que los estudios se plantean desde un *modelo basado en la enfermedad* y no un *modelo basado en el fármaco*? ¿un estudio llamado “*pueden las sensaciones inducidas por este fármaco influir en la reincorporación al trabajo de los pacientes deprimidos*” tendría los mismos sesgos que uno llamado “*una mayor recaptación de serotonina y noradrenalina disminuirá tantos puntos en la escala X*”? ¿El problema es pretender contrastar la experiencia clínica con datos? ¿o el problema es el planteamiento que está haciendo la ciencia acerca de fenómenos como los trastornos afectivos, o los trastornos formales del pensamiento?

Por otra parte tanto en su libro *Let Them Eat Prozac* como en *The Antidepressant Era* Ud. señala que existe un importante salto entre el conocimiento científico acerca del funcionamiento del cerebro, y cómo la sociedad interpreta estos datos; salto muy aprovechable comercialmente además. Es un hecho que la sociedad no sólo está medicalizada por las Industrias Farmacéutica y de Diagnóstico, sino también por la Industria Alimentaria; al ver la TV parece que uno no puede escoger un yogur por su sabor sino que tiene que escogerlo porque mejora las defensas, de la misma forma en que acaba pareciendo que para poder ponerse triste hay que hablar de serotonina; y esto muchas veces muy difícil manejar desde la consulta.



Fuente: [licantropunk.blogspot.com](http://licantropunk.blogspot.com)

En este tipo de jornadas mencionamos mucho una situación muy típica, de *paciente sin antecedentes que a raíz de un acontecimiento estresante desarrolla una sintomatología ansioso-depresiva*; y probablemente todos los presentes tenemos claro el daño que hace quedarse en la lectura “orgánica” y dar una respuesta exclusivamente química a esos síntomas. Pero yo querría plantear un caso opuesto también muy frecuente; en el que ese mismo paciente va a su médico de atención primaria y cuenta su situación con una lectura organicista. El médico de Atención Primaria pone tratamiento, hay un buen vínculo entre los dos, y el paciente mejora. Para cuando es valorado por el psiquiatra ya se está reincorporando a la vida habitual. Para los valores y la forma de entender el mundo del paciente esa explicación “orgánica” ha funcionado; y el psiquiatra no va a tener un vínculo desde el que poder trabajar otras lecturas ¿Cree Ud. que tiene sentido tratar de desmontar esa visión, que además está tan reforzada desde los medios de comunicación y la cultura general, y que en determinados pacientes funciona? ¿Cree que es posible hacer eso sin dañar el vínculo entre el médico de atención primaria y el paciente? Hablamos de respetar los valores y el contexto del paciente, y ¿cómo se puede hacer en este caso, en que ambas opciones parecen iatrógenas? Y, más allá de la consulta, ¿cómo cree que podemos modificar esta “comprensión que hace la sociedad de la mente” tan influida por la historia farmacológica reciente y la promoción comercial?

Y ya para terminar quería plantearle al prof. Healy algunas sensaciones contradictorias que me quedan después de leerle y que siguen teniendo que ver con ese salto entre el conocimiento sobre el cerebro y la comprensión popular de la mente.

En su carrera usted se ha hecho experto en los efectos secundarios de los antidepresivos, especialmente la aparición de suicidios tras la toma de ISRSs. Comparto la necesidad de contar con los datos reales de asociación entre la toma de fármacos y la aparición de efectos adversos, particularmente cuando nos consta que la Industria Farmacéutica ha manipulado en muchas ocasiones estos datos; incluso en casos tan graves e irreparables como los suicidios. Estoy por completo de acuerdo con usted en que es necesario un seguimiento más exhaustivo y más información a los pacientes para prevenir estos eventos; pero ¿cuando hablamos de pacientes en tratamiento (ya sea reserpina (en pacientes sin trastorno mental) o fluoxetina (en nuestros pacientes)) no cree que atribuir por completo al fármaco un acto tan radical, tan humano y tan cargado de subjetividad como es el suicidio, no contribuye de alguna manera a la cosificación del paciente y la cosificación lo que le hace humano? (que al fin y al cabo es lo que le criticamos a la deriva de la psiquiatría)



Fuente: [www.materialdenmg.com](http://www.materialdenmg.com)

He leído algunos de los casos que describe, en los que habla de un cambio muy brusco en el paciente, con suicidios muy impulsivos, de paso al acto, en los que Ud. evaluó que verdaderamente la acatisia farmacológica fue el factor determinante del suicidio; y creo que es fácil para cualquiera entender cómo una persona invadida por una acatisia puede tirarse por una ventana. También recoge Ud. en sus trabajos que en las pacientes en tratamiento con ISRSs se duplica el número de abortos voluntarios, y no cuestiono el dato, pero innegablemente un aborto voluntario es una experiencia muy subjetiva, muy compleja y de una relevancia vital muy alta, y me resulta más complicado entender cómo una acatisia puede ser la causa fundamental de un proceso tan complicado.

