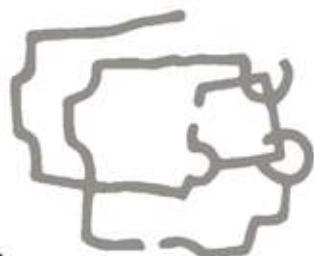


NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XIII nº 52 Junio 2015



Autoras: Leire González González y Marta Álvarez Garrido

Plasmamos el “mundo interior”, a través de manchas de tinta de diferentes colores. Estas manchas representan los diferentes pensamientos y estados de ánimo, como la alegría, la ira, la euforia, las ganas de volar... Con esto intentamos reflejar lo que cada una de las personas lleva dentro, y que forma su mundo interior. Los diferentes colores hacen referencia a las distintas formas de pensar.

Volumen XIII



Nº 51



Nº 52

Volumen XI



Nº 45



Nº 46



Nº 47

Volumen XII



Nº 48



Nº 49



Nº 50

Volumen IX



Nº 39



Nº 40



Nº 41

Volumen X



Nº 42



Nº 43



Nº 44

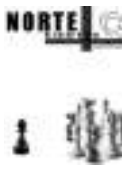
Volumen VIII



Nº 33



Nº 34



Nº 35



Nº 36



Nº 37



Nº 38

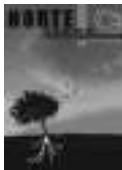
Volumen VII



Nº 27



Nº 28



Nº 29



Nº 30



Nº 31



Nº 32

Volumen VI



Nº 22



Nº 23



Nº 24



Nº 25



Nº 26

Volumen V



Nº 16



Nº 17



Nº 18



Nº 19



Nº 20



Nº 21

NORTE de Salud Mental

Director:

Markez, Iñaki

Consejo Editorial:

Estévez, Juan
Inchauspe, José Antonio
Martínez, Ana
Martínez-Azumendi, Óscar
Munarriz, Mikel
Navarro, Mercedes
Novella, Enric
Redero, Jose María
Rodríguez Pulido, Francisco
Sierra, Deirdre
Sureda, Catalina

Consejo Asesor y de Redacción:

Achótegui, Joseba	Desviat, Manuel	Jimenez Estevez, Juan Fco.	Prego, Roque
Álamo, Cecilio	Esteban, M. Luz	Laespada, Teresa	Pradana, M ^a Luz
Albi, Inmaculada	Esteban, Ramón	Lamas, Santiago	Rendueles, Guillermo
Álvarez, José M ^a	Fernández Liria, Alberto	Lasa, Alberto	Retolaza, Ander
Angosto, Tiburcio	Ferrera, Beatriz	Lázaro, José	Rodríguez, Beatriz
Aparicio, Víctor	García Soriano, Maite	Levav, Isaac	Rotelli, Franco
Arana, Xabier	Gay, Eudoxia	Marín, Mónica	Santander, Fernando
Arias, Paz	Gil, Eugenia	Marqués, M. José	Saraceno, Benedetto
Ballesteros, Javier	Gómez, Chus	Marquínez, Fernando	Sepúlveda, Rafael
Berrios, Germán E.	Gómez-Beneyto, Manuel	Mayoral, Fermín	Serrano, Javier
Bravo, Mari Fe	González Brito, Natalia	Meana, Javier	Soler, M ^a del Mar
Caldas d'Almeida, José	González-Pinto, Rodrigo	Medrano, Juan	Susparregui, J. M ^a
Carranza, Arturo	González Saiz, Francisco	Meneses, Carmen	Tarí, Antonio
Català, Laura	González Torres, Miguel Á.	Mezzich, Juan	Thornicroft, Graham
Chicharro, Francisco	Gracia, Fernando	Molina, Germán	Tizón, Jorge Luis
Colina, Fernando	Guimón, José	Morchón, J.	Trujillo, Carlos
Collazos, Francisco	Gutiérrez Fraile, Miguel	Moreno, Ana	Uriarte, José Juan
Comelles, Josep M ^a	Hernández, Mariano	Olabarría, Begoña	Valverde, Mikel
Del Río, Francisco	Hernández Padilla, María	Palacios, Antonio J.	Villasante, Olga
De la Rica, José Antonio	Huertas, Rafael	Pérez-S, Pau	
De la Viña, Pilar	Irurzun, Juan Carlos	Polo, Cándido	

✓ Acceso disponible en: www.revistanorte.es • Correo-e: info@revistanorte.es

✓ Todos los artículos publicados, incluyendo editoriales y cartas, representan la opinión de los autores y no reflejan las directrices de NORTE de Salud Mental salvo que esté así especificado.

✓ Todos los artículos están accesibles de modo gratuito en la web: www.revistanorte.es

NORTE de Salud Mental es accesible también en el Servicio Bibliográfico y Accesos abiertos de:

- Anuario FEAP
- CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco)
- DIALNET
- Dulcinea
- Directory Open Acces Journals (DOAJ)
- e-revist@s
- IME (Índice Médico Español)
- MEDicina en ESpañol (MEDES)
- psiquiatría.com
- Psiquiatría Sur
- RCS
- Repositori UJI
- Repositorio AEN



NORTE de salud mental
Vol XIII nº 52, Junio 2015

www.revistanorte.es

Realización y Administración:

OME • C/Araba, 6 bajo (entrada por C/Burgos) • 48014 Deusto. Bilbao

info@revistanorte.es

Autoras de la portada: Leire González González y Marta Álvarez Garrido

Logo Norte de Salud Mental: Eduardo Chillida

Fotografías: Archivo OM Editorial y AEN

Publicación cuatrimestral no sujeta a control obligatorio de difusión por ser la tirada inferior a 3.000 ejemplares. Ejemplar atrasado: 30 euros.

Tarifa anual: Profesionales 100 euros Instituciones 150 euros

Esta publicación ha contado para su edición con la subvención y colaboración de:



ISSN: 1578-4940 • Depósito Legal: 1565/02

Diseño y maquetación: Marra Servicios publicitarios, S.L. • Imprime: Lankopi, S.A.



Norte de salud mental está bajo una licencia de Creative Commons.

Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciodor (pero no de una manera que sugiera que apoyan el uso que hace de su obra). No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original. Licencia completa: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/>

Sumario

NORTE de salud mental 52. Junio 2015

Editorial	5
• Hacia una Salud Mental no intervenida. <i>José María Redero San Román.</i>	7
Originales y revisiones	9
• El arte de hacer visible lo invisible: el marketing en el TDAH. <i>Miguel A. Valverde Eizaguirre.</i>	11
• Compartiendo la locura: el arte insustituible de la escucha al loco. <i>Beatriz Carrasco Palomares.</i>	27
• La raya en la arena: la Psiquiatría entre la ética y la industria farmacéutica. <i>José García-Valdecasas Campelo, Amaia Vispe Astola.</i>	33
• Del psicofármaco como mercancía: don, retribución, gorroneo. <i>Guillermo Rendueles.</i>	44
• Ser mujer y emigrante antes y ahora. Análisis comparativo. <i>Patricia Diz Neira.</i>	59
• Estudio sociodemográfico de los inmigrantes con síndrome de Ulises. Estudio sobre 1.110 inmigrantes atendidos en el SAPPPIR in Barcelona. <i>Joseba Achótegui, Agustín López, María Morales, Dori Espeso, Ane Achotegui.</i>	70
Formación Continuada	79
• Tolerabilidad de la desvenlafaxina en una muestra psiquiátrica ambulatoria española. <i>Leire Erkoreka, Ariane Arroita, Lucía Pérez-Cabeza, Bárbara Navarro.</i>	81
Historia	87
• Reseña histórica sobre las llamadas terapéuticas biológicas en psiquiatría. <i>Luis Pacheco Yáñez, Daniel Padró Moreno, Wendy Dávila Wood, Sofía Alvarez de Ulate Unibaso, Pablo Gómez de Maintenant de Cabo.</i>	89
• In Memoriam: José Rallo Romero, Begoña Mazagatos, Enrique Rivas.	100
Actualizaciones	103
• Adicciones. Conocimiento, atención integrada y acción preventiva. <i>Iñaki Markez (Coord.).</i>	105
• Enfermería en la rehabilitación de la enfermedad mental severa. Cuidados, atención y aspectos jurídicos. <i>Elena Rodríguez Seoane (Coord.).</i>	106
• À Ciel Ouvert. <i>Mariana Otero.</i>	107
• Violencia en las relaciones íntimas. Una perspectiva clínica. <i>José Navarro Góngora.</i>	109
Agenda	111

Summary

NORTE de salud mental 52. June 2015

Editorial	5
• Mental health, not intervened. <i>José María Redero San Román.</i>	7
Original and reviews articles	9
• The art of making the invisible visible: the ADHD marketing. <i>Miguel A. Valverde Eizaguirre.</i>	11
• Sharing the madness: the irreplaceable art of listening to the crazy. <i>Beatriz Carrasco Palomares.</i>	27
• The line in the sand: Psychiatry between ethics and pharmaceutical industry. <i>José García-Valdecasas Campelo, Amaia Vispe Astola.</i>	33
• Psychotropic drugs as a commodity: gift, retribution and free riding. <i>Guillermo Rendueles.</i>	44
• Being female and migrant then and now. Comparative analysis. <i>Patricia Diz Neira.</i>	59
• Social and demographic study on immigrants with the Ulysses syndrome. Study on 1.110 immigrants attended at SAPPIR in Barcelona. <i>Joseba Achótegui, Agustín López, María Morales, Dori Espeso, Ane Achotegui.</i>	70
Continuing Education	79
• Tolerability of desvenlafaxine in a Spanish psychiatric outpatient sample. <i>Leire Erkoreka, Ariane Arroita, Lucía Pérez-Cabeza, Bárbara Navarro.</i>	81
History	87
• Historical review of the so-called biological therapies in psychiatry. <i>Luis Pacheco Yáñez, Daniel Padró Moreno, Wendy Dávila Wood, Sofía Alvarez de Ulate Unibaso, Pablo Gómez de Maintenant de Cabo.</i>	89
• In Memoriam: José Rallo Romero, Begoña Mazagatos, Enrique Rivas.	100
Book reviews	103
• Adicciones. Conocimiento, atención integrada y acción preventiva. <i>Iñaki Markez (Coord.).</i>	105
• Enfermería en la rehabilitación de la enfermedad mental severa. Cuidados, atención y aspectos jurídicos. <i>Elena Rodríguez Seoane (Coord.).</i>	106
• À Ciel Ouvert. <i>Mariana Otero.</i>	107
• Violencia en las relaciones íntimas. Una perspectiva clínica. <i>José Navarro Góngora.</i>	109
Calendar	111



EDITORIAL

Hacia una Salud Mental no intervenida.

Recogemos en esta publicación un dossier con las conferencias y algunas ponencias de las XIII Jornadas Castellano y Leonesas de Salud Mental (AEN) celebradas el pasado 10 de octubre en Uruña (Valladolid), con el título “Industria farmacéutica, Ética y Salud Mental”. No se nos escapaba la actualidad, oportunidad y pertinencia del tema. Más de medio siglo después del inicio de la psicofarmacología moderna que sin duda ha transformado los tratamientos y las prácticas psiquiátricas y de la Salud Mental, son muchos los frentes que se han abierto en los últimos años cuestionando los avances de los que la Psiquiatría presume acríticamente.

Detrás de la Ciencia psicofarmacológica hay una poderosísima Industria empeñada en rentabilizar sus productos, que ha penetrado y colonizado todas las instancias de la salud, con un gran poder de influencia sobre los ensayos clínicos y sobre las publicaciones científicas y a través de un marketing más que persuasivo en la formación, información y desinformación de los profesionales de la salud, alcanzando a la construcción e invención de nuevas categorías de trastornos mentales con gran poder de penetración no sólo en el ámbito sanitario sino también social. Los usos y abusos de una generalización masiva de los tratamientos psicofarmacológicos han generado y cada día es más visible en nuestras prácticas, una reducción y simplificación en la respuesta a la complejidad que el malestar psíquico y el trastorno mental conllevan.

¿Porqué entonces el éxito de los psicofármacos? Hay una solidaridad estrecha entre la hegemonía que los psicofármacos han adquirido en el mercado de la salud psi y la sociedad y el mundo que habitamos. Los psicofármacos, sin duda ayudan a vivir a muchas personas, calman lo imposible de soportar de la angustia omnipresente en nuestras vidas, reducen la agresividad y la violencia que emerge como síntoma en tantos trastornos, procuran un alivio seguro y a veces una salida salvadora cuando la vida deja de interesar

y se convierte solo en un pesado fardo que arrastrar. Son una respuesta rápida, a veces eficaz y siempre descomprometida, que cortocircuita las complicaciones y malentendidos de la palabra y de la historia, que ahorra el tiempo necesario para una elaboración psíquica de los conflictos y las contradicciones, que vela la insuficiencia de los recursos humanos de la Salud Mental para atender las llamadas de socorro enmascaradas de los individuos de una sociedad carente de vínculos protectores de acogimiento y hospitalidad. Todos estos efectos y otros más justifican el lugar que el psicofármaco ha adquirido en los contextos de la Salud, pero no podemos desconocer el coste que también tiene, no sólo el económico para los presupuestos sanitarios, sino el precio que los sujetos a veces pagan en efectos secundarios sobre su organismo, o en forma de anestesia de su vida emocional, así como en dejar a un lado el trabajo subjetivo necesario para el desvelamiento del conflicto psíquico del que el síntoma sólo es el mensajero.

Hay demasiadas sospechas acerca de que los intereses de la Industria están empobreciendo la clínica, desubjetivándola y operando en ella la sustitución del vínculo terapéutico por el vínculo con el fármaco.

Los diferentes trabajos presentados a continuación indagan en cómo desde la debilidad epistemológica de la psiquiatría a la debilidad moral detectada por los estudios de los economistas de la conducta en los sujetos de nuestras sociedades modernas, la psiquiatría está instalada en un paradigma biocomercial donde prima más la novedad que el progreso, en un mundo regido por la mercancía y en el que la industria conoce y maneja con habilidad las claves para llevar a efecto su principal objetivo que es el beneficio económico. Claves psicológicas, sociológicas y económicas con las que logra penetrar e influir sobre los médicos, haciéndoles más dependientes de la industria de lo que ellos mismos creen al hacerles beneficiarios de su permanente cortejo.



Se implanta en el cuerpo médico una moral generalizada de tolerancia hacia la corrupción, “siempre que ésta sea pequeña”.

Se produce así un secuestro de la clínica, por una suerte de coalescencia entre las estrategias del marketing de las Empresas y el desconocimiento o más bien la denegación que los profesionales de la Salud Mental practicamos respecto a la influencia que recibimos.

La ética aparecerá como un eje que atraviesa todas las cuestiones planteadas de la relación de la Industria con la psiquiatría y los diversos ámbitos de la salud mental.

Es un dilema ético que se juega desde el espacio privado de cada acto clínico, pero que trasciende éste y alcanza a los equipos y sus responsables, y a las instituciones sanitarias y sus políticas que han permitido, abandonado y delegado el espacio de la formación de sus profesionales en la Industria que financia y subvenciona la práctica totalidad de los Congresos y Jornadas científicas en materia de Salud.

La AEN está actualmente en un proceso de debate para esclarecer sus vínculos con la Industria farmacéutica; sabemos que hoy la psiquiatría depende demasiado de ella y que hay temores y preocupaciones legítimas de que una separación

radical, ponga en peligro la fortaleza y vitalidad de una Asociación como la AEN en la formación y el debate a través de las Jornadas y Congresos periódicos que actúan de motor y palanca permanentes. Nuestra Asociación no debe retroceder ante el reto de pensar, primero en nuestras servidumbres actuales y después establecer nuevos cauces, condiciones y modos más autónomos, que quizás nos obliguen a cambiar algunos aspectos de la vida asociativa, como puede ser el formato demasiado médico con el que organizamos en ocasiones nuestros congresos, ignorando que nuestra Asociación es multiprofesional y en ella deben estar incluidas la voz y la presencia de otros colectivos que pueden enriquecer la perspectiva por no estar inmersos en los conflictos de intereses más propios de los psiquiatras. La relación con *la Industria* ha sido hasta ahora una cuestión que hemos eludido abordar, un pariente próximo al que hemos preferido ignorar, pero ha llegado el momento en que el debate ya se ha iniciado y compromete al colectivo y a sus miembros a no seguir cerrando los ojos y apostar por una Salud Mental sin dependencias que limiten la autonomía.

José María Redero San Román.
Psiquiatra. Segovia.



ORIGINALES Y REVISIONES

El arte de hacer visible lo invisible: el marketing en el TDAH.

The art of making the invisible visible: the ADHD marketing.

Miguel A. Valverde Eizaguirre • Psicólogo Clínico.

Unidad de Agudos de Psiquiatría, Sección A. Complejo Hospitalario de Pamplona.

Resumen: Este escrito pretende mostrar la estructura del marketing farmacéutico. Se recoge la situación actual del Trastorno por Déficit Atencional TDAH, y se utiliza como ejemplos dos documentos: El Libro Blanco – TDAH: hacer visible lo invisible, y la Guía de Práctica Clínica española sobre el TDAH en niños y adolescentes.

Se muestra la retórica argumental del marketing, la característica polifónica del emisor, y la permanencia en segundo plano del promotor.

Se defiende que las asociaciones en defensa del paciente y los líderes de opinión son claves en el marketing farmacéutico.

Este tipo de marketing es bien reconocido por la industria farmacéutica, que invierte buena parte de sus recursos económicos. Esta actividad tiene éxito en cambiar la percepción de los problemas de la vida a condiciones médicas que necesitan tratamiento, y también en generar beneficios económicos.

Se necesita recuperar una perspectiva crítica en el campo de Salud Mental, al igual que en cualquier otra actividad científica o clínica.

Palabras clave: marketing, TDAH, líderes de opinión (KOL), industria farmacéutica.

Abstract: This paper aims to display the structure of pharmaceutical marketing. It addresses the current situation about Attention Deficit Disorder, ADHD, using two documents as examples: An Expert White Paper – ADHD: making the invisible visible, and Spanish Clinical Practice Guidelines on ADHD for children and adolescents.

It shows the rhetoric of marketing, the polyphonic quality of the issuer, and stay on the shadows of the developer.

It is argued that the patient advocacy associations and the key opinion leaders are essential in pharmaceutical marketing.

This kind of marketing is well recognized by the pharmaceutical industry, spending on it good part of its economic resources. This activity is successful changing the perception of the problems of life as medical treatment conditions, and raises economic benefits too.

We need to regain a critical perspective on mental health field, as in any other scientific activity or clinic, to deal with this type of marketing.

Key words: marketing, ADHD, Key Opinion Leaders (KOL), pharmaceuticals.

Ponencia presentada en las XIII Jornadas de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental, el 10 de octubre de 2014, en Uruñeña (Valladolid).



“El arte no reproduce lo visible, lo vuelve visible”
Paul Klee

I. Introducción y objetivos

Esta ponencia quiere mostrar las estrategias de intervención social del marketing farmacéutico basándose en la actividad actual en torno al Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH).

El objetivo es:

1. Mostrar los dos mecanismos centrales del marketing farmacéutico: uno de índole retórica y argumental que se centra en el trastorno y el tratamiento, y otro formal que muestra a múltiples voces como emisor del mensaje, mientras el promotor permanece en un discreto segundo plano.
2. Indicar que es posible rastrear al promotor del marketing, pero es necesario buscar en diversos lugares.
3. Señalar que este marketing esparce narrativas, que se unen a otros relatos socialmente compartidos.
4. Reconocer a los líderes de opinión –KOL (Key Opinion Leaders)– y a las asociaciones en defensa del paciente como agentes claves del marketing.
5. Sugerir la idea de que no hay una forma sencilla de protegerse de esa influencia.

II. Análisis del acto de marketing en una campaña para el TDAH

El marketing farmacéutico tiene como objeto vender productos, y se adapta a los distintos destinatarios con estrategias diferenciadas. Una de ella se dirige al prescriptor, pareciéndose a un modelo de tu a tu –del agente comercial al prescriptor–, otra a encontrar los usuarios –en el caso del TDAH el primer caladero de pacientes está en las escuelas, y para ello se introduce en ellas de formas diversas–, otra a influenciar sobre el modelo asistencial, y para ello también se dirige a la clase política para conseguir cambios que le sean propicios, tanto sobre la asistencia como en relación a su producto concreto, otra más se dirige al mundo académico, etc. Para cada

una de estas dianas elabora una estrategia de influencia. Aún con todo la retórica argumental y las características del emisor de los mensajes son equivalentes, pero adaptada a cada una de las situaciones.

Para resaltar los elementos del marketing farmacéutico nos dirigimos primero al entorno informativo del documento “TDAH: hacer visible lo invisible. Libro Blanco sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): propuestas políticas para abordar el impacto social, el coste y los resultados a largo plazo en apoyo a los afectados” de Young, Fitzgerald y Postma, presentado en mayo de 2013, que ha tenido diversas consideraciones críticas (1-4).

Diversos medios dieron cuenta de la existencia de este documento. La reseña de *INFOCOP* –publicación del Colegio de Psicólogos– informó que:

- a) En mayo de 2013 se presentó en el Parlamento Europeo el “Libro Blanco europeo sobre el TDAH.”¹
- b) Es un documento de consenso, dirigido a los responsables políticos nacionales y europeos, con recomendaciones para elaborar estrategias políticas eficaces para abordar este problema, para mejorar la identificación y el tratamiento del TDAH en todos los contextos: servicios de salud, escuelas, sistema judicial y centros de trabajo.
- c) Es el resultado de la investigación en TDAH y de la opinión de diferentes expertos en el campo.
- d) Uno de cada veinte niños y adolescentes en Europa presenta TDAH.
- e) El impacto del TDAH en los afectados y sus familias y en los sistemas sanitarios y sociales requiere que los responsables políticos establezcan un mayor compromiso con un abordaje eficaz y temprano, ya que es posible mejorar la calidad de vida de los niños

¹ Un libro blanco (white paper) es un informe con autoridad, que pretende ayudar a comprender un tema, afrontar un problema o tomar una decisión ((por ejemplo diseñando una política a largo plazo). Los libros blancos se emplean especialmente en dos ámbitos: el gubernamental y el comercial. http://es.wikipedia.org/wiki/Libro_blanco

con TDAH, y garantizar el desarrollo de “una vida plena y exitosa.”

- f) Los pilares básicos de la actuación son: mejorar el conocimiento sobre el TDAH, aumentar el diagnóstico preciso y temprano, asegurar el acceso al tratamiento adecuado del TDAH, fomentar la participación de las asociaciones de pacientes, y mayor inversión en investigación.
- g) El tratamiento adecuado del TDAH es multidisciplinar mediante tratamiento farmacológico y psicológico combinado.
- h) Nessa Childers, psicóloga irlandesa y copresidenta del Grupo de Interés sobre Salud Mental del Parlamento Europeo, escribió el prólogo: “Los problemas de salud mental, como el TDAH, por desgracia cada vez cuentan menos como prioridad en la agenda política, sobre todo en la situación actual de crisis económica,” por lo que este Libro Blanco “puede ayudar a garantizar un mejor reconocimiento e intervención en el TDAH.”⁽¹⁾

También informaron sobre este documento algunos medios generalistas, como el *ABC*, y otros especializados, como *Redacción Médica*, y también los canales de las asociaciones sobre el TDAH, que dieron la siguiente información:

- a) Se presentó el documento en un acto celebrado en Madrid, el 27 de mayo de 2013. Los hablantes fueron Susan Young, psicóloga experta en TDAH y autora, Javier Quintero, profesor de Psiquiatría y director de Psiquiatría en el Hospital Infanta Leonor de Madrid, y Fulgencio Madrid, presidente de la Federación Española de Asociaciones sobre el TDAH (FEAADAH).
- b) Se presentó en un acto del Plan de Acción en TDAH – PANDAH.
- c) Es el primer *Expert White Paper* Europeo sobre el TDAH.
- d) Su objetivo es el acceso precoz a un diagnóstico y a medidas de apoyo.
- e) El Libro Blanco se desarrolló con motivo de una Mesa Redonda Europea sobre TDAH celebrada en Bruselas el 27 de noviembre de 2012.
- f) Par su elaboración se contó con la participación de médicos, asociaciones de pacientes y fami-

lias, y representantes del ámbito de la educación y la justicia. Se presentará en el Parlamento Europeo el próximo mes de noviembre.

- g) Tiene el apoyo del European Brain Council (EBC) y GAMIAN-Europe (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks). El apoyo a la redacción médica fue proporcionada por APCO Worldwide y Complete Medical Communications.
- h) Susan Young, autora y KOL, dijo hay que “hacer lo necesario para que esta enfermedad sea visible.”
- i) El Dr. Quintero afirmó que “el gran riesgo” de este trastorno es el infradiagnóstico.
- j) Fulgencio Madrid afirmó que hay un tratamiento que es eficaz en un porcentaje muy alto de casos, que los efectos negativos están muy estudiados científicamente, y “son poco significativos” respecto a los beneficios. Resaltó que a pesar de su frecuencia sólo conocen –su TDAH– el 4% de las personas, de ahí que uno de los objetivos de este libro blanco sea “hacer visible lo invisible” Además señaló que “muchas familias abandonan el tratamiento por no poder pagarlo”, “a pesar de que detrás de uno de cada cuatro casos de fracaso escolar está el TDAH”.
- k) Uno de los caballos de batalla de esta patología sigue siendo el diagnóstico, ya que se estima que “sólo el 1% de quienes padecen esta patología ha sido correctamente diagnosticado por un especialista y recibe el tratamiento adecuado”.
- l) La medicación es el pilar fundamental para mantener controlado el TDAH
- m) Desde España se está liderando la petición oficial a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de un Día Mundial del TDAH.
- n) Se resaltaron algunas cuestiones más como la dificultad de conseguir tratamiento, la poca ocupación sobre la población TDAH, etc. (5-11).

III. Estructura argumental y polifonía: las voces y el espacio de la percepción social

No es difícil ver en estas noticias la estructura argumental clásica del relato del marketing



farmacéutico, que mostramos ahora siguiendo a Alan Horwitz, sociólogo de la salud (12). La argumentación se estructura en base a estas cinco líneas:

1. Hay un trastorno que ha sido Infradiagnosti- cado o inadecuadamente tratado.
2. Hay un tratamiento disponible, eficaz y seguro.
3. La falta de tratamiento, o su retraso, pue- de acarrear una gran carga, para las per- sonas y para la sociedad: el tratamiento adecuado se asocia a historias de éxito (vida plena y exitosa) y su déficit a histo- rias de fracaso (infradiagnóstico, fracaso escolar, etc.).
4. Es necesario activarse a detectar la condi- ción (“hacer visible lo invisible”) y tratarla.
5. Otro argumento, no recogido aquí, es que la condición tiene raíces biológicas (genéticas o cerebrales), pero es expresado ante cada auditorio. Del TDAH se dice que es un tras- torno del neurodesarrollo.

Esta argumentación se muestra claramente en la información mostrada en torno al documento, y también dentro del mismo.

El otro componente del mensaje, tan importan- te como la argumentación, hace referencia a la creación y emisión del mensaje. Las voces im- plicadas en el mensaje son múltiples y diversas. Las mostradas en este documento incluyen: par- lamento europeo, expertos, mesa redonda, afect- ados, familias, salud, trabajo, justicia, escuela, asociaciones, y se hace resaltar que el documen- to es fruto del consenso. Este aspecto es funda- mental en el marketing farmacéutico: el emisor siempre es coral.

La directriz estratégica del mensaje del mar- keting es mostrar la expresión de muchas vo- ces, que incluye a todas las posibles asociadas al tema, y convergen en una dirección. Es un mensaje polifónico, que tiende a ocupar el arco completo de la percepción social del problema desde el rigor de la ciencia hasta la emoción del afectado. Una presentación coral sortea más eficazmente la resistencia a la persuasión, con esta escenificación la estrategia publicitaria se

difumina y no es visible, lo que también ayuda a naturalizar la información.

Son voces que tiene el potencial de influenciar, ya que estas a) se reúnen y hablan desde su ex- periencia, b) son el abanico completo de las vo- ces posibles, c) están noblemente motivadas y d) además su mensaje resuena en múltiples espa- cios. El mensaje que se trasmite con ocasión de este documento, ni comienza en ese momento, ni concluye con su presentación. Se crearán de forma continuada nuevas ocasiones para tras- mitir el mismo entramado argumental en una re- presentación similar, con un mensaje que surgirá una y otra vez en todos los espacios posibles, incluyendo los medios de comunicación, la for- mación, la escuela, el ambulatorio, internet, la política municipal, etc.

Pero la realidad es que las voces han sido reuni- das por un promotor. Ciertas voces y argumen- tos nunca se integrarán al coro. Cuando en otros lugares surjan voces inadecuadas se movilizará a otras, y se intentará acallarlas.² Activar a múlti- ples voces seguramente requiere habilidad, pero sobre todo dinero. Recordemos que el marke- ting, a veces disfrazado de formación, es el capí- tulo de inversión más importante de la industria farmacéutica, llegando a veces a ser el triple que la investigación.

También para los profesionales se utiliza una emisión polifónica, de hecho los documentos de consenso y las GPC son corales –a menudo patrocinados por la industria–, e incluso la mis- ma publicidad que trae el visitador médico tie- ne otros emisores que hablan del producto. A los profesionales médicos se destina el 80% del presupuesto de marketing, pero también alcan- za al ámbito académico. Dos ejemplos ilustran la potencia del promotor: a) integrar una condición medicalizada en los sistemas diagnósticos y en las Guías de Práctica Clínica ha sido un objetivo de marketing reconocido y logrado, y b) con la

² Como ejemplo, en un programa de TV, Salvados (7-4-2013), un profesional se refirió al TDAH como ejemplo de enfermedad inventada. La red TDAH se movilizó, se recogieron firmas para enviarlas a la cadena, se emitieron comunicados, que circula- ron por las asociaciones, en otros canales, en change.org, etc. y se pidió que se realizara de forma adecuada un programa dedicado al tema, además algún KOL criticó el programa y de- fendió la perspectiva adecuada.

implantación de una estrategia de marketing se incrementan los diagnósticos y las ventas de un producto (13-15).

Un detalle más no debe pasar desapercibido: el papel del promotor permanece en un discreto segundo plano. De hecho en la mayor parte de las noticias sobre el documento no aparece el promotor. Este hace hablar a otros, aunque ocasionalmente podría mostrar con orgullo haber creado ese tratamiento seguro y eficaz, aún así el valor de su producto es indicado por otros, por la ciencia. El marketing adopta el modelo del guiñol: quien genera la obra, crea el escenario para las voces y las orquesta, permanece fuera de escena. Evitando ser visto como promotor sorteando que sus intereses se confundan con el ánimo de lucro.

Sparks y Duncan hablan de la perspectiva mítica de las narrativas del marketing farmacéutico, que ni se generan y ni se absorben en un día, que trascienden una campaña concreta, integrándose en las narrativas sobre el mundo que tienen las personas, y ligándose a otras historias contemporáneas socialmente compartidas, influenciando sin saberlo (16). Cuando científicos de prestigio comunican, por ejemplo sobre el TDAH, su diagnóstico y su genética, su relato, en el imaginario social, se une a otro que adscribe un gran valor a la ciencia y a los científicos, en una situación contemporánea en la que hay ciencia espacial, existe Skype o internet, se han dado numerosos avances médicos, y se depende de numerosos artilugios útiles, etc. que solo pueden existir porque los científicos han sido capaces de especializarse y comprender, algo que la mayor parte de las personas no entiende. La información respaldada por la ciencia encuentra las puertas abiertas en la comunidad, y también en los profesionales del entorno sanitario y escolar, que no pueden conocer, digerir y absorber críticamente todo lo que se les ofrece. El relato del documento también hace referencia a detectar y tratar precozmente para prevenir la mala evolución. La perspectiva de intervenir precozmente es una actitud básica previa del profesional preocupado, por lo que al señalar esta cuestión, la argumentación completa penetra más fácilmente, y activar al profesional en esa dirección encuentra menor resistencia. Si en el mensaje están implicados padres, profesionales

médicos y del campo jurídico, psicólogos, pedagogos y orientadores, científicos, políticos, y otros, la perspectiva crítica tendrá más dificultad en surgir.

IV. Rastreado al agente promotor

La presencia de la industria como promotor puede intuirse, pero necesita ser rastreada para hacerla visible, y esto es lo que haremos ahora. La información mostrada solo habla de gente preocupada en el TDAH, y que desea conseguir ayuda para quienes tienen esa condición y la necesitan.

La mayor parte de las reseñas informativas, no dan la información que la página web de la FEAADAH indica: el documento, de 32 páginas, fue impulsado y financiado por Shire AG, con el apoyo del European Brain Council (EBC) (17) y GAMIAN-Europe (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks)(18), y que el apoyo para la redacción médica ha sido proporcionado por APCO Worldwide y Complete Medical Communications.(19) La primera es una asociación que tiene como miembros a asociaciones de científicos, pacientes y a empresas farmacéuticas, y se describe a sí misma con una función similar a un lobby, la segunda es una organización que incluye a otras asociaciones en defensa de los pacientes, que en 2013 recibió fondos de la industria farmacéutica que superaban los 100.000€, buena parte de su presupuesto, y la tercera es una empresa de marketing, que presta servicios, como la ayuda para introducir un producto en el mercado.

Hemos señalado que en España el documento se tradujo y se presentó en Madrid dentro del Plan de Acción en TDAH (PANDAH). En la mesa de presentación del documento, TDAH: hacer visible lo invisible, intervinieron Fulgencio Madrid, como presidente de FEAADAH, el profesor y psiquiatra Javier Quintero, María Rodríguez Moneo del Centro Nacional de Innovación e Investigación Educativa, Juan Manuel Moreno, secretario de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, y Susan Young autora del documento(8).

El plan PANDAH es una iniciativa de Shire, aunque no se muestra en la información tampoco permanece oculto. Su presentación en sociedad en 2011



contó con Maite Artés, directora de ADELPHI –una compañía de marketing farmacéutico que “proporciona soluciones integrales de investigación y comunicación para marcas en el ámbito de la salud”– (20), el ya nombrado F. Madrid, el psiquiatra y KOL para numerosas empresas farmacéuticas, y coordinador del plan Cesar Soutullo,³ y la psicóloga, profesora, KOL y colaboradora de Shire Isabel Orjales (21-24).

Los objetivos de el Plan PANDAH se han explicitado numerosas veces, como en la presentación, en noviembre de 2013, de su “Informe TDAH en España.” Al igual que en los demás actos, insiste en que la detección temprana y el tratamiento es la clave para los próximos años, y el Plan PANDAH tiene ese objetivo. Las figuras de este acto fueron el Dr. Quintero, el psiquiatra y KOL Dr. Casas, el psiquiatra, KOL, y afectado por TDAH Dr. Rojas Marcos, la subdirectora de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad Sonia García de San José, el presidente de FEAADAH F. Madrid, el presidente del Consejo Escolar del Estado Francisco López Rupérez, el coordinador de PANDAH Dr. Soutullo, y Javier Urcelay vicepresidente europeo de Shire (25). Como se ve una estrategia de marketing no es un hecho puntual, sino un plan mantenido.

La Federación Española de Asociaciones sobre el TDAH, FEAADAH, refiere el modelo de las empresas farmacéuticas de forma mimética. En su página web informa que está apoyada por Shire,

³ Esta es la declaración realizada a propósito de su colaboración en la GPC sobre el TDAH española. Cesar Soutullo Esperón ha recibido apoyo de Almirall-Prodesfarma, AstraZeneca, Lilly, Esteve, Bristol-Myers Squibb, Janssen-Cilag, Pfizer, Pharmacia Spain para asistir a cursos y congresos; ha recibido honorarios de AstraZeneca, Lilly, GlaxoSmithKline, Janssen-Cilag, Novartis y Solvay como ponente; ha recibido financiación de la Fundación Alicia Koplowitz, Janssen-Cilag, Juste, Lilly, Rubió y Shire para programas educativos o cursos; ha realizado actividades de consultoría para la Fundación Alicia Koplowitz, Lilly (España y Europa), Juste, EINAQ (European Interdisciplinary Network ADHD Quality Assurance), Janssen-Cilag (España y Europa), Pfizer (Global), Shire (Global), Otsuka (Europa), Bristol-Myers Squibb; tiene intereses económicos como consultor clínico (jefe clínico) y profesor asociado de la Clínica Universitaria, Universidad de Navarra y conflictos de interés de índole no económico por derechos de autor por publicaciones en DOYMA, Editorial Médica Panamericana, Grupo Correo, EUNSA, Euro RSCG Life Medea; también ha declarado conflictos de interés no personal por parte de la Fundación Alicia Koplowitz, Lilly y Shire para la financiación de la creación de una unidad o servicio.

Lilly, Janssen, Rubio y otras empresas. Desde su web se remite a otras de la industria farmacéutica, como a <http://www.tdahytu.es/> de Shire. Impulsa también la petición a la OMS para que declare el día mundial del TDAH, implicando a todo tipo de asociaciones, a médicos, ciclistas, músicos, escritores, y personas populares. Fulgencio Madrid, presidente de la misma, además de profesor de derecho y con dos hijos TDAH, es colaborador habitual de Shire, ha participado en la elaboración del Partnership Support Pack⁴ de Shire y es miembro del comité directivo de ADHD Alliance for Change, organización creada por Shire, y es remunerado por Shire (4,26-28).

Quienes firman el documento –S. Young, M. Fitzgerald y M.J. Postma– son KOLs que reciben honorarios de Shire, como se indica en el documento (1). En concreto la psicóloga Young está también al frente de la asociación UKAP (UK ADHD Partnership), y con la campaña “*Better Future*”, tras la cual está Shire, intenta introducir en el mundo escolar del Reino Unido la perspectiva habitual del TDAH (28).

El documento, en letra pequeña, dice: “Este Libro Blanco ha sido financiado y revisado por Shire AG. El apoyo a la redacción médica ha sido proporcionado por APCO Worldwide y Complete Medical Communications y financiado por Shire AG” (1). Maria Bradshaw, concluye que este es un caso de *ghostwriting*. Como anécdota adicional, Bradshaw contactó con Nessa Childers, psicóloga y copresidente del Grupo de Interés sobre Salud Mental del Parlamento Europeo, que firma el prólogo, y que, en mensaje publicado, informó que la reunión fue abiertamente promovida por Shire, y que su deseo personal era que se prestara atención a este tipo de problemas, pero que ella misma no es partidaria de medicar a niños (4,28), lo que habla del despiste de algunos políticos, aunque no son los únicos.

Y Shire Pharmaceuticals es la empresa líder de venta de fármacos en el sector TDAH, por encima de Janssen, Lilly, y otras, en EEUU, que está

⁴ Se trata de una guía “creada por un comité internacional de médicos, profesores y padres de niños con TDAH” que sirve de ayuda a cada uno de estos grupos. La guía fue realizada por el grupo de trabajo *European ADHD Awareness Taskforce*,” (de la que también es miembro F Madrid), y también Shire esta ahí, y disponible en la web www.tdahytu.es (de Shire).

en proceso de introducirse en Europa. Shire comercializa la lisdexanfetamina, Elvanse®, ya a la venta en España, y Equasym®, mezcla de metilfenidato común y de acción retardada.

Ahora tenemos la perspectiva para comprender que el ciclo de actividad completo, que incluye el documento, las convocatorias, los actos, los hablantes, las asociaciones, los profesionales, las invitaciones, y las noticias, están bajo la influencia y motivación de Shire, que ha convocado a las voces y les ha dado su papel, y ha financiado el entramado.

El documento es también la justificación y el marco donde se hace hablar a muchas voces. Aunque el informe es también una palanca para que sus recomendaciones se consideren en el mundo político de la Comunidad Europea y de los distintos gobiernos. En este sentido este tipo de actividad es estratégica, como no podría ser de otra forma, y quiere generar cambios en el escenario asistencial, que sitúe a la empresa promotora en una posición de mercado más favorable.

Dedicaremos un par de párrafos al contenido real del informe.⁽¹⁾ En realidad solo contiene la relación argumental señalada e indica enfáticamente que es un producto coral. Su contenido científico es absurdo, lo que lleva a pensar que puede ser un documento de *ghostwriting*, ya que una persona del campo difícilmente podría generarlo. Pretende defender que es mejor tratar que no tratar el TDAH.

Expresa un relevante impacto del TDAH, sustentado en una encuesta a padres y otra a adultos diagnosticados. Se dirige también a los costes del TDAH en diversas áreas, en base a algunos datos que compara con otras condiciones. Y después se centra en los resultados a largo plazo de tratamiento en base a nueve tipos de resultados.

Para argumentar que es mejor tratar que no tratar recoge un análisis que mezcla estudios longitudinales, prospectivos y retrospectivos, y transversales, con grupo de comparación o sin él. Los tratamientos también se mezclan, e incluyen a los farmacológicos, los de terapia conductual y familiar, o multimodal; se trata de diferenciar entre tratar o no. Y los resultados se agrupan en nueve categorías, que también se mezclan en la

conclusión: obesidad, uso de servicios, conducir, autoestima, trabajo, función social, comportamiento antisocial, logros académicos, y uso de sustancias. Mezclando todos estos indicadores se recoge la idea de que los no tratados tienen peores resultados en el 75% de los casos. Claro que en el 100% de los casos los tratados tuvieron como resultado positivo menor obesidad. En cambio los resultados positivos en aspectos laborales, que seguramente es el criterio de funcionalidad más importante, solo se dio en el 33%. Resulta poco riguroso hacer decir algo a un estudio como este, donde además se considera un resultado positivo no resultar obeso con el tratamiento, cuando los diagnosticados están siendo tratados en su mayoría con psicofármacos, cuyo resultado es la disminución del apetito y del crecimiento en peso y talla, que puede considerarse un efecto adverso inquietante. También resulta forzado dada la práctica inexistencia de estudios que permiten comparar trayectorias a largo plazo, como lo reconoce la GPC NICE sobre TDAH de UK, en la cual tuvo una participación de máxima responsabilidad la psicóloga Young, y donde los dos únicos estudios que pueden decir algo al respecto, de forma imperfecta, son el estudio RAINE y el MTA a 8 años, que muestran malos resultados para el tratamiento con psicofármacos, y ninguno de los dos ha sido considerado aquí (29,30). Aun con todo resulta alarmante que incluso esta perspectiva laxa no pueda defender el tratamiento en relación al mundo laboral. Las estrategias empleadas en el estudio impiden afirmar cualquier cosa respecto a resultados, en cambio refleja la capacidad de retorcer los datos para dar la impresión de beneficio, tal como lo necesita el promotor y revisor del documento.

IV. El marketing farmacéutico desde el entorno de la actividad empresarial

A pesar de lo que podría pensarse, esta clase de actividad de intervención social farmacéutica que hemos mostrado es bien asumida en el entorno empresarial y en el mundo del marketing.

Se informa que la campaña de marketing en la comercialización de Concerta® de Janssen, “La aventura del día a día con TDAH”, ganó el premio de marketing Aspid de Plata por “buscar nuevas fórmulas para difundir y divulgar la patología.” Laurence Mallick, jefe de Productos

en Janssen, afirma que “hoy en día es importante estar presentes en todos los canales, tanto en los tradicionales como en los digitales”, “hacemos mucho hincapié en la educación también para los padres y hemos trabajado mano a mano con todas las asociaciones de pacientes para darles información educativa sobre el trastorno”, y hay “que seguir creando concienciación... tanto en la comunidad médica, como entre familiares, los propios pacientes, los educadores, y a través de las asociaciones”, y “hay mucho trabajo... Hay muchos pacientes todavía no diagnosticados, no tratados” (31).

De forma similar, la página web de Shire nos muestra que su actividad respecto al TDAH será (32):

a) Reunir a psiquiatras, psicólogos, pediatras, neurólogos y educadores, y crear un plan de acción, b) para concienciar del problema, para detectar y tratar tanto en la infancia como en adultos, c) construir protocolos de actuación, con una guía creada por un comité internacional de médicos, profesores y padres, con la ayuda del European ADHD Awareness Taskforce (<http://www.adhdtogether.com>), organización de Shire, f) y libros disponibles desde la página www.tdahytu.es, de Shire, para maestros, padres, etc.

