

Artículo

MIGUEL A. VALVERDE

Un dilema bioético a propósito de los antipsicóticos

► **Miguel A. Valverde.** Psicólogo Clínico. Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital de Navarra UHP-II, Pamplona.

Resumen

Dado que la práctica clínica actual de la psiquiatría con los pacientes psicóticos se realiza sin contar con su colaboración, sin informar del tratamiento farmacológico y sus efectos y sus posibles alternativas, y utiliza la coerción para hacer que permanezcan en tratamiento durante años, es comprensible que cuando se encuentran efectos indeseados graves de los antipsicóticos no se informe de los mismos a los pacientes y sus familias.

En un dilema así se ha encontrado la investigadora Nancy Andreasen al objetivar efectos graves de los fármacos y, como en la corriente clínica habitual, decidió no informar de sus resultados.

En el escrito se reflexiona sobre ese dilema y las cuestiones que se imbrican en el mismo.

Palabras clave

Práctica psiquiátrica; Antipsicóticos; Daño cerebral; Dilema ético; Ocultar efectos indeseados.

Abstract

Since current clinical practice of psychiatry with psychotic patients is done without their cooperation, without informing the pharmacological treatment and its effects and possible alternatives, and uses coercion to remain in treatment for years, it is understandable that when they are serious unwanted effects of antipsychotics these don't be informed to the patients and their families.

To such dilemma has faced researcher Nancy Andreasen, objectifying severe effects of the drugs, and as in the current routine clinical she decided not to report their results.

The article reflects on this dilemma and the issues that are interwoven in it.

Key words

Psychiatric practice; Antipsychotics; Brain damage; Ethics dilemma; Hide unwanted effects.

En la entrevista publicada en el New York Times (16 de Septiembre del 2008) la Dra. Andreasen, conocida por investigar la esquizofrenia y haber dirigido el *American Journal of Psychiatry*, habló de su estudio con neuroimagen de un grupo de esquizofrénicos, cuya evolución observó durante años, parte de ellos desde su debut psicótico.

El objeto de este artículo es analizar las cuestiones éticas que plantean sus hallazgos. En primer lugar, se recoge lo mostrado en la entrevista, después el valor de su investigación, y por último se analizan el consecuente dilema ético y su contexto. La posición que se deduce de la citada entrevista es similar a la práctica psiquiátrica dominante en buena parte del mundo civilizado. Este artículo reflexiona acerca de la clínica psiquiátrica actual a partir del dilema que Andreasen plantea.

► 1. La entrevista

Andreasen ha encontrado que los pacientes esquizofrénicos pierden de forma continuada masa cerebral. Lo atribuye a la medicación antipsicótica que toman. Algunos pacientes pierden un 1% de tejido cerebral cada año, y afirma que a mayor dosis hay más pérdida, siendo ésta aún mayor si combinaban más de un antipsicótico, lo cual "es mucho en un período de 18 años".

Esta autora afirmó que no publicó los datos que tenía desde hace dos años, aunque habló de ellos en encuentros con otros expertos, porque "quería estar absolutamente

segura de que eran verdad. Mi mayor temor es que las personas que necesitan esas drogas dejen de tomarlas". Este es su dilema ético.

Refiere varios aspectos del trabajo clínico con esquizofrénicos:

a) En el tratamiento en régimen de internamiento, afirma, se deciden altas apresuradas debido a los requerimientos de las aseguradoras. Tal presión exige que el paciente sea remodelado y dado de alta rápidamente. Describe una actitud clínica que no se centra en el paciente sino en quién financia el tratamiento.

b) Opina que, debido a los efectos hallados en los antipsicóticos, el tratamiento debe efectuarse en monoterapia y en dosis bajas.

c) Cree que hay que usar terapias no biológicas, aunque piensa que hay que encontrar nuevos fármacos con nuevas dianas en el cerebro. No parece confiar en las terapias psicológicas y cree que el objetivo sigue siendo alterar el cerebro, lo que hoy día equivale a administrar psicofármacos.