Lo que quiero decir con esto es, si cogemos el conjunto de los pacientes suicidados o el número de abortos voluntarios durante la toma de un tratamiento suponiendo que todos son iguales y analizamos estos eventos equiparándolos a eventos adversos físicos (como la aparición de una pancreatitis); ¿no se contradice esto de alguna manera precisamente con lo que pretendemos transmitirle al paciente? ¿no estamos cayendo en cosificar al paciente, en reducirle a un conjunto de neurotransmisores y en dejar de lado sus valores y su visión de la vida?

Insisto, no cuestiono la necesidad de informar del mayor riesgo, pero me gustaría saber de qué forma propone plantearlo a los pacientes, sin caer en darle al fármaco más relevancia en la historia del individuo de la que tiene.

Esto es todo, muchas gracias.



# hem( )s leído...

Alberto Ortiz Lobo

## MEDICAMENTOS QUE MATAN Y CRIMEN ORGANIZADO

Peter Gøtzsche

Editorial los libros del lince, 2014



Cuando miro la portada de este libro no dejo de pensar en el grave error editorial que han cometido con la selección del título y la imagen. En el mejor de los casos, cualquier curioso pensará que se trata de una novela policiaca y, de hecho, como tal lo tenían clasificado en una gran librería de Madrid. Pero en el peor, otros pueden pensar que este libro es una suerte de panfleto anti-industria farmacéutica escrita por un iluminado paranoico, y nada más lejos de la realidad.

Peter Gøtzsche es doctor en medicina, director del Nordic Cochrane Center y catedrático de Diseño y Análisis de Investigaciones Clínicas en la Universidad de Copenhague. A lo largo de su carrera ha publicado más de 70 artículos en las cinco revistas médicas más prestigiosas (BMJ, Lancet, JAMA, Annals of Internal Medicine y NEJM) y sus trabajos han sido citados más de 14.000 veces. Así que, si hay algo que caracteriza a este danés, es su extraordinaria rigurosidad a la hora de recabar, analizar y exponer datos. Fruto de ello es este texto, que ha ganado el Primer Premio de la British Medical Association al mejor libro en la categoría Fundamentos Médicos.

Gøtzsche nos cuenta una historia, la de cómo las grandes compañías farmacéuticas han corrompido el sistema de salud y han logrado convertirse en el negocio más rentable del planeta, una rentabilidad que nos cuesta unas 200 mil muertes anuales en Europa producidas directamente por los medicamentos y otras tantas en EE.UU. Esta historia tiene cierta complejidad, puesto que intervienen unos cuantos actores: políticos, agencias reguladoras de los medicamentos, revistas científicas y sus editores, instituciones académicas y asistenciales, investigadores, sociedades profesionales, médicos, asociaciones de pacientes y, por supuesto, la industria farmacéutica. Pero sobre todo, es una historia desoladora, que da cuenta de la miseria humana, de lo sencillo que es corromper, falsear, ocultar, sobornar, chantajear y matar sin que esto sea un escándalo extraordinario. En este sentido, podemos considerar este libro como un brillante ensayo sociológico sobre el capitalismo financiero, que toma el negocio de la industria farmacéutica como ejemplo. Desde ahí, describe cómo el enriquecimiento de una élite es el fin último de una estrategia que desconsidera cualquier principio ético (y legal) y que resulta devastadora para los intereses de los ciudadanos. Gøtzsche explica esta estrategia con elocuencia y multitud de datos y ejemplos perfectamente fundamentados en más de 1000 referencias que aparecen recogidas al final del libro, de manera que no nos deja ninguna escapatoria. Tal vez este sea el principal escollo que hay que sortear en su lectura: la abundancia de tantos ejemplos y episodios de corrupción resulta en ocasiones abrumador. Es verdad que para intentar cambiar las cosas primero hay que tomar plena conciencia de ellas, pero advierto que el escenario que nos descubre Gøtzsche es de absoluta pesadumbre moral.