En *FiercePharma*, Shire informaba en 2013 que necesitaba vencer el escepticismo de Europa sobre los fármacos del TDAH. Bloomberg, su directivo para Europa, comentó que el próximo año hará conferencias psiquiátricas para llamar la atención sobre el TDAH. Como Elvanse® se comercializa en España y otros países europeos “Los dos próximos años van a necesitar de un esfuerzo educacional importante” (33).

Este modelo de intervención social es reconocido en el entorno del marketing y de las empresas farmacéuticas que lo patrocinan, y se organizan eventos, a los que acuden importantes figuras del mundo político, para premiar a las mejores intervenciones de la industria sobre los sanitarios y la comunidad.

La inversión económica en marketing parece producir beneficios económicos, como vemos en el caso del Concerta®, cuya llegada supuso un aumento de diagnósticos y de tratamientos (ver el gráfico 1) (34).

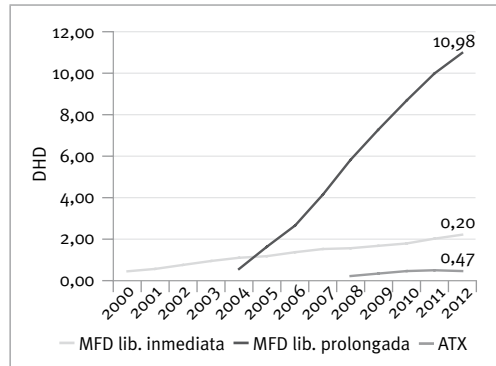


Gráfico 1: Evolución DHD de fármacos para el TDAH en España, en la población de entre 5 y 19 años (Saiz Fernández, 2013). MFD=Metilfenidato; ATX=Atomoxetina. DHD=Dosis Diarias Definidas (DDD) por 1000 habitantes y día. DDD MFD=30mg; DDD ATX=80mg. La línea azul refleja la ascensión de venta de Concerta®, desde su comercialización.

Datos facilitados por la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia. Población obtenida del padrón municipal de cada año. (34)

El negocio del TDAH en USA produjo en 2012 cerca de 9000 millones de dólares (35), con 4,6 millones de menores diagnosticados (36). Shire, la empresa líder en el sector del TDAH, ingresó 1800 millones de dólares en 2012 por sus fármacos en este campo. Solo Vyvanse® (Elvanse® en España) obtuvo 1000 millones, con un incremento del 28% respecto al año anterior, y se prevé que en 2016 alcanzará a 1700 millones de dólares (37). En definitiva, la industria farmacéutica tiene razones para creer en el marketing complejo que promueve.

V. El papel de las asociaciones de ayuda al paciente y los KOL

Muchas voces son necesarias, y su activación depende del acto en concreto, pero dos resultan imprescindibles en la estrategia coral del marketing farmacéutico: las que representan a los pacientes y los KOL.

Las asociaciones en defensa del paciente resultan ser claves para la industria al encarnar la voz más emotiva, la del que se encuentra en dificultades –con mayor frecuencia sus familiares– y suspira por un tratamiento que resuelva las dificultades. Este agente está más dispuesto a recibir noticias esperanzadoras de nuevos tratamientos. La activación de estas voces, refi-

riendo historias de fracaso y de éxito, resalta la necesidad del tratamiento. La industria, como hemos visto, se interesa en las asociaciones y las convoca para que sus voces se oigan en los actos que promueve. Su voz es especialmente creíble.

La penetración de la industria en las asociaciones resulta visible, pero en España se desconocen las peculiaridades de los lazos concretos entre ambas. Estas asociaciones, en su mayoría, defienden el mismo modelo que la industria, y algunas de ellas suministran el material educativo de las farmacéuticas o de sus KOL, por ejemplo en sus páginas web. De hecho pueden llegar a movilizarse para exigir al estado alguna medida en base a la peculiaridad del trastorno o la financiación de los fármacos. Está por conocer una movilización que se dirija sobre la industria, como para pedir una bajada de los precios de los fármacos y exigir mejores estudios, como lo resalta el psiquiatra B. Goldacre, p. 244 (8).

En EEUU, donde se conocen los datos, muchas de las asociaciones sobre el TDAH, reciben dinero de las farmacéuticas, como Lilly, McNeil, Novartis, Shire, UCB, Cephalon, Janssen y Pfizer. La asociación CHADD, con más de 200 sedes, que promueve el uso de fármacos, y con impacto en el mundo escolar, recibió, entre 2002 y 2003, 674000 dólares, en donaciones de la industria. Entre 2001 y 2009, CHADD recibió unos 7 millones de dólares.(39) En 2012 Shire proporcionó 123416 dólares a las asociaciones en defensa del los pacientes con TDAH en USA (40,41).

La otra voz imprescindible en el relato que transmite el marketing farmacéutico es la de los Líderes de Opinión –Key Opinion Leaders–, que ya ha sido objeto de estudio desde diversas perspectivas.(42-45) Se refiere a personas con prestigio científico que colaboran con la industria al objeto de promover el reconocimiento de un trastorno o defender un tratamiento. También son contratados por la industria para realizar estudios, informes, y suministrar formación. Su papel es imprescindible para ligar una condición con el tratamiento, donde representa el papel de custodio del saber científico. El KOL trasmite un relato científico, por ello su papel en el marketing es central, dado que aporta el factor de credibilidad ante los profesionales y prescriptores, ante las asociaciones en defensa del paciente, y ante la

sociedad. Seguramente al KOL no le gusta ser identificado como hombre anuncio, y solo desea mostrar capacidad científica, pero su papel en el marketing es imprescindible. No debe extrañar que la industria trate exquisitamente a los KOL, proporcionándoles lo que desean, incluso impulsando sus carreras profesionales y académicas. El KOL y la industria mantienen una relación de interdependencia a la que ambos se deben, pudiendo resultar a veces muy enrevesada, como la del Dr. Biederman y Janssen (46).

VI. El relato de medicar a los niños TDAH

Los distintos relatos se engarzan unos con otros, como piezas de puzzles. El relato de “Hacer visible lo invisible” defendía que es mejor tratar el TDAH que no tratar, y que para ello es necesario establecer políticas asistenciales que involucren a la escuela, y a otros sectores sociales, para detectar los casos precozmente. El documento no se centraba en el tratamiento, aunque indicaba que el combinado era el más efectivo (fármacos más otras intervenciones). Lo que interesaba al promotor del documento es activar el proceso de identificación, el tratamiento se liga a otro relato que se activa en otro lugar.

Los relatos del tratamiento se transmiten a los profesionales de distintos ámbitos, a los ámbitos académicos, a las asociaciones de familiares y a la comunidad por distintos medios incluidos los publireportajes. Observaremos ahora algo de estos relatos, subrayado por un contra-relato. Uno de los más relevantes son las Guías de Práctica Clínica (GPC). Estas guías son otro campo de intervención de la industria, una influencia que se ha desvelado en numerosos estudios de sociología de la sanidad, y las GPC son cuestionadas tanto por sus contenidos como por su pretensión de ser la referencia obligada.

Nos centraremos en la GPC española sobre el TDAH para mostrar el relato que defiende que el tratamiento farmacológico es imprescindible. La composición de sus participantes, declarada en la GPC, muestra que dos terceras partes de los participantes tienen lazos con la industria farmacéutica, con mayor porcentaje aún en el grupo de trabajo. Esta GPC se ha construido con la misma estructura argumental ya mostrada, y nos indica que el emisor es también polifónico e incluye a

diferentes tipos de profesionales, al M^o de Sanidad, M^o de Ciencia e Innovación, Dpto. de Salud de la Generalitat de Catalunya, etc., participando también F. Madrid, el ubicuo presidente de la FEAADAH (47).

A corto plazo, hasta seis meses, la GPC afirma que el metilfenidato es más eficaz que la psicoterapia o el placebo en estudios controlados. La mayor parte de las pruebas aportadas, calificadas como sólidas, no pueden decir nada al respecto, dada su brevísima duración. La mayor parte son estudios que duran menos de un mes, y una parte menos de una semana, pero son calificados todos ellos como pruebas de rango 1++, para hacer recomendaciones de nivel A (el valor más alto en ambos casos). Con estas pruebas afirman que el metilfenidato es más efectivo que la psicoterapia, la intervención pedagógica y el placebo a corto plazo. Pasa desapercibido para la GPC el detalle de que ninguno de los estudios contra placebo que dura más de 4 semanas muestra ventaja para el metilfenidato.

El metilfenidato beneficia al 80% de los tratados, afirman numerosos clínicos, siendo una cifra recogida por los medios, como muestra de su eficacia (48). El dato se extrae del estudio MTA, un estudio que considera la comparación de trayectorias, a los 14 meses, y el único donde la GPC sustenta la idea de medicar a largo plazo. Resuena como una cifra impresionante, pero solo si se soslaya un dato complementario del mismo estudio: el grupo de Terapia Conductual, sin psicofármacos, benefició a más del 75%, y que la diferencia siendo pequeña solo se dio en 3 de las 19 mediciones: según los profesores solo en atención, y según los padres en atención y movimiento (49). La GPC simplemente indica que es una prueba excelente para recomendar la medicación, no recoge estas cuestiones, y tampoco indica que la valoración cegada, mediante observación en el aula, no halló diferencias, y que en las puntuaciones realizadas por los niños tampoco encontraron diferencias, y que ninguna diferencia se encontró en aspectos de funcionalidad, como escolaridad, sociabilidad, etc.

El mismo estudio MTA, a los 3 años, muestra que ya no hay diferencias entre los que tomaron fármacos y los que no lo hicieron. Aunque la conclusión ante este resultado podría ser que no es

necesario medicar, la GPC española afirma que el estudio demuestra que el metilfenidato no ha perdido eficacia, por lo que se puede seguir usando, y adjudica el valor máximo a esta conclusión, para la prueba 1++, y a la recomendación el nivel A.

Cuando el seguimiento del MTA a los 8 años indica que en todas las medidas, incluyendo los signos nucleares del TDAH, atención, impulsividad y movimiento, además de comportamiento oposicionista, antisocial y psicopatología global es peor en aquellos que han sido medicados, la GPC no considera el estudio. La GPC española pudo recoger este estudio, dado que se publicó antes de que se hubiera ultimado, pero no lo hizo.

Medicar al menor es defendido con ahínco en la GPC, incluso en los casos más leves, y aconseja al profesional llevar el caso ante el juez en el supuesto de que los padres estuvieran en desacuerdo sobre medicar al niño diagnosticado del TDAH (50).

Y este es el relato polifónico que llegó a los profesionales, que pueden llegar a creer que es la versión oficial, neutra y creíble.

Una digresión sobre el estudio MTA, el único utilizado como prueba por las GPC para medicar a largo plazo, nos permite ampliar más el valor de los KOL en la extensión de diagnósticos y tratamientos. Recordemos primero que el TDAH ha evolucionado como concepto y con ello el número de afectados. En EEUU a mediados de los años setenta eran dos por cien mil niños los afectados por hiperactividad (51), pero en 2012 han sido diagnosticados de TDAH el 11% de los menores, y en Carolina de Norte más del 30% de los menores varones tienen el diagnóstico (52).

El MTA es un estudio con un diseño sesgado, sin grupo control, pero con asignación aleatoria que comparaba el tratamiento farmacológico, el conductual, la combinación de estos dos tipos, y un cuarto grupo en la comunidad, en la que la mayoría de los menores estaban en tratamiento farmacológico. Cuando se comunicaron los resultados a los 14 meses, señalados antes, se realizó un gran despliegue de información mostrando la superioridad del tratamiento farmacológico. El psicólogo y KOL para diversas empresas far-

macéuticas del campo del TDAH, y defensor activo del tratamiento farmacológico, Russell A. Barkley, declaró que el estudio MTA era “un hito en la historia de la investigación del tratamiento de la psicopatología infantil, siendo el estudio más grande de su tipo jamás realizado” (53). Poco tiempo después de la publicación en 2001 del estudio MTA a los 14 meses, Barkley junto al grueso de investigadores del MTA realizaron un documento internacional de consenso, defendiendo la medicación de los niños con TDAH, “dado que hay cientos de estudios” que lo avalan, aunque solo nombraron el MTA, y dando por bien establecida la validez diagnóstica del TDAH, resaltaron que sus detractores estaban en la misma situación que quienes afirmaban que la tierra es plana (54). El promotor y primer firmante era Barkley, y cerraba la lista Wilhem Pelham otro psicólogo y KOL en el campo TDAH, de gran prestigio en ese momento. Unos meses después otro numeroso grupo internacional de científicos rebatía el documento de consenso (55).

Russell Barkley, que ha publicado varios libros sobre el TDAH, algunos dirigidos a escuelas y a padres, defiende que la forma adecuada de tratamiento incluye la medicación. Recientemente ha publicado la tercera edición de su obra “Hacerse cargo del TDAH”, donde continúa recomendado el tratamiento farmacológico, en combinación, pero ahora ignora los resultados negativos para los medicados del estudio MTA (56,30) aunque pocos mejor que él deben saber lo que dice. Solo una parte de los investigadores del MTA tomó nota de los resultados del estudio a largo plazo, entre ellos Brooke Molina, que afirmó que el MTA no da aval para el uso farmacológico más allá de dos años, o Pelham, que afirma que no hay nada en la investigación del metilfenidato durante 40 años de la que se deduzca ventaja alguna en su uso y si efectos preocupantes. Pelham que había sido premiado, por su trabajo en el TDAH, por la asociación CHADD, cuando expresó estas conclusiones, vio que fueron censuradas en una entrevista para la publicación del CHADD, *Attention* (57). Miles de ejemplares de esta revista eran distribuidos a médicos, pediatras, etc. en EEUU, gracias a la colaboración de la industria farmacéutica.

Pelham tiene una historia curiosa que contar. Participó en un estudio sobre Concerta®, que se

publicó con su nombre como autor, y que trataba de evaluar los efectos adversos del fármaco. Los niños estudiados fueron recogidos de un estudio previo, del que fueron retirados los niños que tuvieron efectos adversos: es decir, se estudiaron los efectos adversos en quienes no los tenían: “No creía que la FDA admitiera” este estudio como uno válido, “pero lo hizo” (57).

Hemos mostrado varios relatos engarzados sobre el papel del KOL, una voz imprescindible en la intervención social del marketing farmacéutico, en relación con la construcción de las recomendaciones de tratamiento y la ciencia, y que a su vez este papel tiene una tensión relacional compleja entre los objetivos de la ciencia y los del marketing.

VII. La actualidad del TDAH

Mientras Shire introduce sus fármacos en Europa, y está de enhorabuena ya que ha conseguido que se autorice el uso de Vyvanse® (Elvanse®), uno de sus fármacos para el TDAH, en comedores compulsivos severos y moderados (58), el cuadro TDAH evoluciona a nuevas variantes.

El Tempo Cognitivo Lento (TCL) es una de ellas. Recuerda al perfil inatento. Strattera® es el primer fármaco que ha mostrado aportar una mejoría. Aunque todavía no hay consenso sobre la lista de síntomas que lo define, promete un nuevo caladero de diagnósticos estimado en dos millones de niños en EEUU.(59) Barkley, que recibió de Lilly –la empresa que comercializa Strattera®– 118000 dólares entre 2009 a 2012, afirma que se trata de “un trastorno que acabamos de identificar”, que “resulta excitante” que este fármaco funcione, y ha publicado un listado de síntomas para que los profesionales de salud mental puedan identificarlo también entre los adultos (59).

Además acaban de ser propuestas otras tres nuevas dimensiones para el TDAH asociados al temperamento: leve, manifiesto (más impulsivo y sociable, y buscador de emociones), e irritable (más impulsivo y airado, y escasa capacidad de calmarse) (60).

Y el mercado del TDAH se abre ya de forma imprecisa al diagnóstico de adultos que serán tratados con Strattera® y estimulantes. Parecen buscarse



especialmente dentro del grupo de personas con problemas adictivos. Este cuadro ha recibido impulso al ser reconocido en el DSM V, y los KOL están suministrando formación sobre el trastorno y su tratamiento, también en España.

VIII. Resumen y reflexiones finales

Hemos visto que la estrategia de marketing promociona tanto el trastorno como el tratamiento, utiliza una retórica argumental determinada y una estrategia polifónica, dentro de una estrategia a largo plazo, que ocupa el espacio de la percepción social sobre el tema. Se hace hablar a múltiples voces a las que se les puede atribuir buenas intenciones, mientras que el promotor del plan permanece en segundo plano. La estrategia tiene éxito, tanto en ocupar el campo social informativo, como en la obtención de beneficios económicos, además de impulsar cambios asistenciales. Hemos reconocido dos tipos de voces imprescindibles, la de los KOL y la de los afectados, representados por las asociaciones de familiares.

También se podrían sugerir algunas cuestiones para afrontar un marketing sutil pero poderoso. Hoy se están promoviendo algunas directrices para protegerse de la influencia de lo que se ha calificado como corrupción científica y manipulación, y del marketing. Y seguramente medidas como las que hagan visibles los conflictos de interés y otras ayudarán. Aún así falta el suficiente impulso para que las asociaciones y las publicaciones especializadas del campo de salud mental exijan una ciencia más rigurosa y se activen al servicio del debate científico necesario, aunque se vislumbra cierto avance en esta cuestión. Se puede recordar un artículo reciente, que defendía que las advertencias en las cajas de antidepresivos podían inducir al suicidio en mayor medida que los antidepresivos, que suscitó numerosas respuestas que fueron recogidas en la página web de la revista (61,62).

Aunque las medidas pueden ayudar, seguramente no hay una capaz de proteger de la ciencia engañosa. Puede que la mejor protección requiera

recuperar la perspectiva científica e impulsar la práctica clínica como un encuentro con la persona en dificultades.

La ciencia se sustenta en la investigación, pero esta se basa en preguntas. Se hace ciencia en la medida que se interroga, aunque dominar un campo de saber puede ayudar a precisar las preguntas. La pregunta es la base de la ciencia, y también la pregunta inocente. Indica Healy que alguno de los fracasos descubiertos en sanidad pasaron inadvertidos a los clínicos y científicos, pero fueron desvelados por periodistas, que desde su “no saber” preguntaron y rastrearon el estudio (15). Seguramente el profesional está en mejores condiciones que los periodistas para preguntar sobre el campo, pero quizás se necesita también algo de conciencia *naif* para formularlas. Moncrieff, por ejemplo, sugiere una serie de cuestiones simples que conviene saber ante todo tratamiento, que podrían ser formuladas en cada ocasión, y si no hubiera respuesta seguramente hay más motivo para insistir (63).

Y se puede optar por una clínica humilde, una que encuentre al paciente en sus dificultades, que le inspire en sus momentos difíciles, que resista la incertidumbre y la desesperanza, dando apoyo y decidiendo en conjunto. La perspectiva de que reconoce que el encuentro interpersonal entre el terapeuta y el cliente es un factor clínico clave tiene cada vez más apoyo (64-66). Esto no significa renunciar a ningún método técnico, sino usarlos y retirarlos en colaboración con el cliente: personas que ayudan a personas podría resultar la esencia del encuentro clínico.

Y recordar que el profesional también es voz, y, aún sin pertenecer a una masa coral, puede decir y preguntar, también en los espacios sociales. Reencontrar la voz de los clínicos en un espacio social como agentes de salud pública además de un derecho seguramente es también una responsabilidad.

Contacto

Miguel A. Valverde Eizaguirre • valverdema@hotmail.com
 Unidad de Agudos de Psiquiatría, Sección A • Complejo Hospitalario de Pamplona
 C/ Irunlarrea 3 • 31008 Pamplona

Referencias

- (1) Young S, Fitzgerald M, Postma MJ. TDAH: hacer visible lo invisible. Libro Blanco sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): propuestas políticas para abordar el impacto social, el coste y los resultados a largo plazo en apoyo a los afectados. 2013. [Consultado 3-2-2015] Accesible en: <http://www.feaadah.org/medimg83>
- (2) García de Vinuesa F, González Pardo H, Pérez Álvarez M. Volviendo a la Normalidad. La Invención del TDAH y del Trastorno Bipolar Infantil. Madrid: Alianza Editorial; 2014.
- (3) Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) desaprueba la Guía de Práctica Clínica para el TDAH. [Consultado 5-10-2014] Accesible en: <http://www.osalde.org/website/articulos/la-fadsp-desaprueba-la-gu%C3%ADa-de-pr%C3%A1ctica-cl%C3%ADnica-para-el-tdah>
- (4) Bradshaw M. Making the Invisible, Visible, 12-2-2014 [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.madinamerica.com/2014/02/making-invisible-visible/>
- (5) Libro Blanco Europeo sobre TDAH, Infocop, 16/07/2013. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4622
- (6) La medicación es el pilar fundamental para mantener controlada el TDAH, ABC SALUD, 03/12/2013. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.abc.es/salud/noticias/20130624/abci-medicacion-pilar-fundamental-para-201311291213.html>
- (7) Alvarez JL. Más de 1,4 millones de españoles sufren el trastorno por déficit de atención ABC, 27/05/2013. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.abc.es/sociedad/20130527/rc-millones-espanoles-sufren-trastorno-201305271450.html>
- (8) Melgarejo S. El TDAH ya tiene un ‘Expert White Paper’ europeo. Redacción Médica, 27-5-2013. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.redaccionmedica.com/noticia/el-tdah-ya-tiene-un-expert-white-paper-europeo-2066>
- (9) Un libro para hacer visible lo invisible del TDAH. Comunidad TDAH. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.comunidad-tdah.com/noticia/un-libro-para-hacer-visible-lo-invisible-del-tdah>
- (10) FEAADAH. “Expert White Paper Europeo sobre el TDAH” en Madrid el 31/05/2013. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.feaadah.org/es/difusion/122>
- (11) FEAADAH. Expert White Paper Europeo sobre el TDAH. 25/05/2013. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://feaadah.org/es/difusion/120>
- (12) Horwitz AV. Pharmaceuticals and the medicalization of social life. En: Light DW, editor. The risks of prescription drugs. USA: Columbia University Press, 2010. p. 92-115.
- (13) Goldacre B. Mala Farma Cómo las empresas farmacéuticas engañan a los médicos y perjudican a los pacientes. España: Paidós, 2014.
- (14) Frances A. ¿Somos todos enfermos mentales?: Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría. Barcelona: Ariel, 2014.
- (15) Healy D. Pharmageddon. USA: University of California, 2013.
- (16) Sparks JA, Duncan BL. (2012) Pediatric Antipsychotics: A Call for Ethical Care. En: Olfman S, Robbins BD, editors. Drugging Our Children: How Profiteers Are Pushing



Antipsychotics on Our Youngest, and What We Can Do to Stop It. USA: Praeger 2012, p 81-98.

- (17) European Brain Council. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.europeanbraincouncil.org/>
- (18) GAMIAN-Europe (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks). [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://gamian.eu/>; y <http://gamian.eu/financial-information/>
- (19) APCO Worldwide y Complete Medical Communications. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.apcoworldwide.com/>
- (20) ADELPHI. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.adelphi.es/> y <http://www.adelphipatientservices.com/>
- (21) El 25% de la población cree que el TDAH es transitorio. JANO, 5-10-2011. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.jano.es/noticia-el-25-poblacion-cree-que-15144;>
- (22) Uno de cada tres españoles asocia el TDAH a una vida familiar y escolar desorganizada. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.elbebe.com/blog/2011/10/05/plan-accion-tdah-pandah/>
- (23) Puesta en marcha en España del primer Plan de Acción en TDAH (pandah) PMFARMA 5-10-2011. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.pmfarma.es/noticias/13872-puesta-en-marcha-en-espana-del-primer-plan-de-accion-en-tdah-pandah.html>
- (24) Puesta en marcha en España del primer Plan de Acción en TDAH (pandah) Medicina 21, 4-10-2011. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: http://www.medicina21.com/Notas_De_Prensa-V3332.html
- (25) Todos los implicados en TDAH reunidos para presentar el informe PANDAH. Comunidad TDAH Edición nº14, 14-11-2013. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.comunidad-tdah.com/noticia/todos-los-implicados-en-tdah-reunidos-para-presentar-el-informe-pandah>
- (26) ADHD Alliance for Change. [Consultado 12 septiembre de 2014] Accesible en: <http://www.adhdallianceforchange.eu/about-steering-committee.aspx#.UwFSd84hvTA>
- (27) European ADHD Awareness Taskforce [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.adhdtogether.com/further-information-on-adhd/european-adhd-awareness-taskforce>
- (28) Bradshaw M. Shire Pharmaceuticals & the MEP – A Case Study in Manipulation? 17-2-2014. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.madinamerica.com/2014/02/38836/>
- (29) Smith G, Jongeling B, Hartmann P, Russell C, Landau L. Raine ADHD Study: Long-term outcomes associated with stimulant medication in the treatment of ADHD in children. Western Australian Department of Health, 2011. [Consultado 12-12-2014] Accesible en: http://www.health.wa.gov.au/publications/documents/MICADHD_Raine_ADHD_Study_report_022010.pdf
- (30) Molina B, Hinshaw SP, Swanson JM, Arnold LE, Vitiello B, Jensen PS, et al. MTA at 8 Years: Prospective Follow-up of Children Treated for Combine Type ADHD in a Multisite Study. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2009, 48:5, 484-500.
- (31) Entrevista a Laurence Mallick. Julio 2012. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.pmfarma.es/colaboradores/desayunos/1205-entrevista-a-laurence-mallick-jefe-de-producto-concerta-en-janssen-cilag.html>
- (32) Puesta en marcha del primer plan de acción en TDAH. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.shireiberica.com/shire-espana/noticia-lanzamiento-pandah.aspx>
- (33) Staton T. Shire aims to win skeptical Europe over to ADHD drugs. Fierce Farma, 3-10-2013. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.fiercepharma.com/story/shire-aims-win-skeptical-europe-over-adhd-drugs/2013-10-02>
- (34) Saiz Fernández LC. Atentos al déficit de atención (TDAH) Entre la naturaleza incierta y la prescripción hiperactiva Boletín de

- información farmacoterapéutica de Navarra, Nov-Dic 2013 Volumen 21, Nº 5.
- (35) Schwarz A. The Selling of Attention Deficit Disorder. *New York Times*, 14-12-2014. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.nytimes.com/2013/12/15/health/the-selling-of-attention-deficit-disorder.html?pagewanted=all&r=0>
- (36) Parens E, Johnston J. Facts, values, and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): an update on the controversies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2009, 3:1 doi:10.1186/1753-2000-3-1
- (37) Kelley T. The Big Bucks in Keeping Kids Focused, *Bloomberg Business* 10-10-2013. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.bloomberg.com/bw/articles/2013-10-10/shires-adhd-drugs-face-resistance-in-a-skeptical-europe>
- (38) Goldacre B. Mala ciencia. Distinguir lo verdadero de lo falso. España: Paidós, 2011.
- (39) CHADD Income & Expenditures Reports 2000-2009. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.chadd.org/About-CHADD/Reports.aspx>
- (40) O'Meara KP. ADHD Awareness' Month—it's good for Big Pharma, bad for kids. Octubre 2013. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.cchrint.org/2013/10/10/adhd-awareness-month-bigpharma/>
- (41) Shire Funding Disclosure Report 2012. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.shire.com/shireplc/dlibrary/documents/2012ShireGlobalFundingDisclosureReport.pdf>
- (42) Mosquera JJ. El papel de los KOL en el Marketing Farmacéutico 22-3-2011. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.samf.com.ar/node/54>
- (43) Baos V. Ser un "key opinion leader." 3-6-2010. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://vicentebaos.blogspot.com.es/2010/06/ser-un-key-opinion-leader.html>
- (44) Moynihan R. Key opinion leaders: independent experts or drug representatives in disguise? *BMJ* 2008; 336:1402 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39575.675787.651>
- (45) Sismondo S. Key Opinion Leaders and the Corruption of Medical Knowledge: What the Sunshine Act Will and Won't Cast Light On, *Journal of Law, Medicine, Ethics*, Vol. 14, No. 3, 2013.
- (46) Whitaker R. Weighing the Evidence: What Science Has to Say about Prescribing Atypical Antipsychotics to Children. En: Olfman S, Robbins BD, editors. *Drugging Our Children: How Profiteers Are Pushing Antipsychotics on Our Youngest, and What We Can Do to Stop It USA*: Praeger, 2012. p. 3-16.
- (47) GPC sobre el TDAH – Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. España: Guías de práctica clínica en el SNS, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010.
- (48) La hiperactividad es un trastorno real y no una moda reciente, según Cesar Soutullo. *Psiquiatría.com*, 22-1-2009. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.psiquiatria.com/tdah/cesar-soutullo-la-hiperactividad-es-un-trastorno-real-y-no-una-moda-reciente/>
- (49) Jackson GE. *Rethinking Psychiatric Drugs: A Guide for Informed Consent*. EEUU: Author House, 2005.
- (50) Valverde MA, Inchauspe JA. Alcance y limitaciones del tratamiento farmacológico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños y adolescentes y Guías de Práctica Clínica. Una revisión bibliográfica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2014; 34 (121), 37-74. doi: 10.4321/S0211-57352014000100004
- (51) Mayes R. ADHD and the rise in stimulant use among children. *Harvard Review of Psychiatry* 16 (2008): 151–66.
- (52) Hinshaw SP, Scheffler RM. *The ADHD Explosion: Myths, Medication, Money, and Today's Push for Performance*. EEUU: Oxford University Press, 2014.



- (53) Barkley RA. Commentary on the multimodal treatment study of children with ADHD. *J Abnorm Child Psychol.* 2000, Dec; 28(6):595-9.
- (54) International Consensus Statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol. 5, No. 2, June 2002.
- (55) A Critique of the International Consensus Statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol. 7, No. 1, March 2004.
- (56) Barkley RA. Taking Charge of ADHD: The Complete, Authoritative Guide for Parents. Third Edition. EEUU: Guilford Press, 2013.
- (57) Hearn K. Here, Kiddie, Kiddie. *AlterNet*, 29-11-2004. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: http://www.alternet.org/drugs/20594?_page=1
- (58) Rockoff J. Shire Drug Cleared to Treat Binge-Eating Disorder. *Wall Street Journal*, 30-1-2015. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.wsj.com/articles/shire-drug-cleared-to-treat-binge-eating-disorder-1422660055>
- (59) Schwarz A. Idea of New Attention Disorder Spurs Research, and Debate. *New York Times*, 11-4-2014. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: http://www.nytimes.com/2014/04/12/health/idea-of-new-attention-disorder-spurs-research-and-debate.html?_r=0
- (60) Karalunas SL, Fair D, Musser ED, Aykes K, Iyer SP, Nigg JT. Subtyping Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Using Temperament Dimensions Toward Biologically Based Nosologic Criteria. *JAMA Psychiatry.* 2014 Sep; 71(9):1015-24.
- (61) Lu CY, Zhang F, Lakoma MD, Madden JM, Rusinak D, Penfold, RB et al. Changes in antidepressant use by young people and suicidal behavior after FDA warnings and media coverage: quasi-experimental study. *BMJ* 2014;348:g3596 doi: 10.1136/bmj.g3596 (Published 18 June 2014).
- (62) All rapid responses—Changes in antidepressant use by young people and suicidal behavior after FDA warnings and media coverage: quasi-experimental study. [Consultado el 3-2-2015] Accesible en: <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g3596/rapid-responses>
- (63) Moncrieff J. Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos. Barcelona: Herder, 2013.
- (64) Nyquist Potter N. Mapping the Edges and the In-between: A Critical Analysis of Borderline. EEUU: Oxford University Press, 2009.
- (65) Bracken P, Thomas P, Timimi S, Asen E, Behr G, Beuster C, et al. Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry* (2012) 201, 430–434. doi: 10.1192/bjp.bp.112.109447
- (66) Valverde MA, Inchauspe JA. ¿Hay lugar para el consentimiento informado en los tratamientos de las personas con psicosis? Una reflexión sobre el tratamiento de las psicosis *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 30, enero 2014, doi:10.1344/rbd2014.30.99

- Recibido: 20/04/2015.
- Aceptado: 26/05/2015.

Compartiendo la locura: el arte insustituible de la escucha al loco.

Sharing the madness: the irreplaceable art of listening to the crazy.

Beatriz Carrasco Palomares

MIR-3 Psiquiatría, Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica.

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Resumen: Este breve, pero profundo escrito, persigue despertar en el lector, especialmente si este trata diariamente con los avatares de la locura, la reflexión y la crítica constructiva de nuestra práctica clínica diaria en Salud Mental.

El contexto socio-cultural de cada momento de la historia determina la expresividad de la locura y el trato dado al loco. Fuera de este contexto la locura no puede ser entendida. La sociedad construye la enfermedad mental y esta es a su vez el reflejo de la sociedad en la que asienta. Acercarnos a la locura actual pasa por entender el momento histórico que nos ha tocado vivir. Nuestra sociedad no tolera el sufrimiento asimilándolo a la enfermedad mental. Estamos en la era de la desculpabilización, de la psiquiatrización y de la medicalización de la vida cotidiana.

La entrevista clínica, la fenomenología, la subjetividad y la escucha al loco han dejado de tener el lugar de privilegio conseguido en el pasado. La neuroimagen, las ondas cerebrales, los genes y los fármacos son los que ahora toman la palabra que se le ha quitado al loco. La escucha ha dejado de contener.

No es fácil trabajar con la locura pero quizás la mejoría en la práctica clínica en Salud Mental pase por aunar criterios, evitar las polaridades y radicalizaciones de los diferentes enfoques psiquiátricos, fijar nuestro objetivo en la ayuda a la persona que tenemos enfrente alejándonos de intereses personales cuestionables y ser lo suficiente humildes para no creernos en posesión de la verdad absoluta. Verdad que en muchos casos roza la certeza psicótica.

Palabras clave: subjetividad, sociedad, locura, enfermedad mental, práctica clínica, ética, industria farmacéutica.

Summary: This short, but deep writing goes after bringing back in the reader, specially if this has dealings with the ups and downs of the crazy, the reflection and the constructive criticism of our daily clinical training in Mental Health daily.

Sociocultural context of each moment of the history determines the crazy's expressiveness and the behavior given to the crazy. Out of this context, the madness can't be understood.

Ponencia presentada en las XIII Jornadas de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental (Industria Farmacéutica, Ética y Salud Mental), el 10 de octubre de 2014, en Uruña (Valladolid).



The society constructs the mental illness and this is in turn the society's reflection in what settles. Our introduction to the actual madness depends on understanding the historic moment in what we live. Our society doesn't tolerate the suffering assimilating it to the mental illness. We are in the era of the blame's hold and of the diagnostic and treatment with drugs of daily life.

The clinical interview, phenomenology, subjectivity and listening to the crazy don't have the privileged place of the past. Neuro-imagen, brain waves, genes and drugs are having the last word that has taken to the crazy. The listening has stopped to contain.

It isn't easy to work with the madness, but perhaps the improvement in the clinical training in Mental Health depends on joining opinions, avoiding the polarities and the radicalization of the different psychiatric standpoint, focusing our objective on the help to the person that we have in front, being far from questionable personal interests and being humble enough not to believe in possession of honest truth. Truth that is close to psychotic certainty in a lot of cases.

Key Words: subjectivity, society, madness, mental illness, clinical training, ethics, pharmaceutical industry.

“Permíteme que te diga qué me pasa”

Antes de sumergirme en la locura y pedirnos que la compartáis conmigo, quisiera dar las gracias a aquellas personas que han permitido que como futura especialista en Psiquiatría pueda dar mi opinión sobre un tema tan controvertido como el que hoy nos reúne aquí, *Industria Farmacéutica, Ética y Salud Mental*.

Quizá hubiese sido más fácil recurrir a libros, artículos y otras publicaciones a la hora de abordar el tema que tratamos en el día de hoy pero he decidido *exponerme* y *predicar* con el ejemplo de aquello que defendemos o deberíamos defender la mayoría de los que estamos aquí, la subjetividad. Hablaré desde mi experiencia personal y con mis propias palabras. El haber pasado ya el ecuador de la residencia me permite hacerlo.

Compartiendo la locura: el arte insustituible de la escucha al loco. Estas palabras y su significado me sirven de guía en mi quehacer diario y hoy serán el hilo conductor de todo lo que diga.

El loco comparte con nosotros su locura porque necesita que seamos su sostén y que escuchemos su testimonio de forma neutral, cordial, tierna y firme. Su realidad le aboca a la incompreensión y a la soledad más absoluta, nuestra escucha puede ser lo único que le acompañe en su «carrera mortal» (1). Pero el alienado comparte

con nosotros nuestras *neuras*, no lo olvidemos. La relación establecida es bidireccional, visibilidad e invisibilidad juntas, transferencia y contra-transferencia entre un lado y el otro de la mesa que nos separa.

La *sinrazón* es también compartida por los profesionales que nos dedicamos a este campo del saber aunque en muchas ocasiones nos dé la sensación de que hablamos lenguajes diferentes y que no nos entendemos. Puede parecer exagerado que diga que a veces me siento más entendida y más cómoda hablando con un loco que con un compañero. Ante él no tengo que justificarme ni defenderme. Los roles se entrelazan y no pasa nada pero mantener continuamente la tensión y la lucha por el poder y por el *llevarte el gato al agua* cansa, a mí por lo menos.

Foucault (2) influenciado por otros grandes pensadores, Kant, Nietzsche y Heidegger ya nos advertía de las relaciones de poder presentes en la sociedad y cómo el poder se relaciona con el sujeto. La vanidad mueve el mundo. Las relaciones humanas (entre ellas las relaciones laborales, políticas, terapéuticas y familiares) son relaciones de poder. Poder que es ejercido y padecido por todos. Resistir no deja de ser otra forma de poder. No hay manera de escapar. Poco espacio queda entonces para la libertad personal. El sujeto está sometido por los otros a través del control y de la dependencia y por sí mismo a partir

de lo que le han dicho que es o que debe de ser. Al final solo nos queda esa «zona intermedia» de la que habla Winnicott (3) para liberarnos de la realidad externa y de la interna, zona grande o pequeña pero la única en la que podemos crear y ser libres. El *contrato social* (4) será lo único que restablezca el entendimiento si queremos llegar a él. El guerrero con honor lucha ante un igual. Ahí está la *grandeza* del loco y la *bajeza* del cuerdo.

Aunque a muchos les cueste reconocerlo la locura también forma parte de la sociedad siendo el mejor reflejo de la misma. Analizando la presentación de la locura, *enfermedad mental* dirán otros, llegamos a comprender la sociedad en la que vivimos.

La escucha al loco es la herramienta principal e insustituible con la que cuenta el psiquiatra. Su *evidencia* no está registrada en ensayos clínicos pero no tiene adversario que le haga frente. Ningún test, ninguna prueba de neuroimagen podrá aportar lo que con una buena entrevista clínica se puede conseguir. Estas pruebas pueden ser un buen complemento, no en vano se les ha dado el nombre de *pruebas complementarias*, pero desde luego no son las protagonistas.

La locura no está escrita ni grabada a fuego en el cerebro. Dos tumores cerebrales se pueden presentar de la misma forma (estirpe celular, medidas, localización). Viendo la RMN parece que no necesitamos más. Sin saber el nombre del paciente podemos, apoyándonos en otros datos médicos, indicar o no cirugía e incluso saber qué abordaje quirúrgico debemos hacer.

La *psique* es otra cosa. Es enfrentarte con el individuo, con dos depresivos, con dos psicóticos, que no son iguales por mucho que compartan diagnóstico y códigos CIE-10 y DSM-5, individualidad a la que sólo tenemos acceso y relativo a través de la entrevista clínica y de la escucha. Para saber lo que nos quieren decir tenemos que dejar que nos lo digan.

Muchos diagnósticos generan controversia entre los profesionales. Incluso aquellas psicopatologías más alejadas estructuralmente y que en nada se parecen por lo menos aparentemente, como puede ser la psicosis y la histeria, generan

conflictos. Al final cada uno ve lo que su teoría le permite ver y lo que quiere ver.

Un *síntoma* puede ser la manifestación de diferentes estados morbosos siendo la función del síntoma la que nos dará la *clave diagnóstica-clasificadora-etiquetadora*, sinónimos para muchos, pero aun así el saber qué le ocurre al paciente puede seguir siendo un enigma.

Si a pesar de la semiología, de la experiencia subjetiva y de la transferencia establecida en la entrevista clínica no conseguimos llegar al diagnóstico, *pase*. Es entendible. No somos dioses ni pretendemos serlo. Seguiremos intentándolo y recabando información que incline la balanza. Pero si los diagnósticos y las discrepancias diagnósticas están basados en intereses personales o económicos entonces tenemos un grave problema. No estaría de más en estos casos, *mirar hacia adentro*. Pararnos y reflexionar *cada x tiempo* sobre lo que hacemos y por qué lo hacemos no parece mala cosa. No todo vale, el fin no siempre justifica los medios. No podemos perder el norte. Tratamos con vidas no con objetos inanimados, nos jugamos mucho.

En otras ocasiones lo que cuesta es cambiar el diagnóstico aunque sepamos que ética y moralmente deberíamos hacerlo. ¡Cómo nos vamos a desdecir o desdecir al compañero! ¡Cómo vamos a reconocer nuestro error o dejarle en evidencia! La herida narcisista ocasionada por este error diagnóstico puede, para algunos ser tan grave, que muera en *combate diagnóstico*.

El diagnóstico es nuestro, no del paciente, es nuestro lenguaje. La mayor expresión de nuestro poder. La etiqueta no es lo importante, lo importante es saber qué le ocurre a la persona que tenemos delante.

No es exagerado decir que *diagnóstico* es en muchas ocasiones equiparable a *fármacos* y éstos a *dinero* sobre todo si el diagnóstico emitido implica cronicidad y gravedad. Para toda *enfermedad del alma* parece haber una *cura química*.

El sufrimiento y la desdicha no son tolerables en la sociedad actual, *la gente tiene derecho a ser feliz*. Es un derecho. La OMS define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia



de afecciones y enfermedades». Tanto es así que el sufrimiento es considerado una patología a tratar. Diagnóstico: Sufrimiento. En el 75% de los informes que hacemos debería aparecer esta palabra. Todo es sufrimiento y todo es susceptible de medicalización, incluso el duelo. ¡Cómo si una pastilla pudiese elaborar por ti la pérdida y cómo si no fuese *normal* que te doliese que alguien a quien quieres deje de estar! Me pregunto qué se entiende entonces por vivir. Y nosotros los profesional consentimos que sea así.

¿Cuántos de los casos que vemos en consulta no son más que respuestas adaptativas a los avatares de la vida? Digo y repito adaptativas, no desadaptativas. Gastamos tiempo, agenda y dinero en casos que no tendrían que ser casos y fomentamos la demanda de por vida, generando *otra dependencia más* en esta sociedad de consumo. Casi parece una rutina el ir al psiquiatra para que te recete la *pastilla de la felicidad* y al psicólogo para que te dé las *pautas* a seguir. Marioneta en manos de otro al que le pides que viva y decida por ti. Creamos personas dependientes, parasitarias de recursos sanitarios, sin autonomía para gestionar el sufrimiento, sin culpa. Pero mientras unos pierden, otros ganan. Los fármacos no salen de *debajo de las piedras*, hay que comprarlos y pagarlos. Cuanta más demanda se genere mejor, cuanto más enfermedad más búsqueda de remedios... y la botica crece y se hace indispensable.

¿Habéis pensado en alguna ocasión que para muchos una receta de *trabajo, dinero, resistencia, tolerancia a la frustración, entretenimiento o actividad* resultaría más útil que la prescripción de fluoxetina, paroxetina o lorazepam?

Es curioso pensar que mientras la sociedad pide la *pastilla de la felicidad* el loco rechaza estos narcóticos artificiales y legales. ¿Quién está más loco? A unos hay que decirles no a la receta y a otros, se supone que a los alienados, hay que suplicarles para que digan sí. Nadie parece tener lo que quiere. La sociedad se convierte en un *ente dependiente* y sin embargo, se lucha para que el loco sea autónomo, para que consiga la recuperación funcional. ¿Puede haber una mayor contradicción?

