

SUMARIO

EDITORIAL [pág. 1]

*El plan estratégico de salud mental 2017-2020:
Un déjà vu.*

COLABORACIONES [pág. 5]

*El tiempo de los centros de salud mental.
Pedro Cuadrado Callejo*

*El valor de las buenas previsiones.
Anxo Bastida Calvo*

*Neurolépticos; banalidad de su prescripción.
Javier Romero Cuesta*

*Salud mental y neoliberalismo.
Iván de la Mata Ruiz*

*Nuevas periferias en tiempos neoliberalistas.
Marta Carmona Osorio*

*¿Del abuso psiquiátrico al abandono psiquiátrico?
Helen Spandler*

A PROPÓSITO DE... [pág. 35]

*Anatomía (incompleta) de una epidemia,
de Robert Whitaker.
Iván de la Mata Ruiz*

HEMOS LEÍDO... [pág. 40]

*"Salubrisimo o barbarie", de Vicky López Ruíz y
Javier Padilla Bernáldez.
Marta Carmona Osorio*

EL PANÓPTICO [pág. 41]



Ilustración Original: Carol Calcedo

AMSM

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

Boletín núm. 41 **PRIMAVERA** año **2017**

BOLETÍN
DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA
DE SALUD MENTAL

JUNTA DIRECTIVA 2015-2018
DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA DE SALUD
MENTAL (A.E.N.)

AMSM

PRESIDENTE

Iván de la Mata Ruiz

VICEPRESIDENTA

María Alonso Suárez

SECRETARIO

Miguel Ángel Martínez Barbero

TESORERA

Marta Carmona Osorio

VOCAL DE PUBLICACIONES

José Morales Zamorano

VOCALES

Eva Muñiz Giner

Alberto Ortiz Lobo

Agustina Crespo Valencia

Angel Luis Lucas Sanz

COMITÉ EDITORIAL DEL BOLETÍN

Maite Climent Clemente

Belén González Callado

Carmen Cañada Gallego

Mariano Hernández Monsalve

ditorial

EL PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL 2017-2020: UN DÉJÀ VU.

Plan Estratégico de Salud Mental

*“La regresión del modelo de atención
también se puede observar en
el crecimiento constante de las
camas de media y larga estancia en
establecimientos psiquiátricos...”*

En el momento de escribir este editorial está en proceso de elaboración el nuevo Plan Estratégico de Salud Mental 2017-2020. Aunque no conocemos el contenido final, bien merece la pena un análisis de los antecedentes del Plan y de la forma en que se está elaborando y algunas pinceladas de los contenidos que hemos conocido.

El anterior Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 fue una estrategia fallida nacida en el contexto de las políticas de austeridad y del intento privatización de la gestión sanitaria, en el que el interés por la planificación era nulo: el mercado interno y los mecanismos de competencia eran los que iban a llevarnos por el camino de la excelencia. La libre elección de especialista y el Área Única eran elementos organizativos claves para este mercado interno, que en la neolengua de los ideólogos se disfrazaban de derechos de los pacientes. La evaluación de este Plan, del que nadie quiere hacerse responsable, se hizo dos años después por insistencia de la oposición política en la Asamblea de Madrid: una evaluación escueta de 10 páginas realizada de forma no independiente por la propia Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (en adelante la Oficina de Salud Mental) de la que sólo se puede concluir que no había nada que evaluar, porque el plan del Plan era que no hubiera plan. La Oficina considera que, pese a todo, este Plan “consolidó” la red de salud mental. Sin embargo durante estos años sucedieron cosas importantes en la Salud Mental de Madrid. Desde el punto de vista organizativo la más reseñable fue la integración de los Centros de Salud Mental en las gerencias hospitalarias. Sobre las consecuencias de esta forma de integrar los CSM en las gerencias hospitalarias sin ningún modelo organizativo que la estructurara no se ha hecho ningún análisis mínimamente crítico por parte de la Consejería, pese al clamor de muchos profesionales y responsables de CSM. Se justifica todo por los recortes presupuestarios debidos a la crisis económica.

La regresión del modelo de atención también se puede observar en el crecimiento constante de las camas de media y larga estancia en establecimientos psiquiátricos (existen alrededor de 1200 camas de estas características), algunas fuera de la Comunidad de Madrid e incluso para población infantojuvenil. La respuesta a las necesidades de cuidados de la población más vulnerable no puede ser una apuesta por una nueva institucionalización en hospitales psiquiátricos. Si existe esa demanda es por una ausencia de cuidados comunitarios y alternativas residenciales más respetuosas con la autonomía y recuperación de los personas.

*“... una década perdida en la que
continuamos enredados en los mismos
problemas organizativos y en la que se
plantearon viejas y repetidas solucio-
nes para los mismos problemas...”*

Otro punto clave de lo sucedido en estos últimos años fue la pérdida de capacidad de la Oficina para funcionar como autoridad sanitaria en salud mental con plenas competencias para poder planificar y ejecutar las políticas sanitarias en este tema. Sin Oficina con medios humanos y materiales adecuados es imposible que se planifique o monitorice o evalúe ningún plan de salud mental. Está ha sido siempre una de nuestras principales reivindicaciones: crear una Oficina de Salud Mental independiente que integre a los responsables de los recursos de la red de rehabilitación y de drogodependencias con capacidad para liderar los cambios necesarios en la Red de Salud Mental.

El resultado fue una década perdida en la que continuamos enredados en los mismos problemas organizativos y en la que se plantearon viejas y repetidas soluciones para los mismos problemas que en lugar de solucionarse se fueron multiplicando.

“La puesta en marcha de un proceso de elaboración de un Plan Estratégico era, sin duda una buena noticia”

La necesidad de que se hiciera un nuevo Plan de Salud Mental apareció en la agenda política y en la Asamblea de Madrid se presentaron iniciativas para instar al gobierno autonómico a que se elaborara uno. En noviembre de 2016 en el marco de la I Conferencia de Centros de Salud Mental de Madrid, la responsable en funciones de la Oficina anuncia públicamente que se va a elaborar un nuevo Plan de Salud Mental y que éste sería participativo y contaría con memoria económica. La puesta en marcha de un proceso de elaboración de un Plan Estratégico era, sin duda una buena noticia. El que el proceso se anunciara con la intención de ser un proceso participativo y que contaría con una memoria económica eran también buenas noticias. Sin embargo después de este anuncio llegó cierta a decepción, un *déjà vu*, al ver que se repiten los mismos errores de planteamiento y metodológicos de los anteriores planes.

“... la Consejería quería un Plan de Salud Mental rápido, en la línea de estos planes que en muchas ocasiones son meras declaraciones de intenciones...”

A primeros de diciembre se constituyen unos grupos de trabajo sin conocerse bien el criterio elegido para su composición y para unas líneas estrategias decididas por la Oficina de Salud Mental sin ningún tipo de consulta previa y sin haberse preocupado antes de presentar ni siquiera a discusión con ningún tipo de interlocutor su análisis de la situación y de las necesidades. Se convoca a los integrantes de estos grupos de trabajo a una reunión a finales de diciembre, donde se les da ya un borrador precocinado del Plan y se les pide que tengan un documento elaborado en un plazo de semanas. Parece que había prisa, porque la Consejería quería un Plan de Salud Mental rápido, en la línea de estos planes que en muchas ocasiones son meras declaraciones de intenciones como el Plan de Humanización o la Estrategia de Cronicidad. Se olvida la Consejería de que las actuaciones sanitarias son para mejorar la atención de las personas no para mejorar la imagen política. En esa reunión se da a entender que más valía aprovechar el momento pues parece que la Consejería estaba dispuesta a destinar algún dinero para la infrapresupuestada salud mental. Seamos pragmáticos y constructivos es el mensaje que se transmite.

Pero este pragmatismo no logra compensar la sensación de estar perdiendo una nueva oportunidad de dotarnos de un documento estratégico que pudiera al menos organizar la atención de una manera más aceptable. No nos cabe otra que, con pereza, señalar una vez más las mismas deficiencias metodológicas en su elaboración que en el anterior plan y mostrar nuestras dudas aún sin conocer el documento definitivo:

- Es un Plan que se dirige exclusivamente a la parte sanitaria de la red. Un verdadero Plan de Salud Mental tiene que tener una vocación de transversalidad. Hubiera sido deseable, diseñar un plan conjunto con la parte de la red que depende de la Consejería de Políticas Sociales y Familia. Pese a su importancia en la atención, su presencia se limita a tener algún representante en una de las líneas estratégicas, pero no se espera un plan de actuación conjunto. Por no hablar de la Red de drogodependencias. Debería ser, no solo interdepartamental, sino intersectorial implicando mucho más a otras consejerías como la de Justicia (hay que hablar de los ingresos involuntarios, de las incapacitaciones, de las atención en prisiones, de los centros de menores por ejemplo), Políticas Sociales y Familia (hay que elaborar una estrategia de dependencia inclusiva, hay que mejorar las garantías de las tutelas, garantizar los cuidados de los pacientes mayores o los menores...).
- Un Plan debe partir de un análisis de la situación y de las necesidades que de ella se desprende. Existen instrumentos, algunos diseñados por la propia OMS y que se han aplicado en alguna otra Comunidad Autónoma para poder analizar las debilidades y fortalezas de la atención. Que se retrase el Plan por hacer un



Fuente: vimeo.com

*“Se pide opinión tarde y mal, sin
aportar más documentación que una
lista general de objetivos”*



Fuente: mesaedefensasalidadpublica.wordpress.com

*“Si el plan pretende mejorar la calidad
de la atención debe comprometer una
importante inversión”*

adecuado análisis no hubiera implicado que se paralizaran algunos cambios ni que no se pudiera invertir.

- Un plan que se dice participativo implica que los distintos interlocutores participen desde el inicio en el análisis de las necesidades y en el diseño de las líneas estratégicas. La participación se ha entendido simplemente como aportación de sugerencias de acciones dentro del listado de objetivos que desde la propia Oficina de Salud Mental se ha elaborado. Así se ha hecho en las reuniones con los jefes de los centros, con las asociaciones de usuarios y familiares convocadas y con las asociaciones de profesionales. Se pide opinión tarde y mal, sin aportar más documentación que una lista general de objetivos. Sin conocer los documentos de los esmerados grupos de trabajo de cada una de las líneas estratégicas no podemos conocer cuánto se han tenido en cuenta. Estos documentos no se han hecho públicos en ninguna reunión y el listado de objetivos que se han dado para discutir coinciden bastante con el primer borrador de Plan que se entregó en la presentación de los grupos de trabajo.
- La financiación de la atención en Salud Mental, tanto de la parte sanitaria como de la parte dependiente de la Consejería de Políticas Sociales y Familia están históricamente infradotada. La inversión en los CSM ha sido prácticamente nula en los últimos doce años, la apertura de recursos residenciales alternativos a la hospitalización prolongada se ha ralentizado en los últimos años y la Red de drogodependencias ha sufrido importantes recortes. Podríamos hablar además de las exiguas ayudas sociales que reciben las personas con problemas más graves que inciden en su situación clínica. La última gran inversión en salud mental vino de la mano de la apertura de las unidades de hospitalización en los nuevos hospitales y en menor medida de la apertura de más camas de larga estancia concertadas. Esto da cuenta del deterioro sufrido en el modelo de atención comunitaria. En ningún momento de la fase de elaboración del Plan se ha hecho público cuál va a ser la inversión extra que se va a destinar a los recursos sanitarios de salud mental, cuáles van a ser las líneas prioritarias y si también va a haber un crecimiento coordinado de la Red de Rehabilitación y Soporte social. Si el Plan pretende mejorar la calidad de la atención debe comprometer una importante inversión. Si no, será un nuevo elemento decorativo que servirá para la retórica política. Esta es la gran incógnita.
- Llama la atención la elección de las líneas estratégicas del Plan, orientadas casi la mitad por problemas clínicos y que al hacerlo se hayan priorizado específicamente algunos y se hayan olvidado otros (como los llamados trastornos mentales comunes que comprometen una gran parte de la atención). Inicialmente no existía una línea estratégica respecto al modelo de organización específico de la red de salud mental, pero tras las aportaciones de los jefes de los CSM se ha tenido en cuenta, aunque no parece que se vaya a traducir en un decreto o resolución que obligue a su cumplimiento ni está claro que se avance en la participación de los usuarios como ya se hace en otros países de nuestro entorno. Esta línea estratégica se plantea el tramo final de elaboración del Plan, por lo que sabemos aún menos que del resto, cuando debería haber sido una de las líneas claves desde el principio y que requerían una importante reflexión y debate. En esta misma línea estratégica parece que también se va abordar las funciones de la Oficina, con la intención de reforzarla, lo cual nos parece una buena noticia y celebramos que se hayan incorporado nuevos técnicos ya que están participando en la elaboración de este plan. Respecto a otras líneas estratégicas mencionar algunas cosas: no se considera con



Fuente: consorzioparsifal.it

la relevancia que debería tener priorizar acciones que tengan como horizonte disminuir las prácticas coercitivas y el respeto por la decisiones de los pacientes; no sabemos qué tipo de modelo se va a implementar de trabajo conjunto con atención primaria cuando de forma paralela al Plan la Consejería anuncia que se van a contratar psicólogos en atención primaria; no sabemos si se va a avanzar en la integración de la Red de atención a la drogodependencia.

- En cuanto a la composición de los grupos de trabajo llaman la atención algunos detalles. Hay una sobrerrepresentación de los profesionales que trabajan en los hospitales frente a los de otros dispositivos, en concreto es llamativa el poco peso que tienen los profesionales de los CSM o de la Red de Rehabilitación. Hay una sobrerrepresentación (en algún caso una presencia casi exclusiva) de los profesionales de las unidades específicas en las patologías en las que estas unidades existen, cuando el problema, precisamente es el de la integración de estas unidades en la red y lo que tendría sentido es configurarlas para atender las necesidades detectadas en la red (muy fundamentalmente en los centros de salud mental). La presencia de usuarios o familias es testimonial en los grupos de trabajo.
- Al no conocer las acciones concretas, desconocemos los indicadores y cronograma del Plan. Nos alegramos de la idea de que se vaya a crear un Consejo Asesor de Salud Mental, tal como se propuso en la Asamblea de Madrid, y un Observatorio para seguimiento del Plan del que esperamos conocer pronto su composición y funcionamiento.

“... un plan de salud mental es un marco donde poder desarrollar unos valores y una ética...”

Como Asociación nos hubiera gustado un Plan de Salud Mental más ambicioso, que abarcara más allá de la parte de la asistencia sanitaria, que hubiera tenido un tiempo de elaboración más pausado y con una participación más amplia desde el principio. Somos conscientes de que esto requería una mayor voluntad e implicación política que trasciende a la propia capacidad de la Oficina de Salud Mental. El que este Plan tenga al menos alguna mejora en la atención sanitaria de salud mental dependerá en cualquier caso de la financiación que se consiga. Puede incluso pensarse que el peor plan sea mejor que caminar sin rumbo y que con él al menos tengamos una referencia para poder exigir a los políticos que nos gobiernan un compromiso para su cumplimiento. Esperamos que se articulen los espacios institucionales para su seguimiento donde insistiremos en que se cumplan aquellos objetivos y acciones que consideramos acordes con el modelo de atención en el que creemos. Además no queremos dejar de señalar que un plan de salud mental es un marco donde poder desarrollar unos valores y una ética y eso también pasa por defender modelos que se acerquen a la comprensión del sufrimiento psíquico no deterministas que tengan en cuenta los determinantes sociales y biográficos de las personas; por generar encuentros entre las redes de sanitarias y de rehabilitación para evitar la disociación y explorar sinergias y modos de trabajo conjuntos; y por facilitar espacios de debate con aquellos que reciben nuestra atención. Y en eso también estamos.

Junta de la AMSM

colaboraciones

EL TIEMPO DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL

Pedro Cuadrado Callejo



Fuente: activament.org

Es tiempo de más Centro de Salud Mental, no de menos. La red de atención a la salud mental lleva huyendo de sus fantasmas (sufrimiento psíquico, problemas emocionales, malestares de la vida cotidiana, discapacidad, cronicidad, y los propios de cada dispositivo y profesional) casi desde que los Centros de Salud Mental se crearon. Desde el Plan de Acciones en Salud Mental 1989-1991, hasta el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014, pasando por el Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008; todos ellos han actuado como fuerzas centrífugas que han ido alejando, cada vez más, a los Centros de Salud Mental del papel para el que fueron creados: eje de la atención integral a los problemas de salud mental. Si somos capaces de mantener la calma, distanciarnos un poco de lo que nos pide nuestro corazón y nuestras fuerzas, y no salir corriendo; podemos ver que es tiempo de más Centro de Salud Mental, no de menos.

“Si somos capaces de mantener la calma, [...]; podemos ver que es tiempo de más Centro de Salud Mental, no de menos”

En la evaluación que la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental hace del Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014, el cumplimiento de objetivos para los Servicios de Salud Mental de Distrito o Servicios de Salud Mental Comunitarios (SSMC), como se denominan en ese documento, se acerca al 100%. Los objetivos cumplidos tienen que ver con la adscripción de todos los Centros y Dispositivos de Salud Mental (sus recursos humanos, su cartera de servicios y la organización de la atención) a las respectivas Gerencias de Atención Especializada. Esta adscripción se hacía manteniendo independientes las Jefaturas de Servicio de Psiquiatría y las Jefaturas de los Servicios de Salud Mental ambulatorios, que dependían ambas de las Direcciones Médicas Hospitalarias. Sin embargo, las Jefaturas de los Servicios de Salud Mental ambulatorios lo hacían con categoría de Jefes de Sección y no de Jefes de Servicio, y por ahí empezaban los problemas. Lo orgánico se ha impuesto a lo funcional, y las Direcciones Médicas han delegado sus funciones en las Jefaturas del Servicio de Psiquiatría, con lo que la adscripción de los Servicios de Salud Mental de Distrito se ha terminado haciendo a éstas. También se ha cumplido el objetivo de integración de los Servicios de Salud Mental Comunitarios en los respectivos sistemas de información de los hospitales, requisito imprescindible para la implantación del Área Única, y en mucha menor medida la implantación de Áreas de Gestión Clínica en Salud Mental y la gestión por procesos.

“Lo orgánico se ha impuesto a lo funcional, y las Direcciones Médicas han delegado sus funciones en las Jefaturas del Servicio de Psiquiatría...”

Un Documento Técnico, elaborado recientemente por los Jefes de los Servicios de Salud Mental de Distrito, señala los efectos sobre los Centros de Salud Mental, de estos 6 años de integración:

- Un proceso de acomodación a la cultura de los gestores de cada hospital, acrecentando las diferencias, en cuanto a su papel y funcionamiento, entre los diversos Centros de Salud Mental, sobre todo en aquellos adscritos a los “nuevos hospitales”.
- La ruptura de la integridad de los equipos y sus referencias territoriales, la pérdida de control de la gestión de agendas o su rigidificación y, en algunos casos, la pérdida de identidad del dispositivo al prescindirse de la figura del responsable-jefe. Sin jefatura diferenciada del Servicio de Salud Mental de Distrito de la que dependa funcionalmente el equipo multiprofesional, no hay Servicio de Salud Mental de Distrito.

- La pérdida de la capacidad organizativa, sobre todo por la incorporación a los sistemas de citas informatizados que ha supuesto la pérdida de la gestión de la demanda, un incremento importante en las incomparecencias y una pérdida de eficiencia en la utilización de los recursos asistenciales.
- La priorización de un modelo de consulta, tipo consulta externa, sacrificando el trabajo en equipo, las actividades de coordinación, las intervenciones fuera del dispositivo asistencial y el funcionamiento en red, estableciendo barreras importantes para el manejo de los Trastornos Mentales Graves y de la cronicidad.
- La actividad de algunos profesionales; como psicólogos, enfermería, trabajo social y terapia ocupacional; no se contabiliza de modo sistemático, quedando a criterio y posibilidades de cada unidad, lo que dificulta justificar su cobertura y la contratación de nuevos profesionales.
- La situación actual de los Servicios de Salud Mental de Distrito es de saturación asistencial. Tres factores están en el origen de esta saturación: La generalización de una cultura de demanda de servicios salud mental, la precariedad creciente de Atención Primaria y la congelación de recursos en los Servicios de Salud Mental de Distrito desde hace 10 años.
- La carencia de profesionales, sobre todo de enfermería, trabajo social, terapia ocupacional y psicología, está poniendo en peligro la cobertura de programas e intervenciones básicos, como el Programa de Continuidad de Cuidados o las intervenciones psicoterapéuticas. Todo ello refuerza la aludida deriva hacia un modelo de consulta externa especialista.

En la evaluación del Plan de Salud Mental 2010-2014 no se reconoce la saturación de los Servicios de Salud Mental de Distrito. A otros dispositivos de la Red les pasa lo mismo; pero su repercusión no es la misma. Se quiera ver o no, la calidad de la atención a la salud mental, en su conjunto, va a depender de la atención que se presta en los Centros de Salud Mental. El funcionamiento de los demás dispositivos; desde los Servicios de Urgencia a las Unidades de Hospitalización, pasando por las necesidades de plazas de media y larga estancia o de recursos de rehabilitación psico-social; es subsidiario del funcionamiento o no de aquellos. Y los Centros de Salud Mental están saturados, se quiera ver o no. Y el primer objetivo del nuevo Plan de Salud Mental en elaboración, se quiera explicitar o no, no debería ser otro que abordar la saturación de los Centros de Salud Mental, su papel en la Red, las funciones que deben desempeñar, y los recursos humanos y organizativos que precisan para llevarlas a cabo.



Fuente: ptsd-depression.com

Tres elementos explican la saturación: el aumento de la demanda, la situación de Atención Primaria y la precariedad de recursos. Los dos últimos son los que nos competen. Compartimos con Atención Primaria la atención a la salud mental primaria. Su precariedad es nuestra precariedad. Aumentar los recursos de Atención Primaria (Médicos de Familia, Pediatras, enfermería, trabajo social) es el primer requisito para mejorar nuestra capacidad de manejar la demanda de salud mental primaria, la que compartimos con ellos. Mejorar los recursos de la Red de Salud Mental es el segundo requisito: en los últimos 10 años, ha aumentado la demanda de los Centros de Salud Mental en más de un tercio, y no solo no han aumentado los recursos en la misma proporción, sino que ha habido un leve descenso. En este mismo periodo, la Red de Salud Mental ha crecido a expensas de la implantación de procesos, consultas y unidades para trastornos y problemas específicos, casi siempre al margen de los Centros de Salud Mental. Y en el nuevo Plan en elaboración se quiere seguir este mismo camino, con un importante consumo de recursos.

Todo el mundo reconoce que el modelo generalista y de toma a cargo de Atención Primaria es muy eficiente, y los Centros de Salud Mental no pueden renunciar al mismo para dar respuesta a la mayor parte de la demanda. Hay trastornos y problemas de salud mental que requieren respuestas muy especializadas y la Red de Salud Mental, con los Centros de Salud Mental a la cabeza, tienen que estar preparados para darlas. Pero solo se podrá dar una cobertura de calidad a los problemas específicos

si está cubierta la atención generalista. Y solo se puede compensar una buena cobertura de la atención a la salud mental primaria con una atención especializada de calidad, con más Centro de Salud Mental, no menos. “Favorecer la atención psicológica de trastornos emocionales como la ansiedad, depresión y somatizaciones, en los Centros de Salud de Atención Primaria”, como reza uno de los objetivos que va a desarrollar el nuevo Plan, no es resolver el problema de la saturación de los Centros de Salud Mental, ni mejorar la continuidad asistencial, ni la colaboración entre dispositivos. Lo que es, es poner la semilla para la creación de una red paralela y de paso, demeritar a los Centros de Salud Mental y, con ello, a la Red de Salud Mental convirtiéndola en una red de atención psiquiátrica.