Todas las grandes compañías farmacéuticas han sido acusadas de delinquir, pero los acuerdos judiciales a los que llegan en estos casos les refuerza su comportamiento delictivo. Por ejemplo, "Pfizer fue condenada en 2004 a pagar 430 millones de dóla-

res de multa por la promoción fraudulenta del Neurontin® para usos no aprobados en ficha técnica. Solo el año anterior, Pfizer había ganado con este medicamento 2.700 millones de dólares, de los que aproximadamente el 90% eran por ventas en usos no aprobados”.

Los ensayos clínicos aleatorizados (ECA), que “fueron ideados para protegernos de posibles tratamientos inútiles, han otorgado el poder de la producción de conocimiento a las grandes farmacéuticas”. Gracias a ellos, consiguen comercializar medicamentos que aportan un valor escaso o nulo y que pueden resultar muy nocivos. Estos ensayos se realizan, precisamente, gracias a la participación de los ciudadanos que arriesgan su salud y colaboran, sin saberlo, no en el avance científico y terapéutico, sino en el enriquecimiento de los accionistas y miembros del consejo de administración de las compañías. Son estas las propietarias de las bases de datos completas de los ECA, lo que permite unas posibilidades prácticamente ilimitadas de tergiversación de los resultados y ocultamiento de los efectos adversos. El capitalismo presupone que las pérdidas o riquezas privadas son producidas únicamente por el riesgo privado. Bien, pues en este punto alcanza su máxima perversión porque la salud de los ciudadanos que se pone en juego en los ensayos clínicos y en la comercialización posterior de los medicamentos es un riesgo público y de primer orden.

Casi toda la investigación farmacológica está en manos de la industria farmacéutica, lo que significa tener la mayor parte del control de la producción de conocimiento sobre medicamentos. Después, los resultados de esos ECA son trasladados a las agencias de medicamentos como la americana FDA, la europea EMA o la propia de cada país, para que se aprueben sus productos. Curiosamente, estas agencias dependen económicamente de las grandes farmacéuticas por lo que compiten para ser más abiertas y aprobar los medicamentos con celeridad y, si después aparecen problemas de efectos adversos graves o más fallecimientos de los esperados, se pueden poner advertencias en el etiquetado. La retirada de un medicamento debido a sus efectos nocivos es algo que resulta infrecuente y siempre después de un largo proceso de revisión que permite una comercialización extensa del producto y la acumulación de una gran cantidad de ciudadanos muertos. “La regulación farmacéutica no se basa en el principio de precaución sino en el de permisión, de manera que se otorga el beneficio de la duda de forma sistemática a la industria farmacéutica en lugar de a los pacientes”. Los ejemplos que aparecen en el libro de sobornos a los funcionarios de las agencias para influir en todos estos procesos son espeluznantes.

Pero no basta con que se aprueben los medicamentos, hay que publicitarios debidamente y lograr que la gran mayoría de los médicos los prescriban. Las revistas médicas, que se supone que otorgan el marchamo de calidad científica en la investigación farmacológica, también dependen económicamente de las grandes farmacéuticas a través de los contratos de publicidad o la venta de separatas, lo que las ha convertido en “agentes de blanqueo de la información de la industria”. Las estrategias de marketing son múltiples y todas están plagadas de actos delictivos e inmorales: sobornos a médicos y líderes de opinión, realización de ensayos promocionales sin ningún valor científico para inducir la prescripción, publicación de artículos científicos suficientemente manipulados y que aparecen firmados por investigadores de renombre a sueldo por la farmacéutica (aunque están escritos por autores fantasma también a sueldo de las compañías), proliferación de eventos “pseudocientíficos” obscenamente lujosos para hacer propaganda de los fármacos a los médicos, contribuciones económicas “generosas” a las asociaciones de pacientes para que reclamen y promocionen sus productos directa o indirectamente, etc. Todo este proceso corrupto de creación de la información sobre los medicamentos, su validación y propaganda está minuciosamente descrito por Gøtzsche e ilustrado por innumerables episodios. Vale la pena señalar que dedica un capítulo entero a las formas de intimidación, amenazas y violencia que llevan a cabo las grandes compañías y que hay tres capítulos dedicados a la psiquiatría “el paraíso de la industria farmacéutica”, en el que la laxitud que existe en las definiciones de los trastornos mentales permite una rentabilidad extraordinaria.