Los adultos se infantilizan y pierden su capacidad para defenderse activamente. Son víctimas

de su enfermedad, *la falta de valor y la cobardía*. La culpa queda desplazada y no se quiere saber de ella, pasivos ante el devenir de los acontecimientos, sin ninguna responsabilidad de su malestar y recreados en su victimismo.

¿Qué pasará con las futuras generaciones? ¿En qué adultos se convertirán cuando sus referentes son otros niños? ¿Quién asentará sus cimientos? ¿Quién les ayudará a convertirse en sujetos? ¿A defenderse? La respuesta para muchos padres será un psiquiatra. Este diagnosticará a su hijo, recetará el psicofármaco que convenga y quitará culpa y responsabilidad a los progenitores. Por este camino, el poco *insight* que se pueda favorecer en los padres se pierde. Nunca llegarán a preguntarse qué habrá detrás de ese diagnóstico de TDAH ni en qué habrán contribuido ellos a que esto se produzca. Muchos profesionales tampoco se preguntan que hay detrás de *ese pequeño movido* pero tienen la solución, *pastilla que te crió*.

Da la sensación de que se van creando enfermedades mentales a demanda (5). ¿Puede ser científicamente posible que hayamos pasado de no diagnosticar TDAH a hacerlo continuamente? Otro tanto pasa con los diagnósticos de depresión, ansiedad y trastorno bipolar, cajón de sastre en el que todo cabe.

Hemos llegado a tal punto que muchas personas se diagnostican a sí mismas navegando por la red. Acceden a los criterios diagnósticos de los diferentes trastornos y se encasillan. Interesados en su personalidad y autoconocimiento superficial hacen tests que se descargan gratuitamente. Leen los resultados y se reconocen en ellos, el mismo escrito vale para todos. Esto me recuerda a las predicciones zodiacales, a todos los piscis les pasará...Millones y millones de personas van a tener exactamente el mismo día. Esto sí es una interpretación casi delirante, ¿o no?

¿Y qué me decís de esos adolescentes *sin límites*? Jóvenes que no toleran la espera, que buscan la satisfacción inmediata donde pueden, sin contención posible. Con la necesidad continua de llenar su *vacío interior*. Desamparados y desarmados, igual que frutas de invernadero (madurez artificial). Sin capacidad para mantener el deseo, *lo quiero y lo quiero y si no me enrabieto*.

Nadie les ha enseñado a esperar. Si el adulto, su referente, no tolera el sufrimiento más nimio qué resistencia y afrontamiento le va a transmitir a este joven. ¿Dónde queda el tomar un café y relacionarte cara a cara con los otros? Lo que se lleva a ahora es *tener amigos, cientos de amigos* de los que poco se sabe, has visto su cara en una foto de perfil y conoces aquellos datos que esa persona quiere que sepas. Relaciones parciales, sin exposición, con la protección que da la pantalla del ordenador. *Ausencia de límites* que crea *sujetos límites*.

En esta sociedad *psiquiatrizada* casi parece que el loco es el que ha mantenido la cordura y su camino, en muchos casos con una trayectoria vital más coherente que la de los *normales*. Tanta *borralla* en consulta, en urgencias e incluso en las unidades de hospitalización hace que uno disfrute de la entrevista con *un loco de los de verdad*. Casi dan ganas de aplaudir pero cuidado, la locura no debe idealizarse. El loco está solo. La locura es un drama. Es al loco al que tenemos que dedicar nuestro esfuerzo y nuestra ayuda si nos la pide. Este es el objetivo de la Psiquiatría, *llegar al loco*; no nos desviemos del camino, no *salgamos del surco*.

Ha cambiado el trato con el psicótico pero todavía queda mucho por hacer, *la revolución en esta maestría todavía está por llegar*. Hemos pasado del gran encierro institucional al *gulag* químico. La utilización de pociones y otras sustancias buscando dar en la diana de la locura viene de muy atrás. Se ha probado casi de todo y con dudosa evidencia científica justificando su uso como *un tratamiento compasivo y a ver qué pasa, forcluyendo* posteriormente el horror de los resultados obtenidos en estos experimentos humanos.

El loco es un *superviviente*, ha sobrevivido al hidrato de cloral, a la cocaína (Freud, 1875), a la morfina-alcohol-éter (Kraepelin, 1892), al paraldehído, a los barbitúricos, a la piroterapia (inyección de plasmodios, Julius Wagner-Jauregg, 1917), a los choques insulínicos (Sakel, 1927), a la reserpina (Sen y Bose, 1931), a las leucotomías prefrontales (Egas-Monis, 1937), al LSD (Albert Hofmann, 1943) y a la terapia electroconvulsiva (Cerletti y Bini, 1938), esta última todavía en activo y de nuevo en auge.

El *arsenal terapéutico* en Psiquiatría es tremendo, flexible y camaleónico. *Vale tanto para un roto como para un descosido*. El mismo fármaco puede ser útil para la manía, para la depresión y para la esquizofrenia. Para que no te canses de utilizar siempre el mismo se dispone de una *amplia variedad de productos*, todos a su alcance por el *módico precio de...* Si hasta se anuncian fármacos por TV como si fuesen un producto de Teletienda.

A pesar de lo dicho, los psicofármacos no deben ser rechazados ya que nos han ayudado y mucho pero sí deben ser bien utilizados. No olvidemos el principio básico de la práctica médica, *primum non nocere*. Su uso no está exento de riesgos. ¿Quién de nosotros no ha agradecido tener *un tranquilizante a mano* cuando la agitación se desata en el paciente o la *angustia es tan intensa* que se vuelve insoportable? Todos, no podemos negarlo.

Los fármacos utilizados en la psicosis, como escribe Fernando Colina en su último libro, *Sobre la locura*, (6) son «mediadores de la relación con el enfermo, freno al despilfarro vital al que arrastran al loco sus pulsiones, oportunos neutralizadores químicos del filtro amoroso que constituye el delirio». Desempeñan un papel más allá de la neurofisiología, de la sedación y de la incisión sobre la productividad delirante y alucinatoria. Disminuyen la angustia, la cuantía de las pulsiones y permiten una mayor proximidad al loco. Facilitan las intervenciones básicas que realizamos con los psicóticos, intervenciones a las que el medicamento se debe subordinar y no al revés. El fármaco sin el acompañamiento del loco no va a ningún sitio. *Normalizar su vida*, si me permitís el término aunque no sea el más acertado, es el objetivo. Devolver al loco la independencia, la autonomía, el respeto y el derecho a ser un ciudadano de a pie.

El uso de los psicofármacos debería regirse por unos principios básicos que son aplicables al resto de los fármacos: evitarlos si se puede, utilizar la menor dosis posible, pautarlos durante un tiempo limitado, consensuar el tratamiento con el paciente, favorecer la automedicación y utilizar los fármacos que tengan un menor coste (los pagamos todos, ganamos todos). En definitiva, pautar la medicación indispensable durante el



menor tiempo e implicar al paciente activamente en su toma.

No sé a vosotros pero a mí se me hace difícil en ocasiones completar un ciclo antibiótico y eso que la duración del tratamiento es una semana, día arriba, día abajo. No puedo imaginar qué haría si tuviese que tomar uno o más medicamentos todos los días de mi vida. No es fácil aceptar ni mantener un tratamiento de por vida o de forma indefinida como se le pide a muchos pacientes. «Los psiquiatras sólo dan pastillas, es

lo único que saben hacer. Cuando te ponen el tratamiento, olvídate, es para siempre». ¿Os suena este comentario?

En el tema tratado en el día de hoy *Industria, Ética y Salud Mental*, mi péndulo no se mueve, se queda en el medio; se queda en la *Ética* y mira hacia la *Salud Mental*.

Valladolid, 10 de octubre de 2014

Contacto

Beatriz Carrasco Palomares • beatrizcarrasco9381@hotmail.com
Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica • Hospital Universitario Río Hortega
Calle Dulzaina, 2 • 47012 Valladolid

Bibliografía recomendada

- (1) Basaglia F. La institución negada. Barcelona: Barral, 1972.
- (2) Foucault M. El poder psiquiátrico. Curso en El Collège de France (1973-1974). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007.
- (3) Winnicott DW. Realidad y juego. Barcelona: Gedisa, 1993.

- (4) Hobbes T. Leviatán. México: Fondo de Cultura Económica, 1980.
- (5) Álvarez JM. La invención de las enfermedades mentales. Madrid: Gredos, 2008.
- (6) Colina F. Sobre la locura. Valladolid: Cuatro ediciones, 2014.

- Recibido: 01/05/2015.
- Aceptado: 27/05/2015.

La raya en la arena: la Psiquiatría entre la ética y la industria farmacéutica.

The line in the sand: Psychiatry between ethics and pharmaceutical industry.

José García-Valdecasas Campelo*, Amaia Vispe Astola**

* Psiquiatra. Hospital Universitario de Canarias. Servicio Canario de Salud.

** Enfermera especialista en Salud Mental. Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Servicio Canario de Salud.

Resumen: En el presente trabajo desarrollamos el tema de la influencia de la industria farmacéutica en la psiquiatría, a través de aspectos como las clasificaciones actuales de trastornos mentales, la investigación farmacológica en lo referente a eficacia y seguridad, el desarrollo de nuevos fármacos y el marketing, dirigido a los profesionales sanitarios y a los mismos afectados o sus familiares, así como al conjunto de la sociedad. En base a ello, señalamos los aspectos éticos, económicos y legales implicados en esta relación, así como elaboramos unas propuestas de solución al problema, considerando las posibles repercusiones del mismo, tanto en nuestro trabajo como profesionales como hacia la propia sociedad.

Palabras clave: industria farmacéutica, ética, investigación psiquiátrica, clasificaciones psiquiátricas, gasto farmacéutico, marketing farmacéutico.

Abstract: In this paper we develop the issue of the influence of the pharmaceutical industry in psychiatry, through aspects such as the current classification of mental disorders, pharmacological research regarding efficacy and safety, developing and marketing new drugs, aimed to healthcare professionals, patients or their families and the wider society. Based on this, we note the ethical, economic and legal aspects involved in this relationship. We elaborate proposals for solution to the main subject, considering the possible repercussions thereof, both in our work as professionals and to society itself.

Key words: pharmaceutical industry, ethics, psychiatry research, psychiatry classifications, pharmaceutical expenditure, pharmaceutical marketing.

Introducción

La ética es un concepto problemático y esquivo, abierto a diversas interpretaciones y que

suscita aún más diversos posicionamientos. El nuestro es que la ética es ante todo una responsabilidad hacia los demás. Partimos de la consideración aristotélica de que el hombre es un

Conferencia de clausura de las XIII Jornadas de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental, el 10 de octubre de 2014, en Uruñea (Valladolid).



“animal político”, lo que hace referencia al carácter *social* del ser humano. Nacemos, vivimos y morimos en una sociedad, que nos proporciona en mayor o menor grado identidades y neurosis, dolores y alegrías. Y somos responsables, si queremos ser éticos desde este punto de vista, de colaborar a mejorar dicha sociedad y el bienestar de sus miembros, a través de nuestro comportamiento, ya en lo personal, ya en lo profesional, especialmente para quienes trabajamos atendiendo y tratando, en el sentido más amplio de estas palabras, a otras personas.

Ciertos desarrollos éticos, en la línea de Horkheimer, hablan de que la utopía, aunque anhelada, es realmente imposible. El sentido de la vida está perdido. Pero, a pesar de ello, hay que comportarse como si existiese tal sentido. Y no sólo por un imperativo categórico kantiano de reminiscencias cristianas de tratar al otro como a ti mismo, sino porque se lo debemos a todos los hombres y mujeres que lucharon antes que nosotros contra las peores circunstancias y perdieron. Se lo debemos a todas las víctimas que intentaron hacer del mundo un lugar mejor y en muchas ocasiones no lo consiguieron. Pensar “yo no voy a poder cambiar nada” es de cobardes. Uno debe hacer lo que debe hacer, *como si* efectivamente pudiera cambiar algo y a pesar de que efectivamente tal vez nada cambie. Hay que luchar sin miedo y, si es preciso, sin esperanza. Como dijimos alguna vez, poder morir mirando a tus hijos y diciéndoles: “chicos, el mundo es una mierda, pero nosotros hicimos lo que pudimos”.

Entrando en materia, diremos que la relación entre la industria y los profesionales marca, no un conflicto de intereses, sino *el conflicto de interés*. Y lo decimos así porque no es que no haya otros, sino que la importancia de éste eclipsa cualquier otro. Algunos colegas empiezan revelando sus conflictos de interés diciendo por ejemplo *que cobran del Laboratorio X y que trabajan para el Servicio Público de Salud Z*. Y esto nos parece una hipocresía intolerable, por cuanto pretenden vender ambas posiciones como equidistantes de tal forma que los “conflictos” se anularían entre sí. Tal y como nosotros lo vemos, el asunto es simple: el fin buscado por el profesional sanitario (o el sistema de salud público para el que trabaje, o las asociaciones profesionales en las que participe) es aliviar el malestar del paciente. El

fin de la industria es obtener beneficios. Y aliviar a los pacientes sólo es un medio (uno de varios posibles) de obtener dichos beneficios. No hay conflicto de interés entre un profesional y su gestor, o su orientación teórica, o sus compañeros. Puede haber diferencias de opinión o choques incluso graves acerca de cuáles son los medios indicados para lograr el fin perseguido, pero el fin último es el mismo. Sin embargo el conflicto de interés con la industria farmacéutica es evidente: el fin es distinto y, de hecho, nuestro fin no es más que un medio posible pero ni siquiera obligatorio, tal y como funcionan las cosas hoy en día, para ellos.

Aspectos de la relación entre la industria farmacéutica y la Psiquiatría

Hay mucho escrito recientemente acerca de ello, y cada vez se acumula más información al respecto (1,2,3). Con fines didácticos, acotaremos una serie de apartados, como son la influencia de la industria farmacéutica en nuestras clasificaciones, la influencia de la industria en la investigación, aspectos sobre el desarrollo de nuevos fármacos y sin duda el tema estrella del marketing sobre el profesional. Estos cuatro apartados implican y confluyen en el hecho de que la mayor parte de la formación que reciben los profesionales está influida por la industria farmacéutica, que crea así el *saber oficial* de la disciplina. Por otra parte, la influencia de la industria actúa también sobre la sociedad en general, desde estos cuatro apartados o cualquier otra división que hagamos (4,5), y contribuye a establecer un *saber popular* sobre la salud mental que tiende a conceptualizar cualquier malestar vital como trastorno mental y cualquier trastorno mental como disfunción biológica subsidiaria de tratamientos farmacológicos *sumamente eficaces y seguros*. Creencia popular que muchos profesionales comparten y que carece de pruebas en todos sus niveles.

La industria influye de forma clara en la *clasificación de las enfermedades mentales* y en la medicalización de condiciones que no merecerían en ningún caso el apelativo de “enfermedades”. Está documentado (6) cómo los paneles de expertos del DSM se reunían y en forma más de comedia de situación que de cónclave científico, decidían qué trastornos entraban y de qué

manera lo hacían en una clasificación que luego los profesionales hemos seguido como si fuera la Biblia (y que, a pesar de definirse como texto científico, carece de cualquier tipo de referencia bibliográfica a sus fuentes). Se ha sabido (7) que más de la mitad de los expertos del DSM-5 tienen conflictos de interés, algunos por elevadísimas cantidades de dinero, con los laboratorios que producen los fármacos indicados para cada categoría. O cómo se produjo (8) la *invención* del trastorno por estrés posttraumático, el TDAH o la fobia social... O se elevó a rango de epidemia trastornos poco frecuentes como la depresión o el trastorno bipolar... La influencia de la industria, que se juega gran parte de sus beneficios en esto, es innegable en relación con los citados conflictos de interés que presentan los psiquiatras que diseñan estas entidades diagnósticas y en relación con el psiquiatra de a pie que, a través de la influencia de la industria en sus diversas formas, tiene cada vez más presente el nuevo trastorno. O, y esto es cada vez más grave, influyendo a través de asociaciones de pacientes o familiares o con intervenciones directas en la población, consiguiendo que nuestros pacientes vengan ya sugestionados buscando el fármaco *adecuado*.

Pasando al siguiente apartado, la industria farmacéutica lleva a cabo la mayor parte de la *investigación* tanto previa como posterior a la comercialización de los psicofármacos, dentro de un escenario de lamentable dejadez de funciones de las administraciones públicas. Ello trae consigo una serie de circunstancias que han sido denunciadas profusamente (1, 2) sin que hasta el momento se haya logrado ningún avance real, más allá de titubeantes declaraciones de intenciones de la Unión Europea sobre la transparencia de los ensayos clínicos. Entre estas circunstancias tenemos la ocultación de estudios (9) cuyos resultados no son favorables al fármaco del laboratorio que financia dicho estudio, o bien la manipulación de los resultados, muy lejos de lo que sería una práctica científica honesta, con muestras demasiado pequeñas, análisis por subgrupos *ad infinitum*, seguimientos demasiado cortos para detectar efectos secundarios a largo plazo, empleo de variables subrogadas sin relevancia clínica demostrada, comparación con dosis no equivalentes para exagerar efectos

secundarios del comparador (algo realizado en las comparaciones iniciales entre antipsicóticos atípicos y típicos (10), con la consiguiente generación de la imagen de mejor tolerancia y de mayor eficacia), el fenómeno muy frecuente del *ghostwriting* (11), por el cual una compañía contratada por el laboratorio diseña, ejecuta y escribe el estudio, para que luego supuestos grandes expertos pongan su nombre en él, etc., etc.

La determinante influencia de la industria en lo que se publica y con qué nivel de calidad científica se hace, lleva directamente a que los médicos no tengan acceso a toda la información disponible sobre los fármacos que prescriben. Estudios negativos no se publican (la relevancia de esta práctica sobre la eficacia de los antidepresivos (12, 13, 14) es algo que sólo estamos empezando a atisbar) y aquellos estudios que sí se publican muchas veces no nos aportan la información suficiente ni cuentan con una metodología apropiada. Ni se investiga bastante ni llega a nosotros lo que realmente se investiga. Es asombroso cómo apenas hay estudios amplios de efectos secundarios a largo plazo (diez, veinte o más años), o acerca de qué fenómenos de neuroadaptación se producen, con tratamientos antipsicóticos o eutimizantes, cuando son fármacos prescritos con muchísima frecuencia de forma indefinida. Y cuando algún estudio encuentra datos de, por ejemplo, atrofia cerebral asociada a tratamiento a largo plazo con antipsicóticos (15, 16), apenas influye en nuestra práctica clínica... O cómo tenemos cada vez más y más niños medicados con estimulantes anfetamínicos o de otro tipo, así como con antipsicóticos, sin disponer de estudios que nos digan qué efecto tienen estas sustancias sobre un cerebro en formación en cinco o diez años en el futuro. Evidentemente, y nos detendremos luego en ello, la culpa para nada es sólo de la industria, la cual investiga lo que le apetece, sino también de las administraciones públicas que se desentienden de sus obligaciones de control en una negligencia cuyas implicaciones sanitarias son incalculables.

El hecho de que la investigación recaiga en manos de la industria lleva también a que sea la industria la que marca cuáles son los temas de investigación y cuáles no... Ahí vemos, por ejemplo, cómo se conceptualiza la patología como necesariamente crónica, desapareciendo los



cuadros agudos (que, por definición no requieren medicación de por vida, con la consiguiente pérdida de beneficios). La psicosis aguda ha desaparecido para ser sustituida por el *primer episodio psicótico* (lo que augura inevitablemente una serie y se convierte en la práctica y la teoría en un diagnóstico de esquizofrenia a perpetuidad); el episodio depresivo aislado es una rareza, en un mar de *trastornos depresivos recurrentes*, cada vez más incapacitantes; el niño travieso o despistado tiene indudablemente un *déficit de atención con hiperactividad* (17); la persona normal ya no existe, poseída por mil combinaciones comórbidas de *trastornos de personalidad* para los que se ensayan los más creativos cócteles de psicofármacos. La investigación sobre psicoterapias queda siempre en un plano secundario, y no digamos dónde queda ya la que podría realizarse sobre los aspectos sociales del proceso de *enfermar* o de *recuperarse*...

Cambiando de tercio, la industria farmacéutica en la actualidad es el principal desarrollador de *nuevos fármacos*, también en psiquiatría. Sus defensores, normalmente a mayor o menor sueldo de la misma, insisten en el factor de innovación que la industria trae consigo. Sin embargo, al menos en psiquiatría, son muchas las voces que señalan (1, 2, 3) que apenas ha habido avances farmacológicos dignos de ese nombre en las últimas décadas. Desmontada a nivel científico (aunque disfrutando aún de excelente salud comercial), la burbuja de los nuevos antipsicóticos, tras los datos de múltiples revisiones independientes (18, 19, 20, 21) de no mayor eficacia que los antiguos y no mejor tolerancia, y con datos preocupantes (22, 23), aunque habitualmente ignorados, de cómo correlaciona el mayor uso de antidepresivos con aumento en las cifras globales de depresión y de forma llamativa en las de depresión resistente al tratamiento, pues no nos parece que la innovación haya sido tal en nuestro campo.

Hoy en día, lo usual es que lo que llaman un “avance farmacológico” sea un cambio cosmético en una molécula previamente comercializada (y normalmente cercana a la fecha de pérdida de su patente), consiguiéndose un nuevo fármaco que no suele demostrar ni mayor eficacia, ni mejor tolerancia, ni menor coste. Aunque suele funcionar de fábula como producto comercial a

lomos de campañas de marketing de indudable éxito. Los ejemplos del escitalopram, la desvenlafaxina o la paliperidona, hablan por sí solos.

Las administraciones sanitarias, ya sea la FDA americana, la EMA europea o la AEMPS española (muy poco independientes, desde el momento que son financiadas en gran parte por la propia industria farmacéutica y con una frecuente puerta giratoria por la que empleados de estos organismos públicos acaban trabajando para los laboratorios que se supone vigilaban) son, de nuevo, las culpables última de esta situación. Para aprobar un nuevo fármaco se requieren dos ensayos clínicos donde demuestre su eficacia frente a placebo. Como ha denunciado vehementemente el Dr. David Healy (24), este sistema, bienintencionado en inicio, es totalmente inadecuado y a la postre, dañino. Un laboratorio puede realizar diez estudios comparativos frente a placebo en los que obtenga ocho resultados negativos para el fármaco y dos positivos, y le basta con presentar esos dos y tiene el fármaco aprobado. Con el agravante en psiquiatría de que las escalas de eficacia pueden arrojar diferencias que sean estadísticamente significativas pero clínicamente irrelevantes. Es decir, no se compara el nuevo fármaco con alguno ya existente y en cuyo funcionamiento se pueda confiar. No se presta atención a estudios a largo plazo de efectos secundarios ni a efectos secundarios poco frecuentes.

Otro aspecto clave de la influencia de la industria farmacéutica en la psiquiatría es el más obvio pero no por ello el menos preocupante: *el marketing*. En nuestro medio no hay publicidad directa al consumidor, aunque ya consiguen las compañías farmacéuticas crear campañas indirectas a través de mensajes de concienciación por los que los médicos o ciertas asociaciones aconsejan a la opinión pública que esté alerta no vaya a ser que su timidez sea una *fobia social*, que su hijo rebelde sea un *oposicionista-desafiante*, o que el hecho de que esté en paro y con tres hijos no es lo que le pone triste o nervioso, sino que padece usted un *trastorno ansioso-depresivo* necesitado de un tratamiento cuyo precio le solucionaría sin embargo gran parte de sus problemas.

El marketing de la industria se hace muchas veces a través de asociaciones profesionales o

bien de pacientes o familiares que, sin duda con la mejor intención, caen en el engaño de promocionar supuestas enfermedades necesitadas de tratamiento o de promocionar determinados fármacos para determinados trastornos.

Pero evidentemente, el principal marketing, al menos hasta ahora, se lleva a cabo sobre los profesionales, sobre todo pero no exclusivamente sobre los médicos prescriptores. Amables visitantes comerciales llenan nuestros centros de trabajo, con sonrisas sin fin, riéndose siempre de nuestros chistes por malos que sean, escuchando y transmitiendo cotilleos de acá para allá y con sus maletines llenos de bolígrafos, libretas, *pendrives*, libros caros o carísimos y algún que otro congresito en centroeuropa o norteamérica, con viaje, hotel e inscripción pagados. Porque antes te pagaban cosas aún más pintorescas, pero ahora nos dicen que con el código deontológico ya no se hacen estas cosas *porque vimos que eso era muy malo y ya somos muy buenos*. Pero a nada que rasca uno, oye todavía historias asombrosas, a pesar de la vigencia del famoso código ético de Farmaindustria, aparte de las conocidas charlas por cientos de euros por leer las diapositivas que el mismo laboratorio te ha entregado, los más que apreciados congresos que muchas veces no son otra cosa que vacaciones pagadas, o las frecuentes comidas y cenas en restaurantes que uno no podría costearse si no fuera en una ocasión muy especial (y ahora, con la crisis, ni eso). Si ya se llega a ser líder de opinión (un KOL, *key opinion leader*, que dicen los anglosajones), se pueden acumular cursos, ponencias y artículos al servicio de normalmente varios laboratorios, con unos beneficios económicos que van mucho más allá del alcance de cualquier profesional sanitario normal de este país.

Aparte de que la recepción de cualquier obsequio está prohibida por ley (como veremos luego) y que, desde luego, no es un “regalo”. Porque no es gratis, sino que lleva aparejada una deuda que obliga, de entrada, a seguir recibiendo la visita de ese comercial y a querer, más o menos inconscientemente, devolverle el favor. Así funciona el ser humano, al menos en nuestra cultura. Y si el profesional cree que no le va a influir el obsequio, debería pararse a pensar que el visitador está convencido de que sí. Y muchas

veces hemos dicho que se puede acusar a la industria farmacéutica de muchas cosas, pero no de ser poco inteligentes a la hora de vender sus productos y obtener sus enormes beneficios.

Otro aspecto igualmente negativo de la interacción visitador-profesional es la exposición a la propaganda comercial presentada como si fuera información científica. Independientemente del escaso valor metodológico de muchas de las publicaciones que distribuyen o de los sesgos más o menos aparentes de los estudios, el más evidente y preocupante es el sesgo de selección: por decirlo claro, si hay veinte estudios que dicen que su fármaco no vale para nada y dos que dicen que es bueno, el representante sólo nos enseñará esos dos. Con lo que nos gusta a los profesionales, y sobre todo a los médicos, presumir de lo mucho que hemos estudiado para poder llegar donde estamos, ¿cómo permitimos que un comercial cuyos conocimientos se basan en cómo vender más de su producto, nos dé lecciones de eficacias o seguridades de los fármacos que prescribimos a nuestros pacientes? ¿En el siglo XXI, donde cada vez hay más revistas de acceso libre en internet y los *abstract* de todas están a tiro de *Google*, de verdad es lógico permitir que un anunciante no censure qué información nos llega y cuál no?

Por supuesto, se puede argumentar que esto debe cambiar pero hacerlo de tal manera que en realidad, nada cambie: códigos nuevos de Farmaindustria que a lo mejor hacen más difícil el soborno al prescriptor para desviar mayor cantidad del presupuesto de marketing a las asociaciones de pacientes o familiares, como forma más eficaz de llegar a la opinión pública y que sea el propio paciente el que vaya al médico reclamando ya el fármaco X; o bien insistir en la revelación de los conflictos de interés, como si eso realmente valiera para algo. Nos detendremos aquí un poco: es cierto que parece loable la transparencia en revelar el conflicto de interés existente en el autor de un artículo o de una ponencia. El problema es que esto es confesar el pecado sin el menor arrepentimiento ni propósito de enmienda. Revelar un conflicto de intereses no lo desactiva en absoluto ni evita el sesgo que lleva implícito. Las ponencias o artículos de muchos líderes de opinión no son ciencia sino propaganda, y eso no hay revelación de conflicto de



intereses que lo arregle. En nuestra opinión, la transparencia en este asunto no vale para nada. Los conflictos de interés no deben revelarse sino eliminarse. No es ético tener otro interés más allá de buscar lo mejor para el paciente (por supuesto, respetando su autonomía y todo ello por un salario digno, huyamos siempre de los *salvadores vocacionales*). Nada de esto se va a arreglar con cambios cosméticos ni con promesas de *portarse bien*.

Por tanto, en nuestra opinión y como hemos señalado repetidamente, no se puede aceptar de un laboratorio ni siquiera un triste bolígrafo y daremos nuestras razones para ello.

Razones para no aceptar un bolígrafo

En primer lugar, sin duda, está el *aspecto ético*. Creemos que el conflicto de interés inherente a la relación entre profesional e industria es insoslayable. No se puede a la vez tener como objetivo la salud física o psíquica de los pacientes y los beneficios actuales o futuros de los accionistas. No queremos decir que la industria farmacéutica sea en sí mala desde el punto de vista ético, sino que es la relación la que esencialmente no puede ser ética, desde nuestro punto de vista. La industria, en sí, no es ni buena ni mala, es un negocio. Es decir, aunque la industria fuera 100% honrada, la relación estaría sujeta a un conflicto de intereses sin solución, desde el momento en que el prescriptor debe basar su decisión en la evidencia disponible, su experiencia clínica y las preferencias del paciente, y la aparición de la industria lo que busca es influir en dicha decisión de prescripción, introduciendo un cuarto factor que distorsiona los otros tres y no debería existir, pues ya responde al marketing y no a la clínica.

De todos modos, como debería ser evidente para todos, la industria farmacéutica real no se caracteriza en absoluto por un comportamiento ético, ni de lejos. Cada vez sabemos más de multas impuestas a diferentes laboratorios o acuerdos millonarios extrajudiciales por prácticas de marketing ilegal para prescripción fuera de ficha técnica (como Pfizer con el *Neurontin*), por ocultamiento de datos sobre efectos secundarios, con las consiguientes consecuencias en morbimortalidad (el *Avandia* de GSK (25), el *Vioxx* de Merck (26)), por sobornos a médicos (proceso contra

Glaxo en China), etc. El problema es que cuando las multas son muy inferiores a los beneficios ya obtenidos con el fármaco, pues dentro de la lógica de una economía de mercado como la que tenemos (y sufrimos), no parece muy previsible que dichas conductas vayan a cesar. Conductas deliberadas y repetidas, no accidentales, como es necesario recalcar. Por desgracia, y como han señalado distintos autores (1, 2), nos engañaríamos si pensáramos que estas prácticas (sobornos, promoción *off-label*, ocultación de efectos secundarios graves, etc.) son obra de individuos corruptos. Se trata más bien de una forma sistémica y estructural de funcionar de empresas privadas que sólo buscan (como no podría ser de otro modo) su lucro personal. Por ello, sería imprescindible la existencia de organismos públicos que controlaran y regularan estrechamente a estas empresas privadas, cosa que ahora no sucede. O, ya puestos a soñar, que tuviéramos una industria farmacéutica de carácter público, transnacional, que fijara sus objetivos no en el beneficio económico sino en la atención sanitaria de, por ejemplo, muchas enfermedades endémicas en los países pobres a las que ahora las empresas farmacéuticas no prestan la menor atención porque no hay dinero que sacar allí.

Naturalmente, cuando desarrollamos estas críticas, uno de los argumentos que se nos presenta es que la industria farmacéutica ha desarrollado productos que han salvado muchas vidas y que deberíamos estar eternamente agradecidos por ello y que qué haríamos sin ella. Estamos totalmente de acuerdo y es cierto que, ya que no hay aún industria farmacéutica pública, las privadas son imprescindibles por el momento. Pero eso no les da derecho a desenvolverse con absoluto desprecio por las normas éticas básicas. Poniendo un ejemplo fácil, las empresas eléctricas llevan la energía hasta nuestras casas y, desde luego, sería terrible no tener empresas eléctricas y carecer de electricidad. Pero eso no da derecho a dichas empresas a no tener la red en condiciones y que con cualquier tormenta, se nos vaya la luz tres días. Y, por otro lado, como ya pagamos nuestra factura de la luz religiosamente porque sí no, nos la quitan, no debemos mayor agradecimiento a dichas empresas. Los laboratorios cobran bien los productos que venden y, tras pagar con el dinero propio del paciente y con el público

de todos, no ha lugar a ningún agradecimiento suplementario.

Se dice mucho también que ya que la administración no nos paga la formación, tenemos que aceptar que nos la pague la industria, pero aquí siempre hay dos cosas que no entendemos: una es por qué a los médicos alguien tiene que pagarles la formación, mientras que nadie se la paga a los abogados, los maestros, los psicólogos o los enfermeros; y otra es cómo puede ser que entrado ya el siglo XXI, cuando casi hasta los empastes traen conexión a internet, es necesario viajar a Nueva York para compartir información u opiniones con colegas... Otra racionalización habitual es la leyenda urbana de que hay un acuerdo formal entre la administración y las empresas farmacéuticas por el cual se permiten precios más elevados de los fármacos, a cambio de que dichas empresas se hagan cargo de la formación de los médicos, es decir, que según esto, tendríamos derecho a pedir a los laboratorios financiación para nuestra formación porque así lo habría organizado la administración. Por suerte o por desgracia, tal acuerdo no existe en ley ni reglamentado alguno.

En fin, que desde nuestro punto de vista, las razones éticas son más que suficientes para decir “no, gracias” a cualquier ofrecimiento de la industria.

Pero hay otro grupo de razones, que cuenta con esa certeza simple y aburrida que dan las matemáticas y de la que la psiquiatría carece: *las económicas*, es decir, la cuestión del gasto. Los laboratorios no dan nada gratis. No hay regalos. Cada céntimo de cada bolígrafo o cada mil euros de cada viaje a la APA, se cobran del precio del fármaco que se está vendiendo. Una de las razones del desorbitado precio de los fármacos es este inmenso gasto en marketing que debe ser compensado.

Se dice también que los laboratorios realizan inmensas inversiones que deben recuperar y que de ahí los precios que piden por sus productos. Sin embargo, se dice menos que los laboratorios realizan sus investigaciones con pacientes que voluntaria y desinteresadamente participan en los ensayos clínicos pensando en beneficios en términos de salud para ellos o para pacien-

tes futuros, y no en términos de plusvalía para accionistas. Así mismo, también reciben las empresas farmacéuticas ayudas públicas directas, o desgravaciones fiscales, o se les facilita el uso de instalaciones sanitarias públicas donde llevar a cabo sus estudios, o pueden disponer del tiempo de los investigadores clínicos... Es decir, que estas empresas no elaboran sus fármacos desde la nada, sino con toda una serie de apoyos de la sociedad (y partiendo de una ingente cantidad de investigación básica previa que pertenece a todos) sin los cuales los nuevos fármacos no verían nunca la luz, por lo que parece razonable concluir que existe una obligación de los laboratorios de cara a dicha sociedad, es decir, a todos nosotros.

El problema del gasto farmacéutico además en un contexto de crisis como el que vivimos es el coste de oportunidad. Muchos compañeros, sin duda con las mejores intenciones, piensan: “mandaré siempre lo mejor para mi paciente sin fijarme en el precio”. Pero debemos ser conscientes de que cada euro que gastamos en el paciente A ya no lo vamos a tener para el paciente B, por lo que hay que intentar desarrollar el argumento un poco más allá de las “mejores intenciones”. Independientemente de que, aunque cueste saberlo de entrada con la manipulación de la información científica disponible de la que ya hemos hablado, muchas veces más caro no significa mejor sino realmente sólo menos conocido y por lo tanto más arriesgado.

Hoy en día los fármacos estrella en cuanto a promoción y capacidad de llevar a profesionales sanitarios de cenas y comidas por la geografía nacional y parte del extranjero son el *Risperdal Consta (R)* y el *Xeplion (R)*. Dosis de *Risperdal Consta* de 50 mg cada 14 días (comparamos dosis máximas en ficha técnica) cuestan 402 euros mensuales. Dosis de *Xeplion* a 150 mg cada mes cuestan 519 euros mensuales. Dosis de *Modecate (R)* a 125 mg al mes cuestan 7 euros mensuales. ¿A que sería gracioso saber que no existe ni un solo estudio serio que haya demostrado ventaja de los primeros sobre el último? ¿A que sería gracioso saber que los pocos estudios comparativos (27, 28) encuentran igual eficacia y diferentes perfiles de tolerancia sin ventaja clara para ninguno (acatisia con típicos, aumento de peso y prolactina con atípicos)?



No deja de ser irónico cómo tenemos a nuestros pacientes psicóticos con míseras pensiones de 300 euros, citas con el psiquiatra cada cuatro meses por la saturación completa de las unidades de salud mental comunitarias y con limitadísimos recursos sociosanitarios, pero llevando tratamientos que cuestan muchas veces bastante más de 1.000 euros al mes. Y para que además, si metemos un doble ciego, no haya manera de demostrar que la eficacia y tolerancia de dichos fármacos sea mejor que la de otros que costaban 10 euros.

De todas maneras, este debate acabará quedando obsoleto cuando sigan desapareciendo los neurolépticos antiguos porque ya no interesa su comercialización. La última víctima ha sido la perfenazina, que igualó y en algún punto superó los resultados de risperidona, quetiapina, olanzapina y ziprasidona en el estudio CATIE (20), pero con el pecado capital de provocar costes, en vez de 100 ó 200 euros, de sólo 6 euros en tratamiento mensual. Claro que podría haber un laboratorio público que la fabricara ya que carece de patente, pero parece que al Ministerio de Sanidad o a las Consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas no se les ha ocurrido. También podría pensarse que si la industria se gasta lo que se gasta en marketing en cualquier psiquiatra del montón, imaginen lo que se destina a esos mismos fines en los jardines de Palacio.

Una última anotación: el dinero con el que se paga la mayor parte del coste de los psicofármacos es público. Pero público no significa que no sea de nadie. Significa que es de todos. Que sale de la misma caja que nuestro sueldo, nuestras futuras pensiones o el dinero para las becas y los comedores escolares.

El tercer argumento para no aceptar nada de la industria es, por definición, incuestionable: *el legal*. La Ley del Medicamento (29) establece claramente que el prescriptor no puede aceptar ningún obsequio de agentes interesados en la venta de determinados productos. Lo cual, dicho sea de paso, se contradice con el famoso código deontológico de Farmaindustria, que permite obsequios de pequeño valor. Señalaremos que nos parece escandaloso que un código de uso interno de un grupo de empresas privadas se atreva a contradecir una ley, y que, por más que lo hemos buscado en el Diccionario de la Real Academia,

“ningún obsequio” parece que significa efectivamente “ningún obsequio”, sin más matices. Resumiendo: aceptar un bolígrafo, una cena, o un hotel de lujo en alguna capital europea para entrar a una charlita de 45 minutos entre excursión y excursión es directamente ilegal, y las sanciones recogidas en dicha ley se sitúan entre 30.000 y 90.000 euros. Afortunadamente y para que nadie se ponga nervioso, diremos que estas infracciones prescriben a los dos años.

Nuestros argumentos no pretenden ser una propuesta ética desesperanzada, sino que realmente pensamos que abandonar la relación entre profesionales e industria sería parte de la solución de un problema de extrema gravedad que tenemos planteado, aunque muchas veces no se quiera ser consciente del mismo. El elefante no desaparece del centro de la habitación simplemente al dejar de hablar de él.

¿Alguna solución a la vista?

Pues sí, y dicha solución pasaría en nuestra opinión por varios aspectos:

- Independencia total entre profesionales sanitarios e industria, sin ningún tipo de relación entre ambos (con la excepción lógica de aquellos profesionales que trabajasen directamente para los laboratorios en investigación y desarrollo). Consideramos más que acreditados (30, 31, 32, 33) los efectos perniciosos que la interacción con la industria implica en nuestra labor profesional.
- Papel regulador claro de las administraciones sanitarias en lo referente a decidir en base a criterios científicos e independientes qué fármacos se aprueban, hacer disponibles el total de ensayos clínicos, llevar a cabo estudios no sólo de eficacia sino de seguridad a largo plazo, etc.
- Favorecer la creación de una industria farmacéutica pública, transnacional, así como crear las condiciones para que la investigación científica sea independiente y de acceso libre, ya que de otra manera se ocultan o manipulan datos lo que conlleva que tratamos a nuestros pacientes sin toda la información que realmente existe.

Lo curioso es que esta solución favorecería, a la larga, a todo el mundo: la industria desarrollaría

un modelo de crecimiento sostenible, sin abocar al déficit y al impago a los estados incapaces de seguir haciendo frente a la factura farmacéutica; las administraciones conseguirían una prescripción más racional, al disponerse de más información, y más barata, al no permitir la comercialización de productos más caros sin ventajas reales; y los profesionales podríamos llevar a cabo nuestra tarea prestando atención sólo a información científica veraz y completa, así como a nuestra experiencia clínica, no sesgada por la simpatía o los obsequios del visitador de turno, que dejarían de *estorbar* en nuestros lugares de trabajo, robando tiempo que debería ser dedicado a asistencia, docencia o investigación. Que los visitadores sean personas con familia y que tengan derecho a ganarse su salario no tiene nada que ver en esto. Si alguien quiere *ayudarles*, que lo haga con su dinero, no con el de todos.

Estamos convencidos de que la situación de la Psiquiatría y el dilema ético en que se encuentra entre la atención a los pacientes y los intereses comerciales de la industria es de tal gravedad que hay que posicionarse. Y uno se posiciona, quiera o no quiera, conscientemente o no. La raya en la arena está trazada aunque no queramos verla y los profesionales estamos llamados a decidir si queremos recuperar nuestra independencia o vamos a seguir haciendo de *tontos útiles* para que unos pocos ganen mucho, mucho dinero a costa del empobrecimiento e incluso el perjuicio en términos de salud de todos.

El tiempo se acaba además, porque el debate se está ya trasladando a toda la sociedad. En relación también con la situación de crisis global que vivimos, y no sólo económica, está cayendo el mito de *los expertos*. Cada vez menos gente cree que un ministro de economía o un banquero importante sepan mucho de economía, más allá de lo necesario para enriquecerse ellos mismos. Cada vez más gente mira con suspicacia a esos señores trajeados y esas señoras tan bien vestidas que entran en las consultas de sus médicos antes que ellos y son atendidos con más tranquilidad y más sonrisas. Pronto, como algunos hemos incluso pedido públicamente, serán nuestros pacientes los que nos pregunten si el laboratorio que fabrica el fármaco que le acabamos de prescribir nos ha pagado o regalado algo. Y sólo quedará mentir, con el consiguiente reconocimiento ante uno mismo de que lo que se hace no está bien, o decir la verdad, intentando explicar al paciente que las invitaciones a cenar o a viajar no tienen nada que ver con mandarle el tratamiento de 200 euros en vez del de 2.

El debate está en la opinión pública y cada vez lo estará más. Nuestra obligación ética, profesional y legal está clara y no deberíamos posponerla por más tiempo, porque el tiempo se nos acaba. Si no queremos hacerlo, nos tememos que ni la sociedad ni la Historia nos perdonarán.

Contacto

Jose García-Valdecasas Campelo • jose_valdecasas@hotmail.com
Avenida de Madrid nº11; portal 5; 8ºB • 38007 Santa Cruz de Tenerife

Bibliografía

1. Goldacre, Ben. *Mala Farma*. Paidós Ibérica, 2013.
2. Gøtzsche, Peter. *Medicamentos que matan y crimen organizado*. Los libros del lince, 2014.
3. Moncrieff, Joana. *Hablando claro: una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Herder Editorial, 2013.
4. De la Mata I, Ortiz A. Industria farmacéutica y psiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2003; 23(86), 49-71.
5. García-Valdecasas J, Vispe A. Mercaderes en el Templo: hegemonía del paradigma bio-comercial en psiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2011; 31(110), 321-341. doi: 10.4321/So211-573520110002000010.