El resultado del proceso de integración en las gerencias hospitalarias, que el nuevo Plan en elaboración quiere consolidar y profundizar, nos está devolviendo a la casilla de salida: a hace treinta años con la creación de las Unidades de Salud Mental de Apoyo a Atención Primaria. Tenemos una atención psiquiátrica hospitalaria con sus unidades de hospitalización y sus consultas externas, que se quiere ocupar exclusivamente de los trastornos psiquiátricos graves y, por otro lado, una Atención Primaria a la que se la obliga hacerse cargo de los trastornos mentales comunes o “menores”, y a la que se la invita a crear una red de atención a la salud mental primaria paralela, con la incorporación de profesionales de psicología a sus equipos. Esta solución no es nueva, ya la vivimos con la creación de una red independiente de atención a las drogodependencias, asentada sobre una atención médica y psicológica, que ha in-

tentado cubrir sus necesidades de atención psiquiátrica con distintas soluciones fallidas en distintos momentos; y que lleva intentando desandar el camino y volver a la Red de Salud Mental más de 25 años. Esta expulsión de los “trastornos menores” no se basa en criterios técnicos: la mayor parte de ellos, aunque se denominen menores, no son sencillos de manejar y, al igual que los trastornos mentales graves, tienen muchas necesidades asistenciales que solo se pueden cubrir en dispositivos multiprofesionales, con intervenciones que requieren un tiempo y una cualificación técnica de los que Atención Primaria no suele disponer.

Lo que nos puede pedir el cuerpo para los problemas psiquiátricos y de salud mental crecientes y para la saturación de los Centros de Salud Mental, puede ser una nueva huida hacia adelante, con un repliegue a las profundidades de los hospitales y un encastillamiento en una red específica de atención psiquiátrica, transformando los Centros de Salud Mental en dispositivos de apoyo exclusivo a las unidades hospitalarias, y el abandono de la atención a la salud mental primaria a su suerte. Puede que eso sea lo que nos pide el cuerpo; pero lo que necesitamos es otra cosa: es recuperar el Centro de Salud Mental como eje de la asistencia, y reforzar su papel en la Red de Salud Mental, tanto desde el punto de vista de los recursos como desde el punto de vista organizativo, como lugar de encuentro de la atención primaria, la atención especializada y la atención rehabilitadora. Lo que necesitamos es más Centro de Salud Mental, no menos.



EL VALOR DE LAS BUENAS PREVISIONES

Anxo Bastida Calvo

Prever: Ver con anticipación/ Conocer, conjeturar por algunas señales o indicios lo que ha de suceder/ Disponer o preparar medios contra futuras contingencias. (Diccionario de la RAE)



Fuente: previsionparatodos.cl

La capacidad de prever constituye, sin duda, uno de los aspectos más importantes en el trabajo del/la terapeuta¹. Para poder ayudar a alguien a labrarse un futuro mejor, resulta, obviamente, imprescindible ser capaz de anticipar de manera cabal las distintas posibilidades en la vida de esa o esas personas en función de que adopten uno u otro plan de acción. De hecho, es principalmente esta habilidad, más que la de poder ofrecer explicaciones convincentes acerca del origen de los síntomas, la que determina el verdadero carácter de experto del profesional en cuestión. Como se ha señalado con anterioridad (Taleb, N. N., 2008), la verdadera comprensión de un fenómeno no se expresa tanto mediante la capacidad de explicarlo a posteriori sino siendo capaces de establecer predicciones certeras; piénsese, por ejemplo, en la pléyade de “expertos” en economía que ofrecieron sus explicaciones a raíz de la crisis económica mundial tras su estallido a finales de 2008, en comparación con el número de quienes anticiparon que algo así iba a suceder...

“... conviene saber adelantarse a los acontecimientos cuando, en el proceso de la terapia, van a producirse dificultades”

Especialmente, conviene saber adelantarse a los acontecimientos cuando, en el proceso de una terapia, van a producirse dificultades. Hacerlo significa que podamos actuar al respecto cuanto antes, contribuye a que los pacientes puedan percibir esa situación problemática, cuya ocurrencia se había previsto, como más bajo control (y, por lo tanto, menos amenazadora) y permite que el terapeuta dé muestras de su destreza, con lo que ganará ascendiente sobre el paciente y su familia y su capacidad de ejercer una influencia beneficiosa de cara al futuro aumentará. Entonces ¿Es aconsejable que el terapeuta tienda a ser pesimista en sus predicciones, “para por si acaso”? Veamos qué indica al respecto un curioso experimento sobre el efecto placebo.

PREDECIR ES PRODUCIR

“¿Es aconsejable que el terapeuta tienda a ser pesimista en sus predicciones, “para por si acaso”?”

En 1985, Richard Gracely y sus colaboradores publicaron en la revista Lancet los resultados de su investigación en torno a cómo las expectativas del clínico pueden modular la respuesta del placebo usado como anestésico. Los investigadores reclutaron a un conjunto de médicos quienes, a su vez, debían facilitar un fármaco a un grupo de personas que iban a recibir una estimulación dolorosa (se les iba a extraer una muela) en un diseño de doble ciego (es decir: ni los pacientes ni los profesionales sabían qué se estaba administrando). Lo que se les explicaba a los clínicos era que, en el contexto de una investigación sobre la analgesia, los pacientes recibirían al azar uno de tres fármacos posibles: fentanilo (analgésico), naloxona (antagonista opiáceo y, por lo tanto, anti-analgésico) o placebo. Posteriormente, se dividió aleatoriamente al conjunto de pacientes por la mitad y se dijo a los clínicos de uno de los dos grupos resultantes que había habido un problema con los suministros, de tal suerte que

1) Como ya señaló Jay Haley, allá por el año 1976, no es apropiado emplear únicamente el género masculino para referirse a los terapeutas, dado que ésta profesión hay tanto hombres como mujeres. El autor empleará el género masculino por razones de simplicidad, no sin dejar de reconocer la injusticia que encierra el uso tradicional del mismo.

ese grupo de pacientes no podrían recibir fentanilo sino, únicamente, naloxona o placebo, pero que el experimento debía continuar; los médicos del otro grupo, por su parte, sí contaban con que algunos de sus pacientes recibirían fentanilo. La realidad era que, en ambos grupos, todos los pacientes recibieron placebo. Es decir, se urdió una situación en la que dos grupos homogéneos de pacientes con dolor recibían placebo para tratar ese dolor, con la única diferencia de que, en uno de los grupos, los médicos que entregaban el fármaco abrigaban la esperanza, no comunicada conscientemente, de que algunos de sus pacientes iban a recibir un analgésico real, mientras que en el otro grupo los médicos “sabían” que sus pacientes sólo podrían recibir un “anti-analgésico” o bien un placebo, por lo que su expectativa era mucho peor. ¿Afectó esto a los resultados? Rotundamente, sí: mientras que los pacientes del grupo “sin fentanilo” mostraron, en promedio, un incremento del dolor, los del otro grupo indicaron una disminución, produciéndose una significativa diferencia entre ambos.

Este sorprendente resultado, en línea con otras observaciones realizadas en el ámbito del estudio acerca de la sugestión (por ejemplo, Barber, J., 2000), no sólo expresa cuan poderosamente las expectativas de un clínico pueden influir en la evolución que siguen las personas que trata sino, además, hasta qué punto esas expectativas pueden transmitirse (y de hecho lo hacen) por canales de comunicación enteramente inconscientes. Es importante tener en cuenta que, necesariamente, el profesional que recoge información sobre un nuevo caso habrá de conjeturar acerca del posible desarrollo futuro de los acontecimientos; el pronóstico, junto con el diagnóstico y la propuesta de un plan terapéutico, forma parte integral del Juicio Clínico. Así pues, dado que resulta imposible dejar de predecir y que esa predicción influye a su vez en los resultados, debemos considerar como un imperativo profesional para todos los terapeutas cultivar deliberadamente la esperanza y la fe en la capacidad de recuperación de las personas. Ahora bien, ¿Es esto lo que solemos hacer? Contemplemos a continuación lo que tiene que decirnos una vieja conocida: la Esquizofrenia.

LA PREDICCIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA

Se reproducen a continuación varios fragmentos de texto encontrados en internet acerca de la Esquizofrenia; en concreto, se han seleccionado a partir de las cuatro primeras opciones ofrecidas al teclear en google la palabra “Esquizofrenia” desde la IP del autor en la fecha en la que se realizó la búsqueda, descontando aquellas en las que se indicaba explícitamente que se trataba de publicidad (las negritas son nuestras):

Clínica Universidad de Navarra

Es una enfermedad mental **grave**. Se trata de un desorden cerebral que deteriora la capacidad de las personas en muy diversos aspectos psicológicos como el pensamiento, la percepción, las emociones o la voluntad. Precisamente por su **carácter deteriorante** [...]

El origen de la esquizofrenia no se conoce con certeza. No obstante, en los últimos años se han logrado algunos avances [...]

No existen pruebas de laboratorio ni exámenes de imágenes que ayuden a establecer el diagnóstico, como no sea para descartar otras enfermedades.

Wikipedia

La esquizofrenia es un diagnóstico psiquiátrico que se utiliza para personas con un grupo de trastornos mentales **crónicos y graves**, [...]

No se conocen con certeza las causas de la esquizofrenia.

El diagnóstico se basa en las experiencias que relata el propio paciente y la conducta vista por el examinador [...]. **No existen actualmente pruebas de laboratorio diagnósticas de la esquizofrenia** y ninguno de los síntomas es patognomónico o exclusivo de esta enfermedad, lo que dificulta el diagnóstico cierto.

Medline Plus

La esquizofrenia es una enfermedad compleja. **Los expertos en salud mental no están seguros de cuál es su causa.** Los genes pueden jugar un papel².

La esquizofrenia es una **enfermedad crónica** y la mayoría de las personas que la padecen necesitan estar con **medicación antipsicótica de por vida**.

No existen exámenes médicos para diagnosticar la esquizofrenia. Un psiquiatra debe examinarlo y hacer un diagnóstico, el cual se realiza con base en una entrevista que le hacen a la persona y a los miembros de su familia [...]. Las gammagrafías del cerebro (como tomografía computarizada o resonancia magnética) y los exámenes de sangre pueden ayudar a descartar otros trastornos que tienen síntomas similares.

2) Ante una afirmación como esta, merece la pena preguntarse si sería posible acaso concebir alguna enfermedad en la que los genes no pudieran desempeñar ningún papel.

Esquizofrenia 24 x 7³

La esquizofrenia es una enfermedad mental **grave** que afecta algunas funciones cerebrales tales como el pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta.

La esquizofrenia es una **enfermedad crónica**, es decir, que **va a acompañar al paciente toda la vida y que necesita de un tratamiento**. Normalmente, el tratamiento consistirá en una combinación de tratamientos farmacológicos y psicoterapia.

El diagnóstico de la esquizofrenia se basa fundamentalmente en las entrevistas clínicas del psiquiatra tanto con el paciente como con la familia. Se suele realizar una historia clínica detallada y unas pruebas complementarias que pueden apoyar el diagnóstico y excluir otras posibles enfermedades.

Más allá de las diferencias entre una y otra fuente, destacan algunos denominadores comunes importantes: en todas ellas se la considera una enfermedad grave y crónica, si bien no se conocen sus causas ni su fisiopatología concreta, ni existen pruebas objetivas que puedan facilitar el diagnóstico como no sea para descartar su presencia. Parece legítimo, pues, que nos preguntemos: ¿Es correcto dar por buenos unos pronósticos tan negativos que no se sustentan en pruebas sólidas? Con mucha frecuencia se utiliza la analogía de la esquizofrenia y la diabetes para ayudar a los pacientes a alcanzar la “conciencia de enfermedad” (es decir, para persuadirles de que tendrán que tomar psicofármacos durante toda su vida) pero esta comparación pasa por alto la importante cuestión de que, en el caso de la diabetes, sí que existen marcadores orgánicos verificables. Dicho con otras palabras: para cualquier persona resultaría poco menos que imposible convencer a un médico especialista en endocrinología de que tiene diabetes si es que, en realidad, no la tiene, del mismo modo que resultaría imposible convencer a un neurólogo de que padece epilepsia siendo que en realidad no es así, etc.⁴ Por contra, dado que la detección de la esquizofrenia depende enteramente de la observación de la conducta y las comunicaciones de, o acerca de, la persona en cuestión, cabría la posibilidad de que alguien, por los motivos que fuesen (por ejemplo, para librarse del servicio militar obligatorio, para obtener una prestación económica, etc.) pudiera tener

éxito en su empeño de hacerse pasar por esquizofrénico ante especialistas bien acreditados, como sin duda sucede en la realidad en algunos casos⁵. Y, lo que resulta más inquietante: dado que es imposible establecer objetivamente si un determinado individuo padece o no esquizofrenia, ¿cómo podría una persona sana demostrar que lo es a partir del momento en que algún experto en Salud Mental deposite sobre ella la creencia de que alberga a la Esquizofrenia en el interior de su aparato psíquico?

¿PODRÍA VD. DEMOSTRAR QUE NO ES ESQUIZOFRÉNICO?

Sobre todas estas cuestiones reflexionó hace ya más de cuarenta años el psicólogo David Rosenham, quien, en 1973, publicó en la revista Science los resultados de una curiosa investigación que ha llegado a convertirse en un clásico. En su experimento, el propio Rosenham y un grupo de colaboradores se presentaron en diferentes hospitales psiquiátricos de Estados Unidos aduciendo que oían voces (no refirieron ningún otro síntoma), tras lo que fueron todos ingresados; a partir de ahí empezaron a comportarse con absoluta normalidad, informando si se les preguntaba de que las voces habían desaparecido y que se sentían perfectamente. La duración media del ingreso fue de 19 días (7 el menor y 52 el más prolongado) y todos fueron dados de alta con un diagnóstico de “esquizofrenia en remisión” (curiosamente, varios de los otros internos sí que expresaron abiertamente sus dudas de que se tratara de “verdaderos” pacientes).



Fuente: revistavidayestilo-oaxaca.com

- 3) No cuesta demasiado trabajo advertir, en cuanto se accede a esta página web, que se trata de una iniciativa puesta directamente en marcha por un laboratorio farmacéutico en su filantrópica y desinteresada labor de acercar de manera clara y comprensible a la sociedad el conocimiento científico independiente (sí, estamos siendo irónicos).
- 4) El caso de la epilepsia resulta particularmente esclarecedor pues existen algunas personas no epilépticas que, por los motivos que fueren, llegan a desarrollar una capacidad tan extraordinaria para reproducir los síntomas de la enfermedad que son capaces de persuadir a todo el mundo de que sí la padecen. A todo el mundo... ¡menos a los neurólogos! Éstos, a su vez, cuando detectan a un paciente así... lo derivan inmediatamente a Salud Mental.

- 5) El hecho de que resulta problemático establecer consistentemente el dictamen de esquizofrenia, como el de cualquier otro trastorno mental, resulta evidente para cualquier persona que haya tenido la oportunidad de asistir a sesiones clínicas o discusiones entre especialistas en las que se dirimen cuestiones relativas al diagnóstico de algún paciente.

Rosenhan llevó a cabo posteriormente una continuación del experimento, utilizando para ello un hospital universitario cuya plantilla había puesto en duda que en su centro pudiera darse un error semejante. Informó a los miembros de ese hospital de que, durante los tres meses siguientes, algunos pseudopacientes intentarían ingresar y, posteriormente, solicitó la opinión de los miembros de la plantilla que habían tenido contacto directo con alguna de las 193 personas que llegaron a admitirse a tratamiento en ese lapso. Cuarenta y un pacientes fueron señalados, con una alta confianza, como pseudopacientes por al menos un miembro de la plantilla; veintitrés fueron considerados sospechosos por al menos un psiquiatra; diecinueve fueron objeto de sospecha por un psiquiatra y otro miembro de la plantilla. La realidad era que Rosenhan no había enviado a ninguno.

Independientemente del carácter cómico que una investigación como ésta pueda aparentar, la realidad es que trata de asuntos de la máxima seriedad. En primer lugar, nos obliga a tener muy presente la posibilidad de los falsos diagnósticos y su posible iatrogenia. ¿Cuántas personas han tenido que soportar innecesariamente la losa de ser etiquetadas como esquizofrénicas? Conocemos casos como el de Eleanor Longden, famoso por su difusión a través de una TED talk, quien fue capaz de superar una durísima historia como paciente psiquiátrica que incluyó, entre otras cosas, alucinaciones, múltiples intentos de suicidio e ingresos hospitalarios (según ella misma relata, uno de los profesionales que la atendieron llegó a decirle que hubiera sido mejor si hubiera tenido cáncer en vez de esquizofrenia, pues el pronóstico de aquella enfermedad resultaba más benigno), hasta convertirse en la prestigiosa psicóloga clínica que es hoy día. ¿Qué debemos pensar acerca de ella? ¿Permanece latente la maldición de la Esquizofrenia, acechando en su mente a la espera de algún contratiempo que la pudiera activar de nuevo? O bien ¿se trata de un error en el diagnóstico, felizmente superado en este caso gracias a un excepcional espíritu de superación y al apoyo de su familia, así como del de aquellos profesionales que les transmitieron la esperanza de que quizá no era una persona enferma, sino sana y perfectamente capaz de superar la profunda crisis en que se hallaba sumida?

Según se plantea desde la propia psiquiatría, el diagnóstico de esquizofrenia se va confirmando *según la evolución*, si bien se suele pasar por alto el hecho de que, simplemente al insinuar la posibilidad del diagnóstico, ya se está influyendo (negativamente) en el curso. Además, no existen criterios que permitan establecer fehacientemente cuando el diagnóstico se debe dar por inamovible, lo cual equivale a reconocer que nunca se pue-



Fuente: esheninger.blogspot.com.es

de estar seguro del todo... Incluso en aquellos casos con un desarrollo más negativo, como el de Eleanor Longden hasta cierto momento, ¿no deberíamos mantenernos siempre abiertos a la posibilidad de que pudiera tratarse de un falso diagnóstico? Por otra parte, ¿existe la manera de determinar si una persona será, a partir de cierto punto de su biografía, incapaz de desarrollar esquizofrenia bajo ninguna circunstancia o, por el contrario, debemos considerarnos todos como potencialmente esquizofrénicos si se dieran las condiciones apropiadas? Siendo la psiquiatría una disciplina que pretende considerarse científica y la esquizofrenia la enfermedad mental por excelencia, ¿por qué resulta tan difícil encontrar respuestas consistentes a preguntas básicas como éstas? Exploraremos seguidamente algunos postulados de la teoría de la comunicación que quizá nos aclaren algo sobre el tema.

ENFERMEDAD: BIOLOGÍA Y METÁFORA

Existen dos formas fundamentales en las que pueden comunicarse los seres humanos (véase Haley, J., 2005): la primera está integrada por esa clase de mensajes donde cada formulación posee un único referente específico; cada mensaje significa y sólo puede significar una cosa, por lo que podría ser computable en un ordenador en forma de “bits” sin que se perdiera nada de su significado (por ejemplo: “ese ángulo es obtuso”). Una de las maneras en las que ha sido denominada este tipo de comunicación es *digital*, y es la propia de los enunciados científicos.

La otra clase de comunicación es aquella en la que un mismo mensaje puede aludir a múltiples referentes, dependiendo del contexto y de la naturaleza de la relación entre el emisor y el receptor, por lo que no se podría computar de manera digital sin que se perdiera parte de sus posibles significados (por

⁶ So riesgo de parecer exagerados, afirmaremos que, en nuestra opinión, todas las personas que han sido etiquetadas como esquizofrénicas han tenido que soportar innecesariamente la losa de ser etiquetadas como esquizofrénicas.



Fuente: ub.edu

“...¿de qué manera tenemos que entender “enfermedad” cuando hablamos de ‘enfermedad mental’?”

“...asimilar las enfermedades mentales a las físicas [...] resulta imposible, por la sencilla razón de que el concepto de ‘mente’, a diferencia del de ‘cuerpo’, es, por definición, metafórico...”

ejemplo: “esa persona es obtusa”). Llamaremos a éste tipo, que funciona por analogía e incluye las categorías de los “como si”, el “juego”, el “ritual” y todas las formas de arte, comunicación *analógica* o *metafórica*.

Al parecer, existe una discontinuidad entre ambas clases de mensajes; no estamos hablando de extremos de una misma dimensión, sino más bien de una dicotomía entre dos tipos de comunicación, del mismo modo que si al contemplar de cerca una foto impresa en un periódico sólo vemos puntos (“bits”) pero, a partir de cierto momento al ir alejándonos, “emerge” una imagen cuyo sentido trasciende la suma de los puntos que la componen y que entrañará diferentes significados para diferentes observadores. Por así decirlo, el lenguaje digital (vale decir, científico) tendría que ver con el dominio de la objetividad y el analógico (metafórico) con el de la subjetividad.

Pues bien, si aplicamos esta distinción a la idea de “enfermedad”, resultará fácil advertir cómo, cada vez que empleamos este concepto, podremos estar confiriéndole un carácter digital (cuando alude a alguna dimensión estrictamente biológica, por ejemplo: “Ese hombre está enfermo de paperas”, “Esa mujer tiene una enfermedad del hígado llamada hepatitis”, etc. En el diccionario de la RAE, se correspondería con la primera acepción: “Alteración más o menos grave de la salud.”) o bien metafórico (por ejemplo: “cuando veo a ese tío me pongo enfermo”, “la civilización capitalista está enferma”, etc. Correspondería a la segunda y tercera acepciones del diccionario de la RAE: “Pasión dañosa o alteración en lo *moral* o *espiritual*/ Anormalidad dañosa en el funcionamiento de una *institución*, *colectividad*, etc.”), sin que resulte de ningún modo complicado diferenciar entre ambos. Pero entonces, ¿de qué manera tenemos que entender “enfermedad” cuando hablamos de “enfermedad mental”?

La idea que la psiquiatría se ha esforzado por propagar a la sociedad, con considerable éxito de ventas, es que hay que considerar a las enfermedades mentales como equivalentes, en su sentido más literal, a las físicas; la “mente” sería uno más entre los distintos sistemas de órganos (en muchas ocasiones identificado con el cerebro) y enfermaría de manera análoga a la de cualquier otra parte del cuerpo. Sin embargo, si analizamos esta proposición con un mínimo sentido crítico nos empiezan a asaltar las dudas... ¿Realmente podemos definir al “aparato psíquico” con el mismo grado de precisión que, pongamos por caso, al “aparato respiratorio”? Al fin y al cabo, si pedimos por separado a cien neumólogos que explicaran qué son los pulmones (o a cien nefrólogos qué son los riñones, etc.) muy probablemente obtendríamos cien respuestas que, con variaciones de extensión, resultarían congruentes entre sí y que podrían servir a un profano en la materia para aclararse y ampliar su conocimiento, mientras que si inquiriéramos a cien especialistas en Salud Mental por la definición de “mente” la cosa, indiscutiblemente, sería bien distinta... Y, si tratáramos de resolver esta ambigüedad equiparando al sistema “mente” con el cerebro, quedaría pendiente otra pregunta: ¿por qué existe, entonces, otra especialidad de la medicina encargada —ella sí— de las enfermedades del cerebro y el sistema nervioso, como es la neurología?

No es necesario darle demasiadas vueltas al asunto para darse cuenta de que asimilar las enfermedades mentales a las físicas (es decir, con *causa orgánica conocida*) resulta imposible, por la sencilla razón de que el concepto de “mente”, a diferencia del de “cuerpo”, es, por definición, metafórico; por lo tanto, si hablamos de “enfermedad

mental”, estamos empleando una metáfora o, para ser más exactos, una metáfora acerca de una metáfora⁷. Eso, en sí mismo, no tendría por qué resultar un inconveniente; las metáforas constituyen, de hecho, una de las herramientas más poderosas de comunicación terapéutica (véase, por ejemplo, Zeig, J., 1998, Burns, G. W., 2003 o Perrow, S., 2016), como bien sabe todo aquel profesional de Salud Mental que haya persuadido a algún paciente de que se tome la medicación explicando que es *como si* tuviera diabetes... El problema de la metáfora de la “mente enferma”, muy especialmente cuando se define como una enfermedad crónica, grave e incapacitante, como en el caso de la esquizofrenia, no es por ser una metáfora sino por ser una *mala* metáfora: rezuma pesimismo por los cuatro costados, pues no incluye la posibilidad de una *verdadera* solución; resulta intrínsecamente estigmatizante al establecer, sin pruebas objetivas, la existencia de una tara en el interior de las personas hacia quien se dirige; y coloca a éstas ante un dilema kafkiano por el cual están más enfermas cuanto más se empeñan en considerarse sanas, mientras que avanzan hacia la salud a partir del momento en que se conciben a sí mismas como enfermas...