Dentro del libro hay un símil que se atribuye a un vicepresidente de Pfizer que sintetiza perfectamente su contenido:

*“Es aterrador ver las semejanzas que existen entre la industria farmacéutica y la mafia. La mafia gana una obscena cantidad de dinero; la industria también. Los efectos secundarios del crimen organizado son asesinatos y muertes; los mismo que los de la industria farmacéutica. La mafia soborna a políticos y a otros, igual que lo hace la industria...”*

Cuando uno acaba el libro lamenta que, a pesar de la portada y el título, finalmente no se trate de una novela policiaca, pura ficción. Ahora bien, después de leerlo, tampoco quedan dudas sobre cómo ha de ser la relación de los profesionales, sus asociaciones y las de los pacientes con la industria farmacéutica.

Alberto Ortiz Lobo

**LA LOCURA**

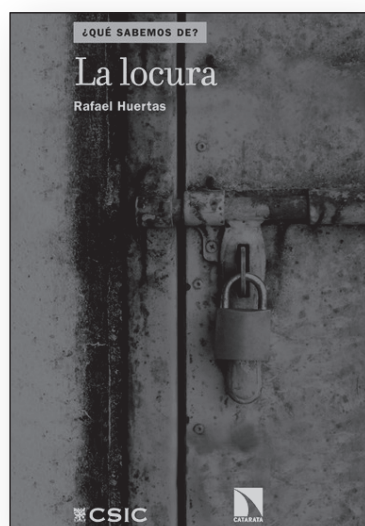
Rafael Huertas

Colección ¿Qué sabemos de?

Editorial CSIC

Editorial Los libros de la catarata

111 páginas



Hablar de la locura, intentar definirla, acotarla, y que no sea desde una perspectiva reduccionista o excluyente, es una empresa muy complicada. Probablemente, el mejor método para alcanzar la visión más global y completa de un constructo tan poliédrico, cambiante y escurridizo, sea trazar el recorrido de su propia historia, y si hay que hablar de Historia en psiquiatría, Rafael Huertas es la firma más autorizada para hacerlo. De esta manera, su texto es un repaso didáctico y cautivador a lo que se ha considerado locura en distintos periodos, cómo se ha definido, qué papel ha desempeñado en ese medio cultural y también cuál ha sido la actitud social hacia la misma. Se trata de un recorrido apasionante, en el que la locura ha sido objeto de estudio de filósofos, religiosos, juristas o médicos en distintas épocas que han propiciado su conceptualización de distinta manera.

Las creencias místicas han tenido su papel en la historia de la locura, ya sea en forma de daemones en la Antigüedad Clásica que se podían comunicar con los humanos a través de voces, como experimentó el mismísimo Sócrates; posesiones demoniacas y brujería en la Edad Media y hasta experiencias santas en la Edad Moderna, como la locura sagrada.

Igualmente, la concepción puramente física de la locura ha sido muy relevante, de manera que se ha ido repitiendo cíclicamente en distintas teorías. Los desarreglos humorales en tiempos antes de Cristo nos recuerdan extraordinariamente a los neurotransmisores desequilibrados del siglo XXI y así, el exceso de bilis negra (o atrabilis) que se atribuía a la melancolía es curiosamente similar a la hipótesis serotoninérgica de la “depresión mayor”.

Se pueden rastrear vestigios de la psicoeducación y la terapia cognitivo-conductual actuales en Cicerón y la escuela de los estoicos, que buscan evitar o corregir lo que se aleje del recto camino de la norma y que ya fueron reivindicados por los alienistas del siglo XIX en su tratamiento moral. Igualmente, la psicoterapia en general tiene sus primeras huellas en la curación por la palabra, ya sea la de los sacerdotes del templo de Asclepio con sus ensalmos y conjuros o la de los filósofos en su catarsis verbal persuasiva (platónica) o violenta (aristotélica).

La historia de los tratamientos orgánicos nos muestra la repetida búsqueda de una sustancia curativa en forma de pócimas, infusiones de opio o neurolépticos y la re-sección del mal en el cerebro mediante trepanaciones, la extirpación de la piedra de la locura, o la todavía actual psicocirugía.