6. Lane, Christopher. La timidez. Zimerman Ediciones, 2011.
7. Cosgrove L, Krinsky S. A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists. *PLoS Medicine* March 13, 2012. doi: 10.1371/journal.pmed.1001190.
8. González Pardo, Héctor y Pérez Álvarez, Marino. La invención de trastornos mentales. Alianza Editorial, 2007.
9. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy. *N Engl J Med* 2008; 358:252-260. doi: 10.1056/NEJMsao65779.
10. Geddes J, Freemantle N, Harrison P, Bebbington P. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *BMJ*. 2000 Dec 2;321(7273):1371-6.
11. The *PLoS Medicine* Editors (2009). Ghostwriting: The Dirty Little Secret of Medical Publishing That Just Got Bigger. *PLoS Med* 6(9): e1000156. doi: 10.1371/journal.pmed.1000156.
12. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, et al. (2008) Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 5(2):e45. doi:10.1371/journal.pmed.0050045
13. Barbui C, Cipriani A, Patel V, Ayuso-Mateos J, Van Ommeren M. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* (2011) 198:11-16 doi:10.1192/bjp.bp.109.076448
14. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, et al. Antidepressant Drug Effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-analysis. *JAMA* 2010; 303(1):47-53. doi:10.1001/jama.2009.1943.
15. Andreasen NC, Ziebell S, Pierson R, Magnotta V. Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Feb; 68(2): 128-37. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.199.
16. Fusar-Poli P, Smieskova R, Kempton MJ, Ho BC, Andreasen NC, Borgwardt S. Progressive brain changes in schizophrenia related to antipsychotic treatment? A meta-analysis of longitudinal MRI studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 37(8), September 2013; 1680-1691. doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.06.001.
17. García de Vinuesa, Fernando; González Pardo, Héctor; Pérez Álvarez, Marino. Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil. Alianza Editorial, 2014.
18. Kendall T. The rise and fall of the atypical antipsychotics. *British Journal of Psychiatry* 2011, 199:266-268. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083766.
19. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA et al. Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. *N Engl J Med* 2005;353:1209-23.
20. Swartz MS, Perkins DO, Stroup TS, Davis SM, Capuano G et al. Effects of Antipsychotic Medications on Psychosocial Functioning in Patients With Chronic Schizophrenia: Findings From the NIMH CATIE Study. *Am J Psychiatry* 2007;164:428-436. doi:10.1176/appi.ajp.164.3.428.
21. Jones PB, Barnes TRE, Davies L, Dunn G, Lloyd H et al. Randomized Controlled Trial of the Effect on Quality of Life of Second- vs First-Generation Antipsychotic Drugs in Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(10):1079-1087. doi:10.1001/archpsyc.63.10.1079.
22. El-Mallakh RS, Gao Y, Roberts RJ. Tardive dysphoria: The role of long term antidepressant use in inducing chronic depression. *Medical Hypotheses* 76 (2011) 769-773. doi:10.1016/j.mehy.2011.01.020.
23. Andrews PW, Kornstein SG, Halberstadt LJ, Gardner CO, Neale MC. Blue again: perturbational effects of antidepressants suggest monoaminergic homeostasis in major de-

- pression. *Front Psychol* 07 July 2011. doi: 10.3389/fpsyg.2011.00159.
24. Healy, David. *Pharmageddon*. Berkeley: University of California Press; 2012.
 25. Silva Ayçaguer Luis Carlos. La industria farmacéutica y los obstáculos para el flujo oportuno de información: consecuencias para la salud pública. *Rev Cubana Salud Pública*. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-34662011000500012&lng=es.
 26. Prozzi GR. El retiro del rofecoxib: una historia para reflexionar. *Rev Arg Anest* (2004), 62, 5: 327-328.
 27. McEvoy JP, Byerly M, Hamer RM, Dominik R, Swartz MS, Rosenheck RA et al. Effectiveness of Paliperidone Palmitate vs Haloperidol Decanoate for Maintenance Treatment of Schizophrenia: A Randomized Clinical Trial FREE. *JAMA*. 2014;311(19):1978-1987. doi:10.1001/jama.2014.4310.
 28. Acosta FJ, China E, Hernández JL, Rodríguez F, García-Bello M, Medina G et al. Influence of antipsychotic treatment type and regimen on the functionality of patients with schizophrenia. *Nord J Psychiatry* 2014 Apr;68(3):180-8. doi: 10.3109/08039488.2013.790475. Epub 2013 May 15.
 29. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. «BOE» núm. 178, de 27/07/2006.
 30. Spurling GK, Mansfield PR, Montgomery BD, Lexchin J, Doust J et al. Information from Pharmaceutical Companies and the Quality, Quantity, and Cost of Physicians' Prescribing: A Systematic Review. *PLoS Medicine*. October 19, 2010. doi: 10.1371/journal.pmed.1000352.
 31. Austad KE, Avorn J, Franklin JM, Campbell EG, Kesselheim AS. Association of Marketing Interactions With Medical Trainees' Knowledge About Evidence-Based Prescribing. *JAMA Intern Med*. 2014;174(8):1283-1290. doi:10.1001/jamainternmed.2014.2202.
 32. Steinman MA, Shlipak MG, McPhee SJ. Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions. *Am J Med*. 2001 May;110(7):551-7.
 33. Brennan TA, Rothman DJ, Blank L, Blumenthal D, Chimonas SC. Health Industry Practices That Create Conflicts of Interest. *JAMA*. 2006;295:429-433.

- Recibido: 20/04/2015.
- Aceptado: 26/05/2015.

Del psicofármaco como mercancía: don, retribución, gorroneo.

Psychotropic drugs as a commodity: gift, retribution and free riding.

Guillermo Rendueles

Psiquiatra. Gijón.

Sumario: Este artículo analiza las diferencias y anacronismos de la práctica psiquiátrica respecto a la medicina y su relación específica con la industria. La eficacia de un fármaco se evalúa desde la subjetividad del psiquiatra sin apoyo de marcadores objetivos. Ello hace de los psiquiatras el cliente ideal de la propaganda farmacológica cuyos soportes ideológicos se analizan.

Palabras Clave: bioética, heurística, gorroneo, virtudes aristotélicas.

Abstract: This paper discusses the differences and anachronisms of psychiatric practice with regard to medicine and its specific relationship with the pharmaceutical industry. The effectiveness of a medicament is evaluated from the subjectivity of the psychiatrist, unsupported by objective markers. Therefore psychiatrists are ideal clients of pharmaceutical propaganda, whose ideological supports this text analyzes.

Keywords: bioethics, heuristics, free riding, Aristotelian virtues.

La primera cuestión que deseo abordar para justificar este escrito, es defender lo específico de la relación de los psiquiatras con la industria psicofarmacéutica y de como sus diferencias con la relación médico-farmacológica, la convierten en una anomalía buena para pensar. Más allá de la intensidad del efecto placebo, fármacos y psicofármacos comparten un contexto común: ambos son mercancías y por tanto tienen una doble cara de valor de cambio y valor de uso que a menudo –por decirlo con palabras de Machado– ofuscan a médicos y psiquiatras confundiendo valor con precio.

Pensar sobre la mercancía supone en principio desvelar el papel de fetiche que tienen todos los fármacos tras su paso por el mercado: Zizeck¹ sintetiza la esencia del capitalismo en que frente a las viejas relaciones de sumisión entre los hombres de las sociedades precapitalistas, ahora son los objetos circulando en el mercado quienes crean servidumbre. Así como en el Tíbet cuando uno coloca un molino de oración ya pue-

¹ “El más sublime de los histéricos” es quizás el texto más académico del autor que mezcla Hegel y Lacan logrando hacer comprensible el texto.

de desentenderse de él porque reza solo, bajo el capital, los objetos nos esclavizan permitiendo relaciones libres entre los hombres.

El mercado de psicofármacos comparte los mismos dilemas económico-políticos que el resto de fármacos y cada innovación introducida por los laboratorios exige un análisis de coste-beneficios ejemplificado por la polémica sobre el tratamiento de la hepatitis entre los pacientes, los límites económicos del estado y los intereses de los laboratorios. Análisis que debe incluir las voces críticas que distanciadas de los intereses inmediatos de los pacientes (las víctimas tiene una visión necesariamente miope) que nos avisan de las catastróficas consecuencias-no queridas de la actitud condescendiente con la demanda, que exige ceder al chantaje económico que fija el astronómico precio del fármaco apoyándose en una legislación protectora de las patentes que no hará sino empeorar con el Tratado de Libre Comercio con EEUU.

El conflicto nos conduce a un dilema del tipo ¿La bolsa o la vida? reflejado con rigor por Pablo Martínez en un periódico de la CNT². Tras el precio del fármaco se desarrolla una historia que se inicia en 2011 con la compra del Sofusbuvir en 11.000 millones de dolores por la compañía Gilead a la farmacéutica Sovaldi que se revaloriza espectacularmente en la bolsa y hace flotar el precio de tratamiento por enfermo desde los 60.000 dólares por enfermo en EEUU hasta los 100 en Egipto. A pesar de esa variable a un precio medio de 25.000 Euros por enfermo, el tratamiento a nivel mundial podría alcanzar los 9 billones de Euros año que es algo más que la suma del PIB de varios países de nuestro entorno.

Si fármacos y psicofármacos comparten los chantajes del mercado, nuestras prácticas psiquiátricas deben converger con resistencias tanto de organizaciones médicas del tipo No gracias como con organizaciones antimonopolistas agrupadas tras los análisis de Klein³ en No Logo.

Pero junto a esas convergencias la psiquiatría tiene particularidades evidentes: cada vez que en una de nuestras consultas los familiares de un usuario reclama la sustitución del Haloperidol por un neuroléptico de nueva generación, el argumento de la demanda son habladurías difundidas desde la industria sobre el progreso y las virtudes salúfero-regenerativas que ni el demandante ni nosotros podemos objetivar a diferencia del retroviral. El uso de los psicofármacos exagera el predominio absoluto del valor de cambio sobre el valor de uso: la psiquiatría es una práctica artesanal frente a la medico-científica apoyada en la radiología y la anatomía patológica⁴. Ese salto a la decisión del psiquiatra para prescribir un psicofármaco sin apoyo objetivo le convierte en el reclamo ideal de un vendedor y un laboratorio que gasta el 10% en producir el producto y el 90% en conquistar la psique del prescriptor.

En ese sentido la propaganda de psicofármacos tiene un aliado natural en la mitología del progreso. Asumir el papel artesanal de la práctica psiquiátrica, moverse en la modestia de la difusión de significados de la psicopatología y la inseguridad del diagnóstico y el bricolaje que llamamos tratamiento, quema y cansa. Lo anacrónico de nuestra práctica exigiría aceptar que no cumple los criterios weberianos del científico y con ello renunciar a la lógica del progreso respecto a que cuanto más moderno es un psicofármaco mejor. Esa ausencia de progreso se objetiva en el distinto valor de los autores clásicos en medicina y psiquiatría: si resucitase Fleming trataría mucho peor a un infeccioso que cualquier MIR, pero un resucitado López Ibor con su vademécum lo haría mejor que el residente psiquiátrico. Un artesano con pretensiones científicas, con posibilidades de ampliar el consumo a unas poblaciones que pueden ser incluidas como enfermos en función de reetiquetar malestares cotidianos como trastorno psiquiátrico o incluir a los propios animales de compañía en clientes (Prozac es consumido por varios miles de p.e.t.s newyorkinos) parece el sueño de un mercader que desea vender

² Pablo Martínez: Gailead, Sovaldi. Hepatitis: ¿la bolsa o la vida?

³ Tanto en ese texto como en "La doctrina del shock" Naomi Klein desarrolla un lúcido análisis sobre la ceguera que los estudios culturales -los estigmas, el género, la raza- en el pensamiento radical mientras los monopolios colonizaban nuestra cotidianidad.

⁴ Medicamento-Doctor es la sabia fórmula de Balint para enfatizar como más allá del efecto placebo en medicina, la psiquiatría superpone un efecto transferencial tan intenso que el análisis de los efectos de un fármaco en un mismo equipo no sea equivalente.

psicofármacos. Por el contrario los psiquiatras críticos que perseveramos en el escepticismo incurrimos en una aparente paradoja: parecemos misonieístas que resisten a la innovación que nos propone la industria (cuyos visitantes en sus fichas nos etiquetan de tradicionalistas frente al innovador a seducir).

Por ello la industria psicofarmacéutica transformó el contexto de su propaganda alejándola de lo informativo y acercándola a un programa de seducción similar al de los logos comerciales tipo gente Marlboro.

A) La Antropología del Don. La relación cotidiana del psiquiatra con el representante farmacéutico está presidida por un ritual que incluye un regalo: desde el bolígrafo al viaje exótico no se concibe que la información científica no se apoye en un don. Marcell Maus⁵ en su estudio clásico ya formaliza la esencia de la economía del regalo como la que no espera reciprocidad con otro objeto sino en mantener la relación de dependencia y agradecimiento. Esa pérdida de libertad que padece el receptor de regalo se acentúa cuando ese regalo tiene un carácter excesivo y se escenifica como derroche. La ceremonia del Potlach en la que los jefes esquimales destruyen sus tesoros sin aparente utilidad constituye un rito que mantiene el mito de la debida obediencia como retribución del derroche. Cuando Levi Straus⁶ regresa a la civilización desde las tribus amazónicas cree ver en los derroches navideños una reedición postmoderna de esos ritos de sumisión a San Mercado. Cualquiera que asista a los fastos de presentación de un psicofármaco y logre distanciarse del espectáculo, tendrá la misma impresión de sobreabundancia, de rotura del cálculo mercantil, de invitación excesiva que aparentemente no pide nada a cambio más que un sentimiento obligado de gratitud junto a un sentimiento de inferioridad ante tanta munificencia desinteresada.

⁵ Este autor analiza como el don genera en cualquier sociedad y relación la obligación de restituir un equilibrio roto y de ahí la pérdida de libertad que conlleva un rito.

⁶ El prólogo de *Tristes Trópicos* incluye algunas interesantes confesiones personales sobre la melancolía del antropólogo y su extrañeza por su nomadeo entre varios mundos y sus ceremonias.

Más en concreto Tim Hardoff⁷ muestra en varios convincentes estudios de economía conductual como el *Gratis Total* de una mercancía es un atractor universal que trastorna la racionalidad del consumidor común haciéndole preferir lo que no quiere. Si mediante una subasta se fijan los precios de una exquisita chocolatina en 5 euros y otra vulgar en 1 euro y se rebaja la primera a 1 euro y la segunda a 0 euros, la mayoría de los consumidores prefieren no pagar nada y ahorrar un euro perdiendo los 4 euros de rebaja respecto a la chocolatina preferida. Los beneficios netos, los valores relativos y el gusto parecen cegados por la gratuidad o la seducción que desde Pitágoras ejerce el 0 sobre nosotros.

B) La transformación del Gusto Psiquiátrico. La recepción de esos dones excesivos por parte de los psiquiatras ha transformado radicalmente el *Habitus*, la ideología práctica de clase media de los médicos, mediante el cambio de su gusto de Necesidad-Pretensiones, por el gusto de Distinción-Lujo. Pierre Bordieu⁸ documenta como la clase social puede ser objetivada empíricamente observando las preferencias y gustos de los consumidores. Las primeras invitaciones a restaurantes u hoteles de lujo generan en el neófito psi una sensación de incomodidad “de que esto no es para mí” y por ello las personas fijadas a gustos de necesidad rara vez se dejan seducir por esos manjares para cuyo gozo no están educados. Por el contrario la característica central de la pequeña burguesía ascendente a la que pertenecemos los psiquiatras es la pretensión y la imitación de los gustos de las clases altas con la adopción de esos gustos de distinción.

Una vez que se logra inducir ese gusto de distinción en una pequeña muestra de psiquiatras, el deseo ser invitado se generaliza por un

⁷ En *Pregúntale al Economista Camuflado*, Harford presenta unos interesantes ejemplos de cómo la conducta real se aleja de la racionalidad del elector racional de la economía clásica hasta el punto de defender una nueva disciplina llamada Economía conductual.

⁸ De la basta obra de Bordieu su temprana obra sobre *La distinción* es la que inspira estas líneas pero toda su bibliografía sobre el *habitus* y la trepa científica son pertinentes para entender la fácil colonización psiquiátrica por los laboratorios.

mecanismo descrito por Rene Girad⁹ como Mimetismo Compulsivo. Psiquiatras con hábitos sedentarios, sin don de lenguas se ven arrasados al turismo¹⁰ congresual, a un corre que te pilló de aeropuertos y hoteles que lejos de explicarse por el principio del placer sólo se justifica por ese mimetismo de distinción y envidia del deseo ajeno. La avidez con que se cargan de chucherías en los congresos aterra: parecen sujetos clónicos que pagan el confort gratuito portando sus bolsas de propaganda.

De nuevo los economistas conductuales nos avisan de la paradoja del mimetismo y la distinción. Si pedimos detrás de otra persona en un restaurante y ella ha pedido el plato elegido in mente por nosotros seguramente cambiaremos nuestro deseo para no copiar y parecer originales: sacrificamos utilidad por reputación.

C) Los riesgos del Mecenazgo: Los escritos técnicos de Freud¹¹ son una advertencia insuperable contra las relaciones altruistas por encubrir la esencia del capitalismo que transforma la vida en tiempo y éste se vende por dinero. Cuando una terapia no se cobra violando ese axioma, él nos advierte como se facilita una fantasía de dependencia que crea un amor de transferencia que eterniza y altera la terapia impidiendo la separación y la travesía del fantasma.

Cuando el propio Freud viola ese principio y no solo analiza gratuitamente al Hombre de los Lobos, sino que hace colectas para él, convierte a Sergio en lo que los modernos llamamos un free reader, en un gorrón. De las descripciones de la honestidad con que Freud caracteriza a su enfermo, a la visión que sus dos analistas posteriores dan de él media el abismo de quien se ha acostumbrado a mentir sobre su situación económica

o esgrime razonamientos tan viles para tranquilizar a su esposa contra el exterminio nazi como el “a nosotros, que no somos judíos”. La terrible biografía de alguien tan dependiente de instituciones psicoanalíticas¹² como Sergio debería advertirnos sobre los peligros de cualquier regalo continuado que nos fije a bucles de agradecimientos en los que la actuación libre es vivida como culpa y traición al benefactor

Por eso los costes ocultos de devolver favores a representantes farmacéuticos nubla las decisiones y es escasamente influenciado por declaraciones de transparencia. En otro experimento sobre influencia del mecenazgo se pidió a dos críticos de arte evaluar obras de dos galerías A y al segundo la B antes de empezar la valoración y no mantendrían relaciones a posteriori para no perjudicar la crítica. A pesar de todo, los dos críticos puntuaron 30 - 50 veces mejor las obras de las galerías de sus mecenas.

El Principio San Agustín. Creo que la justa percepción del riesgo de ese contexto que cambia nuestros gustos y amenaza convertirnos en gorroneos agradecidos, lleva a Jose Valdecasas –el autor que cierra estas jornadas– a trazar una rígida “raya en la arena” que evite la tentación prohibiéndose recibir visitas, ni aceptar bolígrafos o pequeñas dádivas de laboratorios, rigiéndose por un principio ético que repite una experiencia de San Agustín cuando era un cristiano recién converso.

Cuando en Roma un amigo invita a S Agustín al circo, el doctor de la iglesia piensa que su recién adquirida virtud de templanza, le permitirá ser inmune a las bajas pasiones que la chusma exhibe ante la sangre de los gladiadores. A pesar de la gracia, S Agustín se ve arrastrado por la pasión a gritar y gozar del sangriento combate y esa sorprendente debilidad le lleva a huir de cualquier tentación por desconfiar de su autocontrol.

Escribe Jose Valdecasas en ese brillante artículo que glosó: “¿Recibir un regalo de un representante hace que prescribamos mal? No necesariamente.

⁹ Aunque se refiere a historias bíblicas el libro de Anagrama “La ruta antigua de los hombres perversos “ejemplifica esa facilidad para el mal mimético en los linchamientos de Job o Jesucristo.

¹⁰ Agustín García Calvo en su imprescindible Mentiras Principales encuentra la etimología del término en el tornar y sus tristezas: fue aplicado a los toros que no envisten y dan vueltas en desconcierto.

¹¹ En estos escritos sobre la técnica analítica podemos casi visualizar al Freud clínico: revela como inicia y termina el tratamiento, como cobra cada quincena, qué hace cuando falta a la cita un paciente.

¹² Que el movimiento psicoanalítico le facilitase un pasaporte en plena ocupación nazi para que rehiciese su cura, privándole de él a intelectuales judíos asesinados enviados al matadero es un acto injustificable.

Muchos médicos creen ser inmunes a dichos cantos de sirena y están seguros que mantienen su independencia a pesar de lo rica que estaba la langosta a que nos invitaron el mes pasado en Nápoles... Recurrirémos a un caso personal: hace años recibía frecuentemente a un representante de un determinado antipsicótico. Me ofreció participar en un libro de casos que editó el laboratorio con un caso clínico muy breve, el cual como publicación científica no puede calificarse más que como una mierda... Y además me pagaron 600 euros. Todo muy legal y declarado ¿pero le parece muy ético? A mí no me lo parece. El caso es que poco después de esto (y de varias cenas a las que fui amablemente invitado con otros colegas) sale el genérico del antipsicótico y cuando voy a rellenar la receta con dicho genérico les juro que se me quedo la mano paralizada pensando en el simpático visitador y en que le estaba fastidiando con lo del genérico, con lo bien que se había portado conmigo y lo triste es que no prescribí el genérico”.

El juicio ético de Valdecasas se extrema en función de la vergüenza que trasuda su recuerdo, calificando a esos obsequios como sobornos “cosas que mueven, impelen o excitan el ánimo para inclinarlo a complacer a otra persona” y saca valor de esa calificación para apostar por la ruptura de relaciones con la industria cancelando cualquier visita de sus representantes para así “no sentirse sobornado”.

Finaliza Valdecasas esa reflexión afirmando “el compromiso ético es algo muy personal (aunque con repercusión social) y cada uno es libre de tener su ética o no tenerla en absoluto. Hubo quien nos dijo que la ética era cosa de griegos... reafirmando la idea más allá de la reflexión ética necesariamente individual está el aspecto colectivo económico”.

¿Es de verdad el compromiso ético algo personal y cada uno puede tener su ética?

Quizás lo extremado de la opción –alejarse de la tentación– y la rigidez consecuente tenga que ver con ese individualismo emotivismo ético que discutiré en estas líneas.

Bioética y Saber Común: Si Ortega y Gasset escuchara a Valdecasas que la ética pertenece al ambi-

to de lo íntimo-individual, no dejaría de asombrarse y trataría de ilustrarlo con su texto “¿Que son los valores? Introducción a una estimativa”.

En él sostiene que Bueno-Malo son calificativos para acciones humanas tan objetivos como rojo-negro, porque han sido construidas y vitalizadas en el proceso evolutivo de forma tal que las especies o las comunidades que erraron en esas líneas epigenéticas creadoras de valores desaparecieron por selección natural.

Por el contrario Castilla del Pino¹³ hubiese aprobado esa subjetivación de la ética de Valdecasas en línea con el análisis lingüístico del Circulo de Viena: para ellos, bueno-malo no describen ninguna cualidad del mundo. Expresan simple aprobación o propaganda por parte de quien enuncia la estimativa. Si digo es bueno lavarse las manos simplemente realizo un acto de propaganda que significa: a mí me gusta lavarme las manos imítente.

El emotivismo moral se extiende a las expresiones negativas: es malo recibir prebendas de la industria farmacéutica significa simplemente que a mí no me gusta esa acción y así quiero manifestarlo al público lector o mis hijos como dice Valdecasas en su texto. Confundir un juicio de valor con un juicio objetivo y atribuir la belleza o la bondad al objeto sin percibir la proyección, es para Castilla del Pino un error de habla que inicia un pensamiento patológico y dogmático.

Entre las posiciones de Ortega y Castilla del Pino ha ocurrido lo que en su Historia de la Ética llama Macintyre¹⁴ la quiebra del mundo de las virtudes que han convertido los conceptos éticos en fósiles lingüísticos que ya no significan nada, hundimiento del mundo de las virtudes que no tiene fundamento en ninguna revolución epistemológica sino como dice ese autor, reflejan el fin de

¹³ Desde sus trabajos sobre las respuestas al TAT de Murray hasta sus trabajos de psicopatología la separación entre juicios de realidad y de valor le han conducido a su caracterización de la psicosis por su connotación o denotación adiacrítica.

¹⁴ La última obra de este autor *Animales racionales y dependientes* lo convierte en el principal defensor de una ética aristotélica-comunitario que ya anunciaba en su *Historia de la ética* y el multicitado *Tras la Virtud*.

lo comunitario y la emergencia del mundo de los individuos.

Si puedo decir que un relojero es bueno porque cumple su función de hacer bien relojes y no puedo decir que la vida de tal hombre fue buena, es porque no hay un modelo colectivo de vida buena y cada individuo decide en función de sus sentimientos esa dicotomía. Bueno en postmodernidad es aquello que después de hecho me hace sentir bien y malo lo contrario. Ya no hay vidas ejemplares y Madame Curie o Teresa de Calcuta pueden ser vistas como ejemplo de una biografía masoquista y desgraciada, mientras un Rolling Stone puede ser ejemplo de buena vida, con sexo, drogas, etc.

Esa incapacidad para juzgar de forma colectiva lo bueno en el hombre genera una especialidad profesional que hubiese asombrado a Aristóteles: los éticos profesionales y los bioéticos. Para los clásicos no puede haber especialistas en ética precisamente porque todos los hombres lo somos. La ética –contra la pretensión de los sofistas– no se aprende como una técnica, sino que se adquiere como un saber práctico en la vida cotidiana. Se trata de un saber común, de adquirir prudencia (*phronesis*) en las interacciones amistosas y ciudadanas y no aprender un saber (*sofia*). Lo moral siempre trata de lo contingente, lo que puede ser hecho de otra forma y requiere ese juicio ambiguo que llamamos prudencia, que se adquiere únicamente con la amistad. De ahí que el analfabetismo moral que denuncia Macintyre en la postmodernidad es precedido por la quiebra del vínculo comunitario que hace ignorar el significado de nosotros.

Weber¹⁵ llamó a ese proceso, politeísmo de los valores y lo consideró uno de los dramas del capitalismo. El mercado disuelve cualquier principio comunitario que definía una vida buena como el paso por las edades del hombre cumpliendo el *ethos* para cada papel social. Un buen hombre fue quien pasó por los estadios de niño, joven, soldado, ciudadano, anciano, cumplien-

do bien esas funciones contribuyendo con ello al bien común. Ese bien imponía deberes y por ello ignorar balances egoístas. Por el contrario los ideales de la postmodernidad se basan en un subjetivismo que disuelve cualquier deber ciudadano, cualquier tradición substituyéndolo por valores psicológicos como autenticidad, gozo, realización en un marco de balances intimistas. A. Guiddens¹⁶ aprueba ese cinismo egoísta como eclosión de libertad: en la postmodernidad ya no tengo que ser arquitecto como papá o sostener una familia como mamá, sino que puedo cambiar de pareja, profesión o incluso genero en función de mis deseos frente a la dictadura de los roles y la tradición comunitaria. Esa satisfacción con la primera sociedad de la libertad le lleva a ejemplificar sus asertos con el análisis de patologías psiquiátricas tan improbables como la adicción al sexo o aprobar prácticas tan curiosas como el Masturbaron de Londres¹⁷.

El conflicto central de ese modelo surge cuando percibimos que somos animales no solo racionales sino dependientes y ya es tarde para forjar esos vínculos solidarios que antaño nos permitían envejecer y morir en casa. Frente a ello hoy es preciso cerrar la puerta de esa casa para esperar la muerte en asilos.

El emotivismo complementa la psiquiatrización de la vida atribuyendo al gremio psi el rol de bioéticos de cabecera (¿es bueno para mi salud mental tal o cual conducta?). El ejercicio de dicha pericia por los psiquiatras, reitera otra faceta de la banalidad teórica de nuestra disciplina y la venalidad de los peritos psiquiátricos, que tienen que evaluar ante los tribunales cuánto de loco y cuánto de criminal tiene un reo, lo que aumenta la vergüenza de pertenecer al gremio. El ridículo de los psiquiatras en los tribunales peritando a favor o en contra de la responsabilidad del sujeto según quien les paga revela la imposibilidad de objetivar las conductas imputables de las inimputables. Decir inimputable significa convertir

¹⁵ La rígida separación de los juicios de realidad y de valor son la innovación central de la obra weberiana que Jaspers trató de incluir en la psicopatología. La tragedia del salto a la decisión sin base en la ciencia es un dogma de la postmodernidad que complementa los análisis lógicos del Círculo de Viena.

¹⁶ El análisis de Guiddens en *La Transformación de la Intimidad del intimismo y el relativismo moral* es un elogio continuo de nuestro mundo y a la vez de la práctica psicoterapéutica y los libros de autoayuda.

¹⁷ Slavoj Žižec en varios de sus textos ejemplifica con esa práctica en la que miles de personas se masturban en una ceremonia pública el narcisismo postmoderno y el cumplimiento del mandato del superyo de gozar.

al actor en un no sujeto, en una especie de autómatas que aún teniendo el cuerpo de humano no pertenece a nuestro género por ausencia de capacidad de pensar-decidir.

Pero incluso lejos de esa gestión del mal que se nos atribuye a los psiquiatras, los informes clínicos cotidianos respecto a la capacidad de un distímico para trabajar o la capacidad para la crianza de un padre o madre en divorcio traduce esa falsa asignación al psiquiatra de sujeto de supuesto saber. Acrasia era una característica del sujeto sin voluntad que antaño caracterizaba al vago. Amargado era el anhedónico antes de ser psiquiatrizado y el saber común supo hasta la modernidad identificarlos y juzgarlos sin necesidad de especialistas en saber vivir.

El dilema de S Agustín en el circo o el de Valdecasas ante el tentador representante de psicofármacos, solo rebasa la estética si la ética se colectiviza y sale de su intimismo, si su ejemplo cunde, logrando una comunidad de no gorriones. De nuevo Macintyre nos avisa de que a nivel moral no estamos esperando a los bárbaros sino tras la barbarie y que si en aquellos tiempos oscuros la cultura sobrevivió en pequeños conventos hoy debemos preservar esas virtudes construyendo otros espacios colectivos de resistencia al mercado que el No gracias o el No lo go anticipa.

Antonio Machado nos dejó dicho: “el ojo no es ojo porque tú lo veas sino porque te ve” y por ello reflexionar sobre los estudios de economía de la conducta y el modelo ético-psicológico que configura el currículo de las élites gerenciales en las facultades de negocios iluminará nuestro papel de objeto de propaganda. Cómo describe la ética y la inteligencia la psicología de los economistas ocupara las siguientes líneas.

¿Corruptibles o Incorruptibles?, ¿Tarugados?: sólo un poco? Gary Becker fue el primer economista que ganó un Premio Nobel por extender la razón económica a espacios hasta entonces tan ajenos al cálculo egoísta como la familia. Con sus ecuaciones fue capaz de explicar y anticipar comportamientos tan íntimos como la decisión del número de hijos (enmarcándolo en la teoría de la ostentación de bienes) o las probabilidades de divorcio (calculando tres sencillas varia-

bles), o anticipar incluso el número de visitas familiares a ancianos, al tiempo que proponía soluciones pragmáticas a dichos dilemas. Fue el precursor de esa función postmoderna del economista de cabecera que mediante curvas de utilidades y ecuaciones probabilísticas es capaz de aconsejar sobre cuando se debe perder la virginidad o la utilidad de tener uno o más amantes dentro del matrimonio¹⁸ o como escoger pareja mediante esas modernas celestinas llamadas redes sociales.

La teoría moral beckeriana se ajusta al conductismo y fue bautizada en el gremio como el Modelo Simple del Crimen Racional resumido en el acróstico SMORC. El delito o las faltas leves –el esquema se le ocurrió cuando aparcó indebidamente para llegar a tiempo a una reunión de departamento– se cometen según un cálculo de costes-beneficios que tiene en cuenta el valor de la multa, la posibilidad de ser descubierto y el beneficio obtenido. Ese modelo obviamente no deja sitio al juicio moral que se ve substituido por resultados positivo-negativo e induce un mundo SMORC que exige un continuo de desconfianza y vigilancia formalizando una judicialización que cubra toda la vida cotidiana.

Frente a ese modelo, Ariely desarrolla en *¿Por qué somos deshonestos?* un modelo alternativo que separa claramente el comportamiento del delincuente habitual basado en una carrera delictiva con sus pasos y normas, de la deshonestidad cotidiana que nos interesa. Según él esa deshonestidad está presidida por un conflicto entre dos fuerzas que son el deseo de provecho y a la vez la voluntad de conservar una buena imagen interna.

Con éllo, los modelos del engaño en gente normal están presididos por algo tan contradictorio como la pauta de “engañar pero sólo un poco”. La deshonestidad y el engaño se frena menos como vamos a ver en los elegantes experimentos de Ariely por el temor a ser descubiertos y

¹⁸ Quien dude de la penetración de la economía en la vida cotidiana que consulte el índice de El economista camuflado de Harfold o la columna del mismo autor sobre consultas económicas en la prensa salmón: desde los cuidados de bebés al testamento es cuantificado con fórmulas y curvas matemático-económicas que llevan a consejos conductuales sorprendentes.

castigados que por el deseo de conservar el auto respeto. Lejos del cinismo propuesto por Becker no somos sujetos maquiavélicos sino contradictorios que desean estar a la vez en misa y repicando, dominados por curiosos fetiches de moralización como el del dinero.

Veamos alguno de esos experimentos.

No es el miedo, es la honestidad relativa: El experimento modelo de Arirly parte de una tarea de resolver cuentas en tiempo limitado recibiendo unos dólares variables en función de los éxitos. La primera situación excluye las tramas porque el cuestionario es corregido y pagado por el experimentador con objeto de obtener una línea media de aciertos-ganancias supongamos de que de 32 dólares. La variación del experimento consiste en facilitar las trampas: 1) el test se auto corrige se entrega y sin mas examen se paga: el nivel medio de aciertos y de trampas sube pero salvo casos extremo solo se mejora en un 10-15% que es el nivel de deshonestidad media. Dicho nivel de engaño persiste aunque se mande corregir y autodestruir el test o que quien vigile el experimento sea una profesora ciega. La mayoría de los sujetos hacen trampa –ese 10-15% de mejora en las respuestas– pero sólo un poco de trampa. En esa autocontención a la mini estafa no influye el riesgo de ser descubierto sino una especie de homeostasis que equilibra el beneficio y la conservación de una buena autoimagen, una doble motivación al lucro y a la honradez que se plasma en ese nivel de deshonestidad.

Tampoco el Beneficio: Aumentar la remuneración de 1 euro a 10 euros por respuesta acertada y por tanto posiblemente falsificada no hizo variar el nivel de engaño o incluso disminuía ligeramente el numero de respuestas falsamente computadas como aciertos quizás porque cuanto más se cobraba más se parecía el engaño a robar un bolso y menos a llevarse los bolígrafos de la oficina. La teoría del factor de tolerancia como racionalización para seguir sintiéndose honrados robando solo un poquito se confirma en multitud de artículos que describen el papel moralizador del dinero, su capacidad para disolver vínculos sociales o el papel desmoralizador de los objetos de marcas falsificadas.

Si en el anterior experimento el director paga con fichas –canjeables por dinero a la salida– en lugar de con euros reales, el nivel de trampas se eleva considerablemente hasta el 25%, como si el cobrar en fichas liberase de las restricciones morales.

De nuevo la observación de experiencias cotidianas confirma el experimento: en una mesa del departamento universitario hay una caja de caros bolígrafos de 3 euros y al lado otra con monedas de medio euro para el café. Nadie coge los euros y más de la mitad de los empleados roba bolígrafos. En el mismo departamento hay un frigorífico donde el personal guarda yogures o piezas de fruta. Los experimentadores dejan montoncitos de monedas que permanecen intactos mientras desaparecen los yogures.

Engaño Altruista: el efecto Robin Hood: De nuevo la vida real confirma ese efecto altruista: cuando una maquina expendedora de cervezas devuelve el dinero no se la explota hasta agotar las existencias sino que se cogen 3-4 latas y se llaman amigos para que se aprovechen también.

El ejemplo negativo, introducir un golfo en el grupo que al poco de empezar la prueba afirma haber acertado los 100 preguntas cobra y se marcha, “mejora” los resultados de todo el grupo, pero nadie lo imita afirmando resultados similares: simplemente se aumentan otro poco las trampas pero sin operar con un modelo SMORC. “Yo no soy como ese estafador” y el sentir vergüenza ajena (tus mentiras no son creíbles) son homeostatos que siguen funcionando y se exacerban si el “golfo” lleva un distintivo que lo hace ajeno al grupo. Si el experimento se hace en la universidad de Chicago y el golfo lleva una sudadera de la Universidad de California el mal ejemplo no influye para nada en el nivel de aciertos: “no es de los nuestros” inmuniza al contagio mientras la empatía actúa como un virus contagioso para aumentar la tolerancia al engaño.

Teoría de Juegos y Tolerancia a la Injusticia: re-basa absolutamente los límites de esta comunicación ni siquiera esquematizar la psicología que procura la teoría de juegos que tras dominar las estrategias de la guerra fría domina hoy

las decisiones de la economía financiera,¹⁹ que presiden la mente de los ecónomos animando a consentir con la injusticia en función de la utilidad.

Un ejemplo pertinente podría ser el juego del reparto. El experimentador regala 100 Euros a dos afortunados que deben repartírselo. Uno decide cómo –puede decir 99 para mí y 1 para ti– pero el otro puede no aceptar ese reparto con lo que los 100 E volverían al benefactor. En realidad el juego trata de tolerancia a la injusticia y los resultados son bastante descorazonadores: se aceptan repartos de 90 a 10 ya que el lucro ante el beneficio supera la ira provocada por la injusticia.

Racionalidad Limitada: Sesgos y Heurística: desde las escuelas de negocios y las facultades de economía se impone lentamente un modelo psicológico que deconstruye el sentido común en favor del cálculo probabilístico. Daniel Kahneman²⁰ –otro premio Nobel de economía– comienza precozmente a diluir algunos tópicos que pasaban como leyes del comportamiento y no son más que olvido de la estadística. Con poco más de 20 años y siendo instructor de la aviación israelí Kahneman observa que una ley conductual que reza “el premio reduce el aprendizaje y el castigo lo mejora” no es sino un epifenómeno de la regresión a la media; cuando un piloto hace un brillante vuelo y se le felicita y otro muy malo y se le reprende sus siguientes vuelos probablemente regresaran a la media: mejorará el malo y empeorará el bueno con independencia de premios o castigos. Igual que la mejoría de niños depresivos que toman jarabe de arce: todo tiende a regresar a la media.

Sus trabajos posteriores en colaboración con Nazim Taleb, Csikszentmihalyi²¹ y una legión de

discípulos, corrigen nuestra tendencia a ignorar que el mundo carece de todo sentido y esta regido por leyes probabilísticas. De esa incapacidad para pensar como estadísticos, de emplear cotidianamente el cálculo probabilístico nace la heurística, los sesgos de pensamiento que Taleb describe como Platonidad o tendencia a dar sentido y historificar lo real sin aprender de Shakespeare que ya sabía que la vida es un cuento lleno de ruido y furia que no significa nada.

La Platonidad es una voluntad de dar sentido, un sesgo mental para encontrar racionalidad o poder construir narraciones que substituyen al mundo real como colección de acontecimientos azarosos regidos por el azar.

Kahneman propone el ejemplo del acertijo de la bibliotecaria: si vemos pasar por cualquier barrio madrileño una joven con gafas llevando libros en la mano, y nos preguntan si es cajera o bibliotecaria, la mayoría contestaríamos que es bibliotecaria y erraríamos porque hay una proporción de 20 a 1 entre cajeras y bibliotecarias. Nuestra mente sustituye lo probable por lo plausible y por eso se equivoca. El sesgo es tan potente que incluso estadísticos profesionales fracasan cuando se les plantea en la vida cotidiana un problema sencillo: en un hospital han nacido el último mes 40 niños y 60 niñas ¿es un hospital de 200 camas o de 800? La respuesta falsa del 800 se impone porque los estadísticos no enchufan su cerebro y funciona racionalmente sino que el módulo narrativo domina nuestra vida cotidiana.

La información cuesta obtenerla y almacenarla. Un libro de de 1000 palabras aleatorias necesitan mucha memoria y por eso buscamos un patrón que lo ordenen y nos dé un relato narrativo fácil de recordar.

Racionalización a Posteriori: Una mujer escoge entre tres cajas de calcetines y a posteriori explica su elección por su color o su textura cuando los calcetines son idénticos. El sesgo de retrospectión de que por fin entendí el pasado y puedo predecir el futuro disminuye de forma falsa la fuerza de la incertidumbre y el valor de la suerte o el azar. La historia no tiene leyes sino azares y la posibilidad de que las madres de Lenin o Stalin abortasen con el cambio consiguiente del curso

¹⁹ En “Ego: las trampas del juego capitalista”, Frank Schirmer hace una cuidadosa exposición de esa emigración de los matemáticos que pasan del Pentágono a la bolsa en menos de un quinquenio con el mismo aparato teórico que reduce el yo a un jugador de faroles financieros.

²⁰ Tras sus trabajos de juventud sobre la atención y los posteriores de la aversión al riesgo su último libro *Pensar rápido Pensar despacio*, da una visión global de su pensamiento e inspira bastantes líneas de este trabajo.

²¹ De Mihaly Csikszentmihalyi resulta imprescindible *Fluir* y muy recomendable el *Yo evolutivo* De Nazim Taleb su best seller *El Cisne Negro* es un libro serio y que da un paso más allá a las tesis de Kahneman.

histórico fue del 50%. El azar preside nuestras vidas en una proporción que deseamos ignorar.

La estadística viola la lógica aristotélica que configura el pensar cotidiano. Es verdad que la mayor incidencia de cáncer de riñón se produce en EEUU en algún estado rural, que vota republicano y conserva hábitos comunitarios y también en esa línea que el mayor nivel de éxito escolar se produce en pequeños colegios campesinos y con comunidades tradicionales. Naturalmente pensamos en la vida sana campesina como causa de esas tasas, pero resulta que el mayor índice de casos de cáncer de riñón y de fracaso escolar se producen también en otros estados rurales, con voto republicano y comunidades tradicionales porque las cifras extremas vienen determinadas por el pequeño tamaño de la muestra propio de esos estados.

La coherencia, la plausibilidad, los juicios representativos son malos para pensar probabilísticamente. Incluso nuestra memoria biográfica selecciona como un palimpsesto lo importante para una narración a posteriori y reverbera un yo mucho más coherente que el yo sucesivo que refleja los azares reales de las biografías. Todo parece menos aleatorio de lo que es según Kahneman, todos deberíamos ser más empiristas escépticos que narradores sobre el sentido de la vida o la historia.

Marcos y Realidad: el corto artículo que hace ganar el Nobel de Economía a Daniel Kahneman demuestra una tesis contraria al modelo del sujeto calculador-electoral racional: nuestras decisiones no están determinadas por un balance probabilístico de ganancias-pérdidas sino por una aversión radical a las pérdidas. La final del mundial de fútbol la ganó Alemania 2-1 o la perdió Francia por 2-1: según la lógica son idénticas porque describen el mismo estado del mundo. En la realidad producen asociaciones mentales diferentes y reacciones humanas radicalmente distintas.

Ganar-perder son palabras fetiches que producen movimientos de aproximación-evitación que parece tienen que ver con nuestra historia evolutiva y su rápida llegada a la amígdala. El animal que defiende un territorio tiene más posibilidades de vencer al invasor por esa mayor motivación de No perder frente al más débil deseo de

ganar. Ganar-perder, son palabras fetiches que producen movimientos de aproximación-evitación que parece tienen que ver con nuestra historia evolutiva y su rápida llegada a la amígdala. El animal que defiende un territorio tiene más posibilidades de vencer al invasor por esa mayor motivación de No perder frente al más débil deseo de ganar. Los golfistas juegan mejor cuando deben evitar bajar de la media que cuando lo hacen para mejorar sus máximos resultados.

El poder del formato: la tendencia al olvido del denominador en cualquier estadística viene determinada por la distinta capacidad de producir imágenes mentales que tiene la presentación de los datos. Mil americanos morirán este año por agresiones de esquizofrénicos no medicados, se asocia a una peligrosidad mayor que el titular de que 0,00036% de americanos morirán este año por esa causa.

Complementando estos sesgos del hombre americano, el orden de adjetivos calificativos modifica radicalmente nuestro juicio de una persona. Si a un candidato a alcalde se le describe como “inteligente-diligente-impulsivo-crítico-testarudo-venal” produce una intención de voto opuesta a la descripción del alcaldable como “venal-testarudo-crítico-impulsivo-diligente-inteligente”.

