

INTRODUCCIÓN: SALUD MENTAL

UNIVERSIDAD DE MURCIA – AIEMUM-IFMSA MURCIA – 20 OCTUBRE 2016

PONENTE – TOMÁS GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

¿PERO QUÉ OCURRE CON LA SALUD MENTAL?

No se oye en los medios, no la mencionan los políticos, durante la universidad tiene el valor de una “maría”. Parece que la salud mental sea cosa de “locos”, y los “locos” no interesan a nadie ¿o quizás sí?

En la psiquiatría más extendida parece que haya un libro sagrado por encima de todas las cosas, el DSM (manual diagnóstico y estadístico) de la American Psychiatric Association (APA). Tanto la asociación como los contenidos y fuentes del libro, en su mayoría autorreferenciales a ediciones anteriores, han sido acusados de graves conflictos de intereses con la industria farmacéutica (1). Un 70% de los autores del DSM V, sin ir más lejos. En 1976 el presupuesto de la APA era de 294.842 dólares; en el año 2008, de 65, 3 millones (la actividad más lucrativa para la APA era la organización de las reuniones científicas, con unos ingresos que pasaron de 1 millón de dólares en 1980 a 16,9 millones en el año 2004). Congresos, puestos, publicaciones... quizás si hay quien se interesa, y beneficia, de los “locos” (2).

BASTA DEL “OTRO” LOCO

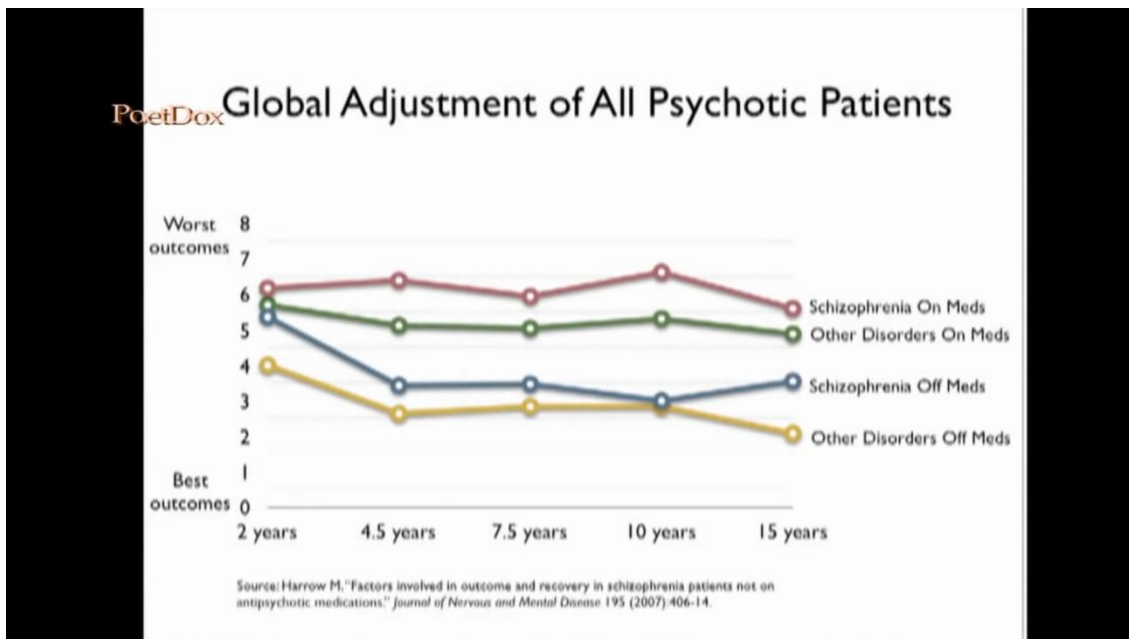
No debería haber un “ellos” y un “nosotros”, hay personas con trastornos y malestar psicológico. Seres humanos con derechos, y deberes. Ciudadanos, vecinos, e iguales.