Gracias también a la Historia que nos cuenta Rafael Huertas aprendemos que un concepto clínico crucial en salud mental como la cronicidad (o el trastorno mental



grave y persistente, como lo llamamos ahora) surge en el momento en que los asilos para locos del siglo XIX sobreviven en una economía cerrada de autoabastecimiento que precisa de la permanencia prolongada de los internos para asegurar la mano de obra y la rentabilidad del establecimiento. Así que este texto, breve y conciso, nos transmite una enseñanza fundamental: “la locura (transgresión por excelencia) tiende a ser fabricada, o al menos explicada, en función de las normas sociales y de las ideas dominantes en cada tipo de sociedad. En definitiva, el carácter anormal de una determinada conducta estaría conferido, fabricado, por la propia colectividad en la que se produce el fenómeno.”

Todas estas perspectivas de la locura, contextualizadas en cada época y cultura, han determinado la actitud social hacia la misma. Y resulta curioso observar cómo se han sucedido periodos de desprecio, persecución y hasta criminalización con otros de permisividad social, humanización y actitud compasiva. Cómo se ha alternado la consideración del loco como un residuo social o un elemento peligroso a ser merecedor de cuidados. Y cómo esos cuidados han oscilado (y oscilan) entre la “dulzura y amabilidad” que proponía Pinel y la coerción y la represión forzosa de sus conductas. A lo largo de la Historia siempre se han repetido los mismos dilemas: ¿La locura es un problema orgánico o determinado socioculturalmente? ¿El loco es res-

ponsable de sus actos o no? ¿Debemos apartarlo del entorno a través de manicomios y unidades de larga estancia o propiciar activamente su inclusión social? Estas y otras cuestiones, después de tantos siglos, continúan siendo actuales.

En los últimos decenios y en el escenario sociocultural y político-económico presente se ha propiciado una vuelta a un reduccionismo biomédico que recientemente se está cuestionando desde perspectivas que confrontan el poder profesional y que reivindican el papel de los usuarios como expertos en si mismos. No sabemos qué deparará a la concepción de la locura más adelante, pero no podemos perder de vista que a lo largo de la historia y hasta el momento, “...la definición de la locura y su separación de la cordura se ha formulado siempre desde contextos organizados y según dimensiones morales, teológicas, legislativas y sociales más que en términos médicos.”

Esta historia de la locura que nos propone Rafael Huertas nos fuerza a revisar nuestras concepciones y prácticas actuales con una necesaria mirada crítica. Una mirada que ha de cuestionar la peligrosa ingenuidad de pensar que la psiquiatría actual es la verdad, la auténtica y definitiva. Por ello, este texto es una introducción imprescindible, no solo para profesionales y usuarios, sino para cualquier público mínimamente interesado en comprender la locura.

## EL CONSEJERO DE SANIDAD SE OCULTARÁ TRAS UN DISFRAZ DE RONALD Mc DONALDS

**Adoptará la identidad de Macdonado, un happy-consejero.**



Fuente: [opinionesdepayaso.blogspot.com](http://opinionesdepayaso.blogspot.com)

*John Bush Redacción del Panóptico. Madrid.* Javier Maldonado, nombrado Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid tras las meteduras de pata de su antecesor en la crisis del Ebola, ha decidido intentar pasar desapercibido lo que queda de legislatura. Para ello se ocultará en sus comparecencias públicas disfrazado del payaso Ronald Mc Donalds. El disfraz permitirá al Consejero adoptar la identidad de “Macdonado, el consejero happy que lleva el buen rollo a la sanidad madrileña”. Maldonado oculto tras su nueva identidad podrá protestar de forma anónima contra sí mismo en la Marea Blanca, encerrarse en un hospital para reclamar tratamientos contra la hepatitis C, conseguir una sonrisa de los niños enfermos o reunirse en una mesa sectorial. La Consejería negocia con la cadena internacional de hamburguesas la cesión de los derechos del payaso Ronald para una campaña publicitaria sobre las excelencias de los hospitales madrileños titulada “Macdonado el consejero feliz de los hospitales felices”.