Para que una metáfora resulte verdaderamente terapéutica es imprescindible que establezca, de forma más o menos explícita, una previsión lo más optimista posible basándose, por supuesto, en los datos de los que disponemos. Por lo tanto, en aquellos casos en los que alguna persona muestra alguna manifestación psicopatológica, por grave que sea, sin que se pueda establecer consistentemente una etiología orgánica (como podrían ser las alucinaciones causadas por un tumor cerebral, la inquietud ocasionada por un problema tiroideo, etc.), es decir, en TODOS los casos que atienden los profesionales de Salud Mental, las metáforas que se utilicen deberán asentarse en el supuesto de que la persona o familia en cuestión podrá restablecer el buen curso de su vida si se dan las condiciones apropiadas⁸. Por ejemplo: el la introducción a su libro *Familias y terapia familiar*, Salvador Minuchin menciona el caso de una viuda de setenta años que, tras sufrir un robo en su domicilio, en el que había vivido durante veinticinco años, decide irse a vivir a otro barrio, tras lo que empieza a desarrollar síntomas paranoicos: nota cómo los operarios que contrata para la mudanza pierden adrede algunas de sus preciadas pertenencias, la vigilan y se hacen señales entre sí... Percibe una actitud sospecho-



Fuente: 1heartchurch.org

sa en los psiquiatras con quienes consulta a instancias de sus allegados, que insisten en que se medique y se hospitalice... Finalmente, acude a otro terapeuta “cuyas intervenciones se basaban en una comprensión ecológica de los ancianos y solitarios”. Este le explica que ella había perdido su caparazón —la antigua casa, el barrio y los vecinos que conocía desde hacía años— por lo que, como cualquier crustáceo que se queda sin su cubierta, era vulnerable, pero que estos problemas desaparecerían cuando le creciese un nuevo caparazón. A partir de ahí, ambos discuten acerca del modo más eficaz para abreviar ese periodo: ella debía deshacer todo el equipaje y ordenar la nueva casa con sus cosas para que todo le resultara familiar; tenía que “rutinizar” todos sus movimientos (levantarse a la misma hora, ir a las mismas tiendas, etc.) y, durante algunas semanas, no intentar hacer nuevos amigos en el barrio; debía ir a visitar a sus antiguos amigos pero, para no abusar de su paciencia, no debía describir ninguna de sus experiencias y, en caso de que le preguntaran acerca de sus problemas, les diría que, simplemente, eran los problemas de los ancianos, ilógicos y temerosos. De esta manera se la ayudó a ir desarrollando un sentido de familiaridad en su nuevo entorno, con lo que la crisis desencadenada a partir de la terrorífica experiencia del robo y el cambio a un lugar desconocido pudo ir resolviéndose.

Mencionaremos un ejemplo más de metáfora terapéutica, en este caso de nuestra cosecha y aplicable al tratamiento de familias en cuyo seno uno de los hijos en edad de emanciparse comienza a desarrollar síntomas incapacitantes en ausencia de alteraciones orgánicas identificables. En este tipo de casos, según nuestro criterio, el enfoque más eficaz es aquel que ayuda a los progenitores a hacerse cargo del hijo hasta tanto este no sea capaz de valerse por sus medios (véase Haley, J., 2003), y para ello puede ser de utilidad mencionar la labor de esos palos que se utilizan en jardinería para prestar *temporalmente* soporte a las plantas o árboles cuyo tronco es *todavía* demasi-

7) Diferentes autores han elaborado sus propias definiciones de la metáfora “mente” asumiendo que no puede circunscribirse exclusivamente al cerebro, como por ejemplo Gregory Bateson y su noción de mente extracerebral, o Roger Bartra y su idea de “exocerebro”.

8) Concedamos que pueden existir casos en los que una persona haya quedado marcada de manera indeleble por un historial de trauma muy intenso, por el abuso de drogas, etc., sin que ello pueda verse reflejado consistentemente en pruebas orgánicas; no obstante, los casos así representan una minoría dentro de la agenda del terapeuta común, por lo que el argumento que presentamos no tendría por qué considerarse, en su esencia, invalidado.

ado endeble como para mantenerse erguido por sí mismo (no por casualidad, el nombre con el que los jardineros denominan a estos palos es el de... tutores).

Estos son dos entre infinidad de ejemplos posibles, tantos como la imaginación de cada terapeuta pueda llegar a crear. En todos ellos, la clave para que resulten potencialmente terapéuticos reside en que conecten con el problema que se aborda y que ayuden a vislumbrar horizontes de cambio y recuperación.

SEAMOS GENUINAMENTE BIOLOGICISTAS.
SEAMOS HUMILDES. SEAMOS...
BUENOS TERAPEUTAS.

Insistiremos una vez más: ateniéndonos a un principio rigurosamente biologicista, debemos aceptar que todas las personas están sanas mientras no se demuestre, *biológicamente*, lo contrario, y a día de hoy resulta imposible distinguir, en base a pruebas orgánicas, entre el cerebro de una persona diagnosticada de esquizofrenia o cualquier otro trastorno mental y el de una considerada como normal. Por otra parte, resulta obvio que cuando una persona logra realizar cambios estables y duraderos en su manera de percibir, pensar, sentir y actuar, como sucede tras una psicoterapia exitosa, dichos cambios habrán de corresponderse, necesariamente, con cambios estables y duraderos en el cerebro de esa persona. Existen, por cierto, investigaciones que prueban que la práctica continuada de la meditación ralentiza la reducción cortical debida al envejecimiento (Lazar, S. W. et al, 2005) y engrosa la materia gris y el cíngulo anterior (Grant, J. A. et al, 2010), o que el ejercicio físico puede tener un efecto neurogénico (Nokia, M. S. et al, 2016), por lo que la prescripción de ambas prácticas podría considerarse plenamente congruente dentro de un paradigma de intervención que pretenda ser biologicista. Es posible que un planteamiento como éste resulte chocante o, incluso, provocador. Sin embargo, se trata en realidad de recuperar cierta sabiduría elemental que muchos profesionales de la terapia parecen haberse dejado por el camino. Confiar en aquello de lo que tenemos pruebas verificables, respetar la capacidad de recuperación del ser humano, especialmente cuando se cuenta con un soporte social adecuado, instar a los pacientes a que se apoyen en sus propios recursos internos, más que en los fármacos, para conseguir los cambios que desean... todos ellos son principios que encarnan la actitud de rigor y prudencia que debe guiar a todo acto médico⁹.

Para concluir, hagamos una última puntualización: cuando afirmamos la importancia de que el terapeuta sea buen predictor no pretendemos dar a entender que haya de adquirir la capacidad sobrenatural de conocer el futuro al detalle. De lo que se trata, en realidad, es de que sepa aceptar cuando un determinado discurrir de los hechos no es ineluctable, por muy probable que pueda llegar a parecer. La verdadera sabiduría tiene que ver con el conocimiento pero también, y esto quizá sea lo más importante, con aceptar nuestro desconocimiento y los límites de nuestro saber. Una buena previsión, por lo tanto, será aquella que, lejos de plantear un único futuro posible (salvo cuando existan datos objetivos que así lo determinen), reconozca nuestra ignorancia ante aquello que el gran Robert Whitaker denominó "la gloriosa incertidumbre de la vida". No sólo el optimismo, sino también la curiosidad y la humildad, son algunas de las actitudes básicas que el buen terapeuta debe cultivar, pues sólo así podrán alcanzarse la verdadera competencia y la plena satisfacción en el desarrollo de su oficio.

BIBLIOGRAFÍA

- Barber, J., *Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión: una guía clínica*, Bilbao, Desclee de Brouwer, 2000.
- Bartra, R., *Antropología del cerebro*, Valencia, Pre-textos, 2014.
- Bateson, G., *Pasos hacia una ecología de la mente*, Bs As, Lumen Argentina, 1998.
- Burns, G. H., *El empleo de metáforas en psicoterapia*, Bcn, Masson, 2003.
- Gracely, R. H., et al., Clinicians' expectations influence placebo analgesia, *Lancet*, 1985.
- Grant, J. A. et al., *Cortical thickness and pain sensitivity in zen meditators*, *Emotion*, 2010.
- Haley, Jay, *Terapia para resolver problemas*, Bs As, Amorrortu, 2005.
- Haley, Jay, *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*, Bs As, Amorrortu, 2003.
- Lazar, S. W. et al, *Meditation experience is associated with increased cortical thickness*, *Neuroreport*, 2005.
- Longden, E., TED Talk *Las voces en mi cabeza*, https://www.youtube.com/watch?v=ic_cPw3uqy4
- Minuchin, S., *Familias y terapia familiar*, Bcn, Gedisa, 2009.
- Nokia, M. S., *Physical exercise increases adult hippocampal neurogenesis in male rats provided it is aerobic and sustained*, *Journal of Physiology*, 2016.
- Perrow, s., *Cuentos sanadores*, Bcn, Ing edicions, 2016.
- Rosenhan, D., *On being sane in insane places*, Science, 1973.
- Taleb, N. N., *El cisne negro*, Bcn, Paidós, 2008.
- Whitaker, R., *Anatomía de una epidemia*, Madrid, Capitán Swing libros, 2015.
- Zeig, J. (ed), *Un seminario didáctico con Milton h. Erickson*, Bs As, Amorrortu, 1998.

9) Aclaremos un posible malentendido: de ningún modo lo que aquí se expone supone negar la extraordinaria utilidad que a veces las drogas, incluyendo las psiquiátricas, pueden proporcionar al ser humano a la hora de aliviar un malestar, si bien en una abrumadora proporción de los casos el mayor beneficio posible se obtiene mediante un uso puntual más que continuado, muy especialmente cuando se trata de sustancias con un elevado nivel de toxicidad, como es el caso de la gran mayoría de psicofármacos.

NEUROLÉPTICOS; BANALIDAD DE SU PRESCRIPCIÓN

Javier Romero Cuesta

Psiquiatra



Fuente: businessinsider.de

RESUMEN

Tras décadas en las que el tratamiento para las personas con trastornos psicóticos ha estado basado en el uso de neurolépticos en detrimento de los abordajes psicoterapéuticos, nos encontramos recientemente con interrogantes tanto sobre la efectividad de estos fármacos como también sobre su seguridad, hasta el punto de poder tener influencia negativa en la evolución del proceso psicótico con el uso de los mismos.

En este estudio se realiza una revisión narrativa de dos importantes efectos secundarios que producen estos fármacos y que pueden estar detrás de esta posible iatrogenia; el síndrome de discontinuidad y la pérdida de sustancia cerebral. Los resultados, aún escasos, son preocupantes en cuanto al daño que pueden estar ocasionando con su uso continuado y hacen pensar en la necesidad de cambios en el abordaje de los trastornos psicóticos donde los neurolépticos no sean el eje de los mismos, recuperando abordajes más relacionales. Estos resultados colocan a los clínicos en su relación con pacientes medicados en una situación de conflicto. Conflicto que tendremos que afrontar desde una perspectiva ética en el marco de la relación clínica, deliberando conjuntamente con los pacientes. Sin olvidar los aspectos éticos de la organización que deben hacer plantearse a nuestras instituciones el modelo de atención a los pacientes que sufren trastornos psicóticos.

PALABRAS CLAVE: Antipsicóticos. Esquizofrenia. Iatrogenia. Aspectos Éticos.

INTRODUCCIÓN

En la evolución del tratamiento de la esquizofrenia siempre se ha considerado un antes y un después de la aparición de los neurolépticos, comparándose su aparición a la introducción de la penicilina (1). La utilización de los neurolépticos ha sido y es en nuestro entorno la base del tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis siendo poco cuestionada su utilización. En la década de los 50-60 los neurolépticos demostraron su eficacia a nivel sintomático lo que permitió la salida de muchos pacientes de las instituciones. Aunque posiblemente se han minusvalorado otros factores que también pudieron influir en la desinstitutionalización, como medidas psicosociales, de rehabilitación y psicoterapéuticas que se fueron incorporando.(2)(3) En los 70-80 la preocupación pasó a estar más centrada en la evitación de recaídas lo que llevó a implantar recomendaciones de tratamiento a largo plazo. Todavía hoy es fácil encontrar pacientes a los que se les recomendó que mantuvieran la medicación de “por vida raíz de un solo episodio psicótico”. Ya en los 90, como medida para influir en el curso de la enfermedad, la atención se localizó en la disminución del tiempo de la psicosis no tratada como un tiempo crítico que podía inducir cambios irreversibles si no se actuaba antes (4)(5).

“... se han minusvalorado otros factores que también pudieron influir en la desinstitutionalización, como medidas psicosociales, de rehabilitación y psicoterapéuticas...”

Con el uso generalizado de los neurolépticos también comenzaron a aparecer efectos secundarios, algunos muy invalidantes como las discinesias tardías. Con la particularidad que al retirar la medicación causante se producía un empeoramiento que volvía a mejorar retomándola de nuevo (6) (7).

Para evitar los efectos secundarios se intentó retirar, en general de manera brusca, la medicación, mediante la identificación de pródromos para un reinicio rápido de la misma. Este tratamiento intermitente cuando se comparó con el tratamiento de mantenimiento dio peores resultados en cuanto a la prevención de las descompensaciones y hospitalizaciones (8) (9) (10). Pero es interesante señalar dos cuestiones que no se tuvieron en cuenta. La primera, en el caso de pacientes con un primer episodio el tratamiento intermitente era más favorable que el de mantenimiento (11). La segunda cuestión era que la mayor frecuencia de recaída se producía en aquellos que tenían dosis previas más altas de neurolépticos (6) (7). Al pasar estas dos cuestiones desapercibidas, ganó peso la idea que la retirada del tratamiento para pasar a intermitente tenía más porcentaje de recaídas y hospitalizaciones.

SÍNDROME DE DISCONTINUIDAD VS RECAIDA

Aún habiendo hecho posible el alta de muchos pacientes hospitalizados y contribuido a acortar la estancia, el tratamiento con neurolépticos también se ha asociado a un aumento de las readmisiones que se ha relacionado, al menos parcialmente, con problemas de discontinuidad.

A finales de los 70 Chouinard (12) (13) publicó un artículo donde hizo un paralelismo entre la fisiopatología de las discinesias tardías y la aparición de síntomas psicóticos tras la retirada de los neurolépticos. Ambos eventos, las discinesias y la reaparición de los síntomas, estarían causados por una hipersensibilidad dopaminérgica en la región neostriada para las discinesias y mesolímbica para lo que llama el autor psicosis por hipersensibilidad.

Otras observaciones que apoyan esta hipótesis de iatrogenia las encontramos en la aparición de síntomas psicóticos en pacientes sin antecedentes psiquiátricos cuando se le retiraba metoclopramida (14). También se observó algo similar en pacientes con trastorno bipolar que al retirar el neuroléptico aparecía una sintomatología paranoica que no habían tenido antes (15) (16).

Al no tratarse de un síndrome de abstinencia al uso tenemos dificultades para concretar este fenómeno. En la literatura lo podemos encontrar también como síndrome de estrés farmacológico que se caracterizaría por una aparición de síntomas no inmediatos tras la retirada, al mismo tiempo que aparecen cambios estructurales por la acción prolongada del fármaco los cuales persistirían a pesar de la retirada de éste. Esta dificultad de concreción del síndrome ha contribuido a su vez a sobreestimar el efecto del fármaco, al interpretar la sintomatología como recaída por haber retirado el mismo (17).



Fuente: experienciasbb.blogspot.com.es

En la presentación de este fenómeno de discontinuidad parecen influir:

1. Dosis de neurolépticos. A mayor dosis de neurolépticos mayor frecuencia de presentación (6) (7).
2. Gradualidad en la retirada. En un metaanálisis donde se compara una retirada gradual de tres semanas, con una retirada abrupta, encuentran unas diferencias de 32% de recaída frente a 65% en la retirada abrupta (18). La gradualidad podría ser un elemento tan fundamental que incluso las tres semanas de este estudio no se puedan considerar hoy día un tiempo lento de retirada.
3. Tiempo de tratamiento. La acción prolongada de neurolépticos provoca cambios estructurales a nivel de receptores dopaminérgicos. Una persona con años de tratamiento posiblemente no precisará el mismo ritmo de retirada que otra con pocos meses (19). La reversibilidad de estos cambios estructurales es una incógnita.

Hay datos recientes sobre la fisiopatología de la esquizofrenia que pueden aportar más luz a esta cuestión de la discontinuidad. Desde el principio la fisiopatología de la esquizofrenia ha estado centrada en la dopamina al observarse la aparición de síntomas psicóticos al administrar sustancias dopaminérgicas como las anfetaminas en controles sanos. Esta hipótesis hiperdopaminérgica se modificó al observar que pacientes con predominio de síntomas negativos no presentaban este incremento dopaminérgico, lo que hizo pensar en un exceso de dopamina subcortical que estaría ligado a la presencia de síntomas positivos y una hipodopaminérgica frontal responsable de los síntomas negativos (20) (21).

En un reciente metaanálisis de estudios de imágenes se describen pruebas consistentes de disfunción presináptica en la esquizofrenia sin que haya regulación al alza de receptores (20). Al actuar los neurolépticos bloqueando los receptores a nivel postsináptico estaríamos empeorando esta hiperdopaminergia presináptica. Al mismo tiempo a nivel postsináptico, la neurona responde al bloqueo farmacológico generando más receptores (22) (23). Podemos entonces comprender que al retirar bruscamente el neuroléptico estamos abriendo un puente de comunicación dopaminérgica intensa y puedan aparecer síntomas psicóticos propios de un síndrome de discontinuidad. Con estos hallazgos se demuestra que estamos farmacológicamente actuando en un lugar inadecuado, al mismo tiempo que se da un mayor peso a la hipótesis de la discontinuidad (20) (24).

REMISION/RECUPERACIÓN

La existencia de este síndrome da un giro copernicano a los estudios realizados hasta ahora, pues tenemos que considerar que la retirada brusca para pasar a placebo, que es la metodología habitual en los ensayos de neurolépticos, no es igual a comparar con un grupo de no tratamiento (25) Si el concepto de recaída está en cuestión, lo mismo ocurre con el de remisión. Generalmente utilizamos éste para hablar de pacientes cuya sintomatología positiva ha disminuido a niveles considerados leves o inferiores y en presencia de síntomas negativos que no sean moderados (26) (27) (28) (29).

Pero ni el concepto de recaída ni el de remisión prestan atención al elemento de funcionalidad, concepto mas interesante en nuestro quehacer clínico diario que contempla un nivel adecuado de funcionamiento vocacional y social y que está más en relación con la idea de recuperación. El creciente interés en la recuperación funcional está permitiendo ahora observar la falta de interrelación entre recuperación y la remisión sintomática. En estudios observacionales a largo plazo tenemos recientes datos que sugieren que un tratamiento farmacológico prolongado podría tener un impacto positivo en la remisión de los síntomas y paradójicamente adverso a nivel del funcionamiento social (30) (31).

No es esta una cuestión totalmente nueva, ya en 1990 se realizó un estudio de seguimiento de dos años de duración comparando placebo y fármaco en el que se encontraron más recaídas en el grupo placebo, y a pesar de ello, mejor funcionalidad (32). En otro estudio de seguimiento de siete años (32) continuación de un ensayo aleatorizado, realizado en pacientes con un primer episodio de psicosis a los que se le retiró de manera

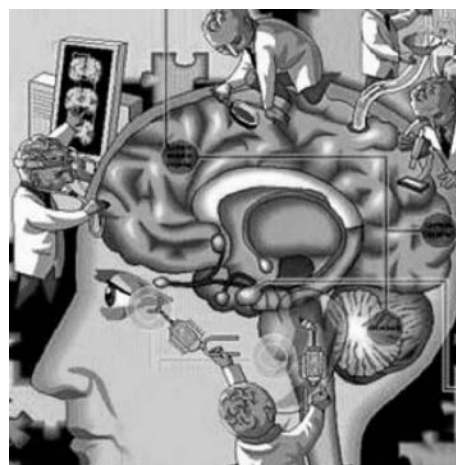
gradual la medicación, se observó hasta los dos años una mayor tasa de recaída en el grupo de retirada. A partir del tercer año los datos de recaída se igualaron y al final del estudio, se observó que no había diferencia a nivel sintomático entre los grupos y un mejor funcionamiento en el grupo de retirada comparado con el grupo de mantenimiento del tratamiento. La estrategia de reducción/discontinuación tuvo una recuperación funcional del 46,2% vs 19,6% en el grupo de mantenimiento (33).

En un estudio más reciente con un seguimiento de 20 años aparecen resultados similares. De los 139 pacientes incorporados al estudio se encontró un 5% de recuperación en aquellos que siguieron tratamiento con neurolépticos y un 40% en los pacientes que no siguieron tratamiento (34).

Estos trabajos sobre la recuperación y su relación con el uso limitado de neurolépticos son aún escasos y necesitan replicación. Pero nos llevan al otro efecto secundario objeto de estudio de este trabajo que es la asociación entre la toma de neurolépticos y el daño cerebral.

NEUROLÉPTICOS Y DAÑO CEREBRAL

No tenemos un tratamiento eficaz para los llamados síntomas negativos y es aceptado que el uso de neurolépticos puede producir efectos secundarios a nivel cognitivo (35). Los datos sobre el uso de neurolépticos y su relación, a dosis y, posiblemente, tiempo dependiente, con el daño cerebral comienzan a ser preocupantes, hasta el punto de considerar a los neurolépticos como una variable confusora en la evolución de la enfermedad (36).



Fuente: salud.facilísimo.com

Tras los resultados del estudio de ensayos de efectividad de los antipsicóticos “CATIE” (37) dónde no se encontraron diferencias significativas entre los neurolépticos en general, se siguió una línea de investigación basada en el posible efecto neuroprotector de los atípicos a diferencia de los típicos (38) (39)(40). Esta hipótesis se basaba en los hallazgos de lesión cerebral junto a niveles bajos del factor neurotrófico (BDNF) que se detectaban en los pacientes con esquizofrenia no medicados y la posible reversión de dichos niveles con el uso de neurolépticos atípicos (41)(42)(43)(44)(45)(46)(47). Recientes estudios sin embargo parecen no sustentar esta hipótesis neuroprotectora (48) (49) (50). Un estudio de seguimiento de pacientes con inicio reciente de esquizofrenia, mediante resonancia magnética, encontró una progresión de lesiones, reducción de sustancia blanca a nivel frontal e incremento del volumen al mismo nivel, sin que los neurolépticos consiguieran reducir estas lesiones. Hallazgos que fueron mayores en los pacientes con peor evolución (51). Los estudios se hicieron tomando como grupo control a personas que no padecían enfermedad psiquiátrica alguna. Metodología que no permite discriminar un posible efecto de los fármacos en la lesión.