La ONU creó una convención vinculante en 2006, la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad (CDPD), en ella se contempla los pacientes de salud mental. Resulta muy interesante el por qué se consideran como discapacitados, el comité de la CDPD ha definido que cualquier persona que sufra o haya sufrido problemas de salud mental puede ser considerada discapacitada al tener limitaciones debidas a las barreras que pone la sociedad (estigma) a largo plazo. España ratificó la CDPD en 2008 y la UE lo hizo en 2009, por tanto son leyes de rango superior en el Estado, pero las costumbres, las normas y las legislaciones locales no han cambiado demasiado (3). Los derechos no quedan garantizados, es más, las prácticas del ingreso involuntario, tratamiento involuntario y otras praxis y abordajes coercitivos pueden violar o vulneran estos derechos así como derechos humanos y constitucionales (3)(4). Debemos ser conscientes de las implicaciones de estas prácticas, así como de las alternativas disponibles (5)(6).

La psiquiatría actual adolece de duras críticas de sobretreatmento, sobrediagnóstico, medicalización irracional y generalizada de la población, estigmatización del malestar mental. Violaciones de la autonomía e integridad personal mediante condenas irrefutables y a veces no negociables a tratamientos con más riesgos que beneficios, algunos con productos que provocan muerte precoz e intoxican.

¿POR QUÉ SI ESTO ES VERDAD, NO SE HABLA DE ELLO SALVO EN DETERMINADOS CÍRCULOS, NORMALMENTE DE PROFESIONALES Y AFECTADOS?

Robert Whitaker, periodista de investigación, comenta en su libro “Anatomía de una epidemia” que las enfermedades mentales no dejan de incrementar su prevalencia pese a los supuestos grandes avances en terapéutica, diagnóstico y nosología (7)(8). Esta incongruencia incluye afirmaciones de estudios en los que el paciente con esquizofrenia no tratado con fármacos resulta con mejor pronóstico que aquel bajo tratamiento antipsicótico para trastornos psicóticos menores (8)(9).



(8)

¿CÓMO ES POSIBLE QUE EXISTA ESTE SIN SENTIDO Y SEA JUSTO LO QUE SE NOS EXPLICA EN LA MAYORÍA DE UNIVERSIDADES COMO VERDADES CIENTÍFICAS INDUDABLES?

En Extremadura la Consejería de Sanidad tuvo que lanzar una campaña para reducir el uso de antidepresivos, ansiolíticos- y antibióticos – debido a las elevadas cifras de consumo sobre todo en situaciones donde no están indicados con el eslogan “*es la vida, no una enfermedad, no medicalices cualquier situación*”(11).

Se nos explican los trastornos mentales según un desbalance neurobioquímico cerebral. Algo discutido ya desde los 60 (12). En 1974 se afirmaba “La revisión de la literatura señala claramente que la depleción de los niveles de norepinefrina, dopamina o serotonina en el cerebro no son causa suficiente para el desarrollo de un síndrome depresivo” (14). Y sobre el que en 1984 ya evidenciaban “La elevación o la disminución de los niveles de serotonina per se no están asociados a la depresión” (14). Desbalance cuya demostración ha sido refutada, pero no rechaza, pasando a considerarse de forma generalizada como una verdad no demostrada o por demostrar (2)(13)(14)(15)(16). Sin embargo es la idea que se ha imbuido en el pensamiento colectivo, mediante los medios, las campañas gubernamentales sanitarias, las declaraciones “profesionales” y en general, la (des)información (19)(20)(21)(22)(23). Del mismo modo la influencia de la genética en la vulnerabilidad ante esquizofrenia, paradigma de la relación genética-trastorno mental, no ha resultado ser significativa después de inversiones millonarias sin resultados prometedores (24). De 108 loci del genoma humano asociados, cada uno supone un incremento de la incidencia en un 0,1% con un máximo de 3,4% en modelos estadísticos (25). Dado el bajo índice de costo-efectividad parece interesante preguntarse por qué se insiste en continuar estas líneas de investigación contra toda evidencia, dejando i+D y otras posibles perspectivas de lado. Una insistencia que parece más basada en el interés que el avance.

¿DESDE CUÁNDO SE BASA TODO EL CONOCIMIENTO MÉDICO APLICADO A NUESTROS PACIENTES EN HIPÓTESIS SIN DEMOSTRACIÓN VÁLIDA?

El libro de Whitaker trata sobre todo la tremenda iatrogenia de los psicofármacos, acusando a industrias de manipular estudios, esconder otros y anteponer los intereses comerciales a la seguridad del producto (1)(8).