## DETRÁS DEL DSM 5 PODRÍA HABER GRUPOS SALAFISTAS, ALERTA ALLEN FRANCES.

**Ángel Nieto pide un pacto contra el terrorismo del DSM 4+1.**



Fuente: [www.taringa.net](http://www.taringa.net)

*Lucas Skybeing. Redacción del Panóptico. Washington.* Allen Frances, psiquiatra norteamericano conocido por su defensa del IV y su oposición al 5, ha alertado esta mañana en una comparecencia en la Cámara de Representantes de los EEUU que detrás del nuevo DSM, el manual diagnóstico de la psiquiatría norteamericana, se podrían esconder grupos radicales islamistas. Frances cree que el cambio de la numeración del manual de números romanos a número arábigos no es casualidad, sino que obedece a un plan del salafismo yihadista para “penetrar en nuestras sociedades libres haciendo que todos seamos unos trastornados”. “El DSM IV era la frontera de la civilización” ha aseverado con contundencia el psiquiatra norteamericano en su comparecencia. Para Frances la elección del número 5 tampoco es casual, ya que “es el símbolo de la acción y la inquietud, de las ideas visionarias”. Frances ha acudido al congreso de los EE.UU acompañado del campeón de motociclismo español Ángel Nieto que ha defendido que el nuevo manual pase a llamarse DSM 4+1 para despojarlo así de su poder islamizante. El 12 +1 campeón mundial sostiene que con el nuevo manual los yihadistas hubieran convertido su simple superstición en una triscaidecafofia y hubiera sido sometido a tratamientos indeseables. Nieto ha exhortado a los líderes mundiales a lograr un pacto contra el terrorismo del DSM 4+1.

## CREAN UNA APP DE CONTACTOS ENTRE DEPRESIV@S RESISTENTES E HIPERACTIV@S ADULTOS.

En ningún caso la aplicación sustituye a la medicación, advierten los psiquiatras.

*Chucho Swimmingpoll. Redacción del Panóptico. Madrid.* Miguel Ángel Valero, Director del Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT) del Ministerio de Sanidad, más conocido por su papel de “El Piraña” en la serie Verano Azul, ha presentado esta mañana, junto con el Jefe de Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz y el Director General de Meetic España, una nueva aplicación para móviles y tabletas que permite contactar a depresiv@s resistentes con hiperactiv@s adultos. Según datos del INE de otoño de 2014, en España hay cerca de 10 millones de adultos mayores de 20 años que padecen una depresión resistente o un trastorno por déficit de atención e hiperactividad del adulto. La mitad de ellos utiliza Internet como forma de encontrar pareja o amistad. Sin embargo los que sufren estas patologías suelen fracasar en su empeño de encontrar su media naranja, al elegir almas gemelas parecidas a las suyas, lo que potencia sus problemas. “La inhibición y la hiperactividad son contagiosos. Hemos visto en consulta como parejas de depresivos siguen pensando que no hay salida a la crisis o parejas de hiperactivos que se apuntan varias veces al día al INEM”, aseguran los psiquiatras. Esta observación clínica llevó al Jefe de Psiquiatría de IDC-Salud a desarrollar un programa piloto de matchmaking (método utilizado para presentar a dos personas con el fin de que puedan tener una cita y conocerse) llamado “Psicocelstin” en el que los psiquiatras ejercían de alcahuetas poniendo en contacto a los depresiv@s con los hiperactiv@s con el fin que se compensasen los unos a los otros. Los resultados fueron espectaculares. Depresivos crónicos comenzaban a bajar la basura al cabo de varios días e hiperactivos pasaban horas concentrados en hacer sudokus. El siguiente paso fue contactar con Meetic España, empresa puntera en chats de contactos, para desarrollar una versión online de Psicocelstin. No obstante los psiquiatras advierten que los contactos son sólo un complemento a los tratamientos farmacológicos que siguen siendo necesarios. Por ello Meetic se ha comprometido a poner una alerta en la página de Psicocelstin para advertir del riesgo del abandono de la medicación.

## ENCUENTRAN A UN NIÑO SEPULTADO EN UNA MONTAÑA DE GENES DEL AUTISMO.

Se trataba de una anomalía en forma de niño.

*Hernan Summerblue. Redacción del Panóptico. Madrid.* Agentes de la Policía Municipal han encontrado en las inmediaciones del Hospital Gregorio Marañón a un niño de 4+1 años escondido bajo una tonelada de genes del autismo. Al parecer se produjo un error humano en el procedimiento de eliminación del material biológico que se utiliza para el mejor conocimiento de esta enfermedad. La carga genética era tan abundante que nadie se dio cuenta que detrás de los miles de nucleótidos existía una anomalía en forma de niño. Los agentes, una vez realizadas las pertinentes identificaciones, se hicieron cargo de la anomalía y devolvieron el material genético a sus progenitores, sobre los que no pesa ninguna denuncia.