Lo que vemos es todo lo que hay: wysiaty es el acróstico de este sesgo mental que nos impide preguntarnos ¿Qué datos necesito saber para formarme un juicio racional sobre este evento? Primando la información que hay aunque sea insuficiente o impertinente y buscando coherencia en lugar de juzgar la cantidad-calidad de los datos y su relevancia-irrelevancia llegamos a juicios gratuitos. Un tipo de pensar que Kahneman llama rápido nos hace saltar a las falsas conclusiones pero nos evita la incomodidad de la duda. Respondemos en ese sentido una pregunta más sencilla que la difícil que nos hacen con los datos, que si disponemos y la extrapolamos sin darnos cuenta de la necesidad de ampliar la información para responder de forma fiable.

El voto lo decide a veces la sonrisa del candidato. Inversores compran acciones basándose en la inteligencia o aspecto del gerente y no en la solvencia de los ignorados datos mercantiles y los representantes farmacéuticos tratan de asociar

su persona al producto para que prescribamos según sesgos de afecto.

Damasio²² llama marcadores corporales a los agentes de esas decisiones determinadas por humores corporales que invalidan a los lesionados prefrontales que carecen de ellas y viven en la continua duda por su incapacidad para saltar a la decisión.

Lo mío es mejor por ser mío: la tendencia a dotar de valores positivos a nuestras posesiones simplemente por ser nuestras o a aprobar a posteriori decisiones que nos fueron impuestas marca un nuevo sesgo de fijación de gusto y compulsión a la repetición de conductas. Parece como si la simple posesión de mercancías nos convierte en fetichistas. El ejemplo de Kahnemann se ilustra con la historia de dos gemelos idénticos a los que la empresa premia con un aumento de 1.000 € de sueldo ó 15 días de vacaciones extras. Como dicen no tener preferencias se sortea el premio que otorga a Pedro el dinero y a Pablo las vacaciones. Al año se propone a ambos un cambio de papeles y ambos rechazan la oferta: el cambio es vivido como pérdida y Pedro acomodado al dinero no quiere perderlo y Pablo tampoco su tiempo libre.

La misma pauta se repite si en un sorteo toca a A una estilográfica y un reloj a B. Si se propone un cambio al día siguiente las negativas habituales: en una sola noche ya hemos dotado de un valor suplementario al objeto poseído y nos gusta de una manera especial.

Introspección del dolor: un mal testigo. Si esta serie de experiencias cancelaba la existencia de un elector racional, un par de observaciones nos obligaran a aceptar una especie de disociación del sujeto entre un yo que experimenta y un yo que recuerda. Por supuesto ese modelo rompe con cualquier fiabilidad de la mejoría-empeoramiento psicopatológica basada en el relato del paciente.

En un experimento de tolerancia al dolor se pedía a un grupo de testigos que metiese su mano

derecha en un recipiente de agua a 10 grados y la retirase a los 60 segundos. Al otro grupo que la metiese en las mismas condiciones pero en lugar de sacarla a los 60 segundos durante 30 segundos más se calentaba el agua progresivamente hasta los 25 durando la experiencia 90 segundos. Más del 80% de los sujetos prefirieron la segunda e irracional experiencia que sumaba más dolor para repetirlo con la mano izquierda. Idénticos resultados se obtienen cuando se pide rellenar un cuestionario a dos grupos de pacientes a los que se realiza una colonoscopia lenta y otra rápida. En el primer grupo la prueba termina en 10 minutos y cesa en el punto más alto de la curva dolorosa. En el segundo tras los 10 minutos de dolor idéntico se retira lentamente la sonda durante otros 10 minutos en los que el dolor es leve y decreciente. De nuevo el dolor experimentado y el recordado son contradictorios y en los cuestionarios al final de la prueba la mayoría de pacientes valora como menos dolorosa la que dura 20 minutos en la que se han sufrido 10 minutos idénticos más otros 10 de dolor decreciente.

Ambas experiencias muestran como el yo que recuerda no suma experiencias ni calcula utilidades sino que fija momentos prototípicos y por ello crea falsos recuerdos. La regla del pico final que domina la estimación retrospectiva, fija el peor dolor y olvida la duración, decidiendo a posteriori en contra de sus intereses objetivos.

Tampoco para el Bienestar: Mihaly Csikszentmihalyi diseñó un ingenioso experimento que consistía de un Muestreo de Experiencias (el sujeto debía anotar en el móvil una escala con lo que hacía y su agrado-desagrado en los distintos momentos del día en que recibía la llamada) y de un cuestionario que evaluaba el día total en función de sus recuerdos.

Otra vez los resultados disociaban al yo que experimentaba del yo que recordaba. El domingo por la mañana era un momento especialmente malvivido –la neurosis de domingo– porque el ocio aumentaba el riesgo de angustia-aburrimiento pero se recordaba como un momento más placentero que las mañanas de trabajo. Por el contrario el tiempo de trabajo se experimentaba como positivo o neutro y se evaluaba como negativo y agotador. Sorprendente era que el desplazamiento para ir al trabajo era uno de

²² En el error de Descartes figuran algunos casos clínicos ilustrativos y en su texto sobre Spinoza marca un nuevo concepto de neuropsiquiatría que puede dejarnos sin campo psiquiátrico.

los peores momentos vividos y no recordados. En cuanto a las vacaciones el que Helen evaluase “fui feliz en agosto” apenas se correspondía con el balance de tiempos en situaciones satisfactorias versus tiempos de situaciones que deseaba escapar en ese mes cuando atendíamos el registro temporal de experiencias.

Las publicaciones de este autor sobre factores y situaciones de felicidad-infelicidad son sorprendentes y de nuevo contrarias al sentido común: la infelicidad provocada por una colectomía a los 3 meses apenas varía en un muestreo de experiencias respecto a los niveles previos porque el sujeto apenas atiende este estado en sus rutinas, pero cuando es reversible lo recuerda como un tiempo atroz. Tampoco la felicidad de un premio de la lotería supera un cambio hedónico recogido en los registros de experiencia a los 6 meses de cobrado por un fenómeno de acomodación similar, mientras el cuestionario describe un sujeto exultante.

El yo que evalúa la felicidad –como con el dolor– no sabe sumar y aparece dominado por lo que Kahnemann llama el efecto Mimi que en la Boheme lleva una vida atroz pero cuando se esta muriendo llega su amante y ese breve epilogo con Rodolfo parece transformar su vida en algo feliz. De nuevo seguimos determinados por prototipos en lugar de por sumas y resulta que la mayoría de los encuestados califican de una vida más feliz la de quien pasa 60 años malos y 3 últimos años de feliz, que quien pasa 60 años de felicidad y los 3 últimos de vida solitaria. Parece como si la importancia del epilogo nos hiciese olvidar de nuevo la duración. De nuevo mi identidad se construye a posteriori y Yo soy el yo que recuerda mientras me muestro indiferente-amnésico al yo que experimenta.

Mirando Atrás: la recepción de los psicofármacos en España: Si se acepta nuestra tesis de que la noción de Progreso no funciona en psiquiatría como en medicina, parece oportuno volver la vista al momento en que los psicofármacos llegan a nuestro campo y son recibidos en el marco de una psicopatología refinada, una práctica limitada a casos psiquiátricos sin *ovnis* (objetos psiquiátricos no identificados) y un gremio que genera un gasto modesto que lo protegía de las atenciones de la industria.

Un artículo de Castilla del Pino²³ describe ese momento comparando las diferencias entre la TEC que buscaba crear un síndrome amnésico en el que el delirio se olvidase y sobre el que recrear una psique normal y los recién llegados neurolépticos que provocan una distanciada a las ideas delirantes con posibilidad de criticar la genealogía del mismo (pensamiento sobreinclusivo, denotación y connotación adiacrítica).

Con independencia del optimismo terapéutico del modelo, lo importante es que proponía una recepción de lo farmacológico que relacionaba el saber real del gremio –la sicopatología– con unos efectos empíricos que permitían hacer una clasificación de neurolépticos basada en sus efectos clínicos: los extremos de neurolépticos incisivos-sedativos marcaban las acciones reales de fármacos con fuertes efectos extrapiramidales indicados en delirios-alucinaciones y fármacos sedativos con efectos ansiolíticos indicados en la angustia psicótica. Cócteles tan sencillos como Haloperidol-Sinogán a dosis que produjesen efectos extrapiramidales iniciaban algo parecido a lograr algoritmos que pusiesen de acuerdo protocolos comunes a todo el gremio que la DSM y las clases particulares sobre receptores cerebrales de la industria nos hizo olvidar.

En el espectro depresivo un esquema parecido fue desarrollado por López Ibor²⁴ que extendió el campo hasta considerar las neurosis como enfermedades de animo, reduciendo la psicopatología a una suma de equivalentes depresivos adjuntando a ese modelo una escala de antidepresivos con tricíclicos específicos sobre la inhibición psicomotriz (Anafranil) intermedios sobre la tristeza (Triptizol) y en el otro extremo fármacos mixtos para la angustia depresiva (Nobitrol).

²³ En *Vieja y Nueva psiquiatría* Castilla del Pino revisa ese tránsito de la neuropsiquiatría en la que se formó a una práctica biopsicosocial con una perspectiva de rigor que el futuro no confirmó.

²⁴ Los equivalentes depresivos de Ibor Aliño en la editorial Paz Montalvo así como sus reevaluaciones del *Hombre de los Lobos* como un caso depresivo, son textos poco citados por los ateóricos que han liquidado el término neurosis sin reparar en su genealogía y deuda con estos autores.

Con independencia de compartir un modelo que extendía lo endógeno a niveles cuasi-místicos y reducía lo comprensible a las reacciones vivenciales, estaríamos de nuevo en algo cercano a un algoritmo que pudo poner orden en el gremio y desarrollar intereses hacía el refinamiento psicopatológico.

Desde luego que no se trata de aparentar un saber objetivo que no se tiene para crear protocolos de consenso tan ridículos como el que prescribe terapia dialéctico-conductual, con una triada de fármacos para el Trastorno Límite, sino de colectivizar saberes en pautas acordes con la humildad artesanal de nuestra práctica.

Paul Mechl deja pocas dudas en un abanico de campos que incluye la psicoterapia sobre la superioridad de un algoritmo estadístico por sencillo que parezca sobre la intuición de los expertos para mejorar prácticas diversas (psicoterapia, consejo pedagógico, apagar fuegos). El texto de Mechl²⁵ –Clinical versus Statistical Prediction– no deja dudas: los expertos son incoherentes e inconsistentes en sus evaluaciones y tienden a complicar decisiones sencillas.

Se trataría entonces de desechar la pretensión de saber científico que nos atribuyen y reconocer lo artesanal de nuestras prácticas que por ello mismo necesitan una organización más gremial donde se colectivicen las experiencias clínicas. Mi ejemplo favorito de esa sistematización de la práctica procede de la pediatría y no necesitó más material que una servilleta de cafetería. Virginia Apgar estaba tomando café con un residente que le preguntó como decidía cuando un recién nacido estaba en riesgo. En la servilleta Apgar escribió en los 5 datos-pulso, respiración, reflejos, tono muscular y color, con unas puntuaciones de 0 a 2 y con cuatro como índice de gravedad. Aceptar algo tan sencillo y olvidarse del individualismo se ha demostrado como un instrumento universalmente eficaz para salvar recién nacidos en la UVI.

Conclusiones: si la descripción heurística de nuestra tendencia al WYSIATY o a pensar rápido

y dejarnos llevar por los sesgos de pensamiento nos hacen crédulos a los sofismas de la industria, la primera exigencia ética es de naturaleza cognitiva: debemos ser diligentes y vigilantes frente a esa tendencia al consentimiento con la propaganda farmacéutica. El curso de pensamiento que conduce a la prescripción de psicofármacos en función del agradecimiento al representante que describe Valdecasas, se parece al sometimiento a la orden del hipnotizador que conduce el habla interna que sostiene la conducta del hipnotizado.

A. Arendt describe en la Banalidad del Mal como Eichman a pesar de sus actos genocidas no es una figura demoníaca sino un atolondrado que llega a convertirse en un monstruo moral por irreflexión. Reflexionar y ser diligentes frente a los discursos del mercado y del estado significa mantener una voz interior propia que evite convertirse en la voz de los amos que pretenden engañar, seducir o comprar.

En psiquiatría esa posición crítica exige modestia en dos sentidos. Los psiquiatras somos más artesanos y menos científicos que el resto de los médicos. Nuestros dilemas morales no se identifican a los que tiene el hepatólogo con los retrovirales, porque él puede medir el efecto terapéutico y nosotros no. Modestia se llama también esa figura de no aparentar saber que sustenta la negativa a incluir cualquier malestar como caso psiquiátrico. Psicofármacos que inducen templanza frente al alcohol o la gula, que facilitan la inclusión en la escuela, que hacen tolerable los malestares laborales son reclamos que complementan la aceptación del psiquiatra de un papel de sujeto de supuesto saber. No aceptar ese papel de coche escoba que trata con psicofármacos o palabras las quejas de una población quejumbrosa a la que se ha prometido bienestar desde el Estado, empieza a exigirnos ese diagnóstico de no enfermedad y no tratamiento que Alberto Ortiz ha desarrollado entre nosotros. En ese sentido una paciente con don poético describe la iatrogenia de esa psiquiatrización en un prospecto que debería figurar a nuestras mesas de trabajo a modo de conjuro y dice así:²⁶

²⁵ El celebrado artículo de este curioso psicoanalista resiste el paso del tiempo y es uno de los inspiradores del texto de Kahneman sobre *Pensar rápido pensar lento*.

²⁶ Pertenece al libro *Acaso* (1972) y su autora es Wislawa Szymborika.

Soy un ansiolítico
Actuó en casa
Hago efecto en la oficina
Me presento a los exámenes
Comparezco ante los tribunales
Reparo tacitas rotas
No tienes más que ingerirme
Ponme debajo de la lengua
No tienes más que tragarme
Con un sorbo de agua basta
Sé enfrentarme a la desgracia
Soportar malas noticias
Paliar la injusticia
Llenar de luz el vacío de Dios
Elegir un sombrero de luto que favorezca
¿A qué esperas?
Confía en la piedad química
Todavía eres un hombre
Una mujer joven
Debes seguir en la brecha
¿Quién dice
Que vivir necesita valor?
Dame tu abismo
Lo acolcharé de sueño
Me estarás para siempre agradecido
Agradecida
Por las patas sobre las que caer de patas
Véndeme tu alma.
No te saldrá otro comprador
No existe ningún otro diablo.

No recibir representantes como hace Valdecasas acierta a deshacer el **sofisma del modelo moral común** de Ariely: hacer trampas o dejarse comprar “un poco”, coexiste con una buena imagen. Hipócritas y filisteos afirman: ser un tarugo es cobrar dinero del laboratorio pero dejarse invitar por miles de euros no compromete la virtud. Valdecasas deshace el argumento. Pero esa posición solo es ética si trasciende el marco individual. San Agustín resuelve su problema del contagio con los paganos del circo cuando deja de ser un converso y se integra en la comunidad de los creyentes. El rechazo moral, adquiere un sentido ético cuando logra un proceso de imitación por parte de sus pares ya que ese proceso de imitación es una de las bases del aprendizaje moral real que obviamente no se adquiere estu-

diando bioética sino interactuando con gentes virtuosas. Javier Goma²⁷ ha insistido en el papel de la ejemplaridad como enseñanza moral que construye una norma universal tal que: “Convierte tu vida en algo digno de ser imitado” y su complementaria particular para nuestro gremio “el provecho con las ofertas de la industria es algo digno de provocar vergüenza”.

Alejarse del individualismo emotivista y recuperar el significado de bueno-malo frente a las prebendas de la industria sería juzgar que aceptar dichas ventajas serían algo malo para todo el campo psiquiátrico porque anticipa una mala práctica: recetar un fármaco en función de esa propaganda y no del juicio clínico nos convierte en un gremio confuso. El consentimiento y la colaboración con los laboratorios genera una obligación de sospecha sobre cualquier publicación y arruina la comunicación profesional basada necesariamente en la confianza.

Si en el inicio de este escrito describí como la industria ha logrado transformar el gusto del gremio psiquiátrico en un gusto de pretensiones y distinción, reconvertirnos a unos gustos mas acordes con su posición de clase, pasaría por desactivar ese mimetismo del deseo que hace pensar que cuando rechazas una prebenda de la industria estás perdiendo algo bueno en lugar de ahorrarte unas fatigas. Aterrizar a la realidad de los gustos de necesidad requiere recuperar el sentimiento del escribiente que cuando le proponían algo contestaba, “preferiría no hacerlo”. Bajo las fotos sonrientes con que vuelven los tarugados del viaje a China se trasluce que efectivamente están trabajando, que el gozo de ir a un lugar exótico está vedado cuando se hace en rebaño y con la mala conciencia de la deuda con un falso mecenas que reclamará el pago. Romper con el mimetismo del deseo precisa acentuar lo descarriado de ese gusto por un lujo que produce una satisfacción decreciente frente al gusto por el saber o la buena compañía que hace crecer ese placer con la repetición.

Resistir las tentaciones de las farmacéuticas requiere también reconstruir el reconocimiento

²⁷ En *Necesario pero Imposible* el autor trasciende el valor de las vidas ejemplares de Aquiles o Sócrates a la de Cristo como modelo supremo a imitar.



social y orgullo de status por trabajar en un servicio público. La administración ha fracasado en todo el mundo en limitar el poder de lobbies con el dictado de normas legales. En EEUU la limitación de las comidas en reuniones médicas a lo que pudiese comerse con palillos y beberse en una taza de café desarrolló la imaginación para fabricar largos mondadíentes llenos de ostras y otras exquisiteces o tazas que daban derecho a ser rellenadas con café gratuito en una cadena de lujo durante un año. La administración no ha explorado la labor de honrar a sus profesionales atribuyéndoles un status elevado, limitando sus fatigas laborales (recordar que el cansancio fomenta la tolerancia a las trampas) y ofrecerles viáticos razonables para formación.

Por si fueran poco todas esas tentaciones contra el bien, el carácter artesanal de la psiquiatría conlleva la fragmentación del gremio en escuelas psicoterapéuticas que dificultan la construcción de una comunidad ética. Parece existir una ética psicoanalítica que se opondría a una ética sistémica. Las afinidades políticas nos conducen también a agruparnos en asociaciones psiquiátricas de derecha-izquierda (AEN como asociación progre, AEP reaccionaria). Desde luego que no se trata de encubrir esas contradicciones que he señalado en otros escritos sino de articular una Ética Común Mínima. En medicina o cirugía no es difícil definir un error o una mala práctica: la

objetividad de la anatomía patológica da y quita razón a diagnósticos y tratamientos. Cuando por el contrario una práctica se basa en la fronesis y el bricolage de diversos saberes es necesario extremar la desconfianza por esa facilidad para el autoengaño intelectual y moral que conlleva la ambigüedad y la dificultad para objetivar malas prácticas en psiquiatría. De ahí que la figura final que se me ocurre para ejemplificar esos mínimos morales es la de Ulises amarrado al palo de su barco para resistir los cantos de sirenas del mercado. Armarse de virtud como Valdecasas para convertirse en incorruptible²⁸ descubre el filisteísmo, pero colectivizar esas virtudes y hacer que duren, exige que como grupo imitemos esa negación a escuchar la propaganda y las formulemos en posiciones publicas que nos amarren al rechazo, que nos avergüencen y excluyan del grupo si cedemos a sus tentaciones. Clébullo de Lindo describía la ciudad ideal como aquélla en la que los ciudadanos temían más la vergüenza por el reproche de sus próximos que a la fuerza de la Ley.

²⁸ Zizeck desarrolla las características morales de la figura del incorruptible a partir del análisis de los discursos de Robespierre en un texto sugerente sobre la necesidad de figuras de ese tipo para la moral pública.

Contacto

Guillermo Rendueles
Avda. Rufo Rendueles 18 • 33203 Gijón

- Recibido: 20/04/2015.
- Aceptado: 28/05/2015.

Ser mujer y emigrante antes y ahora. Análisis comparativo.

Being female and migrant then and now. Comparative analysis.

Patricia Diz Neira

Universidad de Barcelona.

“¿Os sentís, de alguna manera, como un guante perdido cuando pensáis en vuestro país? Nosotros sí.”

“Ni perdidos ni callados”, colectivo emigrantes españoles en Edimburgo.¹

Resumen:

Objetivos: El objetivo principal es determinar si existen diferencias en la elaboración del duelo migratorio entre mujeres españolas emigradas a Holanda en diferentes momentos históricos (segunda mitad siglo XX y siglo XXI).

Otro de los objetivos es exponer casos e historias de mujeres en la migración debido a la escasa repercusión y atención que ha tenido este colectivo dentro de los estudios sobre esta temática.

Metodología: Para ello se ha tomado una muestra de seis mujeres españolas inmigrantes en Holanda. El primer grupo formado por tres mujeres emigradas en el S.XX y el segundo grupo formado por otras tres mujeres emigradas en el S.XXI. La información necesaria para llevar a cabo el estudio se ha obtenido mediante la realización de entrevistas personalizadas en las que se ha administrado el Cuestionario de los *7 Duelos de la Migración* (Achotegui, 1997). Para evaluar los datos recogidos se ha utilizado la Escala de evaluación del estrés y el duelo migratorio, una versión ampliada de la escala original presentada por Kamakura (Japón) en el congreso de la WPA (2007).

Resultados: Con respecto a los resultados obtenidos, no se encuentran diferencias en la elaboración del duelo migratorio en relación a los dos periodos históricos valorados. Si bien sería necesaria la ampliación de la muestra para perfilar mejor los resultados. Existen diferencias en la elaboración de los diferentes duelos y en los procesos adaptativos a nivel individual; pero estas diferencias vienen determinadas por diferentes factores, unos de carácter interno y otros de carácter externo, intervinientes en los mismos.

Conclusiones: Se perfilan como factores internos más influyentes en el proceso de duelo migratorio la característica de personalidad extroversión/introversión y el plan migratorio elaborado por las mujeres, y como factor externo más influyente las experiencias negativas o positivas vividas a la llegada al país de acogida.

Palabras clave: mujeres, emigrantes, duelo migratorio, procesos adaptativos, periodos históricos.

¹ “En tierra extraña”, Icíar Bollaín, 2014.



Abstract:

Objectives: The main objective is to determine if differences exist in the way Spanish women across different historic time periods (second half of the 20th and 21st centuries) work through migration mourning when migrating to the Netherlands. Another objective is to explain migration cases and stories of women, since these collective has so far received little acknowledgement and attention from other studies on this topic.

Methodology: For this purpose, a sample of six Spanish women who have migrated to the Netherlands has been used. The first group consists of three women who migrated in the 20th century and the second group is composed of three women who migrated in the 21st century. The information required to carry out the study has been obtained through conducting personalized interviews. In such interviews, the so-called *7 Duelos de la Migración* (Seven Migratory Mournings) Questionnaire (Achotegui, 1997) has been followed. In order to evaluate the collected information, the Scale of stress evaluation and migratory mourning has been employed. This scale is an extended version of the original scale presented by Kamakura (Japan) at the WPA congress in 2007.

Results: The results obtained show that there are no differences in the way migratory mourning is worked through across the two different historic moments analyzed. In addition, a larger sample would serve to polish these results. Evidence shows that differences do exist though in the way each individual works through migratory mourning. These differences are in turn determined by different internal and external factors.

Conclusions: The most influential internal factors for the migratory mourning process identified are an extroverted/introverted personality and the migratory plan migrant women have crafted. The most influential external factors are the negative and positive experiences lived at the host country when arriving to such.

Key words: women, migrants, migratory mourning, adaptive processes, historic time periods.

Introducción

La migración, como la mayoría de los acontecimientos de la vida, posee junto a una serie de ventajas, de beneficios (como el acceso a nuevas oportunidades vitales y horizontes), un conjunto de dificultades, de tensiones, de situaciones de esfuerzo. Achotegui (2009) describe en su teoría las características del duelo migratorio, que no debe equipararse al proceso migratorio en general, ya que se obviaría la existencia de sus aspectos positivos.

Es importante hacer referencia al duelo migratorio, pero se ha de señalar que los seres humanos poseemos capacidades para emigrar y elaborar ese duelo, por lo que la migración no es en sí misma una causa de trastorno mental, sino un factor de riesgo tan sólo si se dan las siguientes situaciones:

1. Si existe vulnerabilidad: el inmigrante no está sano o padece discapacidades.
2. Si el nivel de estresores es muy alto: el medio de acogida es hostil.
3. Si se dan ambas condiciones.

Para poder comprender el duelo migratorio en profundidad se hace necesario el conocimiento de sus características, sobre todo de aquellas que lo diferencian de otros duelos como el de la muerte de un ser querido.

1. El duelo migratorio es un duelo parcial: El objeto (el país de origen y todo lo que representa) no desaparece, pues permanece donde estaba y cabe la posibilidad de contactar con él.
2. Es un duelo recurrente: El ir y venir a nivel emocional en relación al país de origen da

- lugar a que los procesos de elaboración de la separación funcionen de modo recurrente.
3. Es un duelo vinculado a aspectos infantiles muy arraigados: En la infancia no se viven tan sólo los acontecimientos en los que la persona se halla inmersa sino que esos mismos acontecimientos condicionan la forma como se construye la personalidad. En la edad adulta la estructura de la personalidad se halla ya formada. De ahí que cuando la persona emigra ya está condicionada por lo que ha vivido en la infancia y tendrá dificultades para adaptarse plenamente a la nueva situación.
 4. El duelo migratorio es un duelo múltiple: Posiblemente ninguna otra situación de la vida de una persona, incluso la pérdida de un ser querido, supone tantos cambios como la migración. Todo lo que hay alrededor de la persona cambia. Existen 7 duelos en la migración: la familia y los amigos, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el contacto con el grupo étnico y los riesgos para la integridad física.
 5. El duelo migratorio afecta a la identidad: La multiplicidad de aspectos que conlleva la elaboración del duelo migratorio da lugar a profundos cambios en la personalidad del inmigrante, modificando la propia identidad. Si va bien favorecerá que surja una persona madura, "de mundo". Si va mal desestructurará al sujeto a nivel psicosocial y psicológico.
 6. El duelo migratorio conlleva una regresión psicológica: Al tener que afrontar tantos cambios a la vez, el inmigrante tiende con frecuencia a adoptar actitudes regresivas. Las tres expresiones más básicas de esta regresión infantil en la migración serían: las conductas de dependencia, la queja infantil y la sobrevaloración de los líderes.
 7. La elaboración del duelo migratorio tiene lugar en una serie de etapas: A nivel fisiológico hay tres etapas en la respuesta de estrés: alarma, resistencia y agotamiento. Desde la perspectiva de la elaboración psicológica de los procesos de duelo se hace referencia a cuatro etapas que, aplicadas a la migración, serían: negación, resistencia (queja por el esfuerzo), aceptación (de la nueva situación) y restitución (reconciliación afectiva de lo dejado atrás y lo nuevo). Lamentablemente no todos los inmigrantes consiguen este nivel de elaboración.
 8. La elaboración del duelo migratorio utiliza defensas psicológicas y errores en el procesamiento de la información: Estos mecanismos de defensa no son inadecuados en sí mismos si no son masivos, ya que impedirían la adaptación.
 9. La ambivalencia hacia el país de origen y el país de acogida: el inmigrante siente a la vez amor hacia su país de origen, pero también tiene sentimientos de rabia porque se tuvo que marchar. Por otro lado tiene sentimientos amorosos hacia el país de acogida, pero también tiene rabia por el esfuerzo que le supone la adaptación. Si estos sentimientos se elaboran adecuadamente el inmigrante puede comparar dos países, dos culturas, lo cual es enriquecedor para él y para sus comunidades de origen y de acogida.
 10. El duelo migratorio afecta también a los autóctonos y a los que se quedan en el país de origen: la migración es un cambio social que da lugar a cambios en la vida no tan sólo de quienes emigran, sino también en la vida de las personas que reciben a los inmigrantes y en la vida de los familiares que se quedan en el país de origen.
 11. El regreso del inmigrante es una nueva migración: al vivir en otro país, se han producido muchos cambios, tanto en la personalidad del inmigrante como en su sociedad de origen. Al regresar a su país llega una persona diferente y a un país diferente.
 12. El duelo migratorio es transgeneracional: la elaboración de estas vivencias no se agota en el inmigrante, sino que continúa en sus hijos y podría continuar en las siguientes generaciones si los inmigrantes no llegan a ser ciudadanos de pleno derecho en la sociedad de acogida.
- En este trabajo se va a analizar la elaboración del duelo migratorio en dos grupos de mujeres que emigraron en dos periodos históricos diferentes. Tener en cuenta solo mujeres viene determinado



por el hecho de que a pesar de que las mujeres han tenido mucho peso en los procesos migratorios no han sido objeto de estudio, como dicen Ana García-Mina y M^a José Carrasco en el prólogo de su libro “Cuestiones de género en el fenómeno de las migraciones”, ya no solo a nivel de investigación sino también para el conjunto de las sociedades de acogida, ya que tradicionalmente se ha estudiado la migración como un fenómeno masculino².

Los periodos históricos en los que nos movemos dentro de la investigación, por tanto, son dos. El primero pertenece a la segunda mitad del siglo XX y comprende el boom migratorio de los 60 y el descenso de la migración española a partir de la crisis del petróleo de 1973 (Vila & Vila, 1989). Y el segundo periodo se enmarca dentro de la nueva ola migratoria española iniciada en la primera década del siglo XXI tras el estallido de la crisis mundial en 2008, a raíz del problema de las llamadas hipotecas *subprime* y de la caída de Lehman Brothers³.

Sujetos

Para la realización de la investigación se ha contado con la colaboración de mujeres españolas inmigrantes en Holanda. Para la selección de la muestra en los diferentes grupos se han seguido procedimientos diferentes. En relación a las mujeres del primer grupo, mujeres con una larga trayectoria migratoria en Holanda, se recurrió a una asociación de inmigrantes ubicada en Róterdam, llamada “Nuestra Casa”, a la que las mujeres acuden para la resolución de diferentes problemas, reuniones sociales, aprendizaje holandés, etc. El segundo grupo, mujeres con una corta trayectoria en Holanda, todas de menos de tres años, el criterio de selección fue basado en contactos personales. Las mujeres del primer grupo tienen una edad comprendida entre 63 y 79 años, y una trayectoria de vida en Holanda de entre 21 y 51 años. En el segundo grupo la edad de las participantes oscila entre los 25 y los 33 años, y el tiempo de permanencia en los Países Bajos no excede, dentro del grupo, de los tres años.

² García-Mina, A. y Carrasco, M^a J., 2002: 9.

³ Conde Gutiérrez del Álamo, F., 2013: 7. Introducción informe de Rodríguez San Julián, E. a., 2013.

Instrumentos

Para cubrir los objetivos de la investigación era necesario recabar información sobre el proceso de duelo migratorio sufrido por las mujeres, para ello se ha utilizado el Cuestionario de los 7 duelos de la migración y el retorno, Achotegui (1997), y para evaluar los datos recogidos se ha utilizado la Escala de evaluación del estrés y el duelo migratorio, una versión ampliada de la escala original presentada por Kamakura (Japón) en el congreso de la WPA (2007).

El cuestionario de los 7 duelos de la migración y el retorno es una entrevista estructurada que nos permite recoger información sobre cada uno de los 7 duelos de forma individual. Además permite recabar información del sujeto antes de emigrar y durante el proceso migratorio, a la vez que nos da información sobre la vida del mismo en diferentes contextos: personal, laboral, formativo, emocional, relacionado con su red social, etc. Por lo que posibilita la recogida de una gran cantidad de información.

La Escala de evaluación del estrés y el duelo migratorio es un procedimiento para estructurar la compleja información clínica y psicosocial vinculada al estrés y el duelo migratorio y facilitar el trabajo asistencial y de investigación. El relato, la narrativa que nos trae el inmigrante posee un gran valor fenomenológico, pero en el trabajo asistencial y de investigación es muy importante tratar de operativizar la información que se posee de cada caso y hacerla comparable con otros. Tiene una función de screening, de valoración global de la situación psicosocial de los inmigrantes.

Si bien la escala tiene diferentes objetivos, en el estudio que nos atañe solo se ha utilizado para la comparación de los factores de riesgo (vulnerabilidad y estresores) de los casos estudiados.

Resultados

- Duelo por la familia:

En este duelo se ha de elaborar la separación de los seres queridos y el desarrollo de nuevas redes sociales (Achotegui, 1999). Los datos recogidos muestran que la vulnerabilidad era simple en todas las mujeres que realizan el estudio, ya que

todas tenían una buena relación familiar y una buena red social en España antes de emigrar, (incluso aquellas que se definen como más tímidas e introvertidas, como son el caso de Luz y Lola, grupo 2). Y es aquí donde los estresores, que son las dificultades encontradas al emigrar, jugaron un papel decisivo en la elaboración de este duelo. Las principales diferencias se encuentran en el proceso de desarrollo de una red social en el país de acogida. Estas diferencias vienen determinadas por factores tanto internos como externos. Dentro de los factores internos destacan características de la personalidad como la extroversión y la introversión que favorecen o dificultan la apertura hacia las relaciones sociales, así como la disponibilidad y motivación personal para ampliar dichas redes, y el plan migratorio que haya sido elaborado por cada persona. Dentro de los factores externos destacan las posibilidades que hay en el medio para facilitar redes sociales e integración de los inmigrantes, las características de la población del país, los acontecimientos negativos tempranos vividos en el país de acogida, tener una pareja y/o una red social previa.

Montse (grupo 1), Daniela (grupo 1) y Marta (grupo 2) son las mujeres cuya red social es más amplia, más íntima y más estable desde el principio. Son aquellas que se definen como más sociables y abiertas, que tenían pareja al llegar, tuvieron acceso a una red social a través de sus parejas o amigos y su plan migratorio era integrarse en el país a través del trabajo y sus redes sociales, etc. En el caso de Luz y Lola (ambas grupo 2) la red social desarrollada es más reducida y/o sentida como menos íntima. Son aquellas que se definen como más tímidas o menos cariñosas. Luz emigró con su pareja y Lola tenía una amiga en el país, lo que les facilita la apertura a redes sociales, al igual que un plan migratorio basado en la búsqueda de trabajo (mientras no fuera posible encontrar trabajo en España), lo que las impulsa a tener contactos sociales y relación con la nueva cultura. En estos cinco casos a pesar de la diferencias el duelo es simple. El caso de María (grupo 1) es diferente, ya que podemos hablar de estresores complicados en el ámbito social. La red social de María los primeros años, excepto por su familia (marido y 5 hijos), no existió.

“Los primeros años como no tenía mucho dinero no pude ir a visitar a mi familia en España. Solo

podía llamarlos. Ahora voy todos los años. Cuando llegué aquí, pasé mucha “fatiga”, porque no conocía nada, ni la lengua, ni personas, solo mi marido y mis hijos.” (María, 51 años en Holanda)

A pesar de una vulnerabilidad simple a la llegada, de no describirse como una persona tímida y tener una pareja que había llegado al país antes, no desarrolla una red social más allá de la familia nuclear. Esto está relacionado con su plan migratorio (en el que la base era el cuidado de la familia), las experiencias negativas con los autóctonos a su llegada y la falta de contacto con su grupo de origen.

A parte de las diferencias señaladas en los distintos duelos no se encuentran diferencias referidas a los periodos históricos.

- Duelo por la lengua:

En este duelo se ha de elaborar la pérdida o disminución del contacto con la lengua materna y el esfuerzo que supone aprender una nueva lengua (Achotegui, 1999). La vulnerabilidad en el duelo por la lengua, a la llegada al país, era simple para todas las mujeres; no existían problemas físicos y/o a nivel psíquico, solo se observa alguna limitación leve relacionada con la timidez, en el caso de Luz y Lola (grupo 2). Sin embargo, el proceso de adaptación y del aprendizaje del holandés ha sido muy diferentes. En este duelo son también los estresores relacionados con los diferentes casos los que marcan las diferencias encontradas. Se observan del mismo modo factores internos y externos que influyen en el mismo. Los factores internos se relacionan con la motivación hacia el aprendizaje de nuevos idiomas, el conocimiento del idioma nativo del país o de una lengua vehicular, la motivación para integrarse en el país de acogida, la motivación para desarrollar redes sociales, consideración y valoración de la nueva lengua y el plan migratorio de la persona. Dentro de los factores externos destacan aquellos que permiten el acceso a la lengua del país (cursos de idioma, programas para inmigrantes, asociaciones, etc.), dificultad y parecido de la lengua autóctona a la materna del inmigrante, como recibe la población de origen al inmigrante, y en el caso de Holanda la co-existencia de otra lengua, no oficial, en este caso el inglés que permite la comunicación y, con algunas restricciones, la integración en el país.



La principal diferencia que se observa entre ambos grupos viene determinada por la situación del inglés dentro del país. Hoy en día, Holanda es un país donde la mayor parte de la población habla inglés, lo que permite la comunicación y la posibilidad de encontrar trabajo, aún no sabiendo holandés, utilizando el inglés como lengua vehicular. Dentro del primer grupo, todas las mujeres establecieron el holandés como única lengua para comunicarse y adaptarse a la nueva situación; mientras que en el segundo grupo todas optaron por el inglés como primera opción, aun reconociendo que para adaptarse plenamente sería necesario el dominio de la lengua oficial. Marta y Lola (grupo 2) ya tenían un nivel de inglés que les permitió comunicarse desde un principio. Luz es la única dentro de este grupo que no tenía, a su llegada, una lengua que le permitiera comunicarse y optó por el aprendizaje del inglés por verlo más útil a nivel general y más asequible debido a sus conocimientos previos. En este grupo la única que ha adquirido un nivel de holandés que le permite comunicarse y entender es Marta; siendo la única también que expresa que aunque con el inglés te puedes defender, hay una obligación en el inmigrante de aprender la lengua oficial del lugar al que va. Si bien el desconocimiento de la lengua materna del país impide la integración plena en el mismo, cabe destacar que el conocimiento de otra que aun no siendo oficial permita la comunicación (entendiendo la lengua como un vehículo de comunicación) elimina barreras y permite una mejor acomodación y adaptación, por lo menos en un primer momento. De hecho, Luz es la única, dentro de este grupo, que manifiesta haberlo pasado mal en este aspecto. Cabe destacar que en los últimos años se han eliminado desde el gobierno holandés la mayoría de los cursos gratuitos destinados a extranjeros para aprender su lengua. En el primer grupo, la situación es totalmente distinta. Solo una de ellas hablaba inglés al llegar, Daniela. Pero en la entrevista dice que en 1979, cuando ella llegó, ésta no era una lengua que te permitiera desenvolverte en el país como hoy en día. En este grupo el holandés se presentó como la lengua para la comunicación y la adaptación en el país. Son Montse y Daniela las que comienzan a estudiarlo desde un principio y las que ahora tienen un nivel muy bueno de

la lengua. Ambas hablaban más de un idioma al llegar al país, tenían una motivación alta de aprendizaje e integración, redes sociales, búsqueda de empleo activa, etc. Sin embargo, sus sentimientos hacia el holandés son opuestos. Algo determinado por experiencias diferentes en el proceso de aprendizaje y de interacción con la población.

“Y la verdad es que el holandés no es un idioma feo, es complicado. Pero como decía mi padre: no mujer no, las mismas letras pero cambiadas de sitio. Pero es lo mismo.” (Daniela, 34 años en Holanda)

“Aprender holandés, mi gran frustración, la frustración más grande que yo he tenido en mi vida, yo creo. Por dificultad y por sentir que era un obstáculo en la comunicación para mucha gente.” (Montse, 21 años en Holanda)

Las experiencias tempranas de rechazo hacia la pronunciación y nivel de la lengua sufridas por Montse, y las dificultades para encontrar trabajo, incluso cuando su holandés ya era bueno, han creado un sentimiento negativo hacia la lengua a nivel emocional. En los cinco casos que hemos visto ahora tanto la vulnerabilidad como los estresores han sido simples pese a las diferencias y dificultades encontradas. El caso de María es diferente. En este caso volvemos a observar estresores complicados. Tras 51 años en el país continúa sin hablar la lengua aunque la entiende bastante bien. Las experiencias negativas sufridas a su llegada, la falta de estudio del idioma, de una red social y el aislamiento de la comunidad impidieron el aprendizaje del holandés. Posiblemente el no haber aprendido el idioma y no haberse relacionado con la gente del país ha ayudado a mantener una visión negativa del pueblo holandés, de sus costumbres y del idioma.

La única diferencia que se encuentra entre ambos periodos históricos viene determinada por la situación del inglés dentro de Holanda. Sin embargo, en lo que atañe a la elaboración del duelo por la lengua no se han encontrado diferencias relacionadas con los diferentes periodos históricos sino diferencias entre los factores internos y externos intervinientes en cada caso.

- Duelo por la cultura:

En este duelo se ha de elaborar la pérdida o disminución del contacto con la cultura de origen y el esfuerzo que supone el contactar con la nueva cultura (Achotegui, 1999). En ambos grupos pueden valorarse una vulnerabilidad simple en todas cuando emigraron ya que no había limitaciones físicas, psíquicas o relacionadas con la historia de ninguna de ellas que fueran relevantes. Existen como en los otros duelos diferentes factores que influyen en la elaboración del mismo. Factores internos relacionados con la apertura y motivación hacia nuevas situaciones y culturas, la extroversión, tener una lengua que permita la comunicación, el contacto con la nueva cultura y la suya propia, etc. Y como factores externos los relacionados con las características de la nueva cultura, las experiencias tempranas relacionadas con la nueva cultura, tener una red social, etc. Montse y Daniela, ambas mujeres del primer grupo, con una larga trayectoria migratoria en Holanda, han tenido contacto con la cultura holandesa desde el principio, a través de sus familias políticas, amigos de sus maridos, su vida social y trabajos. Marta, Luz y Lola del segundo también han hecho este contacto a través principalmente de sus trabajos y visitas culturales, amigos, personas con las que comparten casa, compañeros de trabajo, etc. Aunque todas, en ambos grupos, coinciden en que la cultura holandesa es más cerrada que la española y que cuesta introducirse en ella (les parece una cultura poco cálida); También son capaces de encontrar aspectos positivos en ella como por ejemplo que a nivel cultural está más desarrollada que España, existe un uso de los espacios públicos más libre y estos están planeados para que la gente los pueda disfrutar, etc.

“Son una gente muy guay que convierte iglesias en restaurantes y pubs. Creo que están, a nivel cultural, un paso muy por delante de otras muchas nacionalidades.” (Marta, 2 años en Holanda)

Sin embargo, en el caso de María, la situación se desarrolla de una manera diferente. Cuando llega al país, se dedica al cuidado familiar, sin establecer redes sociales más allá de ésta. A lo que se suma la imposibilidad de viajar a España (en estos inicios), y algunas experiencias negativas vividas con los holandeses que ella valora como

racistas. Además, a lo largo de todo este tiempo no aprende el idioma. Sin una lengua que le permita el contacto con la población se mantiene una visión negativa de la cultura holandesa, y al no tener una visión de apertura a ampliar su red social (ni siquiera con su grupo de origen) se impide el contacto con ambas culturas. Por lo que aunque hoy en día dice sentirse más segura en Holanda, esto parece más relacionado con la comodidad y la habituación que de un sentimiento positivo hacia el país, sus gentes y su cultura.

Pueden observarse en este duelo factores internos y externos que favorecen o dificultan la adaptación a la nueva cultura. Pero no parece haber diferencias en función del periodo histórico.

- Duelo por la tierra:

En este duelo se ha de trabajar la elaboración de la pérdida del contacto con la tierra de origen y el esfuerzo de adaptación a la nueva tierra (Achotegui, 1999). En este duelo se presenta una vulnerabilidad y estresores simples en todos los casos. En ambos grupos, el paisaje holandés les gusta. En general, las mujeres de ambos grupos coinciden en que aprecian los campos verdes de Holanda, sus flores y sus jardines. En realidad, Holanda no tiene un paisaje tan diferente al de determinadas zonas de España, en especial del norte. Y aunque puede haber diferencias en relación al clima dependiendo de la zona de España con la que se compare, no hablamos tampoco de un clima extremo. Sin embargo, este parecido no impide que haya determinados elementos de la geografía española que se echen de menos. Elementos que están presentes en los dos grupos; principalmente elementos del relieve geográfico, como montañas, montes, acantilados y playas; y en menor medida el clima y la diferencia de horas de luz (escasez en invierno) que existe entre un país y otro.