¿POR QUÉ SE NOS ENSEÑAN A LOS ALUMNOS TRATAMIENTOS CRITICADOS COMO TÓXICOS Y NOCIVOS PARA LOS PACIENTES, MUCHOS DE ELLOS CON ESCASO O NULO BENEFICIO TAL Y COMO SE USAN?

Hemos aprendido que los psicofármacos curan enfermedades determinadas, un modelo basado en la enfermedad sustentado en una hipótesis dudosa que conduce a medicalización, estigmatización, expropiación de la salud, nocebo, sesgo investigador... (26).

Para finalizar y ya puestos a crear polémica, una lista de hipótesis no demostradas, cortesía de Joanna Moncrieff (18):

- El déficit de serotonina en la depresión.
- El exceso de dopamina en la esquizofrenia.
- La necesidad ineludible del tratamiento farmacológico precoz para evitar deterioro en la psicosis.
- La existencia de deterioro neurológico con cada recaída sucesiva en la psicosis.
- La existencia de deterioro neurológico en los trastornos afectivos si no se tratan farmacológicamente.
- La ausencia de síndrome de abstinencia provocado por psicofármacos como neurolépticos, antidepresivos o eutimizantes.
- La ausencia de efectos secundarios a largo plazo de fármacos indicados para tratamientos indefinidos como neurolépticos, eutimizantes o estimulantes en niños.

A TENER EN CUENTA

Debemos entender que no estamos diciendo que todos los psiquiatras sean médicos malvados controlados por la industria que buscan el lucro privado. No. Eso sí, el conflicto de intereses (y negocio) entre industria, profesionales, sociedades, asociaciones de pacientes, cargos públicos... ha sido denunciado, ha sido publicado en revistas científicas, ha sido informado por periodistas de investigación, es indudable. Pero aquí **estamos hablando de un problema más profundo**, instaurado en la base del **conocimiento y formación** en psiquiatría. La necesidad de estudiar el conjunto de efectos de los psicofármacos, de seguir un modelo biopsicosocial, de volver al sujeto activo en la resolución de problemas, y respetar la autonomía del paciente y el proceso del consentimiento informado. Esto lo provee entender el psicofármaco según un modelo basado en el fármaco, que sustituya al hegemónico modelo basado en la enfermedad. Entender la práctica psicofarmacológica como una intervención más limitada, no como la base del tratamiento psiquiátrico, su uso estaría **al servicio de otras intervenciones o mientras el paciente lo necesite en función de su propio proceso de recuperación** (26).

De este modo Whitaker hace un llamamiento a evitar el uso inmediato de antipsicóticos en primer episodio para identificar así qué subgrupos con cuidados psicosociales se sobreponen al brote sin fármacos, sin alterar la bioquímica cerebral, y a las 3-4 semanas a quienes no hayan mejorado darles el fármaco y realizar un seguimiento para ver si una vez estabilizado podría dejarlos con éxito, minimizando así el uso prolongado. Así es como se practica en Finlandia, en la terapia de diálogo abierto desde 1992 (27), quienes tienen los mejores resultados conocidos (8).

Debemos tener en cuenta que en psiquiatría existen condiciones en las que los pacientes deben tomar medicaciones de forma continuada por lo disruptivo de sus experiencias, en ocasiones sin el acuerdo del paciente, pero debemos ser honestos y admitir que no estamos curando, sino controlando riesgos sociales de forma más o menos coercitiva; así la necesidad de tratamiento prolongado está relacionado con la calidad y cantidad de las intervenciones psicosociales en los servicios disponibles (26). En cuestión de autonomía y dignidad, Valverde e Inchauspe afirman “el trastorno mental nunca es global y permanente, por lo que extrapolarlo a las capacidades inherentes de la persona es un error” (4).

Pese a todo **no se trata de estar en contra de los fármacos**, sino de saber qué es lo que se está haciendo y sólo usarlos en situaciones donde hagan más beneficio que daño, de nuevo “*primum non nocere*”. Antes de asegurar que alguien tiene que tomar un tratamiento psicoactivo de por vida, será necesario plantearse bien qué va a hacer ése fármaco en su sistema nervioso central, que beneficios esperamos y qué riesgos asumimos. Y, por supuesto, qué opina el paciente de todo ello. La cuestión no es necesariamente “blanco o negro”, “tratamiento sí o “tratamiento no”, sino cuántos psicofármacos diferentes, qué rango de dosis, cuánto tiempo... (18).