## AUMENTAN LOS TRASTORNOS BIPOLARES TIPO 2 GRACIAS AL CORRECTOR DE WORD.

De momento sólo es aplicable en el programa informático SELENE.

*Filomena Light. Redacción del Panóptico. Madrid.* Un nuevo diseño en el corrector de Word del programa informático SELENE, que utilizan la mitad de los hospitales madrileños, ha logrado que los pacientes bipolares tipo 1 se transformen en bipolares tipo 2 cuando se les emite un informe. Se trata de un recurso tecnológico sencillo mediante el cual cuando un psiquiatra codifica tipo 1 el corrector por defecto lo cambia



Fuente: shannyhuaman.blogspot.com

a tipo 2. Gracias a Word el pronóstico de los pacientes ha mejorado sustancialmente, en cuanto a la gravedad de sus descompensaciones, aunque no tanto en la cantidad de pastillas ingeridas. El hallazgo puede suponer un hito en el tratamiento de esta enfermedad crónica que afecta a más de cien millones de personas en todo el mundo. El único requisito es que el paciente solicite un informe actualizado. Responsables informáticos no procesados de la Comunidad de Madrid estudian replicar el mismo procedimiento tanto en los hospitales que utilizan el HP-His como en el programa Ap-Madrid de primaria o bien aplicar la misma herramienta informática en todos los centros sanitarios. Como estas medidas de homogeneización de los sistemas informáticos parecen imposibles las autoridades sanitarias madrileñas recomiendan a los pacientes cambiar a un especialista SELENE. Ángel Nieto por su parte ha solicitado que se codifiquen como bipolares 1+1.

#### LOS GENES CANDIDATOS PARA LA ESQUIZOFRENIA EXIGEN PRIMARIAS ABIERTAS.

##### Denuncian la corrupción de la partitocracia nucleótida.

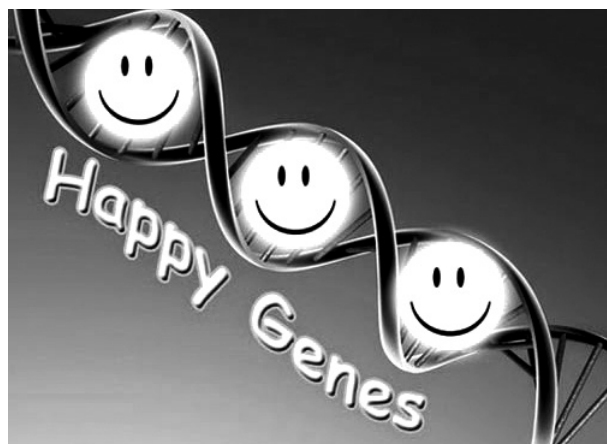
*Carmina Lily. Redacción del Panóptico. Madrid.* “No nos representan. Democracia Genética Ya”. Bajo este lema un grupo de genes candidatos para la esquizofrenia han hecho público un manifiesto en el que denuncian el secuestro de la genética por una “casta de científicos” más interesados en su factor de impacto en las revistas científicas que en el bien común. Neuroregulina, una de las portavoces del grupo de genes descontentos, cree que el fracaso de encontrar la clave genética de la esquizofrenia se debe a la política de despotismo genético ilustrado: “la partitocracia nucleótida

nos hace creer que hemos vivido por encima de nuestras posibilidades genéticas, pero ocultan que la política de “todo para el gen, pero sin el gen”, ha llevado a una burbuja genética especulativa que ha derrochado enormes cantidades de recursos económicos que podrían haberse invertido en recursos comunitarios para nuestros genes”, afirma esta activista del movimiento Cromosoma 14+1p. Los firmantes del manifiesto reclaman que los genes de la esquizofrenia puedan competir democráticamente en unas primarias con listas abiertas para elegir sus candidatos, un primer paso para un gran movimiento de confluencia genética que parta de las bases.