La principal diferencia que se aprecia entre ambos, es que las mujeres del primer grupo ya están más acostumbradas a Holanda. Tanto Daniela como María, manifiestan que Holanda les parece un país precioso; y a pesar de que María no ha podido acostumbrarse aun al clima, en general no manifiesta echar de menos el paisaje leonés. Montse es la única que aun sigue echando de menos las montañas de España hasta el



punto de emocionarse al llegar a su país. En el segundo grupo a todas les gusta mucho Holanda aunque son más conscientes de las diferencias entre ambos países. Todas echan de menos el relieve de Galicia: montes, montañas, acantilados, etc. Y Luz reconoce que el país le parece muy bonito, pero que después de dos años y medio en Holanda empieza a encontrarla aburrida.

“El clima no he notado mucha diferencia. En temperatura, tal vez haya más temperatura en Galicia, pero por lo demás no. El paisaje sí. Las montañas, echas de menos las caminatas por los montes, a mí que me gustaba mucho tirarme al monte como las cabras, y aquí no se puede.” (Luz, 2 años y medio en Holanda)

No parece haber diferencias significativas entre ambos grupos. Es cierto que las mujeres del primer grupo están más adaptadas al país, pero si las hacemos remontarse a su llegada a Holanda, reconocen que echaban mucho de menos su tierra. Por lo que podemos concluir que su duelo por la tierra no fue diferente al que están viviendo Marta, Luz y Lola.

Tampoco se aprecian diferencias en función del periodo histórico.

- Duelo por el estatus:

En este duelo ha de elaborarse la pérdida de estatus que haya podido haber respecto al estatus en el país de origen (por ejemplo: maestros, médicos...) y el esfuerzo que supone progresar en la sociedad de acogida (Achotegui, 1999). Puede observarse que tanto la vulnerabilidad y los estresores en este duelo han sido simples para todas las mujeres de ambos grupos. También podemos apreciar factores internos y externos que influyen en este duelo. Dentro de los internos, destaca principalmente el relacionado con el plan migratorio. En cuanto a los externos se pueden observar como más influyentes las posibilidades que ofrece el país de acogida en relación al trabajo y las experiencias tempranas vividas en el país a este respecto. En el primer grupo, con respecto a la vulnerabilidad, todas ellas cuando llegaron a Holanda eran jóvenes y no tenían ningún impedimento para trabajar o para llevar una vida normal. Sus proyectos coinciden en el punto de desarrollar una vida familiar o de pareja en Holanda. Lue-

go existen matices diferentes, ya que Montse y Daniela siempre se plantearon trabajar en el país, no solo con el fin de obtener una retribución económica sino también de realizarse a nivel personal en este ámbito. En este punto, Montse encontró más dificultades a la hora de encontrar trabajo que Daniela, debido principalmente a estresores relacionados con la lengua; pero no se pueden considerar estos complicados, ya que su calidad de vida y su nivel económico no disminuyeron. El caso de María es el que más difiere de las otras, es la única que no tiene estudios y cuyo objetivo en Holanda no pasaba por la búsqueda de trabajo, sino por el cuidado de los hijos y la mejora de la economía familiar con el trabajo de su marido. Este proyecto se lleva a cabo con éxito; aunque durante los primeros años, mientras no se regulariza la economía familiar, no pudieron viajar a España para ver a su familia, por lo que solo mantuvo contacto vía telefónica. Sin embargo, no tuvo ningún problema con la vivienda o la manutención de la familia. Dentro del segundo grupo, tampoco se encuentran problemas relevantes en este duelo. Todas ellas son jóvenes, sanas y con estudios. Marta y Luz consideran que su proyecto se ha cumplido; incluso teniendo en cuenta que el proyecto de Marta al venir era más ambiguo, y que cambió la idea inicial de estudiar un Máster por trabajar a jornada completa, renunciando a su carrera como terapeuta ocupacional. Lola es la que se ha encontrado con más estresores en este nivel debido al proyecto que tenía antes de venir a Holanda y a sus expectativas. Su plan de encontrar trabajo de arquitecta se vio frustrado por las consecuencias de la crisis desembocada por la burbuja inmobiliaria; lo que le obligó a pedir dinero a sus padres y le generó estrés. Pero no le impidió llevar una vida normal en Holanda, no teniendo problemas para pagar una vivienda, manutención, etc., por lo que no puede considerarse un estresor complicado. Además, pese a no haberse cumplido su proyecto a nivel laboral, encuentra que el proceso migratorio le ha reportado muchos beneficios a nivel personal.

“Yo me vine con la idea de que habría más trabajo, y a ver en general lo hay, no hay tanto paro como en España, pero el problema es también los sectores, ¿no?, me imagino yo. Y eso, en arquitectura fatal, y están cogiendo pero de intership con contrato nada...” (Lola, 8 meses en Holanda)

En este duelo tampoco se encuentran diferencias relacionadas con los periodos históricos.

- Duelo por el grupo de pertenencia:

En este duelo se plantea la elaboración de la pérdida o disminución de contacto con el grupo de pertenencia y el esfuerzo de contacto con el nuevo grupo (Achotegui, 1999). En este duelo se presenta una vulnerabilidad y unos estresores simples en los todos los casos expuestos. Todas las mujeres tienen claro su grupo de pertenencia y las características que le unen a él. Aunque en el caso de María este duelo parece estar menos elaborado, ya que existe información contradictoria. Esta contradicción se desprende de los primeros años en los que vivió solo para el cuidado de su familia. Manifiesta seguir sintiéndose española, y describe su grupo de pertenencia como personas más abiertas y cálidas que los holandeses. Sin embargo, al preguntarle por sus relaciones con su grupo, al comienzo de su estancia en Holanda, pasa a describirlos como gente cerrada y poco clara, con la que cuesta relacionarse.

“La gente española no es muy clara del todo para poder hablar, es así, para que me entiendas, no es muy clara, es un poco retraída. Yo solo estaba con mi familia, y bastante tenía.” (María, 51 años en Holanda)

Este problema no se manifiesta cuando se le pregunta por el duelo por la familia y amigos, ya que una de las cosas que más echaba de menos en ese aspecto eran las relaciones sociales en España: hablar con amigos, vecinos, etc. Estos primeros años parecen haber generado en ella una desconfianza social a nivel general. Por lo demás, todas siguen sintiéndose españolas o de sus regiones autónomas. Incluso tenemos el caso de Marta y Lola, del segundo grupo, en el que esta vinculación ha aumentado, posiblemente debido a que su llegada a Holanda es bastante reciente, pero para responder esta pregunta habría que esperar un tiempo. Con respecto a la visión del pueblo holandés, todas, menos María (que basa toda su opinión en el aspecto racista de estos), son capaces de encontrar características positivas y negativas de este grupo étnico.

En general, no se perciben diferencias en este duelo por el periodo histórico.

- Duelo por los riesgos físicos:

Ninguna de las mujeres entrevistadas ha encontrado ningún problema, por lo que se puede determinar que no hay un duelo a este respecto.

Conclusiones

1. La escala de evaluación del estrés y el duelo migratorio surge en el siglo XXI ante las nuevas migraciones en situación extrema (como la migración en patera). A pesar de surgir en este contexto concreto, la escala permite medir también duelos simples y complejos (Achotegui, 2012). Los estresores que más peso tienen en las migraciones son: la separación forzosa con los seres queridos, el sentimiento de desesperanza por el fracaso del proyecto migratorio y la ausencia de oportunidades, la lucha por la supervivencia (dónde alimentarse, dónde encontrar un techo para dormir), y en cuarto lugar, el miedo que se vive en los viajes migratorios (pateras, escondidos en camiones...), la indefensión por carecer de derechos, etc. Emigrar nunca ha sido fácil, pero no es lo mismo un duelo extremo que un duelo complicado o simple. Y en este caso no se encuentran diferencias entre ambos periodos. El amparo legal tenido en ambos periodos elimina la intervención de mafias, miedo a la ilegalidad, etc., por ello no hay un análisis del duelo por los riesgos físicos, ya que ninguna de las mujeres reporta ningún problema al respecto. Todas las mujeres consideran que su proyecto migratorio tuvo éxito (incluso en el caso de Lola al encontrar beneficios en la propia migración) y sus necesidades básicas estuvieron cubiertas.
2. Las principales diferencias entre ambos periodos se relacionan con la posibilidad de la utilización de las nuevas tecnologías para mantener el contacto con los seres queridos, o en el caso de Holanda, la situación actual del inglés dentro del país, pueden servir, en este caso, como facilitadores en el duelo migratorio, no son determinantes en la elaboración del mismo, ya que en ausencia de ellos hay mujeres que han elaborado con éxito su duelo, como son el caso de Montse y Daniela, alcanzando una adaptación buena tanto al país como a la cultura del mismo. También cabe destacar que



las características de la población han cambiado debido a que en la actualidad hay un mayor nivel de formación académica y laboral.

3. Con respecto al primer estresor barajado, el relacionado con la separación de la familia y las redes sociales tampoco se encuentran diferencias significativas relacionadas con el periodo histórico. Aunque sería interesante ampliar la muestra para poder realizar un análisis más adecuado y pormenorizado del mismo, teniendo en cuenta el caso de María. María cumple las características generales de la migración femenina española de los 60, precaria formación profesional, deficitario nivel cultural y motivos económicos. Estas características relegaban a la mujer a trabajos de poca cualificación laboral o al cuidado familiar exclusivamente, lo que iba ligado a una escasa consideración social. Si bien los estudios sobre esa época muestran que la aventura migratoria a Europa permitió la proletarización de la mujer española, también cabe preguntarse si esta situación de la mujer española, sobre todo en aquellas que se encargaron en exclusiva del cuidado familiar, fue un hándicap para el desarrollo de nuevas redes sociales en el país, o incluso para la adaptación a la nueva cultura y al nuevo grupo social (Cagiao, 2008).
4. Con respecto a los factores que intervienen en el duelo, unos parecen tener más peso que otros. Dentro de los factores internos la extroversión y la introversión juegan un papel muy importante a la hora de desarrollar redes sociales, integrarse en la cultura del país, aprender nuevos idiomas, etc. Tiene lógica ya que se sabe que las personas extrovertidas suelen expresar un mayor nivel de bienestar psicológico. Las personas extrovertidas tienen redes sociales más amplias, practican más actividades placenteras en el tiempo de ocio,

están más abiertas a nuevas experiencias, etc. Todo esto les permite conocer mejor su medio, tener más posibilidades de adaptación, mayores posibilidades de recibir ayuda, etc. Desde este punto de vista puede entenderse por qué personas extrovertidas en un país que no es el suyo tienen mayores posibilidades de adaptación y éxito. Otro factor interno que destaca es el plan migratorio. Parece que aquellas mujeres cuyo plan era trabajar en el país, integrarse, aprender la lengua, etc. elaboraron mejor su duelo pese a las dificultades encontradas. Incluso en los casos en los que las mujeres se describían como más introvertidas tener un plan migratorio encaminado a la búsqueda de trabajo ayudó a la satisfacción percibida en el proceso. Dentro de los factores externos valorados en la migración a Holanda destaca principalmente los acontecimientos negativos vividos a la llegada al país. Así, por ejemplo, en el caso de Montse las experiencias negativas vividas con respecto al aprendizaje del holandés tienen una huella negativa incluso hoy día, cuando su dominio del idioma es muy bueno. En el caso de María estas experiencias negativas tempranas unidas a una situación de aislamiento con respecto a la nueva cultura y a la suya propia, desconocimiento de la lengua, etc. la han llevado a tener una visión negativa, incluso después de 51 años en el país, de los holandeses y de la cultura holandesa.

5. Los principales problemas encontrados en la realización de la investigación vienen relacionados con la dificultad de traer a la memoria de las mujeres con una larga trayectoria en Holanda las emociones y problemas vividos en los inicios de su aventura migratoria. También que la muestra seleccionada no es muy amplia y para dar una respuesta más clara a algunas cuestiones de la investigación debería ampliarse la misma.

Agradecimiento: A mi tutor de la universidad, Joseba Achotegui.

Contacto

Patricia Diz Neira • patripilla@hotmail.com • Telf.: 0034 607 257 141
Schiedamseweg 120 A 02, 2530AH • Róterdam, Países Bajos

Grupos experimentales	
Primer grupo	Segundo grupo
<p>Montse, 67 años, 21 años en Holanda. Nivel de estudios: universitarios, matrona. Infancia: infancia feliz y normal. Problemas de salud cuando emigró: ninguno.</p> <p>Daniela, 62 años, 34 años en Holanda. Nivel de estudios: universitarios, maestra. Infancia: infancia normal y muy feliz, mucho apoyo y unión familiar. Problemas de salud cuando emigró: ninguno.</p> <p>María, 79 años, 51 años en Holanda. Nivel de estudios: básicos. Infancia: la recuerda feliz, aunque su padre falleció cuando ella era pequeña y a su madre le reportó mucho trabajo sacar a la familia adelante. Problemas de salud cuando emigró: ninguno.</p>	<p>Marta, 28 años, dos años en Holanda. Nivel de estudios: universitarios, terapeuta ocupacional. Infancia: muy feliz y normal. Muy allegada a su familia. Problemas de salud cuando emigró: ninguno.</p> <p>Luz, 32 años, 2 años y medio en Holanda. Nivel de estudios: universitarios, maestra. Infancia: feliz y normal. Problemas de salud cuando emigró: ninguno.</p> <p>Lola, 26 años, menos de un año en Holanda. Nivel de estudios: universitarios, arquitecta. Infancia: feliz y normal. Problemas de salud cuando emigró: ninguno.</p>

(Los nombres que aparecen en el estudio han sido modificados para proteger la identidad de las participantes).

Bibliografía

- Achotegui J. La crisis como factor agravante del síndrome de Úlises (Síndrome del duelo migratorio extremo). *Temas de psicoanálisis.org*. 2012; (3).
- Achotegui J. Los duelos en la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. En: Perdiguero, E., Comelles, J.M. *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y medicina*. Barcelona: Bellaterra; 2000. p. 83-100.
- Achotegui J. Migración y salud mental. El Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (Síndrome de Úlises). *Zerbitzuan*. 2009 ; (46): 163-172.
- Bacelar J. Mulheres de Galicia. *Estudos feministas*. 2004; 12 (2): 245-247.
- Bel Adell C. Percepción y realidad de la mujer inmigrante. *Anales de historia contemporánea*. 1997; 13: 89-106.
- Cagiao Vila P. Una perspectiva histórica de la emigración de la mujeres españolas. *Acogida*. 2008 Jun; 4: 2-5.
- Favel A. *Eurostars and Eurocities: free movement and mobility in an integrating Europe*. Oxford: Blackwell; 2008.
- Furió Blasco E, Alonso Pérez M. *España: de la emigración a la inmigración.2008*. (acceso 20 de Junio de 2014). <http://centros.uv.es/web/departamentos/D110/valenciano/investigacion/lineas.xml?id=G>.
- García Mina A, Carrasco M^{aj}. *Cuestiones de género en el fenómeno de las migraciones*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2002. p.9.
- González-Ferrer A. *La nueva migración española: lo que sabemos y lo que no*. Madrid: CSIC; 2013.
- Grinberg L, Grinberg R. ¿Quiénes emigran?. *Psicoanálisis de la emigración y el exilio*. Madrid: Alianza Editorial; 1984. p.28-37.
- Oso Casas L. *Españolas en París: estrategias de ahorro y consumo en las migraciones internacionales*. Barcelona: Bellaterra; 2014.
- Rodríguez San Julián E, Ballesteros Guerra JC. *Crisis y contrato social. Los jóvenes en la sociedad del futuro*. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD); 2013.
- Vilar J, Vilar M^{aj}. *La emigración española a Europa en el siglo XX*. Madrid: Arco libros; 1999.

- Recibido: 09/03/2015.
- Aceptado: 22/05/2015.

Estudio sociodemográfico de los inmigrantes con síndrome de Ulises. Estudio sobre 1.110 inmigrantes atendidos en el SAPPIR in Barcelona.

Social and demographic study on immigrants with the Ulysses syndrome. Study on 1.110 immigrants attended at SAPPIR in Barcelona.

Joseba Achótegui (1), Agustín López (2), María Morales (3), Dori Espeso (4), Ane Achotegui (5)

- (1) Psiquiatra. Profesor titular de la Universidad de Barcelona. Director del Postgrado on line sobre Migración y salud mental de la Universidad de Barcelona. Secretario general reelecto de la Sección de Psiquiatría Transcultural de la Asociación Mundial de Psiquiatría.
- (2) Licenciado en Farmacia. Unidad de Salud Pública, Higiene y Sanidad Ambiental. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal. Universidad de Valencia.
- (3) Doctora en Medicina y Cirugía. Catedrática del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal. Universidad de Valencia.
- (4) Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Psiquiatría. Psiquiatra del CSMIJ de Girona. Con la colaboración de Marilu Gómez, Romina Maffei, Clara Chavarría y Claudia Erill, alumnas del Postgrado "Salud mental e intervenciones psicológicas con inmigrantes, minorías y excluidos sociales" de la Universidad de Barcelona.
- (5) Psicóloga. Enfermera. Servicio de Pediatría del Hospital Sant Joan de Deu de Barcelona.

Resumen: El artículo estudia las características sociodemográficas de 1110 inmigrantes atendidos en el SAPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados) comparando el conjunto de los casos atendidos con los inmigrantes que padecen el Síndrome de Ulises. Los resultados muestran que el prototipo de inmigrante con Síndrome de Ulises es un latinoamericano o subsaharianos, de entre 30 y 45 años, lleva entre 2 y 5 años en España, y es el/la hijo mayor. A nivel de género, no se encuentran diferencias significativas.

Palabras clave: migración, duelo migratorio extremo, Síndrome de Ulises.

Abstract: The article examines the sociodemographic characteristics of 1110 immigrants attended at SAPPIR (Service Psychopathological and Psychosocial for Immigrants and Refugees) with a comparison of the general group of cases attended with immigrants suffering the Ulysses Syndrome. The results show that immigrants with Ulysses Syndrome are predominantly Latin American or Subsaharians, between 30 and 45 years old, take between 2 and 5 years in Spain, and dominates the child elderly. In terms of gender differences are not significant.

Key words: migration, extreme migratory mourning, Ulysses Syndrome.

Introducción

Presentamos un nuevo estudio sobre inmigrantes con Síndrome de Ulises (Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple) en este caso un estudio específico sobre su perfil sociodemográfico, a partir de una muestra de 1110 casos de inmigrantes que han contactado con el SAPPRI (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados) del Hospital Sant Pere Claver de Barcelona.

Se ha de señalar que el porcentaje de inmigrantes con este cuadro de estrés crónico y múltiple se mantiene similar al de otros estudios (Achoategui et al. 2010) y se sitúa en torno al 15% de la muestra (15,6%), lo que señala que nos encontramos ante un cuadro de estrés crónico y de duelo migratorio extremo que es relevante a nivel asistencial y que continúa reflejando las extremas condiciones en las que se sigue viviendo la migración en los tiempos actuales.

1. Qué es el síndrome de Ulises

El Síndrome de Ulises es un cuadro de duelo migratorio extremo que se caracteriza por la existencia de dos elementos:

- por un lado el padecimiento unos estresores de gran intensidad que son las adversidades, peligros, soledades que viven millones de inmigrantes en el mundo de hoy.
- y por otro lado como por una sintomatología que sería la respuesta, la reacción de estas personas ante estos estresores.

1.1. Estresores del síndrome de Ulises

Los estresores más importantes son: la separación forzada de los seres queridos que supone una ruptura del instinto del apego, el sentimiento de desesperanza por el fracaso del proyecto migratorio y la ausencia de oportunidades, la lucha por la supervivencia (dónde alimentarse, dónde encontrar un techo para dormir), y en cuarto lugar el miedo, el terror que viven en los viajes migratorios (pateras, ir escondidos en camiones...), las amenazas de las mafias ó de la detención y expulsión, la indefensión por carecer de derechos, etc.

Pero además, estos estresores de tanta relevancia y que van más allá del clásico estrés acul-

turativo, se hallan incrementados por toda una serie de factores que los potencian tales como: la multiplicidad (a más estresores mayor riesgo, los estresores se potencian entre ellos), la cronicidad ya que estas situaciones límite pueden afectar al inmigrante durante meses o incluso años, el sentimiento de que el individuo haga lo que haga no puede modificar su situación (indefensión aprendida Seligman 1975, ausencia de autoeficacia Bandura, 1984), los fuertes déficits en sus redes de apoyo social (el capital social de Coleman, 1984), y si por si tantos problemas no fueran suficientes, consideramos que lamentablemente, con frecuencia, el sistema sanitario y asistencial no atiende adecuadamente este Síndrome:

- porque hay profesionales que banalizan esta problemática (por desconocimiento, por insensibilidad, incluso por racismo).
- ó porque no se diagnostica adecuadamente este cuadro como un cuadro reactivo de estrés y se estos inmigrantes como enfermos depresivos, psicóticos, enfermos somáticos... actuando el sistema sanitario como un nuevo estresor para los inmigrantes al psiquiatrizar las situaciones de estrés.

1.2. Sintomatología del síndrome de Ulises

Como es obvio la vivencia tan prolongada de situaciones de estrés tan intensas afecta profundamente a la personalidad del sujeto y a su homeostasis, al eje hipotálamo-hipófisis-médula suprarrenal, al sistema hormonal, muscular, etc. dando lugar a una amplia sintomatología: síntomas del área depresiva fundamentalmente tristeza y llanto, síntomas del área de la ansiedad (tensión, insomnio, pensamientos recurrentes e intrusivos, irritabilidad), síntomas del área de la somatización como fatiga, molestias osteoarticulares, cefalea, migraña (es tan frecuente que para abreviar la denominamos "in-migraña"), síntomas del área confusional que se pueden relacionar con el incremento del cortisol y que tienden pueden ser erróneamente diagnosticadas como trastornos psicóticos. Y a esta sintomatología se le añade en bastantes casos una interpretación de su cuadro basado en la propia cultura del sujeto. Así es frecuente oír decir: no puede ser que tenga tan mala suerte, a mí me han tenido que echar el mal de ojo, me han hecho brujería...



1.3. Diagnóstico diferencial: el síndrome de Ulises no es una enfermedad, es un cuadro de estrés que se ubica en el ámbito de la salud mental que es más amplio que el ámbito de la psicopatología

El Síndrome de Ulises es un cuadro reactivo de estrés ante situaciones de duelo migratorio extremo que no pueden ser elaboradas. Consideramos que plantear la denominación “Síndrome de Ulises” contribuye a evitar que estos inmigrantes, por no existir un concepto para su problemática sean víctimas:

- por un lado de la desvalorización de sus padecimientos, que se les diga que no tienen nada, a pesar de padecer a veces hasta 10 síntomas.
- y por otro lado el peligro de que sean incorrectamente diagnosticados como enfermos depresivos (a pesar de no sólo no tienen apatía sino que son proactivos, no sólo no tienen ideas de muerte sino que están llenos de proyectos e ilusiones...), ó como trastornos adaptativos (a pesar de que su reacción

es totalmente proporcional a unos estresores de pesadilla que padecen), ó como trastorno por estrés post-traumático a pesar de no tener conductas de evitación, ni pensamientos intrusivos en relación a situaciones traumáticas.

2. Datos del estudio

Partiendo de una muestra de 1110 inmigrantes, 915 casos tratados en el SAPPIR (tabla 1) y 195 procedentes de programas de promoción en salud mental promovidos desde el SAPPIR, se han seleccionado y se estudian detalladamente los casos atendidos en el SAPPIR, de cara al análisis comparativo con los inmigrantes que padecen trastornos mentales.

Tabla 2. Estudio en función del diagnóstico

Diagnóstico	n	%	95% IC
Síndrome de Ulises	143	15.6	13.37-18.18
Otros diagnóstico	772	84.4	81.82-86.63
Trastornos de Ansiedad	157	17.2	14.80-19.79
Distimia	116	12.7	10.62-15.04
Psicosis	115	12.6	10.52-14.93
Trastorno adaptativo	100	10.9	9.01-13.17
Duelo simple	14	1.5	0.87-2.61
Duelo complicado	52	5.7	4.31-7.43
Adicción	42	4.6	3.36-6.20
Trastorno por estrés postraumático	18	2.0	1.20-3.15
Trastorno de la personalidad	21	17.0	1.46-3.54

IC, intervalo de confianza

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población con Síndrome de Ulises frente al resto de pacientes estudiados

	Síndrome de Ulises					
	No	Si	Total	P	OR	95% IC
	n=772 (84.4%) n(%)	n=143 (15.6%) n(%)	(n=915) n(%)			
Sexo						
Mujer	338(43.8)	67(46.8)	405(44.3)		1	
Hombre	434(56.2)	76(53.1)	510(55.7)	0.497	1.13	0.80-1.62
Edad						
0-17 años	121(15.7)	15(10.5)	136(14.9)		0.44	0.24-0.83
18-29 años	183(23.7)	51(35.7)	234(25.6)		1	
30-44 años	346(44.8)	63(44.1)	409(44.7)		0.65	0.43-0.98
45-59 años	105(13.6)	13(9.1)	118(12.9)		0.44	0.23-0.85
Más 60 años	9(1.2)	0(0.0)	9(1.0)	0.014		
n.e	8(1.0)	1(0.7)	9(1.0)			
Zona geográfica						
Europa	7(0.9)	0(0.0)	7(0.8)			
Europa Este	29(3.8)	10(7.0)	39(4.3)			
Magreb	249(32.3)	31(11.2)	280(30.6)	0.009		
África	58(7.5)	20(14.0)	78(8.5)	0.522		
Latinoamérica	261(33.8)	67(46.9)	328(35.8)	0.056		
Asia	151(19.6)	14(9.8)	165(18.0)	0.418		
Otros	17(2.2)	1(0.7)	18(2.0)			
Tiempo en España						
Menos de 1 año	127(16.5)	31(21.7)	158(17.3)		1	
1-2 años	100(13.0)	31(21.7)	131(14.3)		1.27	0.72-2.23
2-5 años	187(24.2)	59(41.3)	246(26.9)		1.29	0.79-2.11
5-10 años	188(24.4)	18(12.6)	206(22.5)		0.39	0.21-0.73
10-15 años	90(11.7)	1(0.7)	91(9.9)		0.05	0.01-0.34
Más de 15 años	62(8.0)	0(0.0)	62(6.8)	0.001		
n.e.	18(2.3)	3(2.1)	21(2.3)			
Papeles						
Si	464(60.1)	9(6.3)	473(51.7)		1	
No	83(10.8)	116(81.1)	199(21.7)	0.001	72.05	35.17-147.63
n.e.	225(29.1)	18(12.6)	243(26.6)			

n.e., no especificado

*p es significativa <math>< 0.05</math>; IC, intervalo de confianza.



3. Análisis de los datos del estudio

Comparando los datos obtenidos en los inmigrantes con Síndrome de Ulises con el conjunto de la muestra podemos elaborar algunas consideraciones interesantes.

3.1. Valoración del porcentaje hombre-mujer

Hay menos mujeres que hombres con Síndrome de Ulises, 46,8 % de mujeres frente a 53,1 % de hombres ($p=0,287$). Sin embargo, esta diferencia no es significativa a nivel estadístico. Es decir a nivel de género no se observa una diferencia de prevalencia del Síndrome de Ulises. Si tomamos como referencia la característica de ser mujer, el hombre presenta un mayor riesgo de SU (OR 1.13), pero sin ser estadísticamente significativo.

El análisis de esta igualdad a nivel de género en los inmigrantes en relación al Síndrome de Ulises es muy interesante desde el punto de vista conceptual porque muestra que en situaciones extremas de estrés, “se borran” las diferencias, de género tal como señala Achotegui (2010) porque, tal como se expresa en la metáfora del Síndrome de Ulises en relación a una habitación en la que se subiera la temperatura hasta los 100 grados: tendríamos mareos, calambres,... Y estos síntomas, como respuesta a una situación tan extrema, los vivirían por igual hombres y mujeres. Es decir en el contexto actual en el que las condiciones de la migración son extremas, tanto hombres como mujeres padecen sus consecuencias a nivel de la salud mental.

3.2. Valoración de la edad

Respecto a la edad, el Síndrome de Ulises predomina en inmigrantes de entre 17-44 años [17-29 años (35,7%), y 29-44 (44,1%) lo que supone el 79,8% de la muestra. Mientras que en las otras patologías predominan las edades entre 18-59 años (18-29 años (23,75), 30-44 (44,8%) y 45-59 (13,6%) lo que supone un 82,1%. Al comparar los pacientes con S. Ulises frente a los pacientes con otros diagnósticos por grupos de edad muestran diferencias estadísticamente significativas ($p=0.014$).

También observamos esta tendencia en el riesgo de desarrollar S. Ulises frente al resto de patologías (OR) en el que hemos tomado como grupo de referencia (OR= 1) el intervalo de 18-29 años,

mostrándose en el resto de intervalos con un riesgo inferior a 1, lo que significa que el grupo de 18-29 años presenta mayor riesgo de desarrollar S. Ulises.

El Síndrome de Ulises es más prevalente entre los 18 y 29 años (35,7%) que en los otros diagnósticos en los que en este estrato de edad solo hay un 23,7%. Así, pues observamos diferencias estadísticamente significativas ($p=0.014$) en la edad y la presencia de SU.

La edad que presenta mayor riesgo, es la muestra 30-44 años (OR 0.65) y consideramos que estos datos muestran, que a nivel de edad, el Síndrome de Ulises se halla relacionado con adultos jóvenes, que han emigrado para sustentar a sus familias y que se hallan lejos de sus hijos.

3.3. País de procedencia

En relación a la zona de procedencia, podemos ver que el porcentaje mayoritario de inmigrantes atendidos con Síndrome de Ulises son de modo destacado los latinoamericanos (46,9%) seguido a continuación por los magrebíes y subsaharianos, mientras que en los diagnósticos psiquiátricos predominan los magrebíes (32,3%).

Al comparar con detalles a los inmigrantes con Síndrome de Ulises con los inmigrantes con trastornos mentales destaca que tanto los procedentes de Europa del Este tienen proporcionalmente más patologías psiquiátricas (7,0%) que Síndrome de Ulises (3,8%), al igual que ocurre con los subsaharianos que tienen casi el doble de proporción de patologías (14%) respecto a Síndrome de Ulises (7,5%).

Así mismo identificamos zonas de origen procedencias donde el S. Ulises esta menos presente que otros cuadros como es el caso de los inmigrantes procedentes del Magreb, donde otras patologías están presentes en el 32,3% vs. 11,2% de S. Ulises ($p=0.009$) por lo que existen diferencias estadísticamente significativas. En relación a los inmigrantes procedentes de Asia, el 19,6% presentan otros diagnósticos vs. 9,8% con S. Ulises ($p=0.418$) no existiendo en este caso diferencias estadísticamente significativas).

Consideramos que estos datos muestran diferencias que las diferencias de origen de los inmigran-

tes son relevantes, aunque la interpretación de estos datos requiere tener en cuenta los aspectos culturales y sociales que caracterizan a las diferentes comunidades. Así, los latinoamericanos pueden enfermar menos mentalmente por contar con factores protectores como la lengua y cultura común y el contar con mayores redes sociales.

3.4. Tiempo en España

En relación al tiempo en España el grupo mayoritario de inmigrantes con Síndrome de Ulises son los que llevan entre 2 y 5 años (41,3%). Este dato señala una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes con Síndrome de Ulises y los que tienen diagnósticos psiquiátricos, que se encuentran más repartidos a lo largo de los diferentes intervalos.

Al tomar como referencia el llevar en España menos de 1 año (OR=1) el riesgo de desarrollar S. Ulises se incrementa a 1.27 cuando lleva entre 1 y 2 años y vuelve a incrementarse a 1.29 cuando lleva entre 2 y 5 años, descendiendo a partir de este periodo llegando a no identificarse ningún caso de S. Ulises cuando el inmigrante lleva más de 15 años en España.

3.5. Tener o no tener documentos

Este es el dato más claro del estudio ya que muestra con rotundidad que el 81% de los inmigrantes con Síndrome de Ulises no tiene papeles, es indocumentado. La situación de irregularidad incrementa en gran manera el riesgo a desarrollar el Síndrome (OR 72.05).

Si comparamos este dato con los inmigrantes atendidos con patologías psiquiátricas encontraremos que tan solo el 10,8 % de este grupo se halla en situación de irregularidad.

3.6. Valoración a nivel diagnóstico

A nivel de diagnóstico podemos ver que el mayor diagnóstico de la muestra es el trastorno de ansiedad con el 17,2%, por encima de la distimia que afecta al 12,7% y la psicosis que afecta al 12,6%. Estos datos nos muestran que el Síndrome de Ulises con un 15,6% de la muestra con un es uno de los cuadros más frecuentes entre los inmigrantes.

4. Conclusiones

El perfil del paciente con S. Ulises es un hombre/ mujer entre 18-44 años, procedente predominantemente de Latinoamérica, y África que lleva menos de 5 años en España y que se halla indocumentado.

Por otra parte que el Síndrome de Ulises sea con el 15,6% uno de los cuadros más frecuentes de la muestra consideramos que nos plantea que es muy importante prestar atención a la temática del estrés crónico y múltiple en la migración y lamentamos que por no tener en cuenta es realidad con frecuencia muchos inmigrantes ven sus problemas de estrés convertidos en trastornos mentales y son psiquiatrizados innecesariamente.

Contacto

Joseba Achótegui • jachoteguil@gmail.com
SAPPIR, Cuarta Planta del Hospital de Sant Pere Claver
Vila i Vila 16 • Barcelona 08004



5. Bibliografía

- Abe Y. "Ulysses syndrome in immigrants in Japan" Symposium Stress and migration. Prague Congress of World Psychiatric Association. 2008.
- Achotegui J. "Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio. Escalas de evaluación de factores de riesgo en la migración. Aplicación al estrés y el duelo migratorio. Escala Ulises". Ediciones El Mundo de la mente. Llançá. Segunda edición. 2010.
- Achotegui J. "Emigrar en el siglo XXI: estrés y duelo migratorio en el mundo de hoy. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple-Síndrome de Ulises". Ediciones el mundo de la mente. Llançá. Segunda edición. 2010.
- Achotegui, J. Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial. En Medicina y cultura. E. Perdiguero y J.M. Comelles (comp). Pag 88-100. Editorial Bellaterra. Barcelona. 1999.
- Achotegui, J. La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural. Editorial Mayo. Barcelona. 2002.
- Achotegui, J. Trastornos afectivos en los inmigrantes: la influencia de los factores culturales. Suplemento Temas candentes. Jano. Barcelona. 2002.
- Achotegui J. (compilador). Dossier de la reunión internacional sobre el Síndrome de Ulises celebrada en Bruselas en la sede del Parlamento Europeo el 5 de Noviembre del 2003.
- Achotegui J. (compilador). Dossier del Diálogo sobre el Síndrome de Ulises del Congreso "Movimientos humanos y migración" del Foro Mundial de las Culturas. Barcelona 2-5 de Septiembre del 2004.
- Achotegui J. Emigrar en situación extrema. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Norte de salud mental, de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría. 2004, Vol. V, Nº 21. pag 39-53.
- Achotegui J, Lahoz S. Marxen E. Espeso, D. Study of 30 cases of inmigrantes with The Immigrant Síndrome with Chronic and Multiple Stress (The Ulysses Syndrome). Cairo. Communication in the XVIII^o World Congress of Psychiatry. 2005.
- Achotegui J, Morales M, Cervera P, Quirós C, Pérez JV, Gimeno N, Llopis A, Moltó J, Torres AM, Borrell C. Características de los inmigrantes con Síndrome de estrés crónico y múltiple del inmigrante o Síndrome de Ulises. Norte de salud mental. 2010, Vol VIII, nº 37, 23-30.
- Achotegui J. Los trastornos mentales, un enigmático legado evolutivo. Por qué la evolución ha seleccionado la psicodiversidad y no ha eliminado los trastornos mentales? Ediciones "El mundo de la mente". 2012.
- Aguilar J. Comunicación personal Sesión clínica Hospital de Sant Pere Claver. Barcelona, 2003.
- Aparicio, R. La inmigración en España a comienzos del siglo XXI. Las novedades de las actuales migraciones. En "La inmigración en España: contextos y alternativas. Volumen II. Editado por García Castaño FJ, Muriel López C. Granada. Laboratorio de estudios interculturales. 2002.
- Arango J. La inmigración en España a comienzos del siglo XXI. Un intento de caracterización. En "La inmigración en España: contextos y alternativas". Volumen II. Editado por García Castaño FJ, Muriel López C. Granada. Laboratorio de estudios interculturales, 2002.
- Bandura A. Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall. 1984.
- Beiser M. Adjustment Disorder in DSM-IV: Cultural Considerations. In "Culture and Psychiatric Diagnosis". A DSM_IV perspective. Edited by J. Mezzich, A. Kleimman. American Psychiatric Press. Inc. Washington. USA, 1996.
- Benegadi R. Medical Anthropology and migration. XVIII^o World Congress of Psychiatry. Cairo 2004.
- Bilbeny. Per una ética intercultural. Editorial mediterránea. Barcelona, 2002.
- Bon D. L'animisme. Edtions de Vecchi. París, 1998.
- Calvo F. Qué es ser inmigrante. Laia. Barcelona, 1970.
- Cebrián JA, Bodega MI, López-Sala AM. Migraciones internacionales: conceptos, modelos y

- políticas estatales. Revista Migraciones. Instituto Universitario de estudios sobre migraciones. Número 7. pag 137-153. 2000.
- Coleman J. Foundations of social theory. Belknap Press of Harvard University, Cambridge, 1984.
 - Domic Z. Emigrar y enfermar: el Síndrome de Ulises. Congreso 2004. Movimientos humanos y migración. Foro Mundial de las Culturas. Barcelona.
 - D'Ardenne P, Mahtani A. Transcultural counseling in action. Sage publications. London, 1999.
 - Devereux G. Psychotérapie d'un indien des plaines. Fayard. París, 1951.
 - Eliade M. El mito del eterno retorno. Alianza editorial. Madrid, 1972.
 - Eliade M. Ocultismo, brujería y modas culturales. Paidós Buenos Aires, 1977.
 - Espeso D. Estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises) en población infantil desde una perspectiva multicultural. Pag 19-39, Revista de la Associació Catalana de Atenció precoz. Número 30. 2009.
 - Fannon F. 1970. Escucha blanco. Nova Terra. Barcelona.
 - Fernando S. (Edit.). Mental Health in a Multi-ethnic Society. Routledge. 1995. London and New York.
 - Foucault M. El poder psiquiátrico. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 1973, 2005.
 - Freud S. 1912. Tótem y Tabú. Alianza Editorial. Madrid.
 - Freud S. 1930. El malestar en la cultura. Alianza Editorial. Madrid.
 - Gailly A. Symbolique de la plainte en le culture. Le Cahiers du Germ. II, nº 17, pp. 4-19. 1991.
 - Gómez Mango. Comunicación personal. Colloque International. París, 2003.
 - González de la Rivera JL. Migración, cultura, globalización y salud mental. II Jornadas de salud mental y medio ambiente. Conferencia de Clausura. Lanzarote. 2005.
 - Grinberg Ly R. Psicoanálisis de la migración y el exilio. Alianza edit. Madrid. 1994.
 - Guerraoui Z, Troadec B. Psychologie interculturelle. Armand Colin. París, 2000.
 - Hofstede G. Culturas y organizaciones. Alianza editorial. Madrid, 1999.
 - Homero. La Odisea. Akal. Biblioteca literaria. 1981. Barcelona.
 - Karen J, Littlewood R. Intercultural Therapy. Blackwell Science. Oxford. 1992.
 - Klein M. Envidia y gratitud. Paidós. Barcelona. 1957.
 - Jenkins R and Üstün B. Preventing Mental Illness. Wiley. New York. 1998.
 - Milne D. Social Therapy. Willey. New York. 1999.
 - Nathan T. Médecins et sorciers. Les Empêcheurs de penser en rond. París. 1999.
 - Lazarus R. Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Desclée de Bouvier. Bilbao. 2000.
 - López-Cabanas M, Chacón F. Intervención psicosocial y servicios sociales. Síntesis psicología. Madrid. 1999.
 - Luong Cãn Liêm. De la psychologie Asiatique. L'Harmattan. París 2004.
 - Ortigues MC. y E. Edipo africano. Tiresias. Ediciones Noé. París 1974.
 - Páez D, Casullo M. (comp.). Cultura y alexitimia. Paidós. Barcelona, 2000.
 - Pardellas JM. Héroes de ébano. Editorial. Tene-rife, 2004.
 - Phillips, K et. Al. Avances en el DSM. Masson. Barcelona, 2004.
 - Roheim G. Magia y esquizofrenia. Paidós. Buenos Aires, 1982.
 - Seligman MEP. Helplessness: On Depression, Development, and Death. San Francisco: W.H. Freeman. 1975, ISBN 0-7167-0752-7 (Reimpresión, W.H. Freeman, 1992, ISBN 0-7167-2328-X.



- Sendi C. Estrés, memoria y trastornos asociados. Ariel. Madrid 2001.
- Sow I. La folie en Afrique Noire. Payot. París. 1978.
- Tizón J, Salamero M, Sanjosé J, Pellejero N, Achotegui J, Sainz F. Migraciones y salud mental. PPU. Barcelona. 1993.
- Wolfgang Müller*, Henry Fricke, Alex N. Halliday, Malcolm T. McCulloch¹, Jo-Anne Wartho, Origin and Migration of the Alpine Iceman Science 31 October 2003: Vol. 302 no. 5646 pp. 862-866.
- Zanden J.W. Manual de psicología social. Paidós Básica. Barcelona, 1994.
- Vázquez J. Grupo de Atención al Inmigrante SAMFYC. Estudio de la Salud mental de una población en un área de Atención primaria en Almería. Ponencia en el VIII^o Congreso de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría. Almería, 2005.

- Recibido: 04/03/2015.
- Aceptado: 25/05/2015.



FORMACIÓN CONTINUADA

Tolerabilidad de la desvenlafaxina en una muestra psiquiátrica ambulatoria española.

Tolerability of desvenlafaxine in a spanish psychiatric outpatient sample.

Leire Erkoreka^{a,b}, Ariane Arroita^a, Lucía Pérez-Cabeza^a, Bárbara Navarro^a

^a Centro de Salud Mental de Barakaldo. Red de Salud Mental de Bizkaia-Osakidetza.

^b Dpto. de Neurociencias, Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea. Leioa (Bizkaia).

Resumen:

Introducción: La desvenlafaxina es un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina introducido recientemente en España, con un perfil de tolerabilidad e interacciones potencialmente prometedor. Los datos disponibles sobre su perfil de efectos secundarios (ES) provienen principalmente de ensayos clínicos de fase III (ECA-III) realizados por el laboratorio, y no existen aún estudios en población española. El objetivo de este estudio es evaluar la incidencia de ES y discontinuación en población psiquiátrica española y compararlo con los datos disponibles.

Metodología: Se recogen variables demográficas y se administra la “Escala de Efectos Secundarios (UKU)” tras el período de titulación del fármaco en una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios con clínica depresiva (n=39). Se compara la incidencia de ES y discontinuación con los resultados obtenidos en ECA-III.

Resultados: Los ES más frecuentes en nuestra muestra son “somnolencia/sedación” (10,25%) y “aumento de la sudoración” (10,25%). Comparándolo con los datos de ECA-III, se observa una incidencia significativamente más elevada de “dificultad de concentración” (7,69% vs 1,24%, p=0,0091) y “parestias” (7,69% vs 1,62%, p=0,03) y más baja de “nauseas/vómitos” (5,12% vs 32%, p=0,0007) y “cefaleas” (7,69% vs 23,37%, p=0,036). No hay diferencias significativas para el resto de ES ni la discontinuación.