► 2. La investigación

Realza la importancia del hallazgo, primero sugiriendo una forma diferente de medicar; segundo, anticipando que de conocerse lo que ella sabe habría quien no querría tomar la medicación y, tercero, no mostrando sus datos a la comunidad científica, a la opinión pública y a los propios

pacientes.

El conocimiento de que los antipsicóticos causan daño cerebral no es nuevo (Hassner Sharav, 2000) y tampoco es nuevo que reducen la masa cerebral. Buena parte de los investigadores que lo han referido lo han visto como un efecto catastrófico. La Dra. Moncrieff (Moncrieff, 2009a, cap. 7), en su revisión sobre antipsicóticos y neuroimagen, refiere ese efecto. En el estudio realizado en la Universidad de Pittsburg (Dorph-Petersen et al, 2005), en el que se administró haldol u olanzapina a grupos de monos en una dosis equivalente a la humana durante 27 semanas, se apreció una pérdida de tejido cerebral que se acercaba al 20 %. Por este y otros efectos, algunos científicos han desaconsejado la prescripción actual de esas drogas, y otros su uso (Breggin 2007, Jackson 2004, Scott 2006, Read 2006).

El valor de este estudio se debe a que contó con una muestra mayor, que empezó con más de quinientos sujetos, de los que conservaba algo más de trescientos, y una observación a lo largo de dieciocho años.

El hallazgo es importante en varios sentidos:

a) Los antipsicóticos dañan severamente a los pacientes. Si el tratamiento es a largo plazo -para toda la vida es la prescripción más frecuente- el daño realizado por el tratamiento es enorme.

b) Con tal efecto se dan más argumentos a quienes afirman que el uso actual de estas drogas es un freno a la recuperación en vez de ser una ayuda (Scott 2006, Breggin 2007, Whitaker 2008).

c) Impacta sobre los estudios acerca de la esquizofrenia. El déficit cognitivo en la esquizofrenia puede verse como producto de mala ciencia, ya que ignora la variable farmacológica.

d) Alarga la historia de daños que la psiquiatría ha cometido sobre sus pacientes, en especial en los esquizofrénicos.

e) Pudiera haber demandas, dado que es un efecto que no tendría que permanecer oculto en el ámbito de la psiquiatría.

f) Puede quedar afectada la percepción social de la psiquiatría, tanto por el daño farmacológico como por haber despreciado terapias, seguramente más eficaces que los fármacos, y que debieran ser conocidas.

► 3. El dilema

Tal hallazgo le planteó a Andreasen un dilema al que respondió reteniendo los datos dos años sin publicarlos. El dilema, según explica en la entrevista, tiene estos componentes:

-Los antipsicóticos dados a los esquizofrénicos son da-

ñinos, más de lo pensado.

-Son recetados de formas especialmente nocivas, en combinación y en dosis altas, y con ello aumenta el daño cerebral.

-Pero los pacientes esquizofrénicos necesitan esos fármacos, dado que no hay alternativa.

-Retiene esa información porque "mi mayor temor es que las personas que necesitan esas drogas dejen de tomarlas". Dicho de otra forma, si no lo saben tienen un motivo menos para dejar la medicación.

-Aunque dice que la razón por la que no publicó estos resultados "era que quería estar absolutamente segura", parece que conocía ese efecto tiempo atrás, dado que tenía regularmente neuroimágenes, desde hace 18 años, de ese grupo de personas. Este es un efecto que se puede observar a las pocas semanas de usar antipsicóticos (Lieberman et al. 2005; Moncrieff, 2009, pp. 108) y además hay que creer que conocía la literatura científica sobre el tema.

Algunos científicos han discutido el uso de antipsicóticos, con preguntas como:

¿Son peores los efectos de los psicofármacos que el trastorno a tratar? ¿Hay alternativas al tratamiento farmacológico? ¿Es la evolución del trastorno con fármacos mejor que sin ellos? ¿Es mayor la calidad de vida del paciente con esos fármacos? ¿Se recuperan mejor los pacientes que toman estas drogas? ¿Es la persona sin fármacos más incontrolable y conflictiva? La psiquiatría dominante en nuestro país, y en EEUU, afirma sin dudar que a estos pacientes les va mejor con los antipsicóticos, aunque hay numerosos trabajos, a menudo más rigurosos, que indican lo contrario.