Esta visión “trata de cuestionar el *status quo* actual y poner de manifiesto la naturaleza de constructo social de la teoría y práctica psiquiátrica, puede crear espacios en los que las voces excluidas puedan ser escuchadas. No hay que reemplazar la autoridad psiquiátrica por otra sino debilitar la noción de autoridad en el campo de la salud mental” (28)(29).

El médico Juan Gervas suele decir: “ante la incertidumbre **ciencia con conciencia, ética y coraje**. Coraje para defender al paciente por encima de ciencia falseada, incentivos industriales y presiones externas e internas.”

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Vispe, A y Valdecasas J. ¿En qué aspectos se manifiesta la relación de la industria farmacéutica con la psiquiatría y sus profesionales? Post-Psiquiatría [Blog Web]. 21-05-2015 [Consulta 06-11-2015] < <http://postpsiquiatria.blogspot.com.es/2015/05/en-que-aspectos-se-manifiesta-la.html> >
- (2) No Gracias Murcia. La construcción de un mito: el desbalance neurobioquímico en las enfermedades mentales. [Online] 24-08-15 [Consulta: 15-10-16] <<http://www.nogracias.eu/2015/08/24/la-construccion-de-un-mito-el-desbalance-neurobioquimico-en-las-enfermedades-mentales/>>
- (3) Ibañez, V. Capítulo 14: La perspectiva de los derechos humanos en salud mental. En Ortiz ,A. Hacia una psiquiatría crítica. Excesos y alternativas en salud mental. 1º Ed. Madrid: Grupo 5; 2013. p. 257-275. ISBN: 978-84-941428-0-2.
- (4) Vispe, A y Valdecasas J. ¿Hay lugar para el consentimiento informado en los tratamientos de las personas con psicosis? Una reflexión sobre el tratamiento de las psicosis (Miguel A. Valverde y José A. Inchauspe). Post-Psiquiatría [Blog Web]. 26-06-2014 [Consulta 06-11-2015] <<http://postpsiquiatria.blogspot.com.es/2014/06/hay-lugar-para-el-consentimiento.html> >
- (5) Sampietro H, Ruiz R, Eiroa-Orosa F, Carralero A, Muñoz E. ¿Es posible cuidar sin contención mecánica? Alternativas al uso de la contención mecánica en las unidades de hospitalización psiquiátrica. En XXXIII Congreso Nacional de enfermería de Salud mental (ANESM). Cádiz. 16/18-03-16. Visto en [Online] 03-03-16 [Consulta 15-10-16] <https://primeravocal.org/es-posible-cuidar-sin-contencion-mecanica-al-uso-de-la-contencion-mecanica-en-las-unidades-de-hospitalizacion-psiquiatrica/>
- (6) Ortiz, A. Capítulo 3: Aspectos coercitivos de la psiquiatría. En Ortiz, A. Hacia una psiquiatría crítica. Excesos y alternativas en salud mental. 1º Ed. Madrid: Grupo 5; 2013. p. 51-66. ISBN: 978-84-941428-0-2.
- (7) No Gracias Murcia. Atajar el malestar sin vestirlo de diagnóstico. [Online] 17-02-16 [Consulta: 15-10-16] <<http://www.nogracias.eu/2016/02/17/atajar-el-malestar-sin-vestirlo-de-diagnostico/>>
- (8) Whitaker, R. Anatomía de una epidemia. Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales. Madrid: Capitán Swing; 2011.
- (9) Harrow, M. Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medication. Journal of Nervous and Mental Disease 195 (2007); 406-14.