El efecto lesivo de los neurolépticos sobre el tejido cerebral comenzó a valorarse en estudios con macacos que permitieron observar una pérdida significativa de sustancia cerebral tras una exposición de alrededor de dos años a neurolépticos. (52)

Ho y Andreasen siguieron estudiando las variables que podían influir en los cambios observados a nivel cerebral. Estudiaron 4 potenciales predictores: duración de la enfermedad, tratamiento neuroléptico, gravedad de la enfermedad y abuso de sustancias. De manera prospectiva siguieron a 211 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia durante 7 y 14 años con resonancia magnética de alta resolución. (53) La conclusión a la que llegaron es que existe una relación entre el uso de neurolépticos y la disminución de la sustancia gris y de la sustancia blanca, con aumento de los ganglios basales de manera dosis dependiente. Ante estos hallazgos los autores recomiendan una cuidadosa valoración del beneficio riesgo en el uso de estos fármacos. Debiendo revisarse tanto las dosis como la duración del tratamiento, así como considerar el uso fuera de indicación de estos fármacos.

Hay que señalar que este concluyente estudio se publicó años después, en 2011, pues los resultados no fueron dados a conocer de una manera paternalista por los autores hasta años después por el miedo a un abandono del tratamiento por parte de los pacientes (54).

A pesar de que los datos parecen bastante relevantes como para cuestionar el uso de estos fármacos, los defensores de

utilización de los mismos emplean el argumento de que una asociación en los estudios no necesariamente implica una relación de causalidad (55). Al mismo tiempo refieren que no es tan peligroso este efecto, por un lado porque la propia enfermedad lo produce y por otro porque otros fármacos de reconocida efectividad como la levodopa en Parkinson, o la difenilhidantoína en la epilepsia también producen efectos secundarios similares (56) (57) (58) (59).

DISCUSIÓN: ¿QUÉ DEBEMOS HACER?

A nivel clínico nos encontramos con fármacos efectivos a nivel sintomático a corto plazo y posiblemente perjudiciales de manera mantenida. Con el problema añadido de no tener parámetros concretos que diferencien una recaída de un síndrome de discontinuidad.

Con todo lo visto lo primero a señalar es que estos fármacos no deberían utilizarse fuera de indicación y menos en poblaciones tan vulnerable como son los ancianos, los niños y las personas con discapacidad intelectual.

En el caso de la esquizofrenia y otras psicosis, a la hora de abordar como manejamos esta medicación se nos plantean, de manera genérica, dos escenarios diferentes: Pacientes en un primer episodio o sin tratamiento previo y pacientes estables en tratamiento prolongado con neurolépticos.

1. Pacientes en su primer episodio o en situación de descompensación psicótica sin tratamiento actual con neurolépticos:

- 1.1. Tener en cuenta que entre un 20-26% de personas diagnosticadas de esquizofrenia tienen una buena evolución (60) (61), y que un 20% de las personas diagnosticadas de esquizofrenia tendrán sólo un episodio (62). Necesitamos un mayor esfuerzo para poder identificar mejor a este grupo y recuperar la esperanza de que puede haber una buena evolución independientemente del uso de neurolépticos. (63)(64)(65)(66)(67)(68)(69).
- 1.2. Mientras no tengamos otros fármacos mejores, Los neurolépticos no deberían ser el eje central del abordaje terapéutico Estamos obligados a considerar otras alternativas terapéuticas no farmacológicas (70).
- 1.3. En pacientes que comienzan tratamiento con neurolépticos debemos plantear una hoja de ruta considerando, dentro de la incertidumbre, tiempo y gradualidad de la retirada. Evidentemente sin plantear “tratamiento de por vida” en ningún caso.



Fuente: kwakzalverij.nl

- 1.4. Monitorización estrecha y un balance continuado entre riesgos y beneficios.
- 1.5. Dosis bajas de neurolépticos. La dosis terapéuticas parecen ser mucho más bajas que las que suelen utilizarse habitualmente y con mejores resultados (71)(72). Los estudios de ocupación de receptores apoyan que esta sea la línea de actuación desde el inicio (73). Un estudio en primeros episodios psicóticos determinó que una dosis de 1 mg de haloperidol mantenida durante 4 semanas fue útil para el 55 % de los pacientes y solo el 20% requirieron subir a 3 o 4 mg (74). Conociendo esto, cabe reconsiderar el uso que estamos haciendo de los neurolépticos en su utilización más como tranquilizantes que por el efecto antipsicótico lo que está ocasionando un exceso de medicación con el impacto negativo consiguiente (75). Siguiendo criterios de ocupación de receptores posiblemente podríamos utilizar los fármacos de manera más espaciada (76) (77) (78).
- 1.6. Hay acuerdo en la literatura en cuanto a la utilización de dosis bajas, pero tenemos mayor incertidumbre cuando hablamos del tiempo que debemos mantener esta medicación.

A pesar de haber pasado más de 50 años de la utilización de estos fármacos es sorprendente los pocos trabajos sobre eficacia en los primeros episodios. Y escasos y poco concluyentes a la hora de apoyar las recomendaciones de tratamiento prolongado. Existe un número pequeño de ensayos aleatorizados controlados con placebo que midan eficacia en el periodo inicial de la enfermedad. Una reciente revisión de la Cochrane Library plantea que la recomendación de las guías de mantener el tratamiento durante 6 a 24 meses no está sustentada con suficientes pruebas, puesto que proceden de estudios de

pacientes con múltiples episodios anteriores (79). Necesitamos más estudios que comparen el uso de neurolépticos con otros tratamientos no farmacológicos. Curiosamente hay una preocupación cada vez mayor entre los investigadores al observar que la respuesta positiva al placebo está siendo cada vez mayor en estudios comparando con antipsicóticos. Datos que son interpretados más con preocupación, centrándose en el placebo, que con un espíritu crítico en los neurolépticos (80)(81).

2. Pacientes estables en tratamiento prolongado con neurolépticos:

Al no tener predictores pronósticos adecuados y considerar que los neurolépticos tienen efecto preventivo (82), las guías clínicas recomiendan mantener la medicación para prevenir recaídas con la excepción de los episodios psicóticos breves (83). Pero la base de este efecto preventivo parte de pacientes en remisión con tratamiento farmacológico a los que se les retira la medicación pasándolos a placebo. Como hemos comentado antes, la creciente evidencia de un síndrome de discontinuidad hace pensar que exista un sesgo importante en los estudios, lo cual nos llevaría a que deba hacerse una revisión de los estudios que comparaban mantenimiento vs retirada de medicación

Ya la propia NICE recoge el problema de salud con el tratamiento mantenido con neurolépticos refiriéndose al trabajo de Wunderink: "Si se replican, esto debería marcar un importantísimo cambio reduciendo los riesgos en el tratamiento a largo plazo asociado con los neurolépticos" (84).

- 2.1. Ética del riesgo: Mientras llegan estos estudios no podemos quedarnos sin cambiar nada bajo la excusa de la incertidumbre. En pacientes que llevan un tratamiento prolongado con buena evolución nos encontramos por un lado, con un evidente riesgo al retirar, incluso de manera gradual, la medicación y por otro con el riesgo de que el mantenimiento pueda ocasionar más probabilidades de daño cerebral. Pero esta situación de incertidumbre no nos exime del deber de informar. Tendremos que analizar conjuntamente con el paciente los beneficios, los riesgos y los miedos. Sin olvidar que el riesgo no lo corremos los profesionales sino los pacientes. Hay dignidad en tomar un riesgo y puede haber una indignidad deshumanizadora en la seguridad (85).
- 2.2. El consentimiento informado (CI) debería estar más reglado dado los riesgos que conlleva el uso de estos fármacos. Hay que tener en cuenta dos errores en los que podemos caer los profesionales en el manejo de la información que no hay que olvidar es la base del CI: Por un lado ocul-

tar información al paciente como medida de protección, (Privilegio terapéutico), que fue lo que hizo Andreasen durante años con los resultados de su estudio. Por otro lado no dar la información correcta o hacer más énfasis en otros aspectos (decisiones silentes) (86). La información es un proceso continuo que se da dentro de un marco relacional asistencial y es más de calidad que de cantidad. Esto nos obliga a los profesionales a adaptarnos al estado intelectual y emocional que tenga la persona en ese momento. No será igual ante un paciente que lleva años estable tomando medicación y con la idea transmitida de tratamiento de por vida, que ante un paciente estable tras un primer episodio. Es trascendental no olvidar el papel de los familiares o cuidadores, pues va a ser difícil plantear la retirada o reducción de la medicación sin contar con su apoyo.

2.3. En caso de que tome la decisión de retirada gradual.

- 2.3.1. Esta debe hacerse preferiblemente en una etapa de estabilidad y con apoyo familiar y terapéutico estrecho.
- 2.3.2. No abandono: Tras informar adecuadamente al paciente si el deseo de éste es dejar el tratamiento nuestra obligación será respetarlo sin abandonarlo porque creamos que es una decisión equivocada. El abandono por nuestra parte se va a relacionar con más probabilidad, con una retirada brusca de la medicación y por tanto con un mayor riesgo de complicaciones.
- 2.3.3. Decisiones compartidas: planes de crisis. Hay que ayudar a identificar pródromos de cara a poder elaborar conjuntamente un plan de crisis que se incluya dentro de un modelo más centrado en la recuperación, que tenga en cuenta los valores del propio paciente(87)(88) y cuente con el apoyo de pares (89)(90)(91).
- 2.3.4. Pautas de reducción. La pauta de reducción debe ser de alrededor del 10% de la dosis total en intervalos de cuatro a seis semanas. Hay que tener en cuenta que a mayor tiempo de tratamiento más lenta debería ser la reducción. En pacientes que han tomado medicación durante más de cinco años el tiempo de retirada debería ser de más de dos años (92).

A nivel institucional estamos obligados a cuestionarnos si no hemos organizado nuestra asistencia en torno al uso de unos fármacos que distan mucho de ser todo lo beneficiosos que

pensábamos. ¿Qué pasaría si se confirmara la gravedad de lo visto hasta el punto de tener que retirarlos del mercado? ¿Podemos imaginar en estos momentos en nuestro entorno una práctica clínica sin neurolépticos? El tratamiento de personas con psicosis descansa sobre la medicación casi exclusivamente. Nuestras hospitalizaciones se hacen con ingresos muy cortos, sostenidos por el uso de altas dosis de medicación. A nivel ambulatorio, al carecer de suficientes recursos de apoyo cercanos, es impensable un abordaje sin medicación y también difícil el comienzo con dosis bajas. Todo hace pensar que debemos empezar a reflexionar sobre cambios organizativos de abordaje a los pacientes con psicosis. Cambios que pueden empezar por adecuar las dosis y los tiempos de tratamiento y continuar con la diseminación e implementación de recursos no basados en la medicación.

Vivimos tiempos de crisis en psiquiatría una vez más. Desde el comienzo de nuestra especialidad hemos ido viendo como tratamientos han funcionado durante unas décadas para poco a poco ir demostrándose su ineficacia y peligrosidad: La curas de Sakel, la malarioterapia, la lobotomía, los IMAO, los anti-depresivos y ahora los antipsicóticos. De esta crisis tenemos que salir no abandonando herramientas científicas, si no fortaleciendo los aspectos éticos de nuestro trabajo que despierte a los profesionales de un letargo que dura décadas producido por la fascinación farmacológica y genere un mayor escepticismo crítico ante los supuestos avances.



Fuente: drezina.wordpress.com

BIBLIOGRAFÍA

- (1) López Muñoz F, Álamo C Cuenca E. Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica del clorpromazina; medio siglo de psicofarmacología Frenia vol II-1-2002.
- (2) Ødegaard, O. Patterns of discharge from Norwegian psychiatric hospitals before and after the introduction of psychotropic drugs. *American Journal of Psychiatry*, 120, 772-8. 1964. En Assen Jablensky: "Course and Outcome of Schizophrenia and Their Prediction" New Oxford Textbook of Psychiatry (2 ed.) Edited by Michael Gelder, Nancy Andreasen, Juan Lopez-Ibor, and John Geddes, Oxford University Press, feb 2012.
- (3) Jonsson, S.A.T. and Jonsson, H. Outcome in untreated schizophrenia: a search for symptoms and traits with prognostic meaning in patients admitted to a mental hospital in the preneuroleptic era. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 313-20. 1992.
- (4) Loebel, A.D., Lieberman, J.A., Alvir, J.M.J., Geisler, S.H., Szymanski, S.R., and Mayerhoff, D.I.). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1183-8. 1992.
- (5) Hoffman, R.E. and McGlashan, T.H. Parallel distributed processing and the emergence of schizophrenic symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 119-40. 1993.
- (6) Prien R.F. Cole J.O. Belkin N.F. Relapse in Chronic Schizophrenics Following Abrupt Withdrawal of Tranquilizing Medication. *British Journal of Psychiatry*. 115 (1969): 679-86.
- (7) Prien R.F. Levine J, Switalski R.W. Discontinuation of Chemotherapy for Chronic Schizophrenics. *Hospital and Community Psychiatry* 22 (1971): 20-23.
- (8) Carpenter W.T. 1983 Early Intervention, Time-Limited, Targeted Pharmacotherapy of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* vol. 9, nº 4, 1983 540.
- (9) Carpenter W.T. Continuous versus Targeted medication in Schizophrenic outpatients: outcome results. *Am J Psychiatry* 147; 9, september 1990.
- (10) Pietzcker A., Gaebel W., Kopcke W, Linden M, Muller P, Muller F, Tegeler J. Intermittent versus maintenance neuroleptic long term treatment in schizophrenia 2 year results of a german multicenter study" *J Psychiat Res* vol 27, nº 4 pp. 321-339, 1993.
- (11) Gaebel W, Janner M., Frommann N, Pietzker A, Kopcke W, Linden M et al. First vs multiple episode schizophrenia two years outcome of intermittent and maintenance medication strategies. *Schizophrenia Research* 53, 2002.
- (12) Chouinard G, Jones BD, Annable L: Neuroleptic-induced hypersensitivity psychosis. *Am J Psychiatry* 135: 1409-1410, 1978.
- (13) Chouinard G. Jones MD. Neuroleptic-Induced supersensitivity Psychosis: clinical and Pharmacologic Characteristics. *Am J Psychiatry* 137: 1 January 1980.
- (14) Lu ML, Pan JJ, Teng HW, Su KP, Shen WW. Metoclopramide-induced supersensitivity psychosis. *Ann Pharmacother* 2002; 36: 1387-1390.
- (15) Witschy JK, Malone GL, Holden LD. Psychosis after neuroleptic withdrawal in a manic-depressive patient. *Am J Psychiatry* 1984;141:105-106.
- (16) Steiner W, Laporta M, Chouinard G. Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis in patients with bipolar affective disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81: 437-440.
- (17) Healy D. Tranter R. Pharmacological stress diathesis syndromes. *Journal of Psychopharmacology* 13(3), 1999, 287-290.
- (18) Viguera AC, Baldessarini RJ, Hegarty JD, van Kammen DP, Tohen M. Clinical risk following abrupt and gradual withdrawal of maintenance neuroleptic treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 49-55.
- (19) Moncrieff J, Leo J. A systematic review of the effects of antipsychotic drugs on brain volume. *Psychological Medicine* 2010; 40: 1409-1422.
- (20) Howes O.D. Kambeitz J. Euitae K. Stahl D. Slifstein M. Abi-Dargham A. Kapur S. The nature of dopamine dysfunction in schizophrenia and what this means for treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 2012, 69 (8) 7767866.
- (21) Howes O.D. Presynaptic Dopaminergic Function: Implications for Understanding Treatment Response in Psychosis. *CNS Drugs* (2014) 28; 649-663.
- (22) Seeman P. All roads to schizophrenia lead to dopamine supersensitivity and elevated dopamine D2(high) receptors. *CNS Neurosci Ther*. 2011; 17(2): 118-32.
- (23) Samaha A. Breakthrough Dopamine Supersensitivity During Ongoing Antipsychotic Treatment Leads to Treatment Failure Over Time". (<http://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2010/04/seeman-copy.pdf>) Samaha, A. *J Neuroscience* 27 (2007):2979-86.
- (24) Oliver D Howes, Kapur S. The dopamine hypothesis of Schizophrenia; Versio III-The final Common pathway. *Schizophrenia Bulletin* vol 35 nº 3 pp 549-562 2009.
- (25) Baldessarini Ross J. Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients. *Archives of General Psychiatry* vol 52 (3), March 1995 pp 189-192.
- (26) Robinson DG, Woerner MG, McMeniman M, Mendelowitz A, Bilder RM. L Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry*. 2004; 161: 473-479.
- (27) Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatry*. 2002; 14: 256-272.
- (28) Liberman RP, Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatr Serv*. 2005; 56: 735-742. 59.
- (29) Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry*. 2005; 162: 441-449.
- (30) Moncrieff J Antipsychotic Maintenance Treatment: Time to Rethink? *PLoS Med* 12(8) (2015): e1001861. doi:10.1371/journal.pmed.1001861.
- (31) Alvarez-Jimenez M, Gleeson JF, Henry LP, Harrigan SM, Harris MG, Killackey E, et al. Road to full recovery: longitudinal relationship between symptomatic remission and psychosocial recovery in first-episode psychosis over 7.5 years. *Psychological Medicine* (2012), 42, 595-606.
- (32) Johnstone EC, Macmillan, JF, Frith, CD, Benn Dk Crow TJ, Further investigation of the predictor of outcome following first schizophrenic episodes. *British journal of psychiatry*, 1990;157:182-189
- (33) Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, Sytema S, Nienhuis FJ. Recovery in Remitted First-Episode Psychosis at 7 Years of Follow-up of an Early Dose Reduction/Discontinuation or Maintenance Treatment Strategy: Long-term Follow-up of a 2-Year Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 2013;70(9):913-920 publication online Jul 3.2013.
- (34) Harrow M, Jobe TH. Does long-term treatment of schizophrenia with antipsychotic medications facilitate recovery? *Schizophr Bull*. 2013; 39(5): 962-5.
- (35) Sakurai H, Bies RR, Stroup ST, Keefe RS, Rajji TK, Suzuki T, Mamo DC, Pollock BG, Watanabe K, Mimura M, Uchida H. Dopamine D2 Receptor Occupancy and Cognition in Schizophrenia: Analysis of the CATIE Data. *Schizophr Bull*. 39(3): 564-74 (2013).
- (36) Rosa P.G.P. Zanetti M.V. Duran F.L.S. Santos L.C. Menezes P.R. Scazufca M. Et al. What determines continuing grey matter changes in first-episode schizophrenia and affective psychosis?. *Psychological Medicine* (2015) 45, 817-828.

- (37) Stroup TS, Lieberman JA, McEvoy JP. Effectiveness of Olanzapine, Quetiapine, and Risperidone in patients with chronic schizophrenia after discontinuing Perphenazine: a CATIE study. *Am J Psych* 2007; 164: 415-427.
- (38) Lieberman JA, Tollefson GD, Charles C, et al. Antipsychotic drug effects on brain morphology in first-episode psychosis. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 361-370.
- (39) Joobar R, Schmitz N, Malla A, Sengupta S, Karma S. Is olanzapine a brain-sparing medication? *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63: 1292.
- (40) Vita A, De Peri L "The effect of antipsychotic treatment on cerebral structure and function in schizophrenia" *International review of psychiatry*, August 2007; 19(4); 431-438.
- (41) Steiner J, Sarma Y, Westphal S, Gos T, Bernstein H.G, Bogerts B et al: "Protective effects of haloperidol and clozapine on energy-deprived OLN-93 oligodendrocytes" *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (2011) 261: 477-482.
- (42) Nasrallah HA. Impaired neuroplasticity in schizophrenia and the neuro-regenerative effects of atypical antipsychotics. *Medscape Psychiatry*. <http://www.medscape.org/viewarticle/569521>. Published January 31, 2008. Accessed November 10, 2015.
- (43) Nasrallah HA. Haloperidol clearly is neurotoxic. Should it be banned? *Current Psychiatry*. 2012; 12(7): 7-8.
- (44) Nasrallah HA. Beyond dopamine: The 'other' effects of antipsychotics. *Current Psychiatry*. 2013; 12(6): 8-9.
- (45) Nandra KS, Agius M. The differences between typical and atypical antipsychotics: the effects on neurogenesis. *Psychiatr Danub*. 2012; 24 (suppl 1): S95-S99.
- (46) Yang MC, Lung FW. Neuroprotection of paliperidone on SH-SY5Y cells against -amyloid peptide (25-35), N-methyl-4-phenylpyridinium ion, and hydrogen peroxide-induced cell death. *Psychopharmacology (Berl)*. 2011; 217(3): 397-410.
- (47) Peng L, Zhu D, Feng X, Dong H, Yue Q, Zhang J, Gao Q, Hao J. et al. Paliperidone protects prefrontal cortical neurons from damages caused by MK-801 via Akt1/GSK3 β signaling pathway. *Schizophr Res*. 2013; 147(1): 14-23.
- (48) Fernandes BS, Steiner J, Berk M, Molendijk ML, Gonzalez-Pinto A, Turk CW et al. Peripheral brain-derived neurotrophic factor in schizophrenia and the role of antipsychotics: meta-analysis and implications. *Molecular psychiatry* (2015) 20, 1108-1119.
- (49) Moncrieff J. Questioning the 'neuroprotective' hypothesis: does drug treatment prevent brain damage in early psychosis or schizophrenia? *The British Journal Psychiatry* 2011; 198: 85-87.
- (50) Wang C1, Zhang M, Sun C, Cai Y, You Y, Huang L, Liu F. Sustained increase in adult neurogenesis in the rat hippocampal dentate gyrus after transient brain ischemia. *Neurosci Lett*. 2011 Jan 13;488(1):70-5. doi: 10.1016/j.neulet.2010.10.079. Epub 2010 Nov 5.
- (51) Ho BC, NC, Nopoulos P, Arndt S, Magnotta V, Flaum M. Progressive structural brain abnormalities and their relationship to clinical outcome: a longitudinal magnetic resonance imaging study early in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60: 585-594.
- (52) Dorph-Petersen KA, Pierri JN, Perel JM, Sun Z, Sampson AR, Lewis DA. The influence of chronic exposure to antipsychotic medications on brain size before and after tissue fixation: a comparison of haloperidol and olanzapine in macaque monkeys. *Neuropsychopharmacology*. 2005; 30: 1649-1661.
- (53) Ho B.Ch, ANDreasen N.C, Ziebell S, Pierson R, MAGnotta V.; "Long term antipsychotic treatment and brain volumen; A longitudinal study of first episode schizophrenia" *Archives Gnerla Psychiatry* 2011 68(2); 128-137.
- (54) Andreasen N. Using Imaging to Look at Changes in the Brain. *New York Time* 15-sep-2008.
- (55) Fusar_Poli P.P, Smieskovab, R, Kemptona, M.J, Ho, B.C, Andreasenc, N.C, Borgwardt S. Progressive brain changes in schizophrenia related to antipsychotic treatment? A meta-analysis of longitudinal MRI studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 37 (2013) 1680-1691.
- (56) Ogawa N, Edamatsu R, Mizukawa K, Asanuma M, Kohmo M, Mori A. Degeneration of dopaminergic neurons and free radicals. *Advances in Neurology* 1993; 60: 242-250.
- (57) Fishman RHB, Ornoy A, Yanai J. Correlated ultrastructural damage between cerebellum cells after early anticonvulsant treatment in mice. *International Journal of Developmental Neuroscience* 1989; 7:15-26.
- (58) Volk B, Kirchgässner N. Damage of Purkinje cell axons following chronic phenytoin administration: an animal model of distal axonopathy. *Acta Neuropathologica* 1985; 67:67-74.
- (59) Bahn S, Ganter U, Bauer J, Otten U, Volk B. Influence of phenytoin on cytoskeletal organization and cell viability of immortalized mouse hippocampal neurons. *Brain Research* 1993; 615:160-169.
- (60) Bleuler, M. (1972). *Die schizophrenen Geistesstörungen intramuskulär Lichtlangjähriger Kranken- und Familiengeschichten*. Thieme, Stuttgart. English translation by S.M. Clemens (1978). *The schizophrenic disorders. Long-term patient and family studies*. Yale University Press, New Haven, CT.
- (61) Ciampi, L. (1980). Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 606-1843.
- (62) Alvarez-Jimenez M, Gleeson JF, Henry LP, Harrigan, SM, Harris MG, Amimmer GP et al. Prediction of a single psychotic episode: a 7.5-year, prospective study in first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2011; 125: 236-246
- (63) Murphy H-R & Raman AC: The chronicity of schizophrenia in indigenous tropical peoples: Results of a 12 year follow-up survey in Mauritius. *Br J Psychiatry* 1971; 118:489-497
- (64) Schooler NK, Goldberg SC, Boote H, Cole JO. One year after discharge: Community adjustment of schizophrenic patients. *Am J of Psychiatry* 1967; 123: 986-996.
- (65) Kua J, Wong KE, Kua EH, Tsoi WF. A 20-year follow-up study on schizophrenia in Singapore. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108:118-125.
- (66) Letemendia J & Harris AD: Chlorpromazine and the untreated chronic schizophrenic: A long-term trial. *Br J Psychiatry* 1967; 113: 950-958. (67) Irwin M: Reversal of Schizophrenia Without Neuroleptics. *Ethical Hum Psychol Psychiatry* 2004; 6:53-68.
- (68) Irwin M. Treatment of Schizophrenia Without Neuroleptics: Psychosocial Interventions Versus Neuroleptic Treatment. *Ethical Hum Psychol Psychiatry* 2004; 6: 99-110. 2004.
- (69) Rapport M, Hopkins HK, Hall K, Belleza T, Silverman J. Are There Schizophrenics for Whom Drugs May be Unnecessary or Contraindicated? *International Pharmacopsychiatry* 13 (1978): 100-111.
- (70) Lewis DA. Antipsychotic medications and brain volume: do we have cause for concern? *Archives of General Psychiatry* 2011; 68: 126-7.
- (71) Smith. Rober C. *Archives of General Psychiatry* vol 51(5) May 1994, pp 427-429 letter.