#### EL HOMBRE ATENDIDO EN SU DOMICILIO POR SALUD MENTAL DICE QUE NO ERA SU CASA.

**No hay riesgo de que se repitan las visitas domiciliarias, aseguran en la Consejería.**

*Feliciana Crespiny. Redacción del Panóptico.* “Segisnando Acosta, el hombre que logró ser atendido en su domicilio por los servicios de salud mental de su zona ha denunciado públicamente que no se trataba de su casa. “Vinieron los psiquiatras a verme, pero no era mi casa, era otra”, afirmaba Segisnando indignado. Reconoce que le atendieron muy amablemente, pero se considera víctima de una grave negligencia: “Me dijeron que venían a hacerme una vista domiciliaria, hablaron conmigo, me dieron mi medicación, pero la casa no era la mía, era otra”. Segisnando vive en la calle Alonso Cano y sin embargo fue atendido en la calle Fuencarral. No sabe cómo llegó ahí y ahora no sabe cómo volver. Fuentes de la Consejería de Sanidad reconocen que el Área Única sanitaria está creando algunos problemas



Fuente: [www.examiner.com](http://www.examiner.com)



Fuente: [laverdadconspiranoica.com](http://laverdadconspiranoica.com)





Fuente: amazingonlinemagazine.com

en los desplazamientos domiciliarios y los pacientes son cambiados de zona durante el proceso de citación sin que la persona sea consciente. Sin embargo ya que se trata del único caso de visita domiciliaria en Salud Mental no creen que la incidencia se repita. Al menos el paciente sí era el correcto, han señalado.

#### UN GRUPO DE LACANIANOS SE ESCINDEN DE TODOS LOS PARTIDOS PERO ALGUNOS LO NIEGAN.

**Alegan falta de representatividad de los sujetos barrados.**

*Mary Lonesome. Redacción del Panóptico. Madrid.* Un grupo psicoanalistas Lacanianos conocidos como “El Fantasma” han decidido escindirse de todas las formaciones políticas madrileñas en protesta por la falta de representatividad de los sujetos barrados. Sin embargo una corriente crítica dentro de este grupo niegan que se trate de una escisión sino de un auténtico proceso forcluyente ya que consideran que la verdadera acción política pasa por expulsar el significante político-paterno del universo simbólico del sujeto. El sector crítico ha solicitado a la actual cúpula directiva de El Fantasma que se consulte a las bases barradas sobre si la escucha política debe dirigirse hacia la escisión o hacia la forclusión y si esta debe ser realizarse en Lo Real, Lo Simbólico o Lo Imaginario.

De no ser escuchado, el sector crítico podría plantearse o bien una nueva escisión o bien una nueva forclusión, que a su vez debería ser consultado con sus bases barradas que además decidirían si lo harían en Lo Real, Lo Simbólico o Lo Imaginario. Ángel Nieto ha solicitado que se elabore un algoritmo con las  $n+1$  posibilidades de escisión o forclusión del grupo laciano.

#### JANSSEN ENCUENTRA UN MANANTIAL EN JANSSEN, DINAMARCA.

**Nada que ver con la fundación tutelar.**

*Mike Donald. Redacción del Panóptico. Janssen. Madrid.* Arne Janssen, un practicante danés, que realizaba su ronda de inyecciones semanal, ha descubierto un Manantial en las inmediaciones de la pequeña localidad de Janssen, Dinamarca. La coincidencia de su apellido con el topónimo ha generado una ceremonia de confusiones ya que las agencias de noticias no lograban aclarar si Janssen había encontrado un Manantial o un Manantial había sido encontrado en Janssen. Lo único que parece claro a estas alturas es que ni la compañía farmacéutica Janssen ni la Fundación Manantial tienen nada que ver con el asunto.



## SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

D. \_\_\_\_\_  
profesional de la Salud Mental, con título de \_\_\_\_\_  
y con domicilio en \_\_\_\_\_  
Población \_\_\_\_\_ D.P. \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Centro de trabajo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Dirección Centro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Solicita:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación integrada en la A. E. N. de la Autonomía correspondiente, para lo cual es propuesto por los Miembros:

D. \_\_\_\_\_

D. \_\_\_\_\_

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Asamblea General de socios.  
La suscripción de la Revista de la AEN está incluida en la cuota de Asociado.

### DATOS BANCARIOS

BANCO/CAJA DE AHORROS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nº CUENTA: Entidad Sucursal D. C. Nº cuenta (20 dígitos):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma solicitante



[www.amsm.es](http://www.amsm.es)

AMSM

Asociación Madrileña de Salud Mental

Dirección C/ Magallanes, 1

Sótano 2 local 4.

Teléfono 636725599

Fax 918473182

correo e. [aen.amsm@gmail.com](mailto:aen.amsm@gmail.com)

web [www.amsm.es](http://www.amsm.es)