- (10) Whitaker, R. Robert Whitaker - Epidemia Psiquiátrica Global. [Online] 04-11-13 [Consulta: 15-10-16] <https://www.youtube.com/watch?v=y-cp4UccZil&list=PLp9cM3NpNOF_MNA3fkNANZQfx04MYdBI&index=7>
- (11) Barrena, I. El SES quiere reducir el uso de fármacos en la vida cotidiana. [Online] En Extremadura 7 días. 11-06-14 [Consulta: 15-10-16] <<http://www.extremadura7dias.com/noticia/el-ses-quiere-reducir-el-uso-de-farmacos-en-la-vida-cotidiana>>
- (12) Vispe, A y Valdecasas J. Serotonina y depresión: el marketing de un mito. Post-Psiquiatría [Blog Web]. 06-09-2015 [Consulta 06-11-2015] <<http://postpsiquiatria.blogspot.com.es/2015/09/serotonina-y-depresion-el-marketing-de.html>>
- (13) Mendels J, Frazer A. Brain Biogenic Amine Depletion and Mood. Arch Gen Psychiatry. 1974; 30(4): 447-451.
- (14) Mass JW, Koslow SH et al. Pretreatment neurotransmitter metabolite levels and response to tricyclic antidepressant drugs. Am J Psychiatry. 1984 Oct; 141 (10):1159-71.
- (15) Moncrieff, J., The Myth of the Chemical Cure, Palgrave, Macmillan, 2008.
- (16) Healy, D., The Creation of Psychopharmacology, Cambridge MA, Harvard University Press, 2002.
- (17) Lacasse JR; Leo J. Serotonin and Depression: A Disconnect between the Advertisements and the Scientific Literature. PLoS Med., 2005, 2 (12): e392.
- (18) Vispe, A y Valdecasas J. Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos (Joanna Mociereff). Post-Psiquiatría [Blog Web]. 26-02-2014 [Consulta 06-11-2015] <<http://postpsiquiatria.blogspot.com.es/2014/02/hablando-claro-una-introduccion-los.html>>
- (19) Pescosolido BA, Martin JK, et al. "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. AM J Psychiatry, 2010 November: 167 (11): 1321-1330.
- (20) Ortiz, A. Capítulo 4: El tratamiento de las personas sanas. En Ortiz ,A. Hacia una psiquiatría crítica. Excesos y alternativas en salud mental. 1º Ed. Madrid: Grupo 5; 2013. p. 67-83. ISBN: 978-84-941428-0-2.
- (21) Pereira Miragaia J, Acosta Artiles F et al. Imagen social de la enfermedad mental: enfermedad mental y estigma. En Anseán A, director y coordinador. Manual de Gestión Clínica y Sanitaria en Salud Mental. 1ª ed. Barcelona: Edicomplet; 2012. p. 191-202.
- (22) Pereira Miragaia J, Acosta Artiles F et al. Psiquiatrización de la vida cotidiana. Disease Mongering en salud mental. En Anseán A, director y coordinador. Manual de Gestión Clínica y Sanitaria en Salud Mental. 1ª ed. Barcelona: Edicomplet; 2012. p. 223-242.
- (23) Pereira Miragaia J, Acosta Artiles F et al. Salud mental y medios de comunicación. En Anseán A, director y coordinador. Manual de Gestión Clínica y Sanitaria en Salud Mental. 1ª ed. Barcelona: Edicomplet; 2012. p. 203-212.
- (24) Moncrieff, J. A critique of genetic research on schizophrenia – expensive castles in the air. [Online] 01-09-14 [Consulta: 15-10-16] <<https://joannamoncrieff.com/2014/09/01/a-critique-of-genetic-research-on-schizophrenia-expensive-castles-in-the-air/>>
- (25) Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. Nature 2014 Jul 24;511(7510):421-7.
- (26) Muzquiz, A y de la Mata, I. Modelos explicativos de la acción de los psicofármacos y sus implicaciones en la práctica psiquiátrica. En: Desviat, M y Moreno A. Acciones de salud mental en la comunidad. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012. p. 255-271. Visto en Postpsiquiatría [Blog Web]. 28-07-12 [Consulta 06-11-2015] <<http://postpsiquiatria.blogspot.com.es/2012/07/modelos-explicativos-de-la-accion-de.html>>
- (27) Seikkula, I. Five year experience of first episode non-affective psychosis in open-dialogue approach. Psychotherapy Research 16 (2996) 214-28.

- (28) Ibañez, V. Capítulo 13: Alternativas y modelos asistenciales desmedicalizadores. En Ortiz, A. *Hacia una psiquiatría crítica. Excesos y alternativas en salud mental*. 1º Ed. Madrid: Grupo 5; 2013. p. 241-256. ISBN: 978-84-941428-0-2.
- (29) Bracken, P., Thomas, P. (2001). Postpsychiatry: a new direction for mental health. *BMJ*, 322: 724-727.