- (72) Cohen BM, Benes FM, Baldessarini RJ: Atypical neuroleptics, dose-response relationships, and treatment-resistant psychosis" *Archive Gen Psychiatry* 1989; 46; 381-383.
- (73) International Early Psychosis Association Writing Group. International clinical practice guidelines for early psychosis. *British Journal Psychiatry* (2005) 187 (supo 48) s120-s124.
- (74) Oosthuizen P1, Emsley RA, Turner J, Keyter N. Determining the optimal dose of haloperidol in first-episode psychosis. *J Psychopharmacol.* 2001 Dec; 15 (4):251-5.
- (75) McGorry P, Alvarez Jimenez M, Killackey E. Antipsychotic Medication During the Critical Period Following Remission From First-Episode Psychosis Less Is More *JAMA Psychiatry* September 2013 vol 72 nº 9 898-900.
- (76) Remington G, Seeman P, Shammi C, Mann S, Kapur S. "Extended" antipsychotic dosing: rationale and pilot data. *J Clin Psychopharmacol.* 2005; 25(6): 611-3.
- (77) Remington G, Seeman P, Feingold A, Mann S, Shammi C, Kapur S,,: "Extended" Antipsychotic Dosing in the Maintenance Treatment of Schizophrenia: A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *CLin Psychiatry* 72: 8 August 2011.
- (78) Samaha AN, Reckless GE, Seeman P, Diwan M, Nobrega JN, Kapur S (2008) Less is more: antipsychotic drug effects are greater with transient rather than continuous delivery. *Biol Psychiatry* 64(2): 145-52.
- (79) Bola J, Kao D, Soydan H. "Fármacos antipsicóticos para las primeras etapas de la esquizofrenia" (Revision Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 Issue 6. Art. No.: CD006374. DOI: 10.1002/14651858.CD006374.
- (80) Rutherford BR1, Pott E2, Tandler JM2, Wall MM1, Roose SP1, Lieberman JA. Placebo response in antipsychotic clinical trials: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2014 Dec 1; 71(12):1409-21. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.1319.
- (81) Kemp AS1, Schooler NR, Kalali AH, Alphas L, Anand R, Awad G, Davidson M, Dubé S, Ereshefsky L, Gharabawi G, Leon AC, Lepine JP, Potkin SG, Vermeulen A.: What is causing the reduced drug-placebo difference in recent schizophrenia clinical trials and what can be done about it? *Schizophrenia Bull.* 2010 May;36(3):504-9. doi: 10.1093/schbul/sbn110. Epub 2008 Aug 22.
- (82) Leucht A, Tardy M, Komossa K, Hers S, Kissling W, Salanti G, Davis JM "Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis". *Lancet.* 2012 Jun 2; 379 (9831): 2063-71.
- (83) NICE. Psychosis and schizophrenia in adults Treatment and management National Clinical Guideline Number 178. National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Health and Care Excellence. 2014, pp: 322.
- (84) NICE Psychosis and Schizophrenia in Adults 2014 pp: 599.
- (85) Perske Robert en "Bioética: el estado de la cuestión " Feyto L. Triacastela 2011.
- (86) Borrel F. Toma de decisiones compartidas: el caso de las decisiones silentes y el privilegio terapéutico. En "Bioética: el estado de la cuestión" Feyto L. Triacastela 2011.
- (87) Fulford K.W.M. Values in Psychiatry Diagnosis: Developments in Policy, Training and Research. *Psychopathology* 2005; 38; 171-176.
- (88) Barker Phil, Buchanan-Barker P. EL modelo Tidal. 2007.
- (89) Law H, Morrison AP "Recovery in psychosis: A Delphi study with experts bu experience" *Schizophrenia bulletin* 40(6) 1347-55. April 2014.
- (90) www.soterianetwork.org.uk/
- (91) <http://enprimerapersona.org>
- (92) Volkmar Aderhold, MD, Peter Stastny, MD. A Guide to Minimal Use of Neuroleptics: Why and How June 2015.

SALUD MENTAL Y NEOLIBERALISMO*

Iván de la Mata Ruiz

Psiquiatra

"There is no such thing as society. There are individual men and women and there are families"
Margaret Thatcher. 1987.



Portada: Salud mental y capitalismo

"El Poder neoliberal, no es solo un poder represivo, sino que es un Poder creador de subjetividad..."

"... 'Psicopolítica', un poder cuya eficacia se basa en la ilusión del individuo en su propia libertad, en su propio sometimiento"

INTRODUCCIÓN: LA RAZÓN NEOLIBERAL

El gobierno neoliberal se puede entender simplemente como una actualización de la teoría liberal clásica, esa ideología que presupone que el libre mercado es el motor de la riqueza de los ciudadanos y sobre el que el Estado no puede intervenir o sólo lo debe de forma mínima para garantizar que sus propias reglas funcionen. Sería la parte "negativa" del poder neoliberal, "el laissez faire" clásico: el estado debe dejarse en su mínima expresión, básicamente con funciones de mantener el "orden público". Esta forma de entender el gobierno neoliberal explica muy bien los recortes en servicios públicos, prestaciones sociales y derechos laborales que hemos sufrido en las últimas décadas y las políticas represivas en materia de derechos civiles. Digamos que al "laissez faire" económico le corresponde un poder "disciplinario" clásico, represivo.

Sin embargo, como señalan Dardot y Laval, el neoliberalismo, es mucho más que una nueva expresión del capitalismo, es una nueva forma de sociedad. A diferencia del liberalismo clásico, el neoliberalismo va más allá de la cuestión de la limitación de la intervención del estado. Ya no se trata de limitar, sino de extender. Extender la lógica del mercado más allá de la estricta esfera de la actividad económica y con ese fin reformar el funcionamiento interno del Estado de manera que sea la palanca principal de esa extensión. El neoliberalismo se expande como una razón que atraviesa todas las esferas de la existencia humana, que conforma las relaciones sociales, que "hace mundo", que crea nuevas subjetividades presididas por una lógica de competencia. En ese sentido las palabras de Margaret Thatcher "La economía es el medio, nuestro objetivo es el alma," sintetiza magistralmente el programa neoliberal. El Poder neoliberal, no es por tanto solo un poder represivo, sino que es un Poder creador de subjetividad, un poder seductor en que la razón general de la competencia que preside la economía se introyecta en cada individuo y en las relaciones sociales. Byung Chal Han define este nuevo poder como "Psicopolítica", un poder cuya eficacia se basa en la ilusión del individuo en su propia libertad, en su propio sometimiento.

Nos interesa especialmente este aspecto performativo de la subjetividad para entender el discurso hegemónico de la psiquiatría y del resto de las disciplinas "psi" en la época neoliberal.

EL HOMBRE NEOLIBERAL

El lugar que ocupa es nuestra cultura la figura del "emprendedor", nos da idea de esta transformación que se ha producido en la subjetividad. Frente a la concepción clásica del "homo economicus" en el siglo XVIII basada en virtudes personales de

* Capítulo del libro "Salud Mental y capitalismo", varios autores, Cisma editorial, año 2017.

cálculo, prudencia y ahorro (equilibrio en los intercambios, balanza de los placeres y los esfuerzos, búsqueda de la felicidad sin excesos), el hombre neoliberal está llamado a conducirse como un “empresa de sí mismo” en que el individualismo más atroz y la competencia con los otros preside el conjunto sus relaciones. La búsqueda del beneficio se traslada a las relaciones entre las propias personas, a las relaciones íntimas, presididas por el cálculo y la lógica del mercado. Ser “empresario de sí” significa vivir por completo en el riesgo, de una conminación constante a ir más allá de uno mismo, asumir en la propia vida un desequilibrio permanente, no descansar o pararse jamás, superarse siempre y encontrar el disfrute en esa misma superación de toda situación dada. La lógica de acumulación indefinida del capital se hubiese convertido en una modalidad subjetiva y a la vez es en esa subjetividad donde se amplían los mercados.

El hombre neoliberal aparece como responsable el único de su destino, ajeno a cualquier determinante social. Los manuales de autoayuda de la psicología positiva expresan de una forma clara estas técnicas psicopolíticas, en el que a través de un lenguaje cargado de términos económicos reproducen este modelo de subjetividad y localizan en el individuo la fuente de su infortunio o de su éxito. Así la felicidad pasa a ser entendida como un camino de “superación y desarrollo personal”, en que uno debe “optimizar los recursos personales” y aprender a “gestionar sus emociones” para conseguir un mejor “valor” de sí mismo, una mayor “autoestima”. El libro de Spencer Johnson de 1998, “Quien se ha llevado mi queso” es paradigmático de esta ideología, en el que a través de una parábola con ratones y liliputienses nos ofrece un verdadero camino para la introyección psicológica del despido libre: uno tiene que calcular los riesgos en los que vive y adelantarse a ellos, actuar para el cambio, conocer a los competidores, salir de la empresa antes de que prescindan de uno.

EFFECTOS DE LAS POLÍTICAS NEOLIBERALES

El éxito de este cambio antropológico en el que todos los aspectos de la vida social aparecen mercantilizados pasa por una serie de prácticas previas que se van organizando en el espacio social y sobre las que a posteriori se van construyendo los armazones ideológicos que las justifican. Podemos destacar varias de ellas:

- La destrucción de los mecanismos de protección social que se habían construido para paliar las contradicciones del capitalismo industrial tras la Segunda Guerra Mundial. Estos mecanismos giraban en torno a la institución social del salario y asignaban al Estado cierto poder redistributivo a través de impuestos progresivos, seguros de desempleo, pensiones

públicas, servicios públicos universales, convenios colectivos, etc...

- Desactivación de las luchas y resistencias colectivas clásicas como por ejemplo los sindicatos o las solidaridades en el trabajo, horadadas por las técnicas de management moderno.
- La mercantilización de los servicios públicos. En el caso de los servicios sanitarios se trata de una doble estrategia. Por un lado el cuestionamiento de la universalidad de las prestaciones sanitarias deteriorando los servicios públicos y potenciando el aseguramiento privado en determinados sectores de la clase media. Por otro lado introduciendo mecanismos de mercado, en la sanidad pública a través de la privatización de los proveedores que compiten en captar clientes rentables. La planificación basada en las necesidades de una población adscrita a un territorio, se sustituye por mecanismos de elección individual, en los que el paciente tiene la ilusión y el deber de elegir entre la oferta de los proveedores. La “Autoridad” responsable de la salud colectiva se difumina en una responsabilidad exclusivamente individual. Esta lógica de mercado tenido un impacto importante en el modelo de atención de la salud mental comunitario.

Cómo se señalaba antes estas prácticas estratégicas preceden en muchos casos a la teoría que termina justificándolas. Así la necesidad de abrir los servicios públicos al mercado privado se justifica en función de la supuesta ineficiencia de los mismos y en la “libertad” del ciudadano para elegir donde quiere ser tratado. El Estado renuncia de esta manera a una de los principales valores de los servicios públicos: la equidad. El sistema ya no garantiza el igual acceso a los recursos, sino que, convertido en un consumidor de servicios debe ser él el que los que busque. Resulta clave en este escenario el poder de la información y es conocido que este poder es asimétrico, que los elementos de marketing de las empresas sanitarias, de los profesionales y de la industria farmacéutica o tecnológica condicionan las necesidades de consumo.

El resultado de estas políticas neoliberales es la creación de sociedades cada vez más desiguales. Mientras los ricos acumulan cada vez más riqueza, amplios sectores de la población se ven abocados al desempleo, la precariedad y la temporalidad. El riesgo de exclusión se impone como un campo psicológico en el que transitar. En este sentido los elementos más vulnerables de la sociedad, como por ejemplo las personas con problemas graves de salud mental, son los más abocados a este proceso de exclusión social.

El desmantelamiento del conjunto de los sistemas de protección de las políticas keynesianas han precisado de nuevo una

construcción ideológica que las justifiquen: estas políticas desincentivan a determinadas capas de la población a tener una actitud “psicológica activa” a la hora de buscar empleo. De alguna manera las ayudas sociales irían en contra de la “naturalidad” emprendedora del ser humano. Los preceptores de todo tipo de subsidios se convierten en una población sospechosa de acomodarse a vivir del Estado. La estigmatización de las clases más desfavorecidas es otra herramienta de poder psicopolítico. Se trata de sustituir las dinámicas de solidaridad entre los desfavorecidos por dinámicas de la sospecha, en las que los receptores de ayudas sociales pasan a dividirse en categorías del “buen pobre”, aquel cuya situación es coyuntural y merece la ayuda, del “mal pobre”, aquel que es responsable de haber caído en desgracia, bien por sus vicios, bien por su ociosidad, o bien por no pertenecer al grupo. Cabe preguntarse si es posible acabar con el estigma que conlleva la locura en una sociedad en que las causas políticas de la exclusión y la violencia se silencian gracias a estereotipos estigmatizadores, que identifican al diferente como peligroso o como merecedor de su destino.

SUFRIMIENTO PSÍQUICO Y NEOLIBERALISMO

Sabemos que la desigualdad es uno de los mayores determinantes de la salud de las poblaciones, en especial de la salud mental, a tenor de las investigaciones realizadas sobre este tema. A mayor desigualdad mayor prevalencia de los problemas de salud mental. La *desigualdad de ingresos* parece ser el factor decisivo para determinar la salud mental de una sociedad. Las bajas laborales y las pensiones por enfermedades mentales no han dejado de incrementar en las pasadas décadas, sin que sea un efecto de la crisis económica de los últimos años y a expensas de los llamados trastornos mentales comunes como la depresión y ansiedad. Conviene recordar que España se halla a la cabeza de los países de la Unión Europea en lo que se refiere a desigualdad. La última crisis del capitalismo nos ha permitido constatar como problemas como las adicciones, el sufrimiento psíquico o los suicidios han incrementado en los países en que las políticas de ajuste se han aplicado con mayor violencia.

Pero este conjunto de investigaciones nada nos dice de las características del sufrimiento psíquico de la sociedad neoliberal. El sufrimiento psíquico siempre se expresa o se desarrolla en el marco de los discursos culturales dominantes y así sucede en la gobernabilidad neoliberal. Sociólogos y autores psicoanalíticos se han ocupado de caracterizar estas nuevas formas de expresión del sufrimiento que surgen de este sujeto neoliberal. Lo que tiene en común todos estos análisis es que este sufrimiento surge de una hiperidentificación con la norma de conducta



Fuente: <http://mohtavayar.com>

neoliberal en la que el sujeto se define como “una empresa de sí mismo”, en constante proceso de autovalorización, impelido al goce constante del mercado y con la obligación de reinventarse continuamente. No se trata de una ausencia de norma o de límites como se postula con frecuencia desde posiciones neoconservadoras morales, sino un llevar al extremo la norma empresarial y del mercado en la consideración de uno mismo y de las relaciones con los otros. Señalaremos varias configuraciones de este sufrimiento que aparecen en la clínica, bien como temáticas que atraviesan las estructuras clínicas clásicas, bien como nuevas estructuras psicológicas:

1. Sufrimiento del valor personal. Se dice que la depresión se ha convertido en una de las epidemias de nuestro tiempo. Pero ya no se trata de una melancolía por la pérdida o por la falta, sino de un sentimiento de desmoralización, de vergüenza, de incompetencia y fracaso personal. El sujeto hiperindividualizado es continuamente llamado a valorar su rendimiento, su capacidad de gestionarse. En último término es responsable de sus crisis personales, de sus malas elecciones, de su desempleo, de sus desahucios. La “falta de autoestima”, el narcisismo dañado es la narrativa de presentación de la clínica. En un mundo en que se valora el riesgo, las condiciones políticas estructurales de la inseguridad son negadas y traspasadas al individuo, incapaz de controlarlas. Los altibajos emocionales se reconfiguran en el campo semántico de la bipolaridad que guarda una simetría con las oscilaciones de la economía. “We are the champions, no time for losers”.
2. La inestabilidad de las narrativas biográficas. Richard Sennet describe magistralmente las consecuencias sobre el carácter y la identidad personal de la sociedad neoliberal. La flexibi-

“La inestabilidad biográfica se acompaña de la fragilidad de los vínculos sociales, de las antiguas solidaridades, de las luchas colectivas”

lidad, la temporalidad, la precariedad, la pérdida de referentes institucionales, la necesidad permanente de adaptación, de reinención de uno mismo, dificultan la posibilidad de construirse una identidad coherente y duradera, que generalmente estaba construida en torno al trabajo o los roles sociales estables. Se abre una brecha generacional, entre aquellos que forjaron su identidad entorno a una ocupación estable, la jaula de oro weberiana, y aquellos que llegan a un mercado de trabajo precario, flexible, globalizado, donde las coordenadas para crear un proyecto vital se han desdibujado. El riesgo social asumido de alguna u otra manera por alguna figura política del Estado Social se convierte ahora en un riesgo de existencia. La inestabilidad biográfica se acompaña de la fragilidad de los vínculos sociales, de las antiguas solidaridades, de las luchas colectivas. Se forjan identidades parciales en torno al consumo, al fetiche de la marca, o pseudoidentidades grupales volátiles que tratan de compensar la ausencia de una narrativa que de sentido.

“La alienación de la sociedad neoliberal consiste en que el límite para el goce no está en los límites de la cultura, sino ilusoriamente en el propio individuo”

3. El sufrimiento del rendimiento. La competencia, la productividad son ensalzadas por el discurso empresarial. El sujeto debe maximizar su rendimiento en el trabajo, en la escuela, en sus interacciones personales, en su ocio, en sus relaciones sexuales. La fatiga es un síntoma de un cuerpo productivo averiado. El dopaje para mejorar el rendimiento en todos estos aspectos es una realidad cotidiana. Incluso en la escuela, concebida antes como un lugar para incluir y garantizar igualdad de oportunidades, es ahora un lugar de competencia, donde al niño se le exige rendir al máximo, si es necesario con el uso de estimulantes.

4. El sufrimiento de la nueva simbolización. Lo que tiene en común los anteriores puntos es que la temática clínica actual se relaciona con un debilitamiento de los marcos institucionales y estructuras simbólicas clásicas donde el sujeto encontraba su lugar e identidad. El sentimiento de vacío es una condición humana que rellenamos gracias a la inmersión en un mundo simbólico construido por la cultura. La neurosis clásica se planteaba en términos de un conflicto entre el deseo y la realidad. Sin embargo la normalidad ahora no es el dominio del las pulsiones, sino su intensificación máxima. Ningún principio ético, ninguna prohibición parece sostenerse ya frente una exaltación de la capacidad de elección infinita. La alienación de la sociedad neoliberal consiste en que el límite para el goce no está en los límites de la cultura, sino ilusoriamente en el propio individuo.

LA RESPUESTA TÉCNICA: EPISTEMOLOGÍA DE LAS PRÁCTICAS “PSI”.

“El gran giro que se produce en la medicina con el neoliberalismo [...], ha sido reducir a la mínima expresión los principios de la Salud Pública...”

Durante las décadas del llamado “Estado de Bienestar” la protección frente a los riesgos de la enfermedad era considerada una responsabilidad colectiva. Las políticas de salud pública se dirigían al conjunto de la comunidad y a los determinantes sociales de la enfermedad. Las políticas de salud eran transversales a todas las políticas: mejora de los saneamientos, control de la calidad de los alimentos, acceso a una alimentación adecuada, seguridad en el trabajo, infraestructuras, contaminación ambiental, etc.. Es en esta época dónde se diseñan los modelos de atención primaria y de salud mental comunitaria, que ponían el acento en la prevención sobre la comunidad. El gran giro que se produce en la medicina con el neoliberalismo, de la mano de la tecnificación, ha sido reducir a la mínima expresión los principios de la Salud Pública, pasando de un enfoque poblacional en los riesgos del enfermar a un enfo-

que individual. Las condiciones de vida son transformadas en “estilos de vida” o en riesgos “genéticos”, poniendo el acento en la responsabilidad exclusiva del individuo en procurarse una adecuada salud. La prevención ya no es una responsabilidad colectiva, sino que de alguna manera cada uno tiene la salud que se merece. De nuevo vemos como los cambios sociales y políticos determinan la construcción de los discursos y prácticas científicas y cómo éstas a su vez sirven de justificación a la ideología dominante. A la ideología del individualismo neoliberal le corresponde una concepción del riesgo de la salud individual y unas prácticas centradas en el individuo.

Esta concepción individual de la salud tiene su correlato en psiquiatría y en el conjunto de las prácticas “psi”. A principios de los años 80 coinciden la puesta en práctica de las políticas neoliberales con la aparición del tercera edición de manual de diagnóstico de la psiquiatría americana, el famoso sistema de clasificación DSM. Esta tercera edición del DSM representa de alguna manera el exponente del cambio de narrativa que se estaba produciendo en la psiquiatría de la mano de la tecnología psicofarmacológica, con una vuelta a una concepción de la enfermedad mental en términos exclusivamente biológicos. Las perspectivas psicosociales dominantes en las tres décadas anteriores son reemplazadas por unas narrativas biomédicas simplificadoras, pero que se articulan perfectamente con el discurso político neoliberal. Los problemas de salud mental ya no tienen un origen social o a la interacción entre el individuo y el medio, sino que se deben al fallo de un cerebro alterado o de una mente entendida en términos computacionales. La hipótesis de que las enfermedades mentales se deben a la falta de unas sustancias en el cerebro, los neurotransmisores, que es corregida por una serie de fármacos específicos, la teoría del

desequilibrio bioquímico, se convierte en uno de los mayores mitos de la psiquiatría. Estas hipótesis, jamás demostradas, ya no se aplican solo, a las enfermedades mentales clásicas (esquizofrenia, psicosis maniaco depresiva) sino a todo tipo de sufrimiento psíquico, incluidos los trastornos más leves. N. Rose acuña el término de “self bioquímico” para referirse a esta nueva subjetivización del individuo, en la que la explicación de la depresión ya no se debe, por ejemplo a las condiciones laborales, sino a un déficit de serotonina o a un conjunto de creencias erróneas que se deben reprogramar. Se abre una nueva etapa en la que todas las esferas de la actividad social humana son resignificadas en términos neurobiológicos: neuropsicología, neuroeconomía, neurolingüística, neuroteología, neuroaprendizaje... Lo que interesa señalar de este nuevo discurso la psiquiatría y de la psicología es su narrativa individual. Su éxito se debe al doble juego discursivo: por un lado son coherentes con el discurso político neoliberal y por otro lado pueden actuar como discurso científico legitimador.