Y este es el dilema planteado por Andreasen y que se dirime entre daños, beneficios y riesgos comparados. Y opta por la idea de que los fármacos son dañinos pero insustituibles.

Razones para considerar hoy alternativas al tratamiento farmacológico hay muchas y consistentes. Pero de hecho, la psiquiatría parece moverse con una idea simple, desde su fundación como ciencia y como praxis, que podemos resumir en la máxima: tratamos cualquier problema, pero siempre con terapias físicas. Así, trata con fármacos los ataques de pánico, los trastornos obsesivos, los trastornos depresivos, la distimia, y las anorexias, por nombrar cuadros sobre los que hay terapias psicológicas eficaces, y lo hace incluso aunque otra terapia funcione. La eficacia de las intervenciones clínicas en el espectro esquizofrénico requiere un debate, pero hay razones sólidas para evitar los antipsicóticos como fármacos de uso prolongado e implementar otros abordajes (Read, 2006; Seikkula, 2003;

Scott, 2006).

► 4. La práctica clínica con antipsicóticos

La Dra. Andreasen habla de pacientes del espectro esquizofrénico, y a ellos se refiere cuando teme que los pacientes dejen de "tomar la medicación que necesitan". Pero, ¿son los esquizofrénicos los únicos que toman esas drogas? Esta es una cuestión relevante para entender el alcance del dilema ético, bastante más real que el sugerido por la autora. De hecho sabemos que en las dos últimas décadas el rango de usuarios de tales drogas ha aumentado, y también en España (Carvajal et al, 2007).

Sobre los usuarios y el uso de antipsicóticos tenemos datos de EEUU, país que está en la vanguardia de los cambios farmacológicos que luego se extienden a buena parte del planeta. De España, también tenemos indicadores que permiten aproximarnos al uso de antipsicóticos.

a) Niños y adolescentes

En EEUU y en un periodo de dos años, de 1993 a 1995, eran 275 por cien mil los niños que utilizaron antipsicóticos, pero en el año 2002 eran ya 1438. Es decir, aumentó seis veces la tasa (Carey, 2006). Un indicador referido a las visitas de jóvenes al psiquiatra dice que en una de cada cinco visitas se recetaban antipsicóticos. Otro estudio muestra que en 2002, dentro de la práctica privada o asociada, el número de consultas con recetas se elevó a 1.224.000 en 2002 desde 201.000 en el periodo de 1993 a 1995 (Olson et al, 2006). Además, según Rani (Moncrieff, 2009, pág. 206), sabemos que su utilización en niños de 7 a 12 años triplicó la tasa. El uso de antipsicóticos es más frecuente en menores de clase baja. Los atendidos por el Seguro Público (MEDICAID) reciben una tasa cuatro veces mayor de prescripción de antipsicóticos que los que acuden a seguros privados, y además les son recetados para dolencias más benignas (Wilson, 2009).

Si nos preguntamos por qué están tomando estos fármacos encontramos que un tercio lo hacen por diagnósticos relacionados con psicosis, otro tercio asociado a trastornos afectivos, y el otro por problemas de conducta (Carey, 2006).

Mientras que dar estas drogas a niños debiera ser una cuestión de prudencia y temor, aún hay quien va más allá medicando, como indica esta información aparecida en el *Correofarmacéutico.com*: "La experiencia clínica avala el uso de antipsicóticos en el embarazo", y el clínico recomienda su uso debido al riesgo de no tratar el trastorno de la madre (Mezquita, 2009).