Conclusiones: A pesar de estas diferencias, los datos provenientes de ECA-III parecen en general extrapolables a población española. En relación a beneficios que aporta respecto a otros fármacos disponibles, y en base a la literatura existente, podemos extraer que desvenlafaxina posee un perfil de secundarismos sexuales más benigno y menor aumento de peso.

Palabras clave: o-desmetilvenlafaxina, agentes antidepresivos, efectos adversos, trastorno depresivo.

Abstract:

Introduction. Desvenlafaxine is a serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor recently approved in Spain, with a potentially promising tolerability and interaction profile.



Most available data on side-effects are based on phase III clinical trials (RCT-III) carried out by laboratories, and there are still no tolerability studies on Spanish population. Therefore, the aim of this study is to evaluate the side effects incidence and discontinuation rate in a Spanish psychiatric setting and compare them with data from RCT-III.

Methods: Demographic variables are collected and the “UKU side effects rating scale” is administered after drug titration period in a psychiatric outpatient sample with depressive symptomatology (n=39). The incidence of side effects and discontinuation rate are then compared with the results obtained from RCT-III.

Results: The most frequently reported side effects in our sample are “sleepiness/sedation” (10,25%) and “increased tendency to sweating” (10,25%). In comparison with results from RCT-III, there is a significantly greater incidence of “concentration difficulties” (7,69% vs 1,24%, $p=0,0091$) and “paraesthesias” (7,69% vs 1,62%, $p=0,03$) and a lower incidence of “nausea/vomiting” (5,12% vs 32%, $p=0,0007$) and “headache” (7,69% vs 23,37%, $p=0,036$) in the Spanish sample. There are no statistically significant differences among the rest of SE or discontinuation rate.

Conclusions: Despite these differences, results obtained from RCT-III seem to be comparable to Spanish population. Regarding potential advantages of desvenlafaxine with respect to other pharmacologic alternatives, and based on available literature, the former has apparently a better sexual side-effect profile and weight gain is less common than with other antidepressants.

Key words: o-desmethylvenlafaxine, antidepressive agents, adverse effects, depressive disorder.

Introducción

La desvenlafaxina, fármaco inhibidor de la recaptación de la serotonina y noradrenalina (IRSN), fue comercializada en España a finales del año 2013 bajo el nombre comercial de Pristiq®. Se trata del principal metabolito activo de la venlafaxina, y su comercialización venía precedida por la experiencia en otros países en los que, desde su aprobación por la US Food and Drug Administration (FDA) en el año 2008, había ido siendo autorizada. En la campaña de *marketing* en nuestro país se destacaron principalmente sus ventajas en relación a la tolerabilidad y perfil de interacciones, al tratarse de un fármaco que había demostrado poca afinidad *in vitro* por receptores muscarínicos, H₁ histaminérgicos y α_1 adrenérgicos, así como un metabolismo hepático marginal. Casi el 50% del fármaco se excreta inalterado por orina, y el 50% restante se metaboliza mediante conjugación y a través del citocromo P450 (3A4)^{1,2}.

No obstante, la bibliografía publicada sobre el perfil de efectos secundarios (ES) del fármaco proviene principalmente de los ensayos clínicos de fase III (ECA-III) financiados por el laborato-

rio que comercializa el fármaco^{3,9}, exceptuando dos trabajos independientes que valoran la tolerabilidad del fármaco en población psiquiátrica general. El primero es un estudio australiano que la compara con venlafaxina, y en el que se destaca que a igual eficacia, la incidencia de náuseas es menor con desvenlafaxina¹⁰. El segundo es un ensayo clínico de fase IV llevado a cabo en la India en el que se compara con escitalopram, y que concluye que aunque desvenlafaxina está asociada con mayor frecuencia a la aparición de náuseas, no hay diferencias estadísticamente significativas en la incidencia general de ES¹¹. No consta ninguna publicación hasta el momento sobre experiencia en población española.

Se decide, por lo tanto, estudiar en un contexto de práctica clínica habitual la incidencia de ES atribuibles a la instauración de tratamiento con desvenlafaxina así como la tasa de discontinuación, utilizando la “Escala de Efectos Secundarios (UKU)”. Posteriormente se comparará con los datos de tolerabilidad y discontinuación obtenidos en los ECA-III. Se trata del primer estudio que valora la tolerabilidad de desvenlafaxina en población española.

Material y métodos

Muestra y ámbito de estudio

El estudio se lleva a cabo en el Centro de Salud Mental de Barakaldo (Bizkaia), que atiende a una población de aproximadamente 10000 habitantes. Se incluyen todos los pacientes mayores de 18 años con sintomatología depresiva, que a criterio del psiquiatra de referencia puedan beneficiarse del tratamiento con desvenlafaxina, tanto procedentes de tratamiento con otro anti-depresivo como de nueva instauración. Se decide no excluir a ningún paciente en base a tratamientos o patologías concomitantes ni en base al diagnóstico psiquiátrico principal, para que la muestra sea lo más representativa posible de la práctica clínica habitual. El reclutamiento se ha realizado entre enero y junio del 2014.

Variables

La recogida de datos se realiza tras la finalización del período de titulación del fármaco. Se administra la “Escala de Efectos Secundarios (UKU)”, cuestionario heteroaplicado que incluye 54 ES, su gravedad (puntuada del 0 al 3), la probabilidad de relación causal (“improbable”, “posible”, “probable”), la interferencia de dichos efectos sobre el funcionamiento del paciente (puntuado del 0 al 3) y la consecuencia de esta interferencia (“sin cambios”, “tratamiento de los efectos secundarios”, “ajuste de dosis” o “retirada”). Se incluyen los ES cuya relación causal se considere “posible” o “probable”.

Además del cuestionario, se recogen la edad y género del paciente, la dosis de desvenlafaxina y la del resto de fármacos que está tomando en ese momento.

Muestra de referencia

La comparación se realiza con los datos acerca de la incidencia de ES y discontinuación de desvenlafaxina que publicó la FDA en el documento de “Información completa de prescripción”¹². Se remite a los datos obtenidos en los ECA-III, realizados en varios países europeos (Croacia, Estonia, Finlandia, Letonia, Lituania, Polonia, Rumania y Eslovaquia) y en Sudáfrica. Comparan la eficacia y tolerabilidad del fármaco frente a placebo durante 8 semanas, recogiendo los ES que a cualquier dosis fija de desvenlafaxina (50, 100,

200 y 400 mg) presenten una incidencia superior al 5% y superior también al doble de su frecuencia de aparición con placebo. Dado que los datos están desglosados según la dosis, se analizan únicamente aquellos relativos a las dosis utilizadas en este estudio, entre 50 y 200 mg/d.

Análisis estadístico

Se realiza un análisis descriptivo de las variables utilizando el IBM SPSS Statistics 20, calculándose la media y la desviación estándar en el caso de las variables cuantitativas, y el porcentaje en el caso de las cualitativas. La comparación de la incidencia de ES y el porcentaje de discontinuación del fármaco se realiza mediante la prueba chi cuadrado con corrección de Yates.

Resultados

Las características de la muestra están reflejadas en la Tabla 1. La incidencia de ES y la tasa de discontinuación se expresan en la Tabla 2. Recoge únicamente los ES aparecidos en la muestra española o en la muestra de referencia, siguiendo el formato y orden de la UKU. Los ES más frecuentes en la muestra española son la “somnolencia/sedación” y el “aumento de la sudoración”, seguidos de “dificultad de concentración”, “tensión/inquietud”, “parestias”, “disminución de la salivación”, “palpitaciones/taquicardia” y “cefalea”. Comparándolo con los datos de los ECA-III, destaca que la “dificultad de concentración” y las “parestias” son significativamente más frecuentes en población española, mientras que las “náuseas/vómitos” y las “cefaleas” lo son en la muestra de referencia, siendo además los ES con incidencia más elevada en dicha población.

Discusión

En primer lugar cabe destacar que aunque el perfil de ES más frecuentes difiere ligeramente entre ambas muestras, las incidencias observadas en la gran mayoría y la tasa de discontinuación del fármaco se mantienen en un rango similar. Por lo tanto, se podría concluir que la información referente a ES y discontinuación obtenida de los ECA-III, y que es la que maneja el laboratorio que comercializa el fármaco, es, con ciertos matices, extrapolable a población clínica española.

Otro aspecto de interés sería conocer en qué medida este nuevo fármaco aporta beneficios



en relación a su tolerabilidad respecto a otras alternativas farmacológicas disponibles. En este sentido, es llamativo que los datos publicados sobre incidencia de ES de distintos antidepressivos varía enormemente entre autores, dificultando realizar comparaciones rigurosas. Anderson et al¹³, por ejemplo, que analizan retrospectivamente la incidencia de “efectos secundarios emergentes durante el tratamiento” de una cohorte de pacientes estadounidenses, obtienen unas cifras de cefaleas, náuseas, agitación, sedación y disfunción sexual del 4%, 2,6%, 0,2%, 0,6% y 0,3% respectivamente para fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS); y del 5%, 3,7%, 0,3%, 0,8% y 0,3% respectivamente para IRSN. Por el contrario, Papakostas¹⁴, en una revisión del 2010, menciona incidencias más elevadas, más coherentes con nuestra impresión clínica, y similares a las detectadas en este estudio. Describe que la aparición de náuseas en tratamiento con ISRS ocurre en un 14% de casos, que esta frecuencia es similar a la duloxetine, e inferior a la venlafaxina. Respecto al insomnio, menciona una incidencia del 16% con ISRS, que asegura es comparable a la de los IRSN. En relación al aumento de peso (→7% del peso basal), señala que ocurre en un 16% de pacientes en tratamiento con venlafaxina al cabo de un año, frente al 16-19% observado con ISRS. Finalmente, destaca que los pocos estudios que han comparado el efecto de los distintos fármacos en la esfera sexual con-

cluyen que la incidencia de disfunción sexual es similar entre ISRS e IRSN, aunque no menciona cifras concretas. No obstante, en otro estudio realizado en varios países europeos, entre ellos España, situaron la prevalencia de disfunción sexual asociada al tratamiento con antidepressivos ISRS e IRSN en un 46,4% entre los hombres y un 52,1% entre mujeres¹⁵.

En este contexto, y teniendo en cuenta los datos de este estudio y de la muestra de referencia, podría concluirse que las principales aportaciones de la desvenlafaxina en relación al perfil de ES serían una menor ganancia ponderal (aunque este aspecto habría que revisarse con el uso a más largo plazo) y un perfil de secundarismos más benigno en la esfera sexual.

Finalmente, señalar como principal limitación del estudio el tamaño muestral; sería interesante poder aumentarlo en nuestro medio o en poblaciones comparables continuando con una recogida rigurosa de ES atribuibles al fármaco mediante la escala UKU u otras similares. Respecto a la heterogeneidad diagnóstica y en relación a tratamientos concomitantes, se considera que aunque ha prevalecido el interés por lograr una muestra representativa de la práctica clínica habitual, quizá sería conveniente controlar estas variables o realizar un análisis por subgrupos si se dispusiera de una muestra más amplia.

Correspondencia

Leire Erkoreka • leire.erkorekagonzalez@osakidetza.net
CSM de Barakaldo • C/ La Felicidad 9 • 48901 Barakaldo (Bizkaia)
Tel.: 946 007 835 • Fax: 946 007 846

Bibliografía

1. Sansone RA, Sansone LA. Serotonin norepinephrine reuptake inhibitors: a pharmacological comparison. *Innov Clin Neurosci*. 2014; 11(3-4): 37-42.
2. Cardoner Álvarez N. Desvenlafaxina, un nuevo IRSN para el tratamiento de la depresión mayor: revisión de la literatura. *Psiquiatr Biol*. 2013; 20(1-2): 2-7.
3. Boyer P, Montgomery S, Lepola U, Germain JM, Brisard C, Ganguly R, et al. Efficacy, safety and tolerability of fixed-dose desvenlafaxine 50 and 100 mg/d for major depressive disorder in a placebo-controlled trial. *Int Clin Psychopharmacol*. 2008; 23: 243-253.
4. Clayton A, Kornstein SG, Rosas G, Guico-Pavia C, Tourian KA. An integrated analysis of the safety and tolerability of desvenlafaxine compared with

- placebo in the treatment of major depressive disorder. *CNS Spectr.* 2009; 14(4): 183-195.
5. Liebowitz MR, Tourian KA. Efficacy, safety and tolerability of desvenlafaxine 50 mg/d for the treatment of major depressive disorder: a systematic review of clinical trials. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* [revista electrónica] 2010; 12(3). [accedido 18 Jul 2014]. Disponible en: <http://www.psychiatrist.com/PCC/article/Pages/2010/v12n03/ogroo845blu.aspx>
 6. Tourian KA, Pitrosky B, Padmanabhan SK, Rosas GR. A 10-month, open-label evaluation of desvenlafaxine in outpatients with major depressive disorder. *Prim Care Companion CNS Disord.* [revista electrónica] 2011; 13(2). [accedido 18 Jul 2014]. Disponible en: <http://www.psychiatrist.com/PCC/article/Pages/2011/v13n02/10moo977blu.aspx>
 7. Dunlop BW, Reddy S, Yang L, Lubaczewski S, Focht K, Guico-Pabia CJ. Symptomatic and functional improvement in employed depressed patients. A double-blind clinical trial of desvenlafaxine versus placebo. *J Clin Psychopharmacol* 2011; 31: 569-576.
 8. Clayton AH, Reddy S, Focht K, Musgnung MS, Fayyad R. An evaluation of sexual functioning in employed outpatients with major depressive disorder treated with desvenlafaxine 50 mg or placebo. *J Sex Med.* 2013; 10: 768-776.
 9. Kornstein SG, Clayton A, Bao W, Guico-Pabia CJ. Post hoc analysis of the efficacy and safety of desvenlafaxine 50 mg/day in a randomized, placebo-controlled study of perimenopausal and postmenopausal women with major depressive disorder. *Menopause.* 2014; 21(8): 799-806.
 10. Coleman KA, Xavier VY, Palmer TL, Meaney JV, Radalj LM, Canny LM. An indirect comparison of the efficacy and safety of desvenlafaxine at the Australian approved doses. *CNS Spectr.* 2012; 17(3): 131-141.
 11. Maity N, Ghosal MK, Gupta A, Sil A, Chakraborty S, Chatterjee S. Clinical effectiveness and safety of escitalopram and desvenlafaxine in patients of depression with anxiety: a randomized, open-label controlled trial. *Indian J Pharmacol.* 2014; 46(4): 433-437.
 12. U.S. Food and Drug Administration. Pristiq: Full prescribing information. [Internet] Revised 2011 Jul [accedido 13 Jul 2014]. Disponible en: http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2012/021992s030lbl.pdf
 13. Anderson HD, Pace WD, Libby AM, West DR, Valuck RJ. Rates of 5 common antidepressant side effects among new adult and adolescent cases of depression: a retrospective US Claims Study. *Clin Ther.* 2012; 34(1): 113-123.
 14. Papakostas GI. The efficacy, tolerability and safety of contemporary antidepressants. *J Clin Psychiatry.* [revista electrónica] 2010; 71 [suppl E1]: e03. [accedido 5 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2010/v71e01/v71e0103.aspx>
 15. Williams VSL, Edim HM, Hogue SL, Fehnel SE, Baldwin DS. Prevalence and impact of antidepressant-associated sexual dysfunction in three European countries: replication in a cross-sectional patient survey. *J Psychopharmacol.* 2010; 24(4): 489-496.

Tabla 1. Características de la muestra (n=39)

<i>Sexo</i>	
Mujeres	25 (64,1%)
Hombres	14 (35,9%)
<i>Edad</i>	
	52,82 ±11,8
<i>Dosis desvenlafaxina</i>	
50 mg	12 (30,8%)
100 mg	21 (53,8%)
150 mg	3 (7,7%)
200 mg	3 (7,7%)
<i>Tratamiento psiquiátrico concomitante</i>	
BZD	15 (38,5%)
AD	1 (2,6%)
AP	3 (7,7%)
≥ 2 fármacos	16 (41%)

AD: antidepresivo, AP: antipsicótico, BZD: benzodiacepina.

Los datos están presentados como media ± desviación estándar para la variable edad, y como n (%) para el resto de variables.

Tabla 2. Efectos secundarios (UKU) y discontinuación del tratamiento

	Muestra española (n=39)	Muestra de referencia (ECA-III) (n=1048)	Two-tailed p value
<i>Efectos secundarios (UKU)</i>			
Dificultad de concentración	7,69%	1,24%	0,0091
Astenia/lasitud/fatigabilidad	5,12%	9,25%	0,55
Somnolencia/sedación	10,25%	8,39%	0,9
Alteraciones mnésicas	5,12%	-	-
Tensión/inquietud	7,69%	5,34%	0,78
Disminución de la duración del sueño	2,25%	11,73%	0,13
Hipercinesia	2,25%	-	-
Tembor	2,25%	4,48%	0,86
Parestesias	7,69%	1,62%	0,03
Trastornos de la acomodación	0%	2%	0,76
Disminución de la salivación	7,69%	16,31%	0,22
Náusea/vómito	5,12%	32%	0,0007
Diarrea	0%	2,57%	0,62
Estreñimiento	0%	2,67%	0,6
Alteraciones de la micción	0%	0,4%	0,7
Vértigo	2,25%	2,38%	0,94
Palpitaciones/taquicardia	7,69%	3,05%	0,25
Aumento de la sudoración	10,25%	12,78%	0,82
Exantemas	5,5%	1,24%	0,17
Aumento de peso	5,12%	-	-
Pérdida de peso	2,25%	1,24%	0,47
Cefalea	7,69%	23,37%	0,036
Menorragia	2,25%	-	-
Disminución del deseo sexual	5,12%	5%*	0,98
Disfunción eréctil	5,12%	5,59%*	0,91
Disfunción eyaculatoria	2,25%	4,54%*	0,86
Disfunción orgásmica	2,25%	1,38%**	0,54
<i>Discontinuación del tratamiento</i>			
<i>Reducción de dosis</i>	12,8%	12%	0,88
	10,3%	-	-

ECA-III: ensayos clínicos de fase III

Valores p obtenidos de la prueba chi cuadrado con corrección de Yates

*porcentaje basado en la muestra masculina (n=396)

**porcentaje basado en la muestra femenina (n=652)

- Recibido: 17/04/2015.
- Aceptado: 01/06/2015.



HISTORIA

Reseña histórica sobre las llamadas terapéuticas biológicas en psiquiatría.

Historical review of the so-called biological therapies in psychiatry.

Luis Pacheco Yáñez*, Daniel Padró Moreno**, Wendy Dávila Wood***, Sofía Alvarez de Ulate Unibaso**, Pablo Gómez de Maintenant de Cabo****

* Psiquiatra. Comarca Bilbao. Red de Salud Mental de Bizkaia. Bilbao.

** Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Avda. Montevideo 18. 48013 Bilbao.

*** Psicóloga. Psiquiatría y Psicología DAP. Gran Vía 38-4^o. 48009 Bilbao.

**** Psicólogo. Facultad de Psicología y Educación. Universidad de Deusto. Avenida de las Universidades 24. 48007 Bilbao.

Resumen: Los autores realizan una revisión histórica, desde el siglo XVI pero centrada en el siglo XX, sobre la época en fueron descubiertas las principales terapéuticas biológicas describiendo, a su vez, la manera en que dichas terapéuticas fueron introducidas en el arsenal de los sucesivos tratamientos para las patologías mentales.

Palabras clave: revisión histórica, terapias biológicas, patologías mentales.

Abstract: The authors carry out a historical review, starting from the sixteenth century, but focused on the twentieth century, time around which the main biological therapies were discovered describing, in turn, the way in which said therapies were introduced into the repertoire of consecutive treatments for mental pathologies.

Key words: historical review, biological therapies, mental pathologies.

Introducción

Se ha venido denominando terapéuticas “biológicas” a aquellas que –por oposición– no son consideradas “psicológicas”, manteniendo de esta manera la dualidad “mente-cuerpo” como si la misma fuera algo real y además, tangible. A pesar del error conceptual que esto supone, también es cierto que el paso del tiempo ha consolidado el uso de esta dicotomía para separar ambos tipos de terapias, incluso entre los profesionales que nos dedicamos a las mismas. Por ello, en este capítulo y en aras de la costumbre, seguiremos manteniendo esta artificial distin-

ción entre ellas. En síntesis, describiremos aquí las principales terapias “no psicológicas” usadas en la historia de la Psiquiatría. Dentro de estas, las más conocidas y comunes son las que emplean como eje principal de las mismas los “psicofármacos” pero, al margen de los mismos, han sido muchos otros los tratamientos “biológicos” que se han usado en nuestra especialidad y de ellos nos ocuparemos a continuación. Obviamente, ahora no se nos ocurriría usar muchos de estos métodos, debido a que hoy en día creemos conocer mucho más que entonces. Sin embargo, esto no deja de ser un análisis desde nuestro prisma actual y desde nuestras circuns-



tancias, al tomar el presente como si fuera lo más válido, creyendo correctas una serie de ideas científicas que, sin embargo, no son más que actuales. Y como señala Berrios (1), atribuimos al pasado experiencias, motivaciones y puntos de vista que realmente pertenecen al presente. Es fundamental tener esto en cuenta, para no caer en demasiados errores de juicio al analizar la historia. Al fin y al cabo, también es obvio que los psiquiatras que existan dentro de cien años no compartirán nuestros razonamientos actuales y el uso que hacemos hoy, por ejemplo, de los antipsicóticos en la esquizofrenia. Y probablemente los juzgaran ridículos.

1. Antecedentes de los tratamientos biológicos no farmacológicos

1.1. Desde las transfusiones de sangre de cordero hasta la “camisa de fuerza”

En el siglo XVII, el médico Jean B. Denis (1620-1704) fomentó durante años el empleo de la transfusión sanguínea de sangre de cordero para tratar a los pacientes mentales. La mayor parte de ellos fallecían por las complicaciones surgidas, por lo que estaba claro que los corderos –al menos su sangre– no servían para el tratamiento de las “melancolías” y otras patologías afines (2). Otro ejemplo de las terapéuticas antiguas lo puede representar el denominado “padre” de la Psiquiatría americana, Benjamín Rush (1746-1813), quien preconizaba para sus pacientes a principios del siglo XIX –y al margen del uso de las habituales sangrías, eméticos o duchas de agua helada–, una silla de su invención, denominada “silla de apaciguamiento”, en la que se ataba a los enfermos y se les tapaba la cabeza con una especie de caja hasta que cesase su agitación (2,3). Sin embargo, Rush no pasó a la historia tanto por la Psiquiatría sino por haber sido, además, Tesorero de la Casa de la Moneda, además de congresista y uno de los firmantes de la Declaración de Independencia de ese país.

Técnica también muy recomendada entonces era la provocación de vómitos y diarreas a través del uso de purgantes –las famosas “purgaciones”– ya que muchos médicos creían entonces que las enfermedades mentales se producían por la “corrupción de los humores encerrados en las cavidades” y lo lógico era buscar la expulsión corporal de los

mismos (4). También fue famoso un método de tratamiento por contención, con la denominada “Camisa de fuerza”, inventada por David MacBride (1726-1778) hacia el año 1772 (5).

Estos –y alguno de los que analizaremos después– eran parte de los tratamientos no farmacológicos que existían hasta muy entrado el siglo XX. Con ellos, los entonces llamados alienistas intentaban curar o al menos controlar las enfermedades mentales. El siglo XX dio lugar a una auténtica revolución en los tratamientos psiquiátricos biológicos y al origen, en sentido estricto, de la psicofarmacología, pero los comienzos no fueron sencillos. Esta es una síntesis de su historia.

1.2. El primer premio Nobel para la Psiquiatría: La malarioterapia

A principios del siglo XX la sífilis era una enfermedad prácticamente mortal, especialmente cuando alcanzaba sus últimos estadios, conocidos como “neurosífilis” o “Parálisis General Progresiva”, en los cuales resultaban impactantes las manifestaciones psiquiátricas y neurológicas, al margen de la muerte en corto plazo. En esa época se pensaba que la fiebre mejoraba la clínica de la neurosífilis, por lo que se creía que si el paciente sífilítico padecía fiebre, mejoraría de las manifestaciones psicopatológicas. Un médico austriaco llamado Julius von Wagner-Jauregg (1857-1940), que experimentaba sobre este tema ensayando la inoculación de tuberculina y toxinas bacterianas, recibió en su servicio el ingreso un paciente afectado de malaria (paludismo) y se le ocurrió transfundir la sangre de este paciente a otros sujetos afectados por la neurosífilis. Para Wagner-Jauregg no había nada que perder, ya que los pacientes estaban abocados a una muerte segura y su hipótesis era que si empeoraban las cosas con la diseminación de la malaria, al menos tenía a mano la quinina como remedio eficaz para las complicaciones. La sorpresa general –cuando el 14 de junio de 1917 probó el método por primera vez en varios sujetos– fue que los pacientes, en lugar de morir, se recuperaban prácticamente en su totalidad. Gracias a ello, en 1927, se convirtió en el primer psiquiatra de la historia en ganar un premio Nobel de Medicina. El problema fue que, al margen de la neurosífilis, la técnica no funcionaba en el resto de enferme-

dades mentales graves. Años más tarde, con el advenimiento de los antibióticos, la malarioterapia fue finalmente desechada como tratamiento de la sífilis tardía (6,7).

1.3. Aprendiendo de los diabéticos: La “insulinoterapia” en Psiquiatría

La insulina se había descubierto en 1922 y de inmediato comenzó a aplicarse a los pacientes diabéticos. Un año después, ciertos médicos americanos comunicaron su impresión de que – en paralelo a la diabetes– algunos pacientes depresivos mejoraban de su psicopatología gracias a dicho fármaco, aunque en realidad lo que parece que sucedía es que fundamentalmente les aumentaba el apetito (6). A otro médico austriaco llamado Manfred J. Sakel (1900-1957), que trataba pacientes adictos a la morfina, se le ocurrió probar dicho fármaco en estos pacientes. La técnica consistía en provocarles un coma hipoglucémico, a resultas del cual los sujetos que sobrevivían al mismo no presentaban apetencia por la morfina. Animado por los resultados, se decidió a emplear su método en pacientes esquizofrénicos, con bastantes buenos resultados para la época hasta el punto de que, años después, Sakel polemizó en un congreso con Meduna y Cerletti sobre la paternidad de la convulsivoterapia, si bien sus resultados se basaban mucho más en la producción de los comas hipoglucémicos, que en la presencia de convulsiones durante los mismos (8). Sin embargo, el paso de los años consolidó la técnica de Cerletti, en detrimento de Sakel y Von Meduna, como veremos después.

1.4. La Psicocirugía: Un ministro portugués recibe otro premio Nobel

Como todos los tratamientos biológicos, la psicocirugía tiene antecedentes muchos siglos antes de que se desarrollase como técnica moderna. Las trepanaciones eran conocidas por muchos pueblos de la antigüedad, entre otros por la llamada “Cultura Paracas”, que fue una civilización precolombina del Antiguo Perú, establecida en la península de Paracas, provincia de Pisco, entre los años 700 a. C. y 200 d. C. (9).

Pero la introducción “oficial” de la cirugía cerebral en medicina se debe a Antonio Caetano de Abreu Freire Egas Moniz (1874–1955), más cono-

cido como Egas Moniz, que fue un neurólogo y neurocirujano portugués, además de Ministro de Asuntos Exteriores, Embajador en España de su país y primer presidente de la Sociedad Española de Neurocirugía. También fue el inventor de la angiografía cerebral, pero ha pasado a la Historia gracias a la Psicocirugía. Moniz le llamaba a su técnica “leucotomía”, aunque la misma acabó siendo más conocida por el nombre de “lobotomía”. En 1938 un paciente psiquiátrico suyo le disparó ocho tiros, dejándolo paralítico el resto de su vida. Once años más tarde, en 1949, recibió el Premio Nobel de Medicina –para el que ya había sido propuesto dos veces con anterioridad por el descubrimiento de la angiografía–, junto al neurólogo suizo W. Rudolf Hess, “por su descubrimiento del valor terapéutico de la lobotomía en determinadas psicosis” (6,10).

Aunque el empleo de la psicocirugía clásica se extendió a casi todos los países desarrollados, su uso duró pocos años, fundamentalmente por el escasísimo éxito que tuvo para paliar las enfermedades mentales, así como por el desarrollo de otros tratamientos biológicos. Aunque es de sobra conocido que han existido –y no sin razón– detractores de la psicocirugía clásica, a algunos lectores les resultará curioso saber que, hoy en día, se sigue practicando la psicocirugía en numerosos países desarrollados, con técnicas mucho más modificadas y controladas que las originales y en escasas patologías, como puedan ser la enfermedad de Parkinson o la epilepsia.

1.5. Convulsiones con alcanfor

A principios del siglo XX existía una teoría sobre el antagonismo entre la “epilepsia” y la “esquizofrenia”, denominada “Teoría de la exclusión” o del “antagonismo”, que postulaba que padecer epilepsia protegía de desarrollar esquizofrenia. Se pensaba entonces que si los ataques epilépticos generaban mejorías en los esquizofrénicos, podría tener mucho sentido la inducción artificial de los mismos y para ello se podían utilizar determinadas sustancias químicas. Y el mayor avance a este respecto se debe a los trabajos de un neurólogo húngaro interesado en la Psiquiatría, llamado Ladislas J. Von Meduna (1896-1964), que popularizó sus técnicas usando las inyecciones de alcanfor para la provocación de dichas convulsiones.



Sin embargo, el uso de este producto por vía oral estaba ya perfectamente documentado en la antigüedad, existiendo referencias al tratamiento de afecciones psiquiátricas por Paracelso, en el siglo XVI. Y en farmacopea del siglo XVIII se encontraba prescrito para el tratamiento de las enfermedades “nerviosas”, como muestra la publicación de Oliver, en el London Medical Journal de 1785, respecto a la provocación terapéutica de convulsiones con alcanfor oral en un caso de manía (11,12). Incluso parece que el mismísimo Kraepelin (1856-1926) lo aconsejó posteriormente, junto al whisky o el brandy, en casos de “excitación extrema con colapso inminente” (5).

El 23 de enero de 1934, tras años previos experimentando con animales, Von Meduna provocó una crisis convulsiva –inyectando intramuscularmente una mezcla de alcanfor disuelto en aceite– en un paciente de 33 años, afecto de una esquizofrenia catatónica de cuatro años de evolución. Tres semanas más tarde y al cabo de otros cinco tratamientos, el paciente estaba compensado de su psicosis (13,14). Poco después Von Meduna sustituyó el alcanfor por pentylenetetrazol, (comercializado en España como Cardiazol®) por su menor latencia para inducir convulsiones y la presencia de menos molestias locales, ya que el alcanfor producía dolor en el punto de inyección y vómitos, pero tampoco el Cardiazol® resultó una panacea respecto a los secundarismos (6,11).

En cierta manera y aunque su terapia consistía en provocar convulsiones con sustancias químicas y no con electricidad, los trabajos de Von Meduna fueron fundamentalmente los que inspiraron a Cerletti –como este mismo reconoció posteriormente– para desarrollar posteriormente el Electroshock (ES). Al fin y al cabo, las teorías de ambos se basaban en la producción de convulsiones para la curación de la enfermedad mental. Lamentablemente para Von Meduna, las aportaciones de Cerletti a finales de la década de los 30, como veremos a continuación, provocaron que su gloria fuera efímera.

2. La terapia electroconvulsiva

2.1. Los antecedentes: Del pez torpedo a la corriente galvánica

La utilización de la corriente eléctrica para el tratamiento de las enfermedades en Medicina

es algo muy antiguo. De hecho, la denominada “Electroterapia”, es una rama de la Medicina y se usa a menudo en técnicas de rehabilitación por sus efectos antiinflamatorios y analgésicos, siendo sobradamente conocido –incluso por el público general, gracias a la televisión– el uso terapéutico de la electricidad mediante las palas cardíacas, cuando un paciente llega a urgencias en parada cardiorrespiratoria.

De la época grecorromana datan los primeros usos del pez “torpedo” o “raya eléctrica” para el tratamiento de los procesos reumáticos. Sin embargo, no parece que es hasta el siglo XVI cuando los jesuitas comienzan a usarlo en pacientes mentales, supuestamente “endemoniados”, con objeto de librar a los mismos de la “posesión diabólica”. El pez es aplanado, puede alcanzar los setenta centímetros de largo y posee unos órganos que producen descargas eléctricas, que le permiten capturar presas. La curiosa relación entre los representantes de la iglesia, los pacientes y el demonio se saldaba haciéndole morder progresivamente al sujeto un pez torpedo, hasta que se provocaba la descarga eléctrica que supuestamente expulsaba al “diablo” del cuerpo del paciente (15,16). Era el siglo XVI y la técnica puede resultar extraña, pero la existencia de la posesión demoníaca continúa sosteniéndose en el día de hoy como algo real por algunas instituciones. A este respecto merece la pena recordar que los exorcismos se siguen practicando todavía, existiendo una organización católica denominada “Asociación Internacional de Exorcistas”, uno de cuyos fundadores fue el sacerdote italiano Gabrielle Amorth (1925-), de la diócesis de Roma, conocido como el “exorcista oficial” del Vaticano y con miles de exorcismos a sus espaldas (17).

El uso posterior de la electricidad en el tratamiento de las patologías mentales está más documentado desde comienzos desde finales del siglo XVIII, destacando el tratamiento con corrientes eléctricas a través del cerebro realizado por un cirujano llamado John Birch, en 1792 a un paciente melancólico, siendo también conocido el tratamiento con corriente galvánica de la melancolía, propuesto por el famoso psiquiatra francés y discípulo de Charcot, Joseph Babinski (1857-1932), en el año 1903 (16). Y en España, a mediados del siglo XIX, también se usaban las

corrientes eléctricas en el tratamiento de diversas patologías mentales, como eran la “melancolía” y el “éxtasis”, aunque al decir de alguno de alienistas más reputados de la época, los resultados eran bastante pobres (18).

Sin embargo, el uso de la electricidad y su eficacia en las enfermedades mentales entonces se basaba en las supuestas propiedades intrínsecas de la electricidad. Pocos años después de la muerte de Babinski, unos italianos iban a revolucionar la medicina con la introducción de la Terapia electroconvulsiva mediante la invención de una máquina capaz de provocar convulsiones a través de choques eléctricos en el ser humano, inaugurando la técnica conocida hasta nuestros días con el nombre de ES. El planteamiento era distinto. No se basaba en las propiedades de la electricidad, sino en la provocación de convulsiones a través de la misma, teorizando que lo que realmente resultaba eficaz eran las convulsiones. De nuevo, la teoría del “antagonismo” o de la “exclusión” entre la epilepsia y la esquizofrenia, pero esta vez con distinta instrumentalización (6).

2.2. Unos italianos fabrican una máquina para provocar convulsiones mediante choques eléctricos

En mayo de 1937 la Asociación Suiza de Psiquiatras celebró un congreso en la ciudad de Münsingen para dilucidar cuál de los dos métodos que se usaban entonces (curas de Sackel y de Von Meduna) eran más eficaces en el tratamiento de la esquizofrenia. Durante el mismo, un italiano llamado Lucio Bini (1908-1964) sugirió que la inducción de convulsiones mediante la corriente eléctrica era algo que también debería tenerse en cuenta (12,13,16). A la sazón, Bini trabajaba con Ugo Cerletti (1877-1963), Catedrático de Psiquiatría en Roma, y fue la persona que fabricó el primer aparato de ES tal y como lo entendemos hoy. Cerletti llevaba años experimentando con los efectos de la corriente eléctrica en los animales, pero no acaba de conseguir que los animales sobrevivieran a las paradas cardíacas que provocaba el paso de la corriente eléctrica. Entonces, le aconsejaron visitar el matadero de Roma, donde los cerdos recibían las descargas eléctricas mediante una colocación distinta de los electrodos, y solamente quedaban aturdidos antes de ser sacrificados. Esto le permitió a Cerletti cambiar la

posición de los electrodos en sus experimentos y comenzar a experimentar con seres humanos (11) y la historia de la aplicación del primer ES en humanos es, básicamente, la siguiente:

Aunque sobre el día exacto hay alguna discrepancia, el 18 de abril de 1938 se usó por primera vez la técnica en humanos y concretamente en la Clínica para Enfermedades Mentales de la Universidad de Roma, que dirigía Cerletti. Allí se encontraba ingresado un enfermo psicótico de 39 años, que había sido llevado por la policía, al encontrarle varios días vagando por un parque. Se le aplicó primero una leve descarga y como solo se produjeron algunos espasmos, Cerletti indicó una segunda descarga, con gran temor de los presentes a que el paciente falleciera si se aumentaba la intensidad de la corriente. Tras la primera descarga, el paciente se había puesto a cantar pero, cuando oyó que le iban a dar la definitiva, gritó en italiano: “iNon una seconda! iMortífera! (“¡Una segunda no: mortal...!”). Aun así, recibió la descarga por indicación de Cerletti –con gran temor del resto de los presentes– y tras la misma presentó una convulsión epiléptica de gran mal. Finalmente, tras 14 sesiones, a lo largo de dos meses, fue dado de alta y pudo reincorporarse a su trabajo. Al año del alta el propio paciente señalaba estar bien, pero su mujer indicó que habían reaparecido los celos y parecía hablar solo por las noches. (6,11,16,19). El ES se extendió rápidamente en los EEUU gracias a que Renato Almansi, colaborador de Cerletti, llevó allí un aparato de ES y junto a David Impastato lo usó en febrero de 1940 para realizar por primera vez la técnica, en el hospital Columbus de Nueva York. Al año siguiente, ambos autores publicaron en el American Journal of Psychiatry un artículo sobre el tema, difundiéndose la misma desde entonces por todo el país. En paralelo, la técnica se había extendido también por toda Europa pero el estallido de la segunda guerra mundial en este continente favoreció que el desarrollo de la técnica fuera más rápido y constante en los EE.UU. (11,20).

3. Los psicofármacos

3.1. Los antecedentes: Apenas algo más que el opio y las anfetaminas

Hasta la década de 1950 los psiquiatras disponían de muy pocos fármacos eficaces en los tras-



tornos mentales lo cual –en cierta manera– puede hacer comprensible el uso de toda la panoplia de extraños tratamientos a los que nos hemos referido con anterioridad. Se conocían diversas sustancias psicoactivas pero el concepto de “psicofármacos”, en el sentido que los conocemos hoy en día, no existía. De hecho, la palabra “psicofarmacología” no fue acuñada hasta mediada la década de los años 50.

Existían muchas sustancias naturales, la mayoría de ellas en forma de plantas medicinales y sobre todo se disponía del opio y sus derivados: la morfina y la cocaína (utilizada incluso en la Coca-cola original), a través de los cuales se conseguían efectos positivos en los pacientes, pero a expensas de generar una dependencia en los mismos. También en el primer cuarto del siglo XX fueron famosos los barbitúricos, algunos de los cuales se siguen utilizando hoy en día para el tratamiento de la epilepsia, y que gozaron de cierto éxito en las denominadas “curas de sueño”, cuya mayor implantación se debe al psiquiatra suizo Jakob Klaesi (1883-1980) que, en 1920, comenzó a emplearlas para provocar una narcosis prolongada en pacientes esquizofrénicos mediante el uso conjunto de dos barbitúricos comercializados con el nombre de Somnifen®(6). Sin embargo, quizás sean históricamente más recordados por la dependencia que creaban y la relativa facilidad para provocar la muerte por sobredosis, como parece que sucedió con la actriz Marilyn Monroe, fallecida en 1962.

Al margen de todo esto, a principios del siglo XX se usaba en la clínica una sustancia conocida como “efedrina” para el tratamiento de los procesos asmáticos y la congestión nasal. El descubrimiento posterior de un derivado de la efedrina, conocido como “anfetamina” y especialmente la aparición a finales de los años 20 de algunos de los derivados de esta, como la “dextroanfetamina”, la “metanfetamina” y más tarde del “metilfenidato”, supuso la irrupción en la práctica médica del uso de una familia de sustancias conocida como “psicoestimulantes” los cuales fueron, probablemente, los primeros “psicofármacos” en sentido estricto, usados en las patologías mentales. La historia del descubrimiento del metilfenidato nos resulta tan curiosa que no podemos evitar reproducir la misma. Según cuenta muy amablemente Ruiz Franco (21) todo se produjo gracias

a un hallazgo casual, como tantos otros hitos farmacológicos. Un tal Leandro Panizzon, a la sazón, químico de los laboratorios Ciba, sintetizó el metilfenidato en 1944, buscando un producto con menos efectos adversos que las anfetaminas. Lo ensayó sobre si mismo, pero no encontró ningún efecto relevante en la sustancia. Sin embargo su mujer, apodada Rita, también lo probó y obtuvo sensaciones muy estimulantes, por lo que decidió usarlo regularmente antes de jugar al tenis. Panizzon decidió bautizarla con un nombre de marca que hiciera honor a su mujer, Ritalin®, y la molécula fue patentada por Ciba en 1954. Con el paso del tiempo, los efectos secundarios de las anfetaminas los han relegado en la actualidad prácticamente al uso exclusivo –y discutido– en los “trastornos por déficit de atención”. Sin embargo, la carrera de la Psicofarmacología acababa de empezar (6, 22).

3.2. La “década prodigiosa” de la psicofarmacología: Los años 50

Un psiquiatra australiano llamado John Cade (1912-1980) fue el autor de los primeros resultados de la eficacia del litio en los pacientes maníacos. Mediado el siglo pasado, los médicos habían relegado prácticamente al litio de la farmacopea habitual por sus graves efectos secundarios, aunque anteriormente se había empleado como tratamiento para numerosos trastornos, desde la gota hasta la epilepsia, pero sus peligrosos efectos secundarios –detectados fundamentalmente cuando se empezó a usar como sustituto de la sal común en ciertos pacientes– provocaron su abandono.

Para Cade, todas las afecciones mentales se correspondían con una alteración orgánica y según su hipótesis, las diferentes fases de la psicosis maniacodepresiva se deberían al exceso (manía) o defecto (depresión) de alguna sustancia. Con el fin de aislar esa hipotética sustancia, utilizó como materia de estudio la orina de los pacientes maníacos, ya que su idea era que tratándose de enfermos maníacos, la orina sería rica en ese producto orgánico desconocido cuyas fluctuaciones marcaban las fases de la enfermedad. Tras experimentar con animales, realizar numerosos ensayos y pulir sus resultados, acabo fijándose en el litio, que había usado exclusivamente para diluir varios productos derivados de la orina

de los pacientes (23). Primero se lo inyectó a los animales, luego a él y después a los pacientes. Es de agradecer que, en una época en que no se realizaban estudios con casos y controles, los investigadores acostumbraran a probar las sustancias en su propio cuerpo o en el de sus colaboradores (como veremos después, a propósito de la clorpromazina) (6). Cade constató una notable mejoría en pacientes maníacos, así como una ineficacia en otras patologías mentales y publicó su trabajo en una revista australiana en 1949, pero las publicaciones australianas de la época no tenían mucha repercusión en la comunidad científica y el artículo pasó desapercibido hasta que un psiquiatra danés, Mogens Schou (1918-2005) lo rescató del olvido. Schou fue cruelmente criticado por sus primeras publicaciones, especialmente por los psiquiatras del hospital inglés de Maudsley, pero perseveró—entre otras cosas porque el tratamiento con litio le estaba yendo muy bien a un hermano suyo, afecto de una depresión mayor recurrente—y gracias a los trabajos y publicaciones de Schou, especialmente desde la década de los 60, el litio fue aprobado por la FDA en 1970 y se convirtió—y sigue siéndolo— en el tratamiento de referencia de la “psicosis maníaco-depresiva”, más conocida hoy en día como “Trastorno bipolar” (6,23).