LA MERCANTILIZACIÓN DEL SUFRIMIENTO PSÍQUICO

En este nuevo contexto el mercado encuentra en la salud y en la subjetividad un buen lugar donde ampliarse. El sufrimiento psíquico pasa a ser una mercancía que genera valor. La industria farmacéutica es uno de los agentes que participa activamente en la medicalización del sufrimiento psíquico, convirtiéndose los psicofármacos en una de las panaceas más lucrativas de las últimas décadas. Su papel no ha sido solamente el de la comercialización de los psicofármacos sino que ha sido estratégico en la configuración del discurso biomédico de la enfermedad mental, a través del control de la investigación, los lazos con la “academia psiquiátrica”, la formación de los profesionales y la financiación de asociaciones profesionales y de usuarios. Su estrategia no ha sido la publicidad de los medicamentos, sino vender necesidades de salud, vender enfermedades. La historia de cómo la depresión, pasó de ser una enfermedad rara en los años 60 a una auténtica epidemia en nuestros días es un ejemplo de esta alianza entre el poder psiquiátrico y la industria del medicamento. Pero no solo las farmacéuticas han sido las beneficiadas de este mercado. También toda una industria psicológica ha participado de esta medicalización del sufrimiento con la expansión de la necesidad de ayuda psicológica como guía de la buena vida: explosión de técnicas psicoterapéuticas, la celebración del coaching o de los libros de autoayuda.

Si los modelos de salud mental comunitaria, surgidos bajo la óptica de las políticas del “bienestar” ampliaron el objeto de las intervenciones de salud mental, al dirigirse ya no solo a la



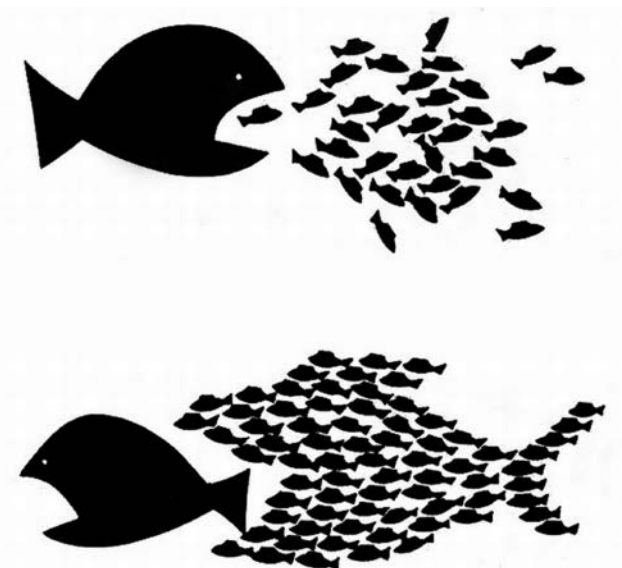
población manicomial, sino al conjunto de la población, el giro individual del discurso neoliberal y la voracidad del mercado terminó por medicalizar o psicologizar todo tipo de sufrimiento psíquico. Los problemas de salud mental se descontextualizan de sus raíces sociales o políticas y son dejados en manos de expertos y técnicas que tratan de reparar al individuo. Técnicas en muchos casos de dudosa eficacia, cuando no contraproducentes, generadoras de narrativas de enfermedad, de un incremento de la demanda en las consultas de los servicios y del enorme gasto en psicofármacos.

A MODO DE CONCLUSIÓN

En el presente trabajo se ha tratado de contextualizar el discurso dominante de la psiquiatría y de las ciencias “psi” dentro de la razón neoliberal. Este discurso sobre el sufrimiento psíquico debe entender por tanto en una doble lógica, por un lado como producto coherente del contexto socioeconómico en el que se desarrolla y por otro lado como elemento justificador de propia ideología. El sufrimiento psíquico entendido exclusivamente como producto individual de una mente o un cerebro averiado actúa como coartada científica para evitar situarlo también en el espacio social y lo político. El paro, la exclusión, los desahucios, la precariedad y las nuevas formas de alienación en el trabajo, el machismo afectan al individuo, pero su raíz es política. La respuesta asistencial individual al sufrimiento psíquico es insuficiente. En último término lo psicológico es político y son las acciones colectivas las que nos pueden sacar de esta trampa del individualismo de la razón neoliberal.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Laval C, Dardot P. La nueva razón del mundo. Editorial Gedisa. Barcelona 2013.
- (2) Han BC. Psicopolítica. Editorial Herder. Barcelona 2014.
- (3) Johnson S. ¿Quién se ha llevado mi queso? Como adaptarnos a un mundo en constante cambio. Editorial Empresa Activa 1998.
- (4) Informe de la Asociación Madrileña de Salud Mental sobre la Atención de Salud Mental en Madrid. Septiembre de 2014. <https://amsm.es/2014/09/18/informe-de-la-amsm-sobre-la-atencion-de-salud-mental-en-madrid-septiembre-2014/>
- (5) Viola S, Moncrieff J. Claims for sickness and disability benefits owing to mental disorders in the UK: trends from 1995 to 2014. *BJPsych Open* (2016) 2, 18-24. doi: 10.1192/bjpo.bp.115.002246.
- (6) Fernando Pérez del Río. Desigualdad económica y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 2013, vol. XI, no 45: 66-74.
- (7) Vijaya Murali, Femi Oyeboode. Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment* (2004), vol. 10, 216-224
- (8) Sennett R. La corrosión del carácter. Barcelona: Anagrama. Colección Argumentos, 2010.
- (9) Beck U. La sociedad del riesgo global. Editorial siglo XXI, 2006.
- (10) Rose N, Abi-Rached, JM. Neuro. The new Brain Sciences and the management of the mind. Princeton University Press, 2013.
- (11) Ortiz Lobo A, Mata Ruiz I. Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. *Atopos* 2004; 2: 15-22. http://www.atopos.es/pdf_03/yaesprimavera.pdf
- (12) Mata Ruiz I, Ortiz Lobo A. Industria farmacéutica y psiquiatría, *Revista de la AEN*, 2003, 86. <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15839>.



Fuente: misamajicdotcom.wordpress.com

NUEVAS PERIFERIAS EN TIEMPOS NEUROLIBERALES*

Marta Carmona Osorio



Fuente: wikipremed.com

Un fenómeno recorre las consultas de entrada a las redes de salud mental y recibe múltiples nombres: trastorno mental menor, códigos Z, trastorno adaptativo, síndromes ansioso-depresivos y en general lo que de forma común se podría llamar “el malestar psíquico experimentado por las personas mentalmente sanas”. El trastorno mental grave, heredero actual del concepto moderno de “locura” (ya sea en su versión “psicótica” o en su versión “trastornos de personalidad”), continúa presente en las consultas, progresivamente más arrinconado en tiempo y recursos, sin que su prevalencia haya disminuido y con importantes dudas acerca de si su papel respecto a la comunidad ha mejorado con los años más allá de lo nominativo; con campañas anti-estigma de cuestionable eficacia (cuando no contraproducentes)¹ y la terca persistencia del estereotipo “enfermedad mental = violencia” es razonable dudar que la sociedad haya asimilado mejor a los locos de lo que lo hacía hace cien años.

Existe controversia en torno a esos “trastornos mentales menores”. Por una parte una facción de los profesionales apuesta por una línea terapéutica basada en emplear los códigos Z como no-diagnóstico para estos fenómenos, haciendo hincapié en desmedicalizar/ despsiquiatrizar/ despsicologizar su abordaje y poder aplicar una prevención cuaternaria; por otra parte otra facción profesional apuesta por diagnósticos meramente clínicos aplicando los criterios de los manuales diagnósticos ateóricos, aculturales y ahistóricos escindidos del contexto sociocultural del sujeto. De este modo Susana, que desde hace meses llora, siente menor energía de la habitual, y presenta inquietud en contexto de situación de desempleo de más de tres meses o de amenaza de ERE en la empresa en la que trabaja podrá recibir un diagnóstico de trastorno adaptativo, de episodio depresivo moderado o un código Z dependiendo del profesional que la atienda y de la forma de entender la psiquiatría/psicología clínica que se aplique.

“... campañas anti-estigma de cuestionable eficacia (cuando no contraproducentes) y la terca persistencia del estereotipo ‘enfermedad mental = violencia’...”

Pese a la progresiva mayor presencia de trastorno mental menor en las consultas, los circuitos de rehabilitación psicosocial siguen reservados para personas diagnosticadas de trastorno mental grave. Destinados a favorecer la permanencia/reinclusión de las personas diagnosticadas de trastorno mental grave en la comunidad, cuentan con la rehabilitación laboral como uno de sus pilares fundamentales. Asumiendo que un porcentaje de las personas diagnosticadas de TMG no podrán realizar dicha actividad y precisarán una incapacidad laboral absoluta, se apuesta porque aquellos en quienes la actividad laboral supondría un beneficio clínico y psicosocial, tengan a su disposición herramientas para ello. Y aparte de los centros de rehabilitación laboral destinados a adquirir/recuperar esas habilidades y el empleo protegido derivado de esos centros, en nuestro contexto aparece la figura del “empleo abierto”², con diversas cuotas de trabajadores con algún tipo de discapacidad³ en las empresas

* Publicado originalmente en el Boletín nº 1 “Desigualdades sociales en salud” del Colectivo Silesia, disponible en www.colectivosilesia.net

1) Ortiz Lobo, Alberto e Ibáñez Rojo, Vicente. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. Rev. Esp. Salud Pública 2011. 85:513-523.

2) Laloma García, Miguel. Empleo protegido en España. Análisis de la normativa legal y logros alcanzados. Colección Telefónica accesible nº3. 2007. Disponible en <http://www.cermi.es/es-ES/ColeccionesCermi/TelefonicaAccesible/Lists/Coleccion/Attachments/21/Empleo.pdf> [Consultado en abril de 2017]

3) Nota de prensa del Instituto Nacional de Estadística. El empleo en las personas con discapacidad. Explotación de la encuesta de población activa y de la base estatal de personas con discapacidad. Año 2014. Disponible en <http://www.ine.es/prensa/np956.pdf> [Consultado en abril de 2017]

ordinarias o en las administraciones públicas. Para el acceso a este tipo de empleo es preciso un certificado de discapacidad superior al 33%; fácilmente obtenible con un diagnóstico de TMG. De este modo Claudia, que desde hace más de diez años atraviesa épocas, principalmente en condiciones de estrés, durante las cuales su pensamiento se rompe y aparece un delirio paranoide que le hace creer que todo su entorno está en su contra e intenta envenenarla, tiene acceso a un régimen de empleo en el cual su puesto de trabajo es más fácilmente adaptable. Las ILTs que eventualmente necesite no resultan disruptivas para el centro en el que trabaja y a cambio de su contratación el estado otorga beneficios fiscales a su empleador basados en la idea de remunerar la creación de un puesto de trabajo lo menos hostil posible para Claudia.

Ahora bien, a la par que se observa una tendencia creciente de trastorno mental menor en las consultas, también se empieza a ver que con esos diagnósticos de síndrome ansioso-depresivo secundario a conflictividad laboral, etc, en ocasiones se obtiene un certificado de discapacidad del mínimo necesario para acceder a esos beneficios. Aunque para acceder a este tipo de empleos sólo sea preciso presentar el certificado de discapacidad es relativamente frecuente que los empleadores soliciten informes clínicos. De hecho no es legal que lo hagan, pero pasa. Y ahí se pone en marcha un fenómeno que nos inquieta. Ante iguales beneficios fiscales y en una sociedad que continúa estigmatizando la locura, con frecuencia el empleador escoge al trabajador con un 33% de discapacidad diagnosticado de síndrome ansioso-depresivo frente al diagnosticado de esquizofrenia paranoide con un 56%. El empleador contrata antes a Susana que a Claudia.

No se trata de discutir si sufre más Claudia o Susana. Al margen de sus diagnósticos la experiencia subjetiva de cada una es sagrada, y lo subjetivo⁴ no se puede clasificar en porcentajes y etiquetas (por mucho que se haga). Se trata de pensar si tiene sentido que un mecanismo social de inclusión de personas con dificultades intrínsecas se utilice para paliar consecuencias propias del sistema que no se darían en caso de bonanza económica. Si realmente es necesaria una rehabilitación psicosocial de alguien que está triste porque el sistema productivo/laboral de su país se ha basado en una burbuja especulativa ya pinchada, por muy profunda que sea esa tristeza; o si lo que se necesita es un cambio en las políticas de empleo.

En un contexto en el que los sindicatos tienen datos mínimos de afiliación, en el que las respuestas ante las reformas laborales, cada vez menos proteccionistas, son más tenues (probable-

mente por miedo a las represalias), la psiquiatrización/psicologización del sufrimiento asociado a las carencias del sistema productivo aboca a respuestas clínicas y terapéuticas que, por definición, se alejan de la raíz del problema y probablemente resulten iatrógenas.

A su vez cabría discutir la necesidad de crear redes especiales para personas con trastorno mental grave si esto implica negar el origen social de su sufrimiento. Que la forma de expresar el malestar de Claudia en el día a día sea menos frecuente y más extravagante no quita que el origen de su sufrimiento sea la soledad, el miedo, la falta de redes comunitarias, etc. Una sociedad justa aceptaría la diferencia de la subjetividad de Claudia y le permitiría incluirse en lo común, pese a su diferencia.

Ahora bien, en un momento histórico en el que lo comunitario se desmantela, el cuidado se esconde y privatiza y las relaciones humanas continúan atravesadas por una heteronormatividad castrante parece arriesgado renunciar a las herramientas de inclusión, laboral en este caso, creadas precisamente para construir una sociedad respetuosa e inclusiva con las personas diferentes y para que éstas obtengan la mayor autonomía posible. Las maniobras de creación de empleo para personas con trastorno mental grave (y el propio concepto de trastorno mental grave) deberán extinguirse pero porque ya no sean necesarias, no porque hayamos pervertido su uso original. Las consultas de salud mental no pueden convertirse en un filtro para el acceso a la protección social. Si entendemos que Claudia y Susana merecen la misma ayuda y una consulta no es lugar para juzgar quién la merece más (razonamiento más que lícito) y ponemos los mismos recursos al alcance de las dos, en una sociedad que oprime a Claudia frente a Susana (Susana es *normal* y Claudia no) reproduciremos esa opresión. Justo en el lugar creado para paliarla.



4) Martín, Laura. Subjetivismo crítico, una respuesta a los manuales diagnósticos. Boletín nº 37 AMSM Otoño 2014

¿DEL ABUSO PSIQUIÁTRICO AL ABANDONO PSIQUIÁTRICO?*

Helen Spandler

(Traducción: Andrés Suárez Velázquez)



Fuente: mentalhealth.freeuk.com

*“... los radicales sobre-enfatizaban el
abuso psiquiátrico a expensas
del uso psiquiátrico”*

*“Los supervivientes de la psiquiatría
nunca han sido el grupo oprimido de
moda, la psiquiatría como tal sí
ha sido una diana fácil...”*

Cuando la revista *Asylum* vio la luz en 1986 yo estaba inmersa en lo que se conocía como “literatura antipsiquiátrica”. No me involucré en *Asylum* hasta unos pocos años después, pero ya entonces contemplaba con reticencias el Sistema de Salud Mental.

Mi padre había estado ingresado en el hospital psiquiátrico local, y se encontraba sin trabajo por sus problemas crónicos de salud mental. No creo que su muerte se produjera al margen de la psiquiatría. La relación entre la diabetes y el ictus que sufrió y algunos psicofármacos es bien conocida, y sus quejas somáticas solían achacarse a sus problemas de salud mental. Mi hermano ha tenido contactos periódicos con el sistema psiquiátrico durante unos 30 años —más de una docena de ingresos, la mayor parte de ellos de forma involuntaria, en unidades de agudos e incluso un Tratamiento Ambulatorio Involuntario¹. Yo misma he sufrido junto con mi familia y amigos a lo largo de los años. Durante este tiempo he intentado ser una buena aliada, defensora de los derechos de pacientes, profesional de salud mental, profesora e investigadora.

Así que, ¿qué es lo que ha cambiado en todos estos años? Aún creo en aproximaciones alternativas a la locura y el malestar psíquico, pero quiero centrarme en algunas verdades incómodas en relación a las políticas antipsiquiátricas de hoy en día. Después de todo, discutir temas polémicos fue siempre el enfoque de la revista *Asylum*. Nadie representaba más este espíritu que nuestro co-fundador, el ya fallecido Alec Jenner.

Cuando *Asylum* empezó, los seguidores de la antipsiquiatría y el movimiento de usuarios/supervivientes que estaba surgiendo estaban, como es natural, concienciando sobre los abusos psiquiátricos. Sin embargo, críticos como Peter Sedgwick ya nos advertían de que los radicales sobre-enfatizaban el abuso psiquiátrico a expensas del uso psiquiátrico. Creo que no le faltaba razón y explicaré por qué.

Nada hay más excitante para un joven radical que desafiar al opresor de turno e identificarse con sus víctimas. Es un buen instinto, incluso si en muchas ocasiones significa simplificar en exceso (en relación a los últimos sucesos relacionados con la transfobia). Los supervivientes de la psiquiatría nunca han sido el grupo oprimido de moda, la psiquiatría como tal sí ha sido una diana fácil: siempre en el punto de mira, etiquetando personas como “locas” o “mentalmente enfermas”, encerrándolas contra su voluntad y dándoles medicación y electrochoques. En este contexto las historias de resistencia son fascinantes: falsear la normalidad, escaparse del hospital, así como otras formas de resistencia psiquiátrica.

Aunque estas historias son seductoras, es posible que estemos entrando en una nueva fase de resistencia psiquiátrica en el Reino Unido. Esto se relaciona con un cambio de paradigma más amplio —de abuso psiquiátrico al abandono psiquiátrico.

* Publicado originalmente en “*Asylum*”, 23.2; en www.asylumonline.net

1) En inglés, *Community Treatment Order*, el equivalente británico.

No estoy sugiriendo que los abusos psiquiátricos ya no sean importantes. Ni que se trate de una falsa dicotomía, es decir, escoger entre enfrentarse al abuso o enfrentarse al abandono. Necesitamos hacer ambas cosas. Sin embargo, creo que este cambio de paradigma es importante para entender en dónde enfocar nuestras energías; para cambiar el futuro necesitamos ver el presente con claridad.

A pesar de temores respecto a una creciente “psiquiatrización” de la vida cotidiana y en contra de la opinión popular, no es tan fácil ser psiquiatrizado hoy en día. En el Reino Unido, al menos, estamos bastante lejos del escenario en el que “decir que tienes voces hará que te encierren”, como inmortalizó el clásico estudio de Rosenhan et al. “Estar Cuerdo en Lugares Dementes”². Es cierto que hemos contemplado una ampliación de las categorías psiquiátricas y un incremento de la medicalización y del enfoque individual de problemas humanos complejos; este argumento ya lo conocemos.

Pero aun así el etiquetado psiquiátrico no conlleva automáticamente una intervención o apoyo psiquiátricos/psicológicos (al margen de una medicación cada vez más delegada en los médicos de cabecera y gestionada por el propio paciente). Por desgracia, para recibir atención por los servicios de Salud Mental o de Trabajo Social el etiquetado psiquiátrico ahora mismo es condición necesaria pero ciertamente no suficiente. Esto se da especialmente en el caso de un sistema de Salud Mental mal financiado, con recortes de personal y rígido.

Es cierto que las tasas de ingreso y tratamientos involuntarios están en aumento. Esto es muy preocupante, pero debe ser visto en un contexto más amplio. Hoy por hoy es realmente difícil conseguir una cama en una unidad psiquiátrica, más aún como paciente “voluntario”. En ocasiones, los profesionales de Salud Mental pueden sentir que la única forma de asegurar que se provea a un usuario de un recurso de crisis es usar la Ley de Salud Mental. Y, en la misma línea, puede ser dificultoso conseguir una cita con un psiquiatra, o cumplir criterios para acceder a los servicios de Salud Mental. Siempre, claro está, que uno no pague por el servicio en el ámbito privado o que sea considerado como un riesgo serio e inminente para sí o para terceros.

Los Tratamientos Ambulatorios Involuntarios suelen ser vistos como un mecanismo de coerción para que el individuo cumpla con el tratamiento (lo que, por supuesto, son). Sin embargo, hay pruebas de que están siendo utilizados para forzar a los dispositivos a prestar asistencia. En el sistema actual, en el que los trabajadores deben suministrar justificación escrita para mantener la continuidad del cuidado, este tipo de medidas

pueden ser utilizadas de forma cada vez más frecuente para poner parches al sistema. Después de una sostenida resistencia a la introducción de Tratamientos Ambulatorios Involuntarios, parece una extraña ironía que su uso estratégico se convirtiera en una nueva forma de resistencia.



Fuente: primeravocal.org

Esto me recuerda a los debates sobre los equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario² en los años 90. Muchos los denominaron de “Tratamiento Agresivo Comunitario” ante la preocupación de que algunos pacientes fueran acosados por profesionales de Salud Mental. Ahora es difícil encontrarse a un profesional de Salud Mental, aún más ser visitado por uno. Todo esto significa que en lugar de encontrar la resistencia en el “falsear la normalidad” (por ejemplo, en relación a favorecer un alta hospitalaria), nos enfrentemos con la perversa situación en la que las personas puedan tener que exagerar su locura y hacer hincapié en su peligrosidad para poder acceder y mantener servicios de Salud Mental. Esto es muy preocupante.

Los años 70 y 80 estuvieron marcados por la creación de sindicatos y comités de pacientes en hospitales psiquiátricos, muchas veces para solicitar las altas o para protestar contra el confinamiento y los tratamientos. Ahora, grupos de usuarios se encuentran luchando para mantener plantas psiquiátricas abiertas e incluso solicitando ingresos y tratamientos. Si bien esto no es nuevo —en ocasiones grupos de usuarios lucharon también para mantener abiertos los antiguos hospitales—, la situación es cada vez más amargamente irónica. Algunos argumentan que estos grupos de usuarios son retrógrados, provincianos y tienen “falsa conciencia”. Aún así, sin ninguna alternativa genuina al sistema de Salud Mental dominante, es

2) En inglés, Community Outreach Team.

pecialmente en los momentos de crisis, no es sorprendente que algunos usuarios parezcan pedir más en vez de menos psiquiatría.

El actual movimiento de usuarios/supervivientes está dividido en estos temas. Mostrándolo crudamente, algunos creen en la abolición del sistema psiquiátrico y perciben en cualquier recorte en la provisión de recursos psiquiátricos un paso adelante en la lucha por la liberación. Otros piden más y mejores servicios de psiquiatría. Muchos están de acuerdo en que harían falta más apoyo y comprensión y alternativas reales. Claro que el movimiento de usuarios/supervivientes ha solicitado de forma consistente alternativas. Hay un número de desarrollos prometedores a este respecto en el Reino Unido, como Soteria y algunas iniciativas lideradas por supervivientes. Sin embargo, estos proyectos habitualmente requieren de los constantes esfuerzos de unos pocos, permaneciendo invisibles para la mayoría.

Es fácil decir “basta con escuchar a los usuarios y supervivientes”. Sin embargo, con esta diversidad de puntos de vista y de experiencias, no es suficiente con prestar atención a aquellos a los que apoyamos. Es necesario escuchar con calma y profundidad —a aquellos que quieren abolir la psiquiatría, y a los que quieren mantenerla y mejorarla. En el fondo, sospecho, no están tan lejos unos de otros.