Sobre la cuestión de medicar a niños y adolescentes, el Dr. March se expresó de forma clara: "Estamos usando esa medicación y no sabemos cómo funciona, si funciona y

a que costo; es como un gran experimento con los jóvenes americanos" (Carey, 2006).

b) Ancianos

Otro grupo, fuera del espectro esquizofrénico, al que le son prescritos antipsicóticos pertenece a la tercera edad. Se dice que es un hecho que los psicofármacos son muy utilizados y de forma inadecuada entre los ancianos (Valenzuela, 2000). El uso de los antipsicóticos en esta población ha sido polémico en los últimos años, donde se prescriben en cuadros de confusión, agitación, agresividad y en casos de demencia. En España, el Ministerio de Sanidad ha aumentado las exigencias para prescribir estos fármacos a ancianos. De los riesgos y daños en la tercera edad referimos dos: a) la torpeza motora y sedación que inducen accidentes, y b) mayor mortalidad.

En la creencia de que los nuevos antipsicóticos son más seguros, se llevó a cabo una campaña para tratar a los ancianos con neurolépticos como la risperidona. La seguridad fue el mensaje llevado a médicos y a la población; en consecuencia, actualmente se medican aspectos que no lo eran en el pasado.

Una de las razones del gran aumento de ventas de antipsicóticos se asocia con el incremento de usuarios, más allá del espectro esquizofrénico y de la manía. Parte de ellos son ancianos. En Ontario (EEUU), se incrementó en un 25 % la prescripción de neurolépticos entre 1992 y 1998 en ancianos. En Escocia, una cuarta parte de las personas ingresadas en asilos eran medicadas con antipsicóticos, incluso para cuestiones menores, como evitar la deambulación, inducir el sueño (Ross & Read, 2006, pág. 124 y ss). La razón de medicar con antipsicóticos a ancianos fueron los signos asociados a las demencias, a comportamientos incómodos y al insomnio.

Un estudio realizado sobre residencias geriátricas en Barcelona indica que en ellas los ancianos toman el doble de fármacos que cuando viven en su casa. Califica al uso de estas drogas en estas instituciones como excesivo e irracional. Este uso de psicofármacos provoca disminución de la movilidad, incontinencia, aumento de caídas y fracturas. El 65 % de los ancianos tomaba un psicofármaco, el 24 % dos, el 8 % tres y el 1 % cuatro. El uso de antipsicóticos en el estudio llegaba al 21 % de los residentes y los investigadores consideraban injustificado su uso en el 55 % de estos casos (Garolera et al, 2001).

Tienen en común los ancianos con adolescentes, niños y psicóticos el hecho de pertenecer a la población más vulnerable e indefensa.

c) Otros pacientes a los que se prescriben antipsicóticos.

Además de los pacientes del espectro esquizofrénico y

de los grupos referidos, hay una vasta población de pacientes a quienes se prescribe antipsicóticos. Tanto en España como en EEUU estos fármacos se prescriben para otros cuadros y situaciones. Ello se sustenta en la creencia de que son inofensivos, al menos los de segunda y tercera generación.

El Ministerio de Sanidad reconoce su uso como farmacoterapia de apoyo en casos como trastornos de ideas delirantes, trastornos de personalidad, trastornos maniaco-depresivos, trastornos obsesivo-compulsivos, conductas disruptivas en retraso mental, etc. (Carvajal, 2007). Pero también en otros cuadros, como distimias, ansiedad generalizada o no, adicciones, trastornos del desarrollo, alcoholismo, etc.

A modo de aproximación comentaré a continuación qué muestran algunos indicadores en España. Analizados todos los pacientes que ingresaron en una unidad de agudos durante seis meses, se encontró que "en torno al 80 % de todos los pacientes" en el momento del alta tenían un antipsicótico prescrito, y de éstos la mayoría al menos dos. La monoterapia con antipsicóticos es menos frecuente que el uso combinado (Romero Marmaneu, 2008) A quienes les son recetados antipsicóticos en una unidad de agudos, más de dos tercios toman dos o más antipsicóticos, y es frecuente que se combinen hasta tres de estos fármacos (Rodríguez, 2008). En el diagnóstico de depresión mayor y distimia, el uso de antipsicóticos no es raro; además, a un 18 por ciento de estos pacientes se les prescribía una combinación de antidepresivo y antipsicótico (Huergo, 2008). En la indagación realizada por una unidad de salud mental entre sus pacientes esquizofrénicos en seguimiento, el 59,5 por ciento tomaban más de un antipsicótico (Fontela et al, 2008).