El descubrimiento de los primeros fármacos eficaces para el tratamiento de la esquizofrenia debe mucho a una planta original de Asia, conocida como “*Rauwolfia Serpentina*”. Tras el uso histórico y popular de la misma por los pueblos de la antigüedad en el tratamiento de ciertas afecciones mentales y más tarde—y de manera más científica— en los pacientes hipertensos, se aisló de la misma un alcaloide denominado “Reserpina”, en la década de los años 50, cuyo uso en pacientes psicóticos comenzó poco después, al observarse la importante capacidad sedativa del producto. Sin embargo, el tratamiento antipsicótico que ha pasado a la historia como ejemplo de los denominados inicialmente “neurolépticos” y posteriormente “antipsicóticos” fue la “Clorpromazina”, que consiguió introducirse en la farmacopea de los trastornos mentales gracias a los ensayos previos como anestésico de dicho fármaco por un cirujano militar llamado Henri Laborit (1914-1995). Como curiosidad cabe señalar que uno de las primeras personas con las

que probó Laborit el producto, en 1951, fue una psiquiatra que trabajaba en un hospital cercano aunque, nada más inyectárselo, la psiquiatra se desmayó y el jefe del departamento suspendió los ensayos (6). Dos psiquiatras, llamados Jean Delay (1907-1987) y Pierre Deniker (1917-1998), fueron los que pasaron a la historia por constatar las propiedades antipsicóticas de dicho fármaco en 1952, aunque el primer uso de este fármaco en pacientes psiquiátricos—concretamente en un varón de 24 años, afecto de una manía delirante— fue debido a unos psiquiatras militares en el mismo año, convencidos previamente por Laborit. Pero, por diversos motivos, la gloria se la llevaron los otros dos colegas. La clorpromazina derivaba de unas sustancias conocidas como “fenotiazinas” las cuales, a su vez, habían sido aisladas de ciertos colorantes derivados de la anilina (como por ejemplo, el azul de metileno) usados en la industria textil, a fines del siglo XIX. El descubrimiento de las propiedades antipsicóticas de la clorpromazina dio origen, posteriormente, al desarrollo de toda una gama de fármacos eficaces en la compensación de los trastornos psicóticos, como puedan ser el haloperidol, la perfenazina o la clozapina, los cuales contribuyeron sin duda a la desinstitucionalización de los pacientes en los hospitales psiquiátricos que se produjo en todo el mundo a partir de los años 60 (6,24,25).

Hacia el año 1954 un psiquiatra suizo llamado Roland Kuhn (1912-2005) había entrado en contacto con los laboratorios Geigy de Basilea, para que suministraran sustancias fenotiazínicas, las cuales habían supuesto—como hemos señalado— el advenimiento de los antipsicóticos, con el desarrollo de la clorpromazina. La idea de Kuhn era encontrar nuevos fármacos para el tratamiento de la esquizofrenia, pero la sustancia con la que trabajaba, a pesar de ser un derivado de la clorpromazina, no tenía los efectos neurolépticos de esta. Sin embargo, en aquellos años los nuevos fármacos se probaban en todo tipo de pacientes psiquiátricos graves y Kuhn se dio cuenta de que, aunque los esquizofrénicos no mejoraban e incluso algunos se ponían francamente peor, el fármaco sí funcionaba en los pacientes depresivos. El autor tuvo la sagacidad de encontrar un fármaco con efectos antidepresivos, a pesar de que buscaba un fármaco para el tratamiento de la esquizofrenia. Comunicó los resultados en



1957 y posteriormente dicho fármaco se comercializó con el nombre de Tofranil® (26), dando origen a un grupo de antidepresivos denominados “tricíclicos” por su estructura química, que aún existen en el mercado y todavía siguen siendo fármacos de referencia en el tratamiento de las patologías depresivas, a pesar de que su uso disminuyó notablemente desde la aparición de los antidepresivos ISRS (o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), como veremos posteriormente.

Por otro lado, a principios de la década de los 50, se había descubierto el efecto antituberculoso de una sustancia llamada isoniazida. Posteriormente se desarrolló un derivado de esta sustancia llamado la iproniazida, que había sido sintetizada en 1951. Los médicos que trataban a los pacientes tuberculosos con este último fármaco sustancia se dieron cuenta de que, aunque no mejoraba sustancialmente la tuberculosis, los pacientes estaban mucho más contentos y desinhibidos. Desde el análisis de estas referencias, un psiquiatra americano llamado Nathan Kline (1916-1983) se animó a probarla en pacientes depresivos en un hospital de Nueva York, en 1957, el mismo año que Kuhn comunicó sus resultados con la imipramina. Los satisfactorios resultados de Kline condujeron al desarrollo de otra generación distinta de antidepresivos, conocida como “Imaos”. No obstante, aunque los mismos eran fármacos realmente eficaces en el tratamiento de la depresión, la constatación de su toxicidad con el desarrollo posterior de otras moléculas de la misma familia y el advenimiento de los tricíclicos, hizo que fueran prácticamente abandonados con el paso de los años (27).

Por tanto, para el final de los años 50 los psiquiatras ya disponían de fármacos eficaces en el tratamiento de la depresión y de la esquizofrenia. Sin embargo, en otro orden de cosas, no disponían de tratamientos que mejorasen las patologías ansiosas, probablemente las más comunes en la población. Básicamente se usaba un fármaco conocido como “meprobamato”, comercializado mediada la década de los 50 y no exento de efectos secundarios. Por aquellos años un químico polaco llamado Leo Sternbach (1908-2005) trabajaba en la filial norteamericana de un laboratorio suizo llamado Hoffman-La Roche, buscando fármacos con efecto tranquilizante. Fruto

de sus investigaciones fue el descubrimiento del “clordiazepóxido”, comercializado en 1960 con el nombre de Librium®. La línea de investigación abierta por Sternbach dio origen posteriormente al “diazepam” o Valium® y a toda una familia de nuevos fármacos conocida como ansiolíticos “benzodiazepínicos”, los cuales persisten hasta nuestros días (28).

3.3. El nacimiento de la “Psicofarmacología cosmética”

A finales de los años 80, los psiquiatras disponían de numerosos antidepresivos eficaces en el tratamiento de la depresión, siendo los Imaos y los heterocíclicos los más usados. Estos fármacos, a la par que eficaces, provocaban también numerosos efectos secundarios. En aquella época eran relativamente pocos los pacientes sometidos a dichos fármacos, pero los que se medicaban era porque estaban realmente afectados de severas patologías afectivas, así que los mencionados secundarismos se consideraban un precio relativamente “barato” de pagar, mientras supusieran la curación del paciente, infravalorándose que era frecuente que los pacientes engordasen, padecieran un severo estreñimiento, les temblasen las manos o estuviesen la mayor parte del día sedados.

Un laboratorio americano, Eli Lilly, tenía sintetizada desde mediados los años 70 una molécula antidepresiva conocida como “Fluoxetina”. Este fármaco fue aprobado como Prozac® por la FDA en 1987 para el tratamiento de la depresión y en 1994 se había convertido en el segundo de los fármacos más vendidos del mundo, provocando una medicalización psiquiátrica nunca conocida hasta entonces. La ausencia de efectos secundarios relevantes, así como el estado de bienestar e incluso la disminución de peso que producían en quienes lo tomaban, provocó inicialmente una propagación “boca a boca” del mismo, reforzada en seguida por los medios de comunicación, que tuvo su auge en la portada que la revista Newsweek le dedicó a la famosa cápsula verdiblanca, en marzo de 1990. A partir de ahí, todo el mundo quiso probarla.

Por otro lado, el desarrollo de esa nueva generación de antidepresivos conocidos como “inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina”

(ISRS), dio origen al establecimiento de nuevas hipótesis sobre las causas de la depresión, ampliamente difundidas por el mundo científico y centralizadas en esta ocasión en el desequilibrio de la serotonina cerebral, como eje principal del trastorno. Los años se han encargado de demostrar que seguimos sin conocer la causa de la depresión, pero el fenómeno de la medicalización de la vida cotidiana ha sido imparable. Gracias a los psiquiatras, pero también al papel jugado en el mismo por la industria farmacéutica, los medios de comunicación y los departamentos sanitarios de los gobiernos, se calcula que, a finales de 2002 –un año después de que la patente de Prozac® había expirado–, este antidepresivo se había prescrito a más de cuarenta millones de personas en todo el mundo. En relación a ello, el psiquiatra Peter Kramer acuñó el concepto de “psicofarmacología cosmética”, señalando como estos fármacos solucionaban los cuadros psicopatológicos menores (ansiedades y depresiones de mediana intensidad) y aunque no sirviesen para el tratamiento de las patologías graves, resultaban tan demandados porque gran parte de la población lo que presentaba era, precisamente, cuadros leves. Y gracias a estos fármacos la población afectada fue capaz de pedir ayuda para el tratamiento de sus síntomas, convirtiendo a este nuevo tipo de terapia farmacológica en un auténtico fenómeno social y una cierta desestigmatización de la patología psiquiátrica menor que persiste hasta nuestros días, con las ventajas e inconvenientes que ello supone (29,30,31).

Correspondencia

Luis Pacheco Yáñez • Red de Salud Mental de Bizkaia
 María Díaz de Haro, 58 • 48010 Bilbao
 LUIS.PACHECOYANEZ@osakidetza.net

Bibliografía

1. Berrios G. Prólogo. En: Historia de la Psicofarmacología (F. López-Muñoz y C. Álamo, Directores). 3 vols. Médica Panamericana. Buenos Aires; Madrid. XVII-XXVIII. 2006.
2. Segarra J. Historia de la Psiquiatría. Orígenes de la depresión. Edit. Mediscrit. Lab. Organón. Barcelona. 1997.

4. Y seguimos inventando tratamientos biológicos

La estimulación magnética transcraneal

Finalmente, señalar que basándose parcialmente en los descubrimientos de Faraday en el siglo XIX sobre la inducción electromagnética, Barker y colaboradores inventaron en 1984 un estimulador cerebral capaz de despolarizar las neuronas de la corteza cerebral, dando origen a una técnica segura y no invasiva, conocida como “Estimulación magnética transcraneal (EMT), usada actualmente en el tratamiento de ciertas depresiones resistentes (32,33), si bien esta técnica no parece haber alcanzado un uso frecuente en la terapéutica actual de estos trastornos.

A modo de reflexión final

Hemos intentado en esta rápida, pero creemos que densa mirada histórica, reflejar gran parte de las terapéuticas biológicas que se han producido en los últimos siglos de la historia de la medicina, en relación a atención a la salud mental. Pero este breve recorrido histórico debería ayudarnos –como hemos señalado al principio– a fijar la mirada y la atención de estos descubrimientos desde posiciones propiamente historicistas, relegando a la trastienda todo juicio de valor o crítica sobre los posibles errores cometidos con los mismos.

3. Rush B. Medical inquiries and observations upon the diseases of the mind. 4ª ed. John Grig, edit. Philadelphia. 1830.
4. Le Roy. La medicina curativa o la purgación. 5ª ed. Oficina de José Ferrer de Orga. Valencia. 1828.
5. Mitchell PB, Kirkby KC. Las terapias biológicas antes de la introducción de los modernos



- psicofármacos. En: Historia de la Psicofarmacología (F. López-Muñoz y C. Álamo, Directores). Vol. II. Médica Panamericana. Buenos Aires; Madrid: 901-926. 2006.
6. Shorter E. Historia de la Psiquiatría. Desde la época del manicomio a la era de la fluoxetina. Ed. Médicas. S.L. Esplugues de Llobregat. 1999.
 7. Villasante O. La malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva; primeras experiencias en España. En: La Medicina ante el nuevo milenio: Una perspectiva histórica. (J Martínez-Pérez, I Porras, P Samblás, M del Cura, Coordinadores). Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha. Cuenca. 177-193. 2004.
 8. Postel J, Quézel C. Historia de la Psiquiatría. Fondo de Cultura Económica. México. 1987.
 9. Kauffman Doig, F. Historia y arte del Perú antiguo. Tomo 2. Ediciones PEISA. Lima. 2002.
 10. Rojas DR y Outes M. Egas Moniz. En el cincuentenario del premio Nobel a la leucotomía prefrontal. *Alcmeon*, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 1999; 8, 2:135-140.
 11. Thompson C. Los orígenes de la Psiquiatría moderna. Lab. Beecham. Ancora S.A. Barcelona. 1991.
 12. Rudorfer MV, Henry ME, Sackeim HA. Electroconvulsive therapy. En: Psychiatry. 2ª ed. (Tasman A, Kay J, Lieberman JA, editores). John Wiley & Sons Ltd. Chichester. U.K. 2003: 1865-1901.
 13. Menchón JM y Pons A. Historia de la TEC. En: Rojo JE y Vallejo J. Terapia electroconvulsiva. Masson-Salvat. Barcelona: 9-23.1994
 14. Fink M. Ladislav J Meduna, M.D. 1896-1964. *Am J Psychiatry* 1999;156, 11:1807-1807.
 15. Endler NS. The origins of electroconvulsive therapy (ECT). *Convulsive Therapy*. 1988; 4,1: 5-23.
 16. García-Amador M, Pigem JR, Bernardo M. Historia de la terapia electroconvulsiva y sus nexos con la psicofarmacología. En: Historia de la Psicofarmacología (F. López-Muñoz y C. Álamo, Directores). Vol. III. Médica Panamericana. Buenos Aires; Madrid. 1507-1524.2006.
 17. Amorth G, Rodari P. El último exorcista. Mi batalla contra Satanás. Ed.San Pablo. Madrid. 2012.
 18. Giné y Partagás J. Tratado teórico-práctico de Frenopatología. 1ª ed. Moyá y Plaza. Madrid. 1876.
 19. Shorter E, Healy D. Shock Therapy. A history of electroconvulsive treatment in mental illness. Rutgers University Press. N.B. New Jersey. USA. 2007.
 20. Wortis SB, Shaskan D, Impastato D, Almanso R. Brain metabolism, VIII The effects of electric shock and some newer drugs. *Am J Psychiatry*. 1941;98,3: 354-359.
 21. Ruiz Franco, JC. El metilfenidato, una droga de moda (I, II y III). Disponible en: <http://www.drogasinteligentes.com/metilfenidato3.html>
 22. Alguacil LF, Pérez-García C, Morales L. Fármacos estimulantes del sistema nervioso central. En: Historia de la Psicofarmacología. (F. López-Muñoz y C. Álamo, Directores). Vol. II. Médica Panamericana. Buenos Aires; Madrid. 927-942. 2006.
 23. Medrano Albéniz J. Mogens Schou (1918-2005) y el litio. *Norte de Salud Mental*. 2006; 26: 82-88.
 24. Medrano Albéniz J. Las bodas de diamante de la clorpromazina. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2012; 32,116: 851-866.
 25. Clervoy P, Rafizadeh-Kabe JD. Antipsicóticos (II). La clorpromazina y el origen de los fármacos antipsicóticos: de los antihistamínicos a las fenotiazinas. En: Historia de la Psicofarmacología (F. López-Muñoz y C. Álamo, Directores). Vol. II. Médica Panamericana. Buenos Aires; Madrid. 631-650.2006.
 26. Fangmann P, Assion Hans-Jorg. Antidepresivos (II). La imipramina y el origen de los fármacos antidepresivos: de los antihistamínicos a los antidepresivos heterocíclicos. En: Historia de la Psicofarmacología. (F. López-Muñoz y C. Álamo, Directores). Vol. II. Médica Panamericana. Buenos Aires; Madrid. 701-717.2006.

27. Möller Hans-Jürgen. Antidepresivos (I). De las drogas antituberculosas a los antidepresivos hidrazídicos y otros Imao. En: Historia de la Psicofarmacología (F. López-Muñoz y C. Álamo, Directores). Vol. II. Médica Panamericana. Buenos Aires; Madrid. 681-699.2006.
28. Nuss P, Sanger D. Ansiolíticos (II). La consolidación de la era ansiolítica: el desarrollo y la introducción clínica de las benzodiacepinas. En: Historia de la Psicofarmacología (F. López-Muñoz y C. Alamo, Directores). Vol. II. Médica Panamericana. Buenos Aires; Madrid: 807-824. 2006.
29. Wong DT, Perry KW, Frank P, Bymaster FP. The discovery of fluoxetine hydrochloride (Prozac). Nature Reviews. 2005;4: 764-774.
30. Goldacre B. Mala Farma. Espasa Libros, SLU. Barcelona. 2013.
31. Kramer P. Escuchando al Prozac. Seix Barral. Barcelona 1994.
32. Pascual-Leone A, Tormos-Muñoz JM. Estimulación magnética transcraneal: fundamentos y potencial de la modulación de redes neurales específicas. Rev Neurol. 2008; 46 (Supl 1): S3-S10.
33. Calvo-Merino B, Haggard P. Estimulación magnética transcraneal. Aplicaciones en neurociencia cognitiva. Rev Neurol. 2004; 38,4: 374-380.

- Recibido: 13/02/2015.
- Aceptado: 08/05/2015.

In Memoriam

José Rallo Romero

El profesor José Rallo Romero ha fallecido el pasado 26 de abril de 2015 en Madrid. Jefe de Servicio de Psiquiatría de la Clínica de la Concepción (Fund. Jiménez Díaz), profesor titular de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid y socio de honor de la AEN.

Fue ex presidente del IEPPM y figura importantísima del psicoanálisis en nuestro país. Fue uno de los miembros fundadores, junto con M^a Teresa Ruíz y Carolina Zamora, de la Asociación Psicoanalítica de Madrid y desde su Jefatura del Servicio de Psiquiatría de la Clínica de la Concepción impulsó, a lo largo de los años, la difusión del psicoanálisis entre generaciones de profesionales de la salud mental.

Por todo ello y mucho más, sirvan estas líneas como sentido homenaje a su persona.

Facilitamos a continuación el link a varios artículos aparecidos en la revista de la AEN, en torno a su figura:

- "Elogio de José Rallo". Enrique Baca Baldomero: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15383/15244> (Vol. 14 – nº 50 (1994) págs. 35-36)



- "José Rallo, mi homenaje". C. Castilla del Pino: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15384/15245> (Vol. 14 – nº 50 (1994) págs. 37-40)
- "José Rallo, profesional y docente ejemplar". Emilia García Castro <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15385/15246> (Vol. 14 – nº 50 (1994) págs. 41-45)
- "Entrevista con José Rallo". M. Redondo y A. Fernández Liria <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14651/14527> (Vol. 2 – nº 3 (1982) págs. 61-66)

Begoña Mazagatos



Una triste noticia, nuestra compañera Begoña Mazagatos Uriarte, miembro vocal de la actual Junta de OME-AEN elegida en 2014, con ejercicio como psiquiatra en el Servicio de Psiquiatría del Hospital

Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz, acaba de dejarnos a finales del mes de abril.

- Psicoanalista reconocida por la. I.P.A. (International Psychoanalytical Association).
- Miembro asociado A.P.M. (Asociación Psicoanalítica de Madrid) y del. C.P.N. (Centro Psicoanalítico del Norte).
- Miembro numerario del G.P.A.B. (Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao).
- Miembro ordinario S.E.P.Y.P.N.A. (Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente).

En colaboración con ella y otros compañeros del Centro Psicoanalítico del Norte (APM/IPA) organizaron los cursos de divulgación cuya tercera edición está ahora en curso en "Txago" como ella decía, en el hospital de Txagorritxu. Tuvo una vida difícil que siempre supo afrontar con entereza y dignidad. Como con entereza y dignidad ha sabido afrontar estos últimos meses.

Estaba emocionada, le encantaba todo y disfrutó como el recién licenciado que va a los cursos con los mayores... Su manera de hablar, el énfasis en cada palabra y su actitud, es de las que te puedes guardar para utilizarla si lo necesitas. Fue una gran compañera y disfrutamos de su amistad. Estaba en nuestra junta de OME. Nos mandó un mensaje conmovedor y lleno de sensibilidad y entereza cuando se enteró de su maldita enfermedad. Se disculpaba por no poder participar en las tareas dado su estado, del que era consciente con plenitud y coraje. Fue un mensaje lleno de amor y en sus palabras, sencillas pero intensas, se desprendía una enseñanza especial. Ella dijo que leería nuestros correos pero posiblemente no sería capaz de responder. Estaba en el final del camino y se encontraba bien, serena. Lloramos en las visitas pero enterneció y me causaba una enorme admiración. La belleza de sus palabras suaviza el tránsito y le dan otro sentido. Estaba desprovisto de temores y de fantasmas. Seguro que murió con una sonrisa.

Una pérdida como siempre acompañada de dolor, el mismo dolor que acompaña a la vida.

Nos acordaremos de Begoña, como ahora nos acercaremos a su familia y allegados. Un saludo entrañable de despedida para ella y todos los que la querían. Gracias Begoña.

Descanse en paz. Goian bego.



Enrique Rivas

16-6-2015

Ha fallecido nuestro querido Enrique Rivas,
médico psiquiatra, psicoanalista y gran persona.

Enrique anduvo la vida creando, haciendo, pensando.
No ha tenido largo tiempo, pero sí lo hizo ancho.

Resistió naufragios y sequías, los afrontaba y daba cobijo.
Siempre generoso, construyó un suelo rico labrándolo y enterrando en él
semillas que germinaron y han dado lugar a bosques que nos dan sombra
y oxígeno, fértiles cultivos que nos dan sus frutos, también algunas flores.
Hombres y mujeres de todo el mar y toda la tierra de la Salud mental
y de fuera de ella andamos ese suelo con él.
Solsticios y equinoccios de pensamiento y acción fundiéndose y alumbrando
de manera incesante, también en su último pasaje. Ya enfermo,
quiso estar trabajando con nosotros la Declaración de Atocha. Desde
la Sección de Psicoanálisis de la AEN que aún presidía comentaba que
el psicoanálisis, el psicoanalista, habrán de estar allí donde el sujeto o los
colectivos sociales le demanden. El psicoanálisis es patrimonio de la humanidad
y así ésta lo ha de entender, si los analistas consienten en ello y cumplen con
su legado y compromiso ético de desvelar la verdad que esconde el deber
y el sentido de los discursos sociales narcotizantes. Ésta es la apuesta
y el esfuerzo de trabajo de su Sección para estos tiempos. Una pérdida
en este camino por un modelo comunitario de Salud Mental; de un hombre
política, social y profesionalmente comprometido.

En su vario cielo, en su varia tierra, en su mar, siempre su familia.
Un abrazo para ellos y otro para vosotros
Descanse en paz.



ACTUALIZACIONES



Adicciones: conocimiento, atención integrada y acción preventiva

Autor: Iñaki Markez (Coord.)

Edita: Asociación Española de Neuropsiquiatría • 2015 • 560 pp.

ISBN: 978-84-95287-75-5

Hace un siglo existía una creciente preocupación de los médicos especialistas por la enfermedad mental, y por ello por el alcoholismo y las toxicomanías lo que favoreció la fundación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) en 1924 y de la Liga Española de Higiene Mental en 1926 que integraron entre sus objetivos la realización de actividades preventivas, asistenciales y de debate en el campo de los consumos excesivos de diversas sustancias, algo que duró hasta la guerra de 1936-39.

Pasaron varias décadas hasta que en el VII Congreso Nacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatría celebrado en Pamplona en 1962 tuviera una ponencia sobre “El alcoholismo en España” que situó el alcoholismo como uno de los problemas psiquiátricos y sociales más importantes en España. Una década más tarde, en el XI Congreso de la AEN celebrado en 1971 en Málaga se presentó la ponencia “Toxicomanías actuales”. Después en los congresos desde el año 2000 (Santiago, Oviedo, Bilbao, Cádiz, Tenerife) ha habido capítulos en diferentes ponencias. Hasta este texto presentado en el marco del XXVI Congreso de la AEN en Valencia.

Texto, elaborado por 33 profesionales de reconocido recorrido por sus intervenciones en el campo de las adicciones, presentado a lo largo de 30 capítulos en seis secciones (Conceptos y Contexto, Síntomas y Reconocimiento, Terapias e Investigación, Intervenciones y Prevención, Políticas e Institución, Conclusiones) pone de relieve cambios producidos en los conceptos y contextos, en la aparición de nuevas pautas de reconocimiento

del síntoma y en las respuestas asistenciales y preventivas, en los problemas derivados de las «epidemias» de unas u otras sustancias, de unos u otros modos de consumo.

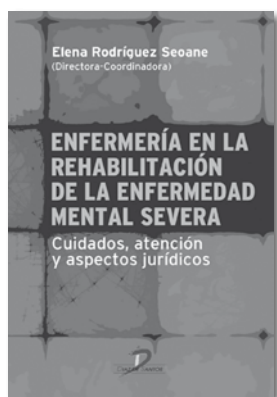
Tras comprobar que se han invertido grandes recursos, ofrecidos muchas oportunidades y tratamientos para quienes consumen, muchos de ellos en situación de exclusión social, en este contexto, hay un interés creciente por su recuperación y reinserción social. Además, a medida que envejece la población dependiente o por crecimiento de las consecuencias de la crisis social y económica, es probable que crezcan los sectores más vulnerables a problemas de salud. Conociendo mejor las políticas, la legislación y los modos de participación.

Este interesante libro ofrece conocimiento sobre los elementos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, y comprender la complejidad de las adicciones a fin de que, tanto a nivel personal como profesional, adquieran competencias que les permitan adoptar medidas de protección y promoción de la salud. Ofrece también perspectiva del fenómeno de las adicciones con amplitud de miras (antropológica, psicosocial, socioeducativa y estructural) que ayuda a desmitificar ideas preconcebidas sobre pautas y motivaciones del consumo. Nos da competencia para la intervención profesional y para obtener recursos de la salud mental que actúen en la clínica en procesos asistenciales, investigación, prevención y promoción de salud. Es más, ofrece conocimiento de programas e iniciativas novedosas que se están llevando a la práctica.



Estamos necesitados de más claridad en el discurso y en las medidas sobre las drogas. Y menos oscuridad prohibicionista. El discurso actual, y el del pasado, ha generado problemas, tiene grandes limitaciones por eso es necesario tener voluntad para cambiarlo y ofrecer también otras intervenciones diferentes a los tratamientos volcados en el fármaco, o las políticas y medidas centradas en el prohibicionismo, etc.

Tenemos un documento de la AEN que será referente en un área de intervención de tan elevada repercusión social y donde participan muchos profesionales. Si bien no se trata de responder a todos los interrogantes e insuficiencias, pues con frecuencia las respuestas o las soluciones no son únicas, sí se ofrece un buen recurso de aproximación y reflexión ante los fenómenos asociados a las adicciones.



Enfermería en la rehabilitación de la enfermedad mental severa. Cuidados, atención y aspectos jurídicos

Autora: Elena Rodríguez Seoane (Coord.)

Edita: Ediciones Díaz de Santos • Madrid, 2015 • Págs. 174

ISBN: 978-84-9969-903-5

Este libro, esencialmente, es un intento de aportar seguridad al profesional de Enfermería en su labor cotidiana en la atención de personas que padecen trastornos mentales severos, incidiendo principalmente en el “qué es” y en el “cómo se hace”, en la seguridad de que para acometer una buena rehabilitación ha de haber un diálogo fluido entre la investigación médica y las instituciones sanitarias y sociales, ya que continuamente hay novedades en la ciencia médica, en las relaciones sociales, en las estructuras laborales, en los valores y en la estructura familiar. Sitúa los recursos principales para el tratamiento de la enfermedad mental.

La enfermería de Salud mental es muy importante en el equipo profesional de SM y, como dicen en la presentación, imprescindible para una atención integral y de calidad en rehabilitación, más desde la concepción de la Salud Mental Comunitaria.

En la última década se han producido cambios de paradigma en la Enfermería, algo que facilita la cohesión en un equipo multidisciplinar, además

de ser un profesional con un rol y funciones donde permanece todo el día próximo al enfermo, como no lo hacen los otros miembros del equipo.

A reseñar la importancia que se da en el texto a los grupos (de terapia, apoyo, psicoeducativos, autocuidados, etc.). Un par de capítulos dedicados a los Recursos y dispositivos existentes o alcanzables... El detenimiento en la concepción de lo que significa la Rehabilitación en SM, con Planes y Programas explicitados...

Y una parte final centrada en los aspectos jurídicos (sobre la incapacitación, sobre lo que acontece en la familia, custodia,...) de lo que tanta ignorancia nos acompaña. Afortunadamente van surgiendo iniciativas que nos van formando. Recuerdo el taller sobre estas cuestiones que organizó OME hace año y medio orientado a Enfermería precisamente con Elena y Alfonso como docentes. Y ahora en este libro. Desde su sencillez será un documento que puede convertirse en buen recurso para quienes busquen orientaciones concretas para la práctica cotidiana.



À Ciel Ouvert

Documental *À Ciel Ouvert* de la realizadora Mariana Otero. 2014.

Distribuidora: Cameo. 110 min. Directora: Mariana Otero; Guión: Mariana Otero, Anne Paschetta; Música: Frédéric Fresson; Fotografía: Hélène Louvart, Mariana Otero; Reparto: Documentary; Productora: Coproduction Francia-Bélgica; Archipel 33 / Les Films du Fleuve / Radio Télévision Belge Francophone (RTBF). Género: Documental. Infancia. Enfermedad. Discapacidad.

Mariana Otero lleva haciendo cine desde hace veinticinco años. Cineasta interesada por temas sociales desde el inicio de su carrera como documentalista nos presenta en *A Cielo Abierto* una mirada que permite comprender la visión singular del mundo de los niños y niñas que se encuentran sumidos en graves dificultades psíquicas y sociales.

Realizar este documental no estuvo decidido desde la entrada. Mariana Otero tenía el deseo de realizarlo pero ella necesitó de un tiempo, tiempo para ver más allá de las apariencias y tiempo para comprender que es lo que se hace en Le Courtil. Sólo tras estos tiempos pudo concluir que podría ofrecerse al trabajo. Fueron meses conviviendo en el centro antes de decidirse a realizarlo.

En el documental *A cielo abierto* podemos ver una mirada abierta, sin prejuicios, una Mariana Otero que muestra en su film un claro ejemplo de cómo partiendo del no saber más absoluto, dejándose interrogar y abrirse a las preguntas, entra en Le Courtil con el respeto que se merecen los niños y los profesionales que allí trabajan, rodando una película arriesgada que da cuenta de muchas cosas:

- de cómo se dejan fuera los prejuicios de las etiquetas diagnósticas. Mariana Otero dice que se decidió por filmar en Le Courtil porque encontró algo sorprendente que allí, en Le Courtil, nunca

hablan de locura, ni de discapacidades, ni de autismo. No usan ninguna de esas palabras clasificatorias sino que se hacen preguntas sobre cada niño para intentar entender uno por uno. Para ellos cada niño es un enigma y su trabajo es entender y encontrar una solución apropiada para cada uno de ellos, porque a diferencia de nosotros que tenemos una lengua común, cada uno de los chicos tiene una lengua privada. En Le Courtil se dedican a descifrar y entender esta lengua caso por caso.

Esto la decidió a quedarse y realizar allí este documental sobre una pregunta que atravesó gran parte de su vida, pero que tardó en realizar porque, como ella misma dice, estimaba que para abordar un tema tan complejo, le era preciso tanto la experiencia humana como experiencia cinematográfica.

El documental deja a ver como Mariana Otero encuentra su lugar en la institución, lugar que permitirá, incluso cómo para una de las niñas que la cámara (que es Mariana) cobre función de sostén, unificando su imagen, dándole un soporte que le permite reinventarse.

La cámara, mirada abierta de Mariana Otero, se funden y se convierten en un instrumento puesto al servicio del trabajo cotidiano porque ella misma se reconstruye a través de su propio trabajo como documentalista en Le Courtil. Mirada donde cámara y cuerpo forman una unidad ofreciendo, una mirada que localiza, que da a



ver para entender, que no se vuelve una amenaza. Mariana Otero crea una manera de hacer de la cámara un apéndice de su propio cuerpo que puede poner a disposición del trabajo.

- En el este documental se pone en escena las maneras de estar en el mundo de cada uno de estos chicos y chicas, y las maneras de construirse un cuerpo, de situarse en el tiempo, en el espacio, porque como nos dan a ver todo esto no está de entrada para el ser humano.
- Nos da a ver también la importancia que tiene para estos niños salir de un discurso que está todo el tiempo demandando “hay que aprender, hay que ser de otra manera” para poder encontrar sus propias invenciones que les sostengan en la vida.
- Mariana Otero nos ofrece una mirada que busca comprender, que escucha, que se interroga, que va y vuelve para capturar esa lógica particular de cada niño. Cámara que se introduce en las reuniones de equipo, en las supervisiones, en las entrevistas, buscando el lugar propio de cada niño.

Reuniones en las que de lo que se trata es de comprender aquello que el niño está pudiendo encontrar por el mismo, o que lleva al taller, cuál es su relación con aquello que le resulta insostenible y cómo trata de fabricar soluciones frente ello, tomando desde ahí las decisiones de intervención con los chicos. Así nos da a ver cómo en Le Courtil uno de los fundamentos de la práctica es no anticipar lo que sería bueno para el niño, se trata más bien de buscar el mejor acuerdo posible entre los ideales que puede encontrar en el mundo y su particularidad.

- En este documental Mariana Otero comparte con nosotros una experiencia que nos permite entender algo sobre como ven el mundo los niños de Courtil y de los efectos terapéuticos que la orientación lacaniana tiene en sus subjetividades. Orientación que permite no taponar a los niños, sino permitirles ser y con ello

aprender a saber cuál es su funcionamiento y cómo ayudarlos a encontrar sus límites, sus formas de habitar este mundo de los humanos del que formamos parte, sin exclusiones, sin segregaciones.

- Quisiera resaltar el ritmo del documental, cuando empieza parece que no entiendes nada, y poco a poco te lleva a darte cuenta de porqué cada niño actúa de una determinada manera, no son caprichosos, negativistas, ni tampoco retrasados, tienen una lógica particular y, es desde la escucha de esta lógica de su funcionamiento que se pueden idear estrategias de intervención que les ayuden a pacificarse, a insertarse en la condición humana. No se trata de reeducarlos, ni de adaptarlos. Vemos como un niño gira y gira, entra en una hiperactividad sin freno, en un demasiado, como se dice en el documental, algo que empieza siendo un juego placentero y que se le vuelve un displacer, cómo se trata de que escuchándolo se pueda encontrar una manera en la que él encuentre cómo parar y volver a reencontrar el placer de jugar. Haciendo unas preguntas en la canción.

A cielo abierto nos hace vivir nuevas maneras de ver y comprender el mundo y al ser humano a través de la mirada que Mariana Otero pudo construir conviviendo con unos niños que son escuchados desde una orientación psicoanalítica que les da un lugar como sujetos de pleno derecho.

Lo que nos ha entregado en este documental es su experiencia particular, ver el mundo a través de los ojos de los otros.

María Verdejo Nuño



Violencia en las relaciones íntimas. Una perspectiva clínica

Autor: José Navarro Góngora

Edita: Herder Editorial • 422 páginas

ISBN: 978-84-254-3411-2

Una perspectiva clínica, del profesor José Navarro Góngora en el que se aborda la violencia en las relaciones de pareja y entre hijos y padres, desde el punto de vista de la salud mental.

Basándose en datos de investigación y en la experiencia clínica, el profesor José Navarro Góngora ofrece una guía sobre dos aspectos fundamentales: la experiencia de la violencia por parte de las víctimas y los victimarios, y cómo se interviene desde un punto de vista clínico.

¿Qué significa para las víctimas vivir el día a día de la violencia? ¿Qué es lo que sabemos de los victimarios y cómo se construye la personalidad del agresor? Poder responder a estas preguntas ayuda al profesional a adoptar actitudes más realistas y empáticas a la hora de intervenir.

La experiencia de maltrato, la violencia psicológica o emocional, la atención a las víctimas de esta violencia emocional son aspectos abordados en profundidad (la intervención en crisis, el tratamiento del estrés postraumático, el control,

la peligrosidad, la seguridad familiar...) como también aquellas cuestiones directamente relacionadas sobre el tratamiento con las personas violentas, las habilidades precisas, protocolos de actuación, o la eficacia de los tratamientos, en adultos o con adolescentes violentos. La propuesta de intervención se presenta en forma de protocolos, sobre qué hacer y cómo, dando respuesta a aquellos problemas de mayor relevancia clínica de víctimas y agresores. A la visión centrada en el individuo se añade la sistémica, que incorpora el papel de la red social (familiares, amigos, policía y judicatura), presentando la cuestión de la violencia como un problema en el que la sociedad juega su papel, pero de la que también es su solución.



Distribución de libros

Una nueva oferta para socios y socias de la AEN para la venta de sus libros a través de la web.

Cualquier socio interesado que quiera vender sus libros, puede consultar las condiciones en un módulo con esa información la pantalla de inicio de www.tienda-aen.es

Esperemos que sea un nuevo motivo de valor añadido, y que contribuya a la mejor imagen profesional y humana de nuestra asociación.

Agenda

- 13 al 17 de julio • Santander
Seminario Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Palacio de la Magdalena
“El sujeto como causa y consecuencia de la comunicación:
lenguajes de las relaciones interpersonales”.
<http://www.uco.es/informacion/webs/fundacioncastilla/documentos/archivos/seminarios-uimp/2015/uimp-prog-2015.pdf>

- 29 de agosto al 1 de septiembre • Amsterdam, Holanda
28º ECNP Congress • <http://www.ecnp.eu/>

- 2 al 5 septiembre • Rovinj, Croacia
19 Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo, IAGP • www.iagpcongress.org

- 18 de septiembre • Gran Canaria
XVIII Jornadas de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental:
“Algunas cuestiones a resolver”.
<http://aen.es/wp-content/uploads/2015/05/programa-xviii-jornadas-acn.pdf>

- 17 de octubre • Londres
Congreso de la Red Atenea en colaboración con la Asociación Mundial de Psiquiatría.
Sede de la SOAS University of London, Bloomsbury, Londres • <http://www.soas.ac.uk/>

- 22, 23 y 24 de octubre • Almería
30ª Jornadas de la Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental /AEN:
La Salud mental en el siglo XXI: renovarse o morir • <http://congreso-aapsm-aen.com>

- 23 al 25 de octubre • Pontevedra (Hotel Galicia Palace)
XXX Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama (AEP):
“Psicodrama y conciencia” • psicodramayconciencia@gmail.com

- 13 de noviembre • Zaragoza
IX Jornadas de la Sociedad Aragonesa de Salud Mental, SASM-AEN.
“Psicosis: una aproximación dinámica”.
II Premio Ángel Garma al mejor trabajo de psicoanálisis. SASM-AEN, Zaragoza.
<http://aen.es/blog/2015/04/22/ii-premio-angel-garma-al-mejor-trabajo-de-psicoanalisis/premioangelgarma@yahoo.es>

- 19,20 y 21 noviembre • Donostia/San Sebastián
X Jornadas de la AEN de la sección de Historia de la Psiquiatría y Psicología.
In memoriam Luis Martín-Santos • <http://ome-aen.org/jornadas-historia/>

- 26 al 28 de noviembre • Madrid
XX Curso Anual de Esquizofrenia: “Imaginación, regresión y recuperación en las psicosis”.
Hotel Meliá Castilla, Madrid • <http://aen.es/blog/2015/04/23/xx-curso-anual-de-esquizofrenia/>

Normas de publicación

La revista *NORTE de salud mental* considerará la eventual publicación de los trabajos que reciba sobre temas relacionados con la salud mental y disciplinas afines, así como relativos a las propias Asociaciones que participen en ella.

En general, no se aceptarán manuscritos que ya hayan sido publicados en otra revista. En casos excepcionales podrá hacerse, siempre y cuando se cuente con la autorización expresa del Editor de la publicación donde apareció con anterioridad el trabajo. Las normas generales se ajustarán a los “Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas” (Normas de Vancouver).

Todo original recibido será valorado por el Comité Editorial, quien decidirá sobre su publicación, pudiendo proponer a los autores modificaciones que puedan considerarse oportunas para la mejor claridad del texto o adecuación a la revista. Cualquier modificación propuesta necesitará del visto bueno de los autores, previa a su publicación.

Los contenidos u opiniones vertidos en los trabajos son responsabilidad exclusiva de sus autores, no asumiéndolos como propios el Consejo de Redacción. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de Norte de salud mental y su reimpresión posterior precisará de su autorización previa.

Requisitos de los trabajos a publicar

Se enviarán al Consejo Editorial de *NORTE de salud mental*: info@revistanorte.es

Primera página. Incluirá, por orden, los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

Segunda página. Figurarán por este orden: título del trabajo, resumen del mismo y palabras clave, en castellano e inglés. Habrá de 3 a 8 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los artículos Originales de investigación deberán constar de introducción, material y métodos, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 20 páginas incluidas hasta 6 figuras o tablas. Las Notas clínicas no superarán las 6 páginas y 4 figuras o tablas. Las Revisiones podrán contener un máximo de 15 páginas.

Referencias bibliográficas. Se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado (superíndice). La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas con los documentos originales y especificar claramente las páginas, inicial y final, de la cita (ver ejemplos). No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una “comunicación personal”.

Las tablas y gráficos se enviarán en documento adjunto, numerados consecutivamente, con el título en la parte superior y notas aclaratorias al pie, cuidando que su observación permita comprender su significado sin recurrir al texto.

Ejemplo de citas bibliográficas (de “Normas de Vancouver”).

Artículos de revistas

• Artículo normal

Se mencionan hasta los seis primeros autores y se agrega la expresión “et al.” si son más.

Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de coherencias, esta opción se utiliza en todos los ejemplos siguientes).

- Autor institucional

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-4.

- Sin nombre del Autor

Cancer in South Africa (Editorial), *S Afr Med J* 1994; 84: 15.

Libros y otras monografías

- Indicación de autores personales

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*, 2ª ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- Indicadores de directores de edición o compiladores como autores

Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

- Indicación de una organización como autor editor

Institute of Medicine (US). *Looking at the future of the Medicaid program*. Washington (DC): The Institute; 1992.

- Capítulo de un libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh Jh, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management*. 2ª ed. New York: Raven Press; 1995 p. 465-78.

- Actas de congresos

Kimura J, Shibasaki H, editores. *Recent advances in clinical neurophysiology*. Resúmenes del 10º International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

- Original presentado en un congreso

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical in-

formatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TF, Rienhoff O, editores.

MEDINFO 92. *Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics*; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561- 5.

- Tesis doctoral

Kaplan SJ. *Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization*. St Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Otros trabajos publicados

- Artículo de periódico

Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

- Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future (videocasette). ST. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

- Diccionario y obra de consulta semejantes:

Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

Trabajos inéditos

- En prensa

Leshner AL. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. En prensa 1997.

Material electrónico

- Artículo de revista en formato electrónico:

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1 (1): (24 pantallas). Accesible en:

URL: www.cdc.govncidod/EID/eid.html

Solicitud de Ingreso

Para ser miembro de una asociación autonómica, se solicita al tiempo la incorporación a la AEN/PSM. La ratificación de la solicitud se realizará en la primera Asamblea de Socios y Socias tras su recepción.

La cuota anual será de 100 euros. Profesionales en formación, jubilados y no-facultativos (enfermería, trabaj. sociales, terapeutas, educadores sociales,...) será del 50%. Da derecho a la recepción gratuita de la Revista de la AEN y la revista *NORTE de salud mental*, libros, Cuadernos Técnicos y otras publicaciones de la AEN, descuentos en Jornadas, Congresos y otras actividades formativas, además de todos los otros derechos que corresponden a los socios y socias de las Asociaciones en sus respectivas Autonomías.

Envíe el formulario a:

Asociación Española Neuropsiquiatría. Magallanes, 1 sótano 2. 28015 Madrid.

Tel.: 636 725 599 / Fax: 91 847 31 82 • Correo-e: aen@aen.es

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA/PROFESIONALES DE SALUD MENTAL (AEN) y en la respectiva Asociación de su Autonomía.

D./Dña profesional de la Salud Mental,

con título de

Centro de trabajo

y domicilio en Población

C.P. Provincia Teléfono Correo electrónico

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Autonómica para lo cual es propuesto por los miembros:

D./Dña.

D./Dña.

Fecha / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción a las Revistas está incluida en la cuota de asociado o asociada.

Nombre Dirección

Banco/Caja de ahorros Sucursal

IBAN/Cuenta nº Población

Ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría/Profesionales de Salud Mental.

En el de 20 Firma:

Revista de:



ASOCIACIÓN DE
SALUD MENTAL
Y PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental

Asociación Castellano Manchega
de Neuropsiquiatría
y Salud Mental

Associació Valenciana
de Neuropsiquiatría
(AEN-PV)

Asociación Extremeña
de Neuropsiquiatría
(AExN)