Hace 30 años estábamos debatiendo acerca de los cuidados postmanicomiales. ¿Cómo sería la red comunitaria? ¿Sería adecuado? ¿Qué podemos aprender de la experiencia italiana en la “Psiquiatría Democrática”? Quizás estamos ahora en una fase de cuidado “post-comunitario”. Si la era manicomial significaba abuso psiquiátrico, ¿será la era de la recuperación sinónimo de abandono psiquiátrico? Ciertamente recuperación (*recovery*) cada vez se usa más como una justificación para no ofrecer apoyo y servicios comunitarios.

Puede que quizás, solamente quizás, esto no sea algo malo. Quizás, como el título del libro de Liz Sayce, es parte de una progresión “de paciente psiquiátrico a ciudadano”. Después de todo, gente como Franco Basaglia argumentaba que los dispositivos comunitarios son solamente un paso transicional en el camino hacia la igualdad completa y la liberación. Quizás nos forzará, como sociedad, a verdaderamente abrazar la locura y la angustia. Quizás los usuarios supervivientes serán libres para desarrollar sus propios sistemas de apoyo, lejos de la psiquiatría estatal. Con suerte veremos una proliferación de genuinas “alternativas”.

En lugar de ser expulsada hacia los guetos de salud mental, quizás la locura sea popularizada (como casi todo en estos

tiempos). Puede que este sea el culmen ideal del proyecto neoliberal. O quizás es el verdadero significado de la “locura el mercado”: cada uno a lo suyo, sin responsabilidad colectiva con aquellos que lo necesitan. ¿Pondríamos la mano en el fuego al decir que podríamos hacer un mejor trabajo que los profesionales “psi” a los que tan rápidamente condenamos? ¿Tenemos, como individuos, familias y comunidades los recursos, capacidades y humanidad?

No tengo respuestas fáciles. Sé que coexistir con gente que experimenta estados extremadamente alterados, psicosis o pensamientos suicidas es necesario pero nunca fácil. Puede ser cansado, estresante, y muchas ocasiones terrorífico. No creo que esto deba ser fácilmente reducido al “estigma” o al “cuerdismo”. Todo lo contrario; se trata de negociar las complejidades y vaguedades de ser humano. A lo largo de los años, he visto mucha grandilocuencia y muchos posicionamientos radicales, pero (salvo notables excepciones) una atención insuficiente para los desafíos que esta tarea presenta.

Una cosa parece clara. Después de 30 años aún necesitamos foro como la revista *Asylum* para discutir estos temas tan abierta y honestamente como podamos.



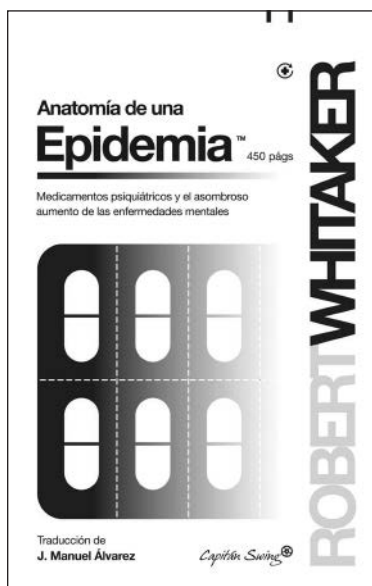
Fuente: asylumonline.net

a propósito de...

ANATOMÍA (INCOMPLETA) DE UNA EPIDEMIA*

Iván de la Mata Ruiz

Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental, Leganés (Madrid)



Portada: Anatomía de una Epidemia

Robert WHITAKER (2015), *Anatomía de una epidemia: medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*, Madrid, Capitán Swing, ISBN 978-84-943816-7-6, 448 páginas.

Se publica en 2015 en España la traducción del libro del periodista científico Robert Whitaker de 2010 *Anatomy of an Epidemic. Magic bullets, psychiatric drugs and the astonishing rise of mental illness in America* (1) de la mano de la editorial Capitán Swing y con la traducción de José Manuel Álvarez. Anatomía de una epidemia ganó el premio al mejor libro de 2010 de la Asociación de Reporteros y Editores de Investigación.

El libro de Whitaker se debe encuadrar en una línea de pensamiento crítico que ha florecido en los últimos años acerca de las hipótesis que han presidido el desarrollo de la psicofarmacología moderna, la reorientación de la práctica y teoría psiquiátrica dominante dentro de un modelo biomédico reduccionista y la influencia de los intereses comerciales en la expansión de este discurso. Autores como Joanna Moncrieff, David Healy, Irvin Kirsch o Daniel Carlat son ejemplos de esta línea crítica, aunque por desgracia no han sido suficientemente traducidos.

La publicación en español llega cinco años después de su primera edición en inglés, y, al igual que sucedió en Estados Unidos, ha suscitado una respuesta enconada del *establishment* psiquiátrico, que se ha sentido obligado a salir en “defensa de la psiquiatría”. “Psiquiatría sí, naturalmente” (2) se titulaba, por ejemplo, el artículo de uno de estos líderes de nuestra profesión. Esta necesidad de “defender” la psiquiatría, resucitando el fantasma de la antipsiquiatría, da una buena idea tanto de la identificación que ciertos sectores de la profesión hacen entre psicofarmacología y psiquiatría como de su postura acrítica con respecto a la industria farmacéutica, de la que muchos hubiéramos deseado que también nos defendieran. Porque, se esté más o menos de acuerdo con la línea argumental o con la interpretación que hace de los datos, el libro de Whitaker no es un alegato antipsiquiátrico, sino una vindicación de otra forma de aproximarse a los problemas de salud mental.

Periodista y escritor estadounidense, Whitaker escribe principalmente sobre medicina, ciencia e historia. Fue redactor médico en el Albany Times Union de 1989 a 1994. En 1992 trabajó como periodista científico en el MIT, y después como director de publicaciones en la Escuela de Medicina de Harvard. En 1994 fue cofundador de una empresa editorial, CenterWatch, que cubría los aspectos financieros del desarrollo de los nuevos fármacos y cuyos lectores eran las compañías farmacéuticas, las universidades, las empresas médicas y Wall Street. CenterWatch fue adquirida posteriormente por Medical Economics, una división de The Thomson Corporation. En 1998 Whitaker inició su aproximación a la psiquiatría al investigar una serie de ensayos clínicos con pacientes psiquiátricos; principalmente, se trataba de estudios en los que se retiraban los antipsicóticos a pacientes con esquizofrenia y estos recaían,

“... ha suscitado una respuesta enconada del *establishment* psiquiátrico, que se ha sentido obligado a salir en ‘defensa de la psiquiatría’”

“... no es un alegato antipsiquiátrico, sino una vindicación de otra forma de aproximarse a los problemas de salud mental”

* Publicado originalmente en Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2016; 36 (130): 539-548. doi: 10.4321/S0211-57352016000200015

lo que a sus ojos no era ético, ya que estos fármacos eran considerados esenciales, como “la insulina para la diabetes”. Por estos artículos publicados en el Boston Globe fue finalista del premio Pulitzer de Servicio Público. Whitaker, por tanto, comenzó su andadura en el campo de la psiquiatría siendo un “creyente” en la narrativa dominante: un discurso triunfal que nos cuenta cómo la psiquiatría, desde la revolución psicofarmacológica de los años 60, ha logrado acercarse cada vez más al conocimiento de las causas biológicas de las enfermedades mentales y ha desarrollado fármacos cada vez más específicos y eficaces para su tratamiento.

Pero el creyente Whitaker se topó con datos y estudios que no encajaban en esta narrativa triunfal de la “ciencia psiquiátrica”; estudios de la Universidad de Harvard (3) de mediados de la década de los 90 que concluían que el pronóstico de los pacientes diagnosticado de esquizofrenia no había mejorado en los 20 años precedentes o el estudio internacional de la OMS (4) que apuntaba que los pacientes de países en vías de desarrollo reciben menos tratamiento y tienen un mejor funcionamiento social. A esto se añadieron los datos de consumo de psicofármacos y del incremento de las pensiones por problemas de salud mental para finalmente encontrarse con un puzle de piezas que no encajaban en el molde oficial; ello le llevó a explorar la validez de esta narrativa y a ser uno de sus críticos más incisivos y mediáticos, recopilando sus ideas en los libros *Mad in America* (2001), *Anatomy of an Epidemic* (2010) y el más reciente *Psychiatry Under The Influence* (2015). Así, en las páginas iniciales de *Anatomía de una Epidemia* Whitaker lanza la siguiente hipótesis: “¿Podría ser que el modelo de atención basado en el tratamiento farmacológico estuviera alimentando la actual epidemia de enfermedades mentales?”.

En otras palabras, Whitaker se pregunta si el propio tratamiento farmacológico podría estar empeorando el pronóstico de las enfermedades y contribuyendo a su cronificación. Esta pregunta pertinente no es novedosa; se puede rastrear en la propia literatura psiquiátrica desde la aparición de los modernos psicofármacos, si bien su capacidad de generar discurso y prácticas ha sido marginal. Es interesante señalar cómo la intención de este libro es cuestionar la racionalidad y la eficacia de la tecnología psicofarmacológica, pero no la validez de los constructos diagnósticos, su historicidad o la fragilidad epistemológica del modelo reduccionista biomédico vigente. Otra cosa es que, al cuestionar la narrativa psicofarmacológica, se abran nuevas preguntas acerca de este modelo biomédico, construido en torno a esta narrativa. En este sentido, cabe decir pues que Whitaker sostiene más un discurso crítico frente a las prácticas psiquiátricas que un discurso “antipsiquiátrico”.

LA EPIDEMIA

En su investigación, Whitaker recurre a la retórica y la lógica sobre las que se construye el discurso científico. Comienza con una serie de casos o testimonios de personas acerca de la evolución de sus trastornos y su relación con la medicación y las prácticas psiquiátricas, para a continuación analizar los datos de la literatura científica acerca de la validez y eficacia del relato oficial de la psiquiatría. Utilizar esta retórica científica tiene un peaje: la complejidad se tiene que reducir a una sola hipótesis a refutar. En ese sentido, reducir la complejidad del pronóstico de las enfermedades mentales a la influencia de una sola variable, el tratamiento farmacológico, deja fuera del análisis cuestiones cruciales de orden sociopolítico que el autor reconoce, pero por las que pasa de soslayo en apenas una página. Por ejemplo, como le señalan sus críticos, cuando toma como punto de partida la correlación entre el incremento del número de pacientes con discapacidad por enfermedad mental en Estados Unidos (que se triplicó entre 1987 y 2007) y el espectacular aumento en el consumo de psicofármacos habido en el mismo periodo, Whitaker obvia el posible efecto de la políticas neoliberales que se implementaron en la década de los ochenta en su país —que recortaron prestaciones sociales, transformaron el mercado laboral y llevaron a muchas personas a solicitar pensiones por enfermedad para asegurar su supervivencia (5)— o de la medicalización de la sociedad promovida por el crecimiento de los diagnósticos. En *Recovery from Schizophrenia*, su libro de 1985, Richard Warner ya mostró que para apreciar los factores que influyen en el curso y el pronóstico de las personas diagnosticadas de esquizofrenia —y para ver lo que ha configurado la ideología psiquiátrica y la respuesta social a estas personas— es necesario aventurarse en el terreno de la sociología, la antropología, la historia, la economía, la psicología social, etc., y, en definitiva, en el orden político (6). Esta reflexión, que puede extenderse al conjunto de las construcciones diagnósticas, constituye una tradición crítica con la ideología psiquiátrica que puede rastrearse tanto en las discusiones internas de la profesión como en los análisis externos de las ciencias humanas. Pero este discurso crítico, que incide en las condiciones materiales y sociales de vida de las personas con enfermedad mental, no aparece reflejado en el libro de Whitaker.

En mi opinión, el libro tampoco aborda con suficiente profundidad los efectos discursivos del relato biomédico sobre la subjetividad, cuestión que se aprecia con nitidez en los testimonios de pacientes entrevistados. Cuentan los pacientes cómo, a edades tempranas, se les decía que tenían una enfermedad crónica debida a un problema en los neurotransmisores y que debían tomar medicación de por vida. Aparte de

los efectos sobre el cuerpo de la medicación, cabe preguntarse por la influencia de este discurso determinista cuando es introyectado. De hecho, algunos de los relatos de recuperación de los pacientes (que coinciden con los de algunos estudios de seguimiento) no solo pasan por el abandono o la reducción de la medicación, sino por su rechazo tanto a la conceptualización de su sufrimiento en términos biomédicos como al propio tratamiento que ofrece el sistema.

Se podría decir que, paradójicamente, el trabajo de Whitaker se enmarca en una suerte de reduccionismo biológico inverso que atribuye la epidemia de enfermedades mentales y su cronificación principalmente al efecto de la medicación sobre el cuerpo. Este factor es de suma importancia, pero no es el único. Lo que aporta Whitaker es una pieza más, fundamental para seguir construyendo el puzle, pero solo una pieza más.

EL DESEQUILIBRIO BIOQUÍMICO Y EL OCASO DE UNA METÁFORA

La racionalidad de la prescripción psicofarmacológica desde finales de los años 60 se basa en la idea de que los psicofármacos corrigen una alteración en la actividad de los neurotransmisores del sistema nervioso central, lo que se ha denominado la hipótesis del desequilibrio bioquímico. Siguiendo entre otros a Elliot Valenstein (7) o David Healy (8), Whitaker dedica varios capítulos del libro a deconstruir los fundamentos científicos de esta hipótesis, analizando las condiciones en que surgió y las causas de su persistencia. Se ha señalado repetidamente cómo la teoría del desequilibrio bioquímico parte de una falacia *post hoc* que concluye que si un fármaco actúa sobre un determinado neurotransmisor en un determinado cuadro clínico, este cuadro clínico se debe a algún problema con ese neurotransmisor. Las primitivas teorías de la dopamina en la esquizofrenia o las de la serotonina-noradrenalina en la depresión se fueron refinando con el tiempo, buscando la alteración en los receptores, en niveles moleculares, en nuevos transmisores o en combinaciones de ellos. Sin embargo, la realidad es que estas hipótesis no han sido nunca demostradas y que las pruebas distan mucho de ser concluyentes —cómo nos recuerda Valenstein, la correlación de un marcador biológico con un trastorno mental no prueba causalidad—. Actualmente, la etiología o fisiopatología de las enfermedades mentales sigue siendo tan desconocida como el mecanismo de acción de los psicofármacos.

No obstante, pese a la falta de fundamento científico, la teoría del desequilibrio bioquímico ha sido la “metáfora” que ha presidido la racionalidad de la técnica psicofarmacológica y

en la que se ha formado a los médicos y educado a la población. Whitaker utiliza el término *storytelling* (contar historias), ampliamente utilizado en el marketing, para dar cuenta de cómo una teoría sin fundamento se convierte en la narrativa dominante. Los actores que señala en su análisis son sobradamente conocidos. En primer lugar, la academia psiquiátrica aportó la legitimidad intelectual, ya que dio con una teoría que la situaba de nuevo en el campo de la medicina tras el dominio del psicoanálisis en EEUU y la crítica frontal de la antipsiquiatría. En segundo lugar, el National Institute of Mental Health (NIMH), el programa gubernamental de investigación, reorientó su investigación al campo biológico, dando el impulso institucional al modelo. En tercer lugar, las asociaciones de familiares, que se encontraban cómodas con estas nuevas teorías que desbancaban a las teorías psicoanalíticas o comunicacionales que las culpaban del origen de las enfermedades, aportaron la autoridad moral. Y, por último, la industria farmacéutica encontró tras el escándalo de las benzodiacepinas una teoría aceptable para vender sus productos y puso el dinero para financiar a las sociedades médicas, a sus publicaciones y a los líderes de opinión de la psiquiatría. La industria pasó así a controlar la investigación. En su poder están los datos que analiza, interpreta, relata y difunde magistralmente, tanto en el mundo profesional como fuera de él. De este modo, el *storytelling* del desequilibrio bioquímico se ha convertido en uno de los principales mensajes del marketing de las farmacéuticas y en la ideología dominante de la psiquiatría; el modelo biomédico se ha tornado biocomercial. El efecto de la narrativa del desequilibrio bioquímico es extraordinario: si los fármacos corrigen una alteración subyacente, son necesarios durante un tiempo prolongado, si no de por vida. Además, es necesario diagnosticar cuanto antes (a ser posible en la infancia) y detectar incluso las formas más leves de los trastornos para introducir el tratamiento que corrige la alteración y evitar una progresión de la enfermedad. Los efectos secundarios se justifican como el mal menor de un tratamiento imprescindible.

Whitaker nos ofrece otro *storytelling*, una narrativa alternativa al modelo dominante, para lo cual recurre a las propuestas de Steve Hyman. En el año 1996, Hyman, que fue director del NIMH, publicó un artículo seminal en el *American Journal of Psychiatry* (9) en el que explicaba que la acción de los psicofármacos, como cualquier sustancia psicoactiva, produce una alteración en los mecanismos homeostáticos de los neurotransmisores, un proceso de adaptación al fármaco, que, de administrarse crónicamente, puede generar cambios duraderos en el sistema nervioso central. El cerebro pasa a funcionar de una manera cualitativamente y cuantitativamente distinta a su estado normal, señalaba Hyman. Ya que no existen pruebas de una alteración de los neurotransmisores, los psicofármacos no

estarían corrigiendo ningún problema conocido en el cerebro de los pacientes, sino creando un funcionamiento anormal con consecuencias a largo plazo. En el libro de Whitaker se echa de menos una referencia a Joanna Moncrieff (10), la autora inglesa que más ha desarrollado las implicaciones prácticas de esta forma alternativa de entender el funcionamiento de los psicofármacos. Para Whitaker, la utilización a largo plazo de unas sustancias que producen daños en el cerebro solo estaría justificada si existe un claro beneficio frente a los riesgos. Y a responder esta cuestión dedica buena parte de su libro.

¿DAÑAN MÁS QUE BENEFICIAN LOS PSICOFÁRMACOS?

Para Whitaker, la psiquiatría se ha regido por el principio de beneficencia, basándose en una teoría falsa, la del desequilibrio bioquímico, que lo deslegitima e impide que el paciente pueda tomar decisiones de forma autónoma y bien informada. Ante esta debilidad del conocimiento psicofarmacológico, Whitaker nos recuerda, de alguna manera, que el principal principio ético en medicina es el de la no maleficencia, el *primum non nocere*. Y este es el punto de partida para el análisis de su evaluación de los riesgos y beneficios de los psicofármacos. Un punto de partida radicalmente opuesto al que nos ofrece el discurso “científico” de la psiquiatría corporativa (y del resto de la medicina), que sistemáticamente minimiza los daños y exagera los beneficios. Este análisis es el que pone en valor el libro de Whitaker y por el que este es criticado furibundamente.

Whitaker hace una revisión de la literatura científica para las distintas clases de psicofármacos (ensayos clínicos aleatorizados, estudios observacionales, de cohortes, de ciencia básica, etc.) tanto a corto como a largo plazo. Sobrepasa la capacidad de estas páginas hacer un análisis detallado de la exhaustiva literatura que maneja, pero muchas de las referencias estudiadas son de lectura obligada. De este modo, llega a varias conclusiones que se pueden resumir esquemáticamente del siguiente modo:

1. Los psicofármacos pueden producir efectos beneficiosos a corto plazo (por ejemplo, los neurolépticos en las crisis psicóticas), pero a largo plazo su eficacia disminuye y, como grupo, los pacientes que han dejado de tomarlos tiene mejor pronóstico que los que continúan en ellos (es lo que ocurre con los neurolépticos en la esquizofrenia).
2. Los efectos secundarios a largo plazo tanto físicos (metabólicos, neurológicos, dependencia, disfunciones sexuales, etc.) como mentales (embotamiento emocional, problemas cognitivos, etc.) empeoran la calidad de vida de los pacientes

y acortan su esperanza de vida. Es decir, a largo plazo los daños superan a los beneficios, por lo que se deberían dar el menor tiempo posible o buscar alternativas antes de darlos.

3. Muchas de las recaídas que se observan podrían explicarse por un fenómeno de retirada del fármaco por el proceso de neuroadaptación que ha sufrido el cerebro ante la presencia prolongada de una sustancia psicotropa que ha roto sus mecanismos naturales de funcionamiento (por ejemplo, las psicosis por hipersensibilidad a los neurolépticos o la disforia tardía secundaria a los antidepresivos). En otras palabras, pueden empeorar la enfermedad que están intentando tratar.
4. Fármacos indicados para un determinado trastorno pueden producir otro y al no ser interpretado de esta manera, inducen una cascada de nuevos diagnósticos y nuevas medicaciones (por ejemplo, los cuadros hipomaníacos inducidos por antidepresivos o estimulantes que son diagnosticados como trastornos bipolares).

Esta es la osadía de Whitaker, un periodista, un *outsider*, que interpela a la psiquiatría académica con sus propias herramientas de poder lingüístico: el lenguaje de los datos y sus interpretaciones discursivas. Como podemos ver en todas las referencias del libro, las preguntas, las hipótesis, las interpretaciones, etc., en definitiva, el germen del texto que recompone Whitaker, existe dentro del propio ámbito de la psiquiatría, pero ha sido reiteradamente marginado por cuestionar el discurso psicofarmacológico oficial y el reduccionismo biomédico que domina la especialidad. Se le acusa con frecuencia de exagerar en sus conclusiones, de hacer una selección y una interpretación sesgada de la literatura científica de manera que confirme sus ideas previas. Las críticas a sus conclusiones han venido tanto desde la psiquiatría “corporativa” como desde psiquiatras con una perspectiva más crítica con el uso actual de los psicofármacos como Allen Frances (11) o Daniel Carlat (5, 12), a los que Whitaker contestó desde su blog *Mad in America* (13). El debate, público en las redes sociales, es suficientemente interesante como para dedicarle un rato a leerlo. Probablemente, no les falte algo de razón a sus críticos, que inciden sobre todo en cuestiones de análisis metodológico, aunque las preguntas pertinentes que lanza Whitaker quedan sin contestar. Las interpretaciones que hace son discutibles y algunos postulados son también especulativos o, como he señalado antes, paradójicamente reduccionistas, pero no son menos sesgadas que aquellas a las que interpela. A Whitaker se le debe leer como un contrapunto imprescindible a la ideología dominante. Y sobre todo nos hace pensar, nos pone frente a frente con nuestro desconocimiento de la racionalidad de las prácticas farmacológicas actuales, de las limitaciones de la metodología investigación y de la legitimidad del conocimiento.

Otra cuestión poco atendida en el libro es la repercusión del consumo de psicofármacos en los sistemas nacionales de salud. Whitaker tiene una perspectiva de análisis individual, desde el consumidor, y eso hace que las implicaciones que tiene la centralidad del abordaje psicofarmacológico, con su creciente gasto, en detrimento de inversiones en intervenciones psicosociales, no sean analizadas, cuando son un elemento clave para entender la falta de desarrollo de los programas comunitarios.

WHITAKER Y LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO

Cómo señala David Healy, el debate científico honesto sobre la psicofarmacología está silenciado o bien ha quedado confinado en los muros de la “academia”, donde es perfectamente inocuo. El conocimiento científico traducido en verdades pragmáticas, en tecnologías aplicadas, no es ajeno a las fuerzas políticas, económicas y sociales en las que se conforma. El conocimiento legitima a los grupos de poder y los grupos de poder dictan lo que es conocimiento. Poco importa el debate científico intramuros si finalmente lo que se impone es la maquinaria de creación y comunicación de la industria farmacéutica. Whitaker desafía la legitimidad de este poder académico-corporativo para dictar en exclusividad lo que es la “ciencia” psicofarmacológica. Nos muestra cómo este proceso de construcción social de la tecnología psiquiátrica y psicológica ya no puede hacerse sin contar con las personas que toman los fármacos, que, organizados como sujetos políticos, reclaman la legitimidad de su conocimiento por experiencia. Y esto no es una situación exclusiva de la psiquiatría, sino algo que atraviesa el conjunto de la medicina. Cómo no, la primera en darse cuenta de la importancia que iban a tener los “consumidores” en este ámbito fue la propia industria farmacéutica, que ha dirigido sus esfuerzos en los últimos años a intentar controlar el discurso de los usuarios –véase, por ejemplo, su intento de colonizar el discurso de la recuperación (14) o del estigma de las enfermedades mentales (15)–. Este es el nuevo campo de batalla, en el que está en juego que la salud siga o no expropiada por parte de las industrias farmacéuticas y tecnológicas y sus aliados en la profesión. Este es el nuevo contexto en el que nos movemos, lo quiera o no la “academia” psiquiátrica.