Existe la costumbre generalizada de prescribir combinaciones de fármacos, aunque no hay datos claros acerca de qué le ocurrirá a quien los tome durante un tiempo, y así se recomienda desde diversas instancias clínicas para muchos trastornos. Un ejemplo de ello son los cócteles recomendados en los trastornos de personalidad (Koldobsky, 2004).

Lo mostrado aquí es que los consumidores de antipsicóticos son muchos más que los pacientes del espectro esquizofrénico. En los pacientes psicóticos, es frecuente que estén tomando dosis altas y que los tomen en combinación, incluyendo dos o más antipsicóticos. También los toman muchas otras personas. Se puede y se debe discutir si los antipsicóticos son imprescindibles para un paciente psicótico, y quizás un día haya una verdadera deliberación sobre ello. Pero estos pacientes son sólo una parte de las personas que toman esas drogas. ¿Pensó Andreasen en

estas otras personas cuando decidió retener sus datos? De cualquier modo, ocultar información no parece muy útil para estos pacientes que también sufren los efectos del uso de antipsicóticos.

► 5. La práctica clínica con los pacientes psicóticos

Andreasen no informó de su investigación para evitar que los pacientes dejen de tomar la medicación. Se desprende de la entrevista que la idea de trabajar de forma franca y en colaboración con sus pacientes psicóticos no se contemplaba, por lo que resulta pertinente preguntarse sobre el trato a estos pacientes a quienes no suministrar información es habitual en la práctica clínica.

Un relato habitual del trato a estos pacientes es lo que expresa Will Hall: "Usé diferentes drogas psiquiátricas durante varios años, pero los profesionales médicos que las recetaron nunca me hicieron sentir con poder o informado. No me explicaron cómo funcionaban, no discutieron conmigo honestamente sobre los riesgos, no me ofrecieron alternativas, ni me ayudaron a dejarlas cuando no quise tomarlas más. La información que necesitaba no estaba, estaba incompleta o era incorrecta. Cuando finalmente empecé a aprender nuevas formas para estar mejor, no fue gracias al sistema de salud mental, sino a pesar de él", y prosigue "descubrí que me había sido negado un derecho básico: consentimiento informado e información precisa sobre mi diagnóstico y mi tratamiento. Aprendí que un mal tratamiento como el que había recibido es moneda corriente en el sistema de salud mental." (Hall, 2007 pág 6). La idea de que el paciente no es tenido en cuenta es opinión corriente entre los pacientes de Salud Mental, y en especial entre los pacientes con diagnóstico de psicosis (Hardcastle et al 2009).

Slade señala que la voz del paciente ha sido sistemáticamente soslayada y que ello es una actitud equivocada en la perspectiva de ayuda a la recuperación (Slade, 2009, pág 3). Esta ausencia de la voz del paciente en su auto-descripción, en el tratamiento y en las metas del mismo, conecta con cuestiones de bioética, como el consentimiento informado, el principio de autonomía, el principio de seguridad, etc. Principios que son suspendidos de hecho cuando la psiquiatría más oficial se relaciona con los pacientes psicóticos. Pero aquí nos centraremos solo en una cuestión: ¿quién decide si un paciente toma o no medicación?

Desde luego, no es el paciente el que decide o consiente el tratamiento farmacológico. Hacer que tome su medicación, ignorando sus deseos, circunstancias y proyectos, es la máxima clínica ante el paciente psicótico. Este no es informado sobre los efectos de los fármacos, tampoco de

los métodos de tratamiento diferentes que existen, ni lo son sus familiares. En la práctica se usan diversos procedimientos, entre los que se incluyen la coerción, el internamiento, la sujeción, el engaño, la ocultación, el complot junto a familiares, y la incapacitación civil. Se toman las decisiones por el bien del paciente y aunque sea en contra de su deseo, se hace igual. Esto ocurre por la dificultad del caso, se argumenta. Se podrá objetar que los pacientes psicóticos han perdido contacto con la realidad y que su pensamiento delirante impide llegar a acuerdos sensatos. Pero eso no justifica que el paciente no tenga derecho a opinar fuera del episodio psicótico, cuando no está delirante o alucinado, y que se le mienta cuando está en crisis. Con frecuencia, el paciente llega a temer a su sanador, y aunque este es un hecho bien conocido no ha llevado a la psiquiatría a reflexión alguna.