Para los profesionales, el libro de Whitaker, con todos sus sesgos y limitaciones, es una referencia imprescindible para mantener abierto el espíritu crítico con nuestras prácticas farmacológicas. Para los responsables de las políticas de salud mental, su lectura es necesaria para conocer las insuficiencias de un modelo de prácticas que pivota en exceso en la farmacología y que no da respuesta a las necesidades de los pacientes. Y a

los pacientes y familiares la información contenida en el libro les pueda dar elementos de conocimiento que muchas veces quedan confinados a los círculos profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Whitaker R. *Anatomy of an Epidemic. Magic Bullets, Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. New York: Broadway Books, 2010.
- (2) Gutierrez M. Psiquiatría sí, naturalmente. El País. 14 de Febrero de 2016. http://elpais.com/elpais/2016/02/12/ciencia/1455282293_839103.html (recuperado el 20 de Octubre de 2016).
- (3) Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M et al. One hundred years of schizophrenia: A meta analysis of the outcome in the literature. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1409-1416.
- (4) Leff J, Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G. The international pilot study of schizophrenia: five-year follow-up findings. *Psychol Med* 1992; 22: 131-145.
- (5) Whitaker's Anatomy of an Epidemic: The Carlat Take. The Carlat Psychiatry Blog. <http://carlatpsychiatry.blogspot.com.es/2011/01/robert-whitakers-anatomy-of-epidemic.html> (recuperado el 20 de octubre de 2016)
- (6) Warner R. *Recovery from Schizophrenia*. Psychiatry and Political Economy. London: Routledge, 1985.
- (7) Valenstein ES. *Blaming the Brain*. New York: The Free Press, 1998.
- (8) Healy D. *The Creation of Psychopharmacology*. Cambridge MA: Harvard University Press, 2002.
- (9) Hyman S. Initiation and adaptation: A paradigm for understanding psychotropic drug action. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 151-161.
- (10) Moncrieff J. *The Myth of the Chemical Cure*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2008.
- (11) Un debate entre Allen Frances y Robert Whitaker. Blog de la Asociación Madrileña de Salud Mental. <https://amsm.es/2015/04/03/un-debate-entre-allen-frances-y-robert-whitaker/> (recuperado el 20 de octubre 2016).
- (12) Anatomy of an Epidemic: The Carlat Take, Part 2. The Carlat Psychiatry Blog. <http://carlatpsychiatry.blogspot.com.es/2011/01/anatomy-of-epidemic-carlat-takepart-2.html> (recuperado el 20 de octubre de 2016).
- (13) Answering the critics of anatomy of an epidemic. Mad in America. <https://www.madinamerica.com/answering-the-critics-of-anatomy-of-an-epidemic/> (recuperado el 20 de octubre de 2016).
- (14) Valverde M, Inchauste JA. Información sobre la esquizofrenia. Campaña antiestigma y marketing encubierto. Blog de la Asociación Madrileña de Salud Mental. <https://amsm.es/2014/01/05/informacion-sobre-la-esquizofrenia-campana-antiestigma-y-marketing-encubierto-acerca-de-la-web-esquizofrenia24x7/> (recuperado el 20 de octubre de 2016).
- (15) Asociación Madrileña de Salud Mental. Día de la Salud Mental y patrocinio de la industria farmacéutica: algo sobre lo que pensar. Blog de la Asociación Madrileña de Salud Mental. <https://amsm.es/2015/10/21/dia-de-la-salud-mental-y-el-patrocinio-de-la-industria-farmacautica-algo-sobre-lo-que-pensar/> (recuperado el 20 de octubre de 2016).

hem(●)s leído...

Marta Carmona Osorio

SALUBRISMO O BARBARIE

Vicky López Ruíz y Javier Padilla Bernáldez (Coords.)

Editorial: Atrapasueños. Año 2017

230 páginas



“Nos sobran fotos y nos faltan mapas”. Con esta declaración de intenciones arranca un libro coordinado por Javier Padilla Bernáldez y Vicky López Ruíz, escrito por 21 autoras y autores que vienen de lugares, profesiones y vidas muy distintas. A través del análisis de la inseparable relación entre la salud y sus determinantes sociales pueden palpase los engranajes mismos de un sistema que precisa de la desigualdad para poder funcionar. *Sobran fotos y faltan mapas* porque tras los mensajes en torno a la salud que recibimos una y mil veces destinados a modificar nuestros estilos de vida existen patrones que entroncan con las raíces mismas del sistema en que vivimos: el poder, las clases sociales, las desigualdades inherentes al sistema capitalista, el individualismo hegemónico que no nos permite ver que hartos más importantes que los estilos de vida son las condiciones de vida. Que tienen mucho más peso en la salud y en la enfermedad las segundas que las primeras. Salirse de la foto promocional y mirar el mapa permite entender cómo has llegado hasta la foto, a dónde te conducen las rutas que salen desde tu posición, a la sombra de qué (y quién) te encuentras, los lugares a los que no llegarás nunca.

Lejos del academicismo árido que en ocasiones lastra los textos de salud pública, en los 16 capítulos de *Salubrismo o barbarie* las cifras y datos desvelan con claridad cómo el modelo social en el que vivimos necesita triturar cuerpos y vidas para producir individuos que produzcan, cuiden y consuman en su territorio. Cómo esos cuerpos y vidas se amoldan a ese sistema para vivir pero también para enfermar y morir. Y cómo la salud pública no es sólo lo que aprendemos observando la trituradora sino que también es una parte de la trituradora.

Se plantean entonces continuas preguntas de obviedad variable: ¿mejora la salud de una mujer desahuciada al pertenecer a un movimiento social que reivindique su derecho a la vivienda? ¿La precariedad laboral genera enfermedad? ¿Qué significado le damos a la palabra justicia en el ámbito de la salud pública? ¿Qué ideologías hay detrás de la salud pública, particularmente cuando se presume de hacer una salud pública sin ideología? ¿Qué nuevos dispositivos de control creamos al deconstruir los viejos? Pero también expone argumentos y ofrece propuestas concretas que van más allá del análisis teórico. De las políticas públicas a lo individual, de las distintas subjetividades para las distintas saludes hasta las relaciones de poder en sí mismas; en todos esos terrenos este *salubrismo* traza un mapa necesario para cualquier profesional de la salud pero también para cualquier persona que viva en comunidad. Aunque si los mapas no funcionan, siempre queda la barbarie.

EL TRIBUNAL DE CUENTAS REVELA IRREGULARIDADES GRAMATICALES EN LOS PLANES DE SALUD MENTAL.

Detectan un abuso de infinitivos.

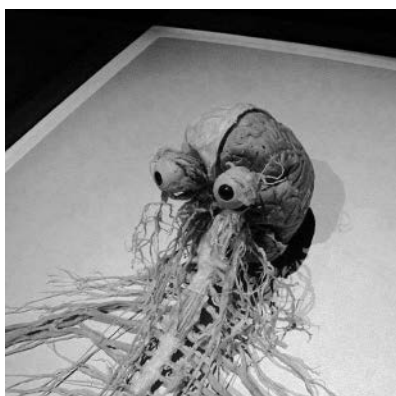
John Bush. Redacción del Panóptico. Madrid. El Tribunal de Cuentas ha emitido un dictamen en el que denuncia irregularidades gramaticales en los Planes Estratégicos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, en concreto un abuso de los infinitivos. El Tribunal recuerda en el informe que el infinitivo es una forma verbal no finita, no delimitada en el tiempo y que no especifica la circunstancia concreta de su realización particular. De tal manera que da igual poner como objetivo “el comer y rascar todo es empezar” que “dimensionar las necesidades de las plantillas”. Para no incurrir en fraude y dada la inevitabilidad de la falta de concreción temporal, el Tribunal de Cuentas recomienda a los redactores utilizar frases menos comprometidas en los objetivos de cada línea estratégica como “marear la perdiz”, “echar la carne en el asador”, “traerse algo entre manos”, “arrimar el hombro” o “Volver a las andadas”. Sánchez Martos, el Consejero Tuitero de Sanidad, dolido por el informe ha respondido que “@zapatero a tus zapatos” a lo que el Tribunal de Cuentas ha respondido que “@el que lo huele, debajo lo tiene”.



Fuente: <http://participacionycomunicacion.blogspot.com.es>

KRISTIAN PIELHOF ESTRELLA DEL CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA BRICOLÓGICA.

El evento será patrocinado por Leroy Merlín.



Fuente: helloforos.com

Gonçalves Silence. Redacción del Panóptico. Madrid. El conocido presentador del programa televisivo Bricomanía, Kristian Pielhoff, será el invitado estrella en el próximo Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Bricológica (SE-PBr) que se celebrará en el Leroy Merlín de Rivas Futura. Pielhoff impartirá dos Simposios satélites, patrocinados por el gigante del bricolaje, dentro de las actividades del Congreso. En la sesión de la mañana tratará de enseñar a los psiquiatras el mejor método para alisar una amígdala inflamada por gotelé utilizando una masilla sencilla a base de yogur con probióticos y ácidos omegas. Por la tarde el Profesor Pielhoff dedicará su sesión a la instalación de un cortacésped automático en determinadas zonas cerebrales con un sistema de navegación inteligente que se encarga de cortar las malas dendritas y los malos axones de una forma rápida y limpia, mientras que el médico se puede dedicar a realizar un póster decorativo con un palé.

VICTORIA'S SECRET FIRMA UN ACUERDO CON FARMAINDUSTRIA Y LAS SOCIEDADES MÉDICAS PARA DISEÑAR LAS TRANSPARENCIAS.

Serán sugerentes pero no enseñarán todo.

Carmina Lily. Redacción del Panóptico. Madrid. Ante la preocupación social que existe sobre las relaciones entre la industria farmacéutica y las sociedades científicas médicas, ambas partes han decidido firmar un acuerdo con la firma de ropa interior Victoria's Secret para diseñar las transparencias. En palabras de un líder de la profesión médica las transparencias “deben ser lo suficientemente sugerentes, pero que escondan lo que aún no está aceptado ver”. El diseñador Ricardo Oyarzun explicó que “Victoria Secret tiene una temática tentadora y calza perfecto con el concepto



Fuente: como-hacer-ropa-interior.info

de Responsabilidad Social Corporativa de la industria, ya que hace parecer los cuerpos de lxs medicxs incorruptibles y al mismo tiempo ligeros de prebendas". El acuerdo, en principio será de obligado cumplimiento, para los líderes de opinión de las sociedades médicas, que serán considerados a todos los efectos "Ángeles de Victoria Secret" y para el resto de lxs medicxs se abrirá un periodo de adscripción voluntaria. Se espera que en los próximos congresos veamos a los "Ángeles de la Psiquiatría" desfilando con la colección "Sexy Little Things" y se acaben de una vez las discusiones sobre las transparencias. El Consejero Tuitero ha querido dar ejemplo: "@victoriasecret: enviar un Cheekini de croché con aberturas en un privado. Gracias".

PILLADOS VARIOS CARGOS DE LA AMSM CONSUMIENDO PSICOFÁRMACOS DESPUÉS DE UNA JORNADA "ANTI-PSIQUIÁTRICA".

No hay riesgo de desabastecimiento según el consejero.

Primadonna Munich. Redacción del Panóptico. Madrid. Varios miembros de la Junta Directiva de la Asociación Madrileña de Salud Mental fueron fotografiados consumiendo antidepresi-



Fuente: anunico.com.ve

vos y antipsicóticos vestidos con chándales bolivianos en una cena posterior a una conferencia que impartieron sobre el abuso de la medicación psiquiátrica. En las fotos que se han hecho virales en las redes sociales se puede ver como la vicepresidenta inyecta un depot al presidente en el deltoides o como el resto de los vocales se preparan unas ensaladas de psicofármacos mientras la tesorera pide moderación. El Consejero Tuitero no ha tardado en reaccionar tranquilizando a la población sobre la ausencia de riesgo de desabastecimiento y posicionarse con una críptica declaración "@quien fue cocinero antes que fraile, lo que pasa en la cocina bien sabe".

LE ADMINISTRAN UN ABONO TRANSPORTES TRIMESTRAL EN LUGAR DE SU MEDICACIÓN.

Quiere que le suban la dosis a un C2.

Martín Barber. Redacción del Panóptico. Madrid. Una enfermera de un Centro de Salud Mental de la Comunidad de Madrid administró por error un abono transporte trimestral por vía parenteral a una paciente, en lugar de la inyección de neuroleptico, de duración similar que le acababan de recetar. El error tardó en salir a luz, ya que con esta nueva medicación el paciente se libra durante tres meses de las consultas. Durante este tiempo, la paciente, que apenas salía de su domicilio, ha estado visitando distintos pueblos de Madrid que no conocía y además ha adelgazado. Al volver a contactar con el CSM Pilar solicitó a la enfermera que le subiera la dosis ya que el B3 se la había quedado corto y quería un C2 para llegar hasta Zarzalejo. La petición llegó hasta el Consejero Tuitero que declaró que "@es de bien nacidos ser agradecidos".



Fuente: crtm.es

NEURÓLOGOS DEL 12 DE OCTUBRE DETECTAN PROBLEMAS DE MEMORIA ECONÓMICA EN EL PLAN DE SALUD MENTAL.

La financiación la tiene siempre en la punta de la lengua.

Joseph Mulberrytree. Redacción del Panóptico Oslo. Un equipo de neurólogos del Hospital 12 de Octubre de la Unidad de Demencias ha alertado que tras haber hecho una valoración urgente del Plan Estratégico de Salud Mental han detectado graves problemas de memoria económica. Según ha podido saber *El Panóptico* el Plan se presentó en las urgencias de este hospital en un estado de angustia motivado por un fenómeno memorístico conocido como Punta de la Lengua (PDL) por el que una persona cree estar a punto de recordar algo pero no acaba de caer en ello. Así el Plan no era capaz de recordar cuanto le habían dicho que se iba a gastar. Neurólogos consultados han señalado que si bien estudios basados en la recogida de datos mediante diarios indican que la incidencia media de este fenómeno en los planes de salud mental oscila entre 2 y 3 veces por semana, en este caso observaron un cierto incremento de hasta 4 veces. Sin embargo, advierten que frente a lo que la mayoría de las personas piensa, el conocimiento del contenido que pretenden estar a punto de recuperar, no siempre es real. El fenómeno PDL de la memoria económica se ha asociado en distintos estudios a problemas de memoria económica a largo plazo por lo que podrían comprometerse las capacidades del Plan para hacer sudokus y cronogramas. El consejero tuitero ha recomendado al Plan “@que se haga la rubia”.



Fuente: <http://twentymileclub.com>

LA CONSEJERÍA DE SANIDAD ASESORARÁ A UNITED AIRLINES EN CÓMO GESTIONAR EL OVERBOOKING.

Se interesan por la derivación de pasajeros.

Carmen Droversroad. Redacción del Panóptico. Madrid. Tras el escándalo viral que envuelve a la aerolínea norteamericana

United Airlines al solucionar un problema de overbooking sacando a rastras a un médico del pasaje del avión, el Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid se ha ofrecido por tweeter a asesorar a la compañía en el manejo de listas de espera, exceso de pasajeros o conflictos con médicos. Ejecutivos de United Airlines desplazados a Madrid se han quedado impresionados con las estrategias de la Consejería para



Fuente: ufolan.com

incrementar la capacidad de las consultas pasando de 0,2 a 0,5 pacientes/min doblando los huecos de agenda y han mostrado interés en cómo se maneja las listas de espera para derivar a pasajeros a otros hospitales low-cost. El Consejero Tuitero, ha declarado que “@en la mesa de San Francisco donde caben cuatro comen cinco”.

LA OMC INCLUYE LA PSICOTERAPIA CHOLISTA ENTRE LAS PSEUDOCIENCIAS.

Es una técnica grupal basada en la “sesión a sesión”.

Chucho Swimmingpoll. Redacción del Panóptico. Madrid. En una polémica decisión la Organización Médica Colegial (OMC) ha incluido a la Psicoterapia Cholista en el listado de prácticas pseudocientíficas. La psicoterapia cholista es una terapia grupal de tercera generación inicialmente diseñada para tratar casos de pesimismo crónico y rituales supersticiosos. Los principales elementos terapéuticos de esta técnica se basan en la idea de ir “sesión a sesión” planteando cada entrevista “como si fuera la última”. La terapia se basa en la confianza ciega en el líder, al que llaman “El Indio”, alrededor del cual se sientan para fortalecer las defensas, repitiendo los llamados Mantras del Manzanares: “nunca se toca fondo, se puede estar peor” y “el esfuerzo no se negocia”. La decisión de la OMC ha sido contestada en una dura nota por los responsables de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, conocidos cholistas, que pensaban implantar esta

técnica en los Centros de Salud de Atención Primaria para abordar los malestares de la vida. Para estos responsables la “terapia no la ganan los que mejor juegan, sino los que están más seguros de lo que hacen”. El Consejero Tuitero ha intentado mostrar imparcialidad en este delicado tema declarando que “@en esta vida lo único que no puedes cambiar es de madre y de terapeuta”.



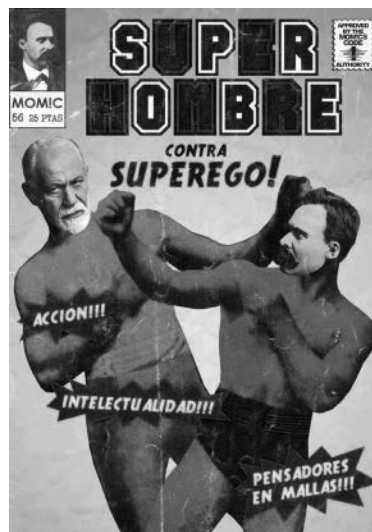
Fuente: estrelladigital.es

EL TRADUCTOR DE GOOGLE FRACASA EN LA MEDIACIÓN EN LAS CONVERSACIONES DE PAZ ENTRE PSIQUIATRAS DE DISTINTAS CORRIENTES.

Ambas facciones acabaron contenidas.

Feliciana Crespiny. Redacción del Panóptico. Madrid. La primera ronda de conversaciones de Paz entre psiquiatras biologicistas y psiquiatras psicosociales para debatir sus diferencias, celebrada en Oslo bajo el amparo de las Naciones Unidas y Fundación Manantial, ha resultado en un sonoro fracaso. Según los observadores de la ONU, ya antes de iniciarse la reunión, tuvieron que desarmar a varios de los participantes, llegando a requisarse varios inyectables trimestrales, estimuladores cerebrales profundos, libros de Ronald D. Laing y cargadores de seminarios Lacanianos. Ante las diferencias de lenguaje, la ONU se había decantado por nombrar al traductor de Google como mediador. Sin embargo, según testigos presenciales, fue el propio traductor el que avivó las hostilidades al traducir los nombres de los bandos como “psiquiatras descerebrados” y “psiquiatras desalmados”. En ese momento uno de los desalmados le bajó los pantalones del chándal a una descerebrada y ésta le respondió tirándole de la corbata, originándose así

una reyerta en la que los cascos azules acabaron conteniendo a ambas facciones. El Consejero Tuitero, que seguía la reunión por Periscope, ha señalado que “@a los análisis no hace falta ir en ayunas”.



Fuente: taringa.net

MARIO VAQUERIZO EXPULSADO DE UN GRUPO DE APOYO MUTUO POR MONÁRQUICO.

Pretendía proclamarse Rey del GAM.

Mary Lonesome. Redacción del Panóptico. Madrid. El cantante monárquico y neoliberal Mario Vaquerizo, miembro del grupo de Pop-Glam *las Nancys Rubias* fue expulsado el pasado 7 de Mayo de un grupo de apoyo mutuo (GAM) de personas diagnosticadas cuando intentó que se le proclamara Rey del GAM



Fuente: antena3.com

y acabar con las prácticas horizontales del colectivo. Vaquerizo, partidario de la desigualdad, no se tomó a bien el rechazo a su autoproclamación y les intentó someter en vano con una de sus canciones: “No me vengas poniendo caras, como siempre vas de rara, lo que pasa es que no estas curada”. Ante la resistencia del colectivo Vaquerizo abandonó el local. A la salida se comunicó en privado con su amigo el Consejero Tuitero que le lanzó unas palabras de apoyo: “@vaquerizo, tú eres el Rey del GAM, ajeno a las modas que vienen y van”

JORDI HURTADO COLABORARÁ EN EL PROGRAMA CODIGO 100 AÑADIENDO PREGUNTAS.

Algunos participantes ya se las sabían.

Clementina Naranjito. Redacción del Panóptico. Madrid. El programa de colaboración entre el servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz (FJD) y el SAMUR para la prevención de la conducta suicida en la Comunidad de Madrid, conocido como CODIGO 100, que privilegia la evaluación del riesgo suicida tras situaciones de emergencia en lugares públicos se ha quedado sin preguntas. Detectar el riesgo suicida no es una tarea fácil. Hasta ahora el programa tenía dos partes. Para la selección de participante, el equipo del SAMUR utiliza el



Fuente: clipartkid.com

módulo de suicidio de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y la escala SAD-PERSONS. Si la persona es seleccionada pasa a la siguiente fase en el plató de urgencias de la FJD. Allí continúan las preguntas. Unas son de temas generales: variables socio-demográficas, características de la conducta suicida, antecedentes personales y familiares de enfermedad mental y conducta suicida. Otras son de temas especializados, teniendo que superar los participantes el Cuestionario de Ex-

periencias Vitales (Brugha), la Escala de Ideación Suicida de Beck y la versión española de la Escala de Impulsividad de Barratt. Finalmente son examinados con la exigente Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y con la versión española del Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad (IPDE), versión DSM-IV. Pese a lo que puede parecer una enorme cantidad de preguntas los responsables del Programa CODIGO 100 vienen notando que todavía les faltan algunas y que algunos participantes ya se las sabían. Para mejorar la calidad del programa han decidido contratar a Jordi Hurtado, el presentador del programa televisivo “Saber Ganar”, que lleva más de 20 años ininterrumpidos haciendo preguntas. Hurtado será el encargado de diseñar la Superpregunta y de pasar todos los datos a la Calculadora Humana.

LA CUENTA DE TWITTER DEL CONSEJERO DE SANIDAD SE COGE LA BAJA POR UNA CONTRACTURA.

Denuncia un exceso de postureo de jefe y éste le responde en instagram.

Lucas Skybeing. Redacción del Panóptico. Madrid. Un exceso de posturas forzadas que le ha producido una contractura. Esta es la causa a la que fuentes de la Consejería de Sanidad han atribuido la baja médica de la cuenta de twitter del Consejero, que estará varias semanas sin poder acudir a su puesto de trabajo. El Doctor Philippe Villeneuve de la Escuela Superior de Posturología, consultado por la redacción de *El Panóptico*, ha analizado el perfil de la cuenta de twitter de Sánchez Martos y la ha diagnosticado de una disfunción postural crónica. Las acusaciones y reproches entre el consejero y su cuenta no se han hecho esperar. Mientras que la cuenta, a través de su sindicato, ha denunciado el exceso de postureo de su jefe y ha exigido que se humanicen sus condiciones de trabajo, el consejero tuitero no se siente responsable del postureo y la ha amenazado por Instagram con cesarla.



Fuente: dfnomemientasgavilan.blogspot.com.es

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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

AMSM

Asociación Madrileña de Salud Mental

Dirección C/ Magallanes, 1

Sótano 2, local 4.

Teléfono 636725599

Fax 918473182

correo e. aen.amsm@gmail.com

web www.amsm.es