Los otros pacientes, no psicóticos, tampoco han recibido tal información, ni siquiera si están siendo tratados con fármacos por problemas de ansiedad, pánico, depresión, etc. Tampoco se les informa de opciones psicológicas sobre cuya mayor eficacia hay consenso.

A los ojos de los pacientes, los fármacos pueden tener usos diferentes al objetivo curativo. En el documental *Una cierta verdad*, una psiquiatra refiere una escena común cuando el paciente se resiste a tomar medicación y a ingresar, y dice tener prevista la siguiente admonición: "Mira, si es por las buenas vas a subir por tu propio pie (se refiere a la planta de psiquiatría) y el ingreso seguramente va a durar menos, pero si va a ser por la fuerza, vas a tener que subir atado, voy a tener que ponerte un montón de medicación y seguramente tendrás que estar más tiempo ingresado". En esta escena se habla de utilizar los fármacos, y el ingreso, no como reparadores sino como instrumentos de reducción (Roura, 2008).

En la práctica clínica actual no se da la información a los paciente psicóticos y, habitualmente, tampoco a buena parte de los otros. En definitiva, aquellos no deciden, sino que quienes toman las decisiones por él y su familia son sus psiquiatras. Bien diferente resultó ser la decisión tomada en el estudio sobre la terapia de reposición posmenopáusica con estrógeno más progestina, que fue abortado porque en el grupo de los pacientes que tomaban fármacos se incrementó el riesgo de cardiopatía (Sapolsky, 2008, pág. 77 y ss).

Tampoco la industria farmacéutica informa correctamente de sus fármacos a los psiquiatras, como muestran los numerosos pleitos, que por estas y otras razones parecidas, han tenido que dirimirse en los tribunales de EEUU. La desinformación a la que son sometidos los propios psiquiatras se agranda con una corruptela científica en las

publicaciones técnicas que ha sido denunciada una y otra vez (Moncrieff, 2009^a; Scott, 2006; Barber, 2008; Perez, 2007; Angell 2006).

En una perspectiva relacional, como la del trato amable entre personas, la de los modelos de la recuperación en la esquizofrenia, la de los abordajes psicológicos y la de una ética que respeta el principio de autonomía, el dilema no tendría sentido, ya que las personas necesitan conocer para decidir, y poder decidir es básico para que el ser humano aprecie su vida. En estas otras perspectivas hay que informar, hacerlo conforme a la verdad y de forma comprensible (Slade, 2007; Geekie, 2006; Chadwick, 2009). Si mentimos u ocultamos información, para que los pacientes sigan tomando fármacos, incluso si estos fueran excelentes, se pone en marcha una relación que no considera al otro como persona y se pervierte la relación de ayuda.

► 6. Conclusiones

He querido acotar el dilema presentado a la Dra Andreasen, primero en los mismos términos en que ella lo sitúa: malos fármacos pero necesarios; no hay que informar de sus daños para evitar que quienes los toman decidan dejarlos. Luego he ampliado la base del problema, ya que hay mucha otra gente que toma antipsicóticos, casos en los que es aún más difícil defender que son imprescindibles. Y finalmente, en el apartado anterior, he indicado que hay un contexto clínico que no deja decidir a los pacientes, que son tratados sin que conozcan los efectos de los fármacos, y sin que se les informe de los tratamientos alternativos. Por eso, silenciar estudios como el referido es totalmente congruente con la práctica clínica actual, en la relación entre tratantes y tratados.

Y si miramos atrás en la historia de la práctica psiquiátrica, cabe preguntarse acerca de la relación de la psiquiatría con sus pacientes psicóticos, ya que sobre estos ha ejercido un catálogo amplio de actividades crueles, que en su momento fueron publicitadas, unas veces como tratamiento, a veces compasivo, y otras como necesidad social: el shock insulínico, la neurocirugía, el tratamiento electroconvulsivo, la esterilización y la eugenesia son algunos de estos procedimientos (Read, 2006; Moncrieff, 2009). Además, algunos de los grandes estudiosos de la esquizofrenia fueron promotores de esas prácticas.

En definitiva, la práctica clínica actual que no busca la colaboración de los pacientes, que pervierte los principios éticos de las relaciones entre personas y de la relación de ayuda, y que les considera incapaces, puede decidir ocultar la información acerca de consecuencias graves de los fármacos que les administra, a menudo de forma coerciti-

Artículo

va. Podemos afirmar que en el siglo XXI existe una práctica clínica de este tipo para gente que sufre y a la que se sitúa en una posición de debilidad y sometimiento.

De cualquier modo, resurgen actitudes, teorías, y profesionales más dispuestos a tomar en consideración al psicótico y a las personas con problemas de salud mental; de hecho, siempre ha habido profesionales con ese talante y de su actividad están surgiendo nuevas terapias. Ocurre, desde luego, en los márgenes de la psiquiatría dominante, pero prosperan este tipo de abordajes centrados en el paciente como persona (Chadwick, 2009; Alanen et al, 2008; Breggin, 2008; Read, 2006; Romme et al, 2005). Los principios formulados en estos contextos para la recuperación de personas psicóticas conciben al paciente como capaz

de tomar decisiones. Estos principios fueron enunciados por Bellack y han sido publicitados por la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* - SAMHSA (USA). El primero de ellos dice: "El paciente puede dirigir y tomar decisiones para su propia recuperación". También se está empezando a evaluar el significado subjetivo de la toma de medicamentos y sus efectos según la percepción del paciente, algo que no se ha hecho en el pasado (Moncrieff, 2009b). Además, se reivindica la palabra del paciente psicótico como un saber útil (Geekie, 2006). Confiemos que la evolución de la práctica clínica vaya por estos senderos y una psiquiatría del futuro incluya ampliamente un abordaje más humano de la salud y la enfermedad mental.

Bibliografía

- Alanaen, Y. et al (2008); Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas; Ed Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis, Madrid.
- Andreasen, Nancy (2008); A interview with Nancy Andreasen, New York Times, 16 de septiembre de 2008; <http://www.nytimes.com/2008/09/16/health/research/16conv.html>.
- Angell, Marcia (2006); La verdad acerca de la industria farmacéutica; Ed Norma, Bogotá.
- Barber, Charles (2008); Comfortably Numb; Ed. Vintage Books – Random House, New York
- Breggin, Peter R. (2008); Medication madness; St Martin's Press, NY.
- Carey, Benedict (2006); Use of antipsychotics by the young rose fivefold, New York Times, 6 de junio de 2006
- Carvajal, A et al (2007); Utilización de antipsicóticos en España, 1992-2006; Ministerio de Sanidad y Política Social
- Casino, Gonzalo (2001); Ancianos excesivamente medicados, El País, Barcelona, 27 de noviembre de 2001.
- Chadwick, Paul (2009); Terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora; Ed Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis, Madrid.
- Dorph-Petersen, K. et al (2005); The Influence of Chronic Exposure to Antipsychotic Medications on Brain Size before and after Tissue Fixation: A Comparison of Haloperidol and Olanzapine in Macaque Monkeys; *Neuropsychopharmacology* (2005) 30, 1649–1661.
- Fontela, E. et al (2008) Características de la politerapia con antipsicóticos en una muestra de pacientes con esquizofrenia a seguimiento en una unidad de salud mental; Ponencias y pósters del XII Congreso Nacional de Psiquiatría, Valencia 2008
- Garolera, Dolors et al (2001); Utilización de fármacos para el sistema nervioso en residencias geriátricas, *Rev Medicina Clínica*, 117, 615-616, Barcelona
- Geekie, Jim (2006); Escuchar las voces que oímos; en Read et al, comps Modelos de locura, Ed Herder, Barcelona 2006
- Hall, Will, (2007); Discontinuación del uso de Drogas Psiquiátricas. Una Guía Basada en la Reducción del Daño; The Icarus Project, www.theicarusproject.net
- Hardcastle, M. et al comps (2009); Experiencias en la atención psiquiátrica hospitalaria; Ed Herder, Barcelona.
- Harris, Gardiner (2008); Use of antipsychotics in children is criticized; New York Times, 18 de noviembre de 2008
- Hassner Sharav, Vera (2000); Evidence of Neuroleptic Drug-Induced Brain Damage in Patients: A partial, Annotated Bibliography; Alliance For Human Research Protection (AHRP); <http://www.ahrp.org/risks/biblio0100.php>
- Huergo, C. et al (2008); Manejo de antidepresivos en unidad de agudos; Ponencias y pósters del XII Congreso Nacional de Psiquiatría, Valencia 2008.
- Jackson, Grace E. MD (2004); What Doctors May Not Tell You About Psychiatric Drugs; Conferencia (Public Lecture, UCE Birmingham) 9 de Junio 2004 http://www.ccmh.uce.ac.uk/G_Jackson_Transcript_09.06.04.pdf

Artículo

- Koldobsky, Nestor (2004), Terapia farmacológica para los trastornos de personalidad, en Caballo, V (comp.); Manual de trastornos de personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento; Ed. Síntesis 2004, Madrid.
- Lieberman, J.A. et al (2005); Antipsychotic Drug Effects on Brain Morphology in First-Episode Psychosis; Arch Gen Psychiatry. 2005;62:361-370.
- Mediavilla, Manu (2005); Un estudio denuncia el masivo uso injustificado de antipsicóticos, Diario de León, 9 de enero de 2005.
- Mezquita, E (2009); La experiencia clínica avala el uso de antipsicóticos en el embarazo, Correofarmacologico.com, 20 de julio de 2009.
- Moncrieff, Joanna (2009a); The myth of chemical cure, Ed Palgrave MacMillan, New York.
- Moncrieff, Joanna et al (2009b); The subjective experience of taking antipsychotic medication: a content analysis of Internet data, Acta Psychiatrica Scandinavica, 2009.
- Olfson, Mark et al (2006); National Trends in the Outpatient Treatment of Children and Adolescents with Antipsychotic Drugs; Arch Gen Psychiatry. 2006;63:679-685.
- Pérez, M & Pardo, H (2007); La invención de los trastornos mentales; Alianza Editorial.
- Read, J et al (2006); Modelos de locura, Ed. Herder, Barcelona.
- Rodríguez et al (2008) Asociaciones de antipsicóticos en una sala de agudos; Ponencias y pósters del XII Congreso Nacional de Psiquiatría, Valencia 2008.
- Romero Marmaneu, F. et al (2008) Uso de antipsicóticos en una unidad de agudos, Ponencias y pósters del XII Congreso Nacional de Psiquiatría, Valencia 2008.
- Romme, M. & Escher, S. (2005); Dando sentido a las voces; Ed. Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. Madrid.
- Ross & Read (2006), Los fármacos antipsicóticos: mitos y realidades, en Read et al. Modelos de locura, Ed. Herder, Barcelona 2006.
- Roura, J, director (2008); Film documental "Una cierta verdad", 2008.
- Sapolsky, Robert (2008), ¿Por qué las cebras no tienen úlceras? La guía del estrés, Alianza Editorial, Madrid.
- Scott, Timothy (2006); America fooled, Ed Argo Publishing, Victoria (Texas).
- Seikkula, J et al (2003); Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia; Ethical and Human Sciences and Services, 5(3), 163-182.
- Slade, Mike (2009); Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals, Ed. Cambridge University Press, UK.
- Valenzuela, Eduardo (2000); Uso de fármacos en el adulto mayor, Boletín de la Escuela de Medicina, Vol 29, Nº 1-2, Chile. <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/Geriatria/UsoFarmacos.html>
- Whitaker, Robert (2008); "Desinstitucionalización y neurolépticos: el mito y la realidad", en Alanen et al "Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas", Ed. Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis, Madrid.
- Wilson, Duff (2009); Poor children likelier to get antipsychotics, New York Times, 11 de diciembre de 2009.