

¿Nos engañan las farmacéuticas?

AUTORES: J.González Luis; M.Alonso Maza; A. Rizo Pardo; E. Redondo Vaquero

I. INTRODUCCIÓN

Cada vez que se realiza un etiquetado de enfermedad, la consecuencia inmediata es que para cada proceso existe un tratamiento. Si analizáramos el fenómeno deberíamos empezar a mirar hacia los proveedores sanitarios, tanto los profesionales como las empresas médico-farmacéuticas, sin dejar de lado el importante papel desempeñado por la industria de la comunicación.

El principal problema de una lectura acrítica estriba en que favorecen en la población la sensación de que la medicina es una ciencia exacta. Esto normalmente está alimentado por la industria farmacéutica y los medios siendo cada vez más frecuente que se piense que sin medicación el paciente raramente se recupera

Sin embargo, tanto profesionales como industria farmacéutica cometemos algunos errores como los siguientes:

- Se interpretan las características personales del paciente, su malestar o su relato vital en el marco de un **sistema de creencias orientado a la patología**.
- Se le comunica de forma latente que su problema **no mejorará si no realiza el tratamiento**.

•La dependencia respecto de la intervención profesional **tiende a empobrecer los aspectos no sanitarios** de los ambientes social y físico y tiende a reducir la capacidad psicológica del paciente para afrontar sus problemas.

•En aquellos marcos basados en la psicología de la salud o dirigidos a "potenciar" al paciente o dotarlo de nuevos recursos o maximizar los que tiene, el paciente sigue siendo **alguien deficitario al que un experto le tiene que dar algo que él no alcanza ni puede conseguir por su cuenta**.

•El lenguaje "psi" nos lleva en ocasiones a que creamos erróneamente que hemos capturado la esencia del paciente y su complejo mundo emocional, cognitivo y conductual, así como su forma de ver la vida. Estas **etiquetas** influirán en las cosas que vamos a resaltar de nuestro paciente

•La ventana de la normalidad que tiene el paciente se estrecha y puede acabar codificando la mayor parte de sus conductas desde su condición psiquiátrica o psicológica. Esto puede **limitar su sensación de autonomía** y favorece la necesidad de que el experto profesional gestione sus emociones.

•Las categorías diagnósticas y el lenguaje psicoterapéutico por su **carácter estigmatizador** pueden contribuir a la pérdida de status social del paciente que puede tener mayores expectativas de ser rechazado y generar además vergüenza.

•Se pueden producir **ganancias secundarias** en la medida que el paciente, al sentirse mal recibe atención y el profesional, al etiquetarlo, siente que lo necesitan. Se favorece que el paciente se sitúe en un **rol pasivo y enfermo** ante los avatares de su vida y se respalda el debilitamiento de las redes tradicionales de contención.

II. METODOLOGÍA

Analizamos un folleto patrocinado por la industria farmacéutica y avalado por una sociedad científica, en el que veremos cómo detrás de esas paginas informativas dirigidas en un principio a la comprensión de la esquizofrenia y a la lucha contra el estigma, se esconden poderosas estrategias de marketing, que en muchas ocasiones son difíciles de visibilizar.

III. OBJETIVO

Fomentar la lectura crítica de lo que cae en nuestras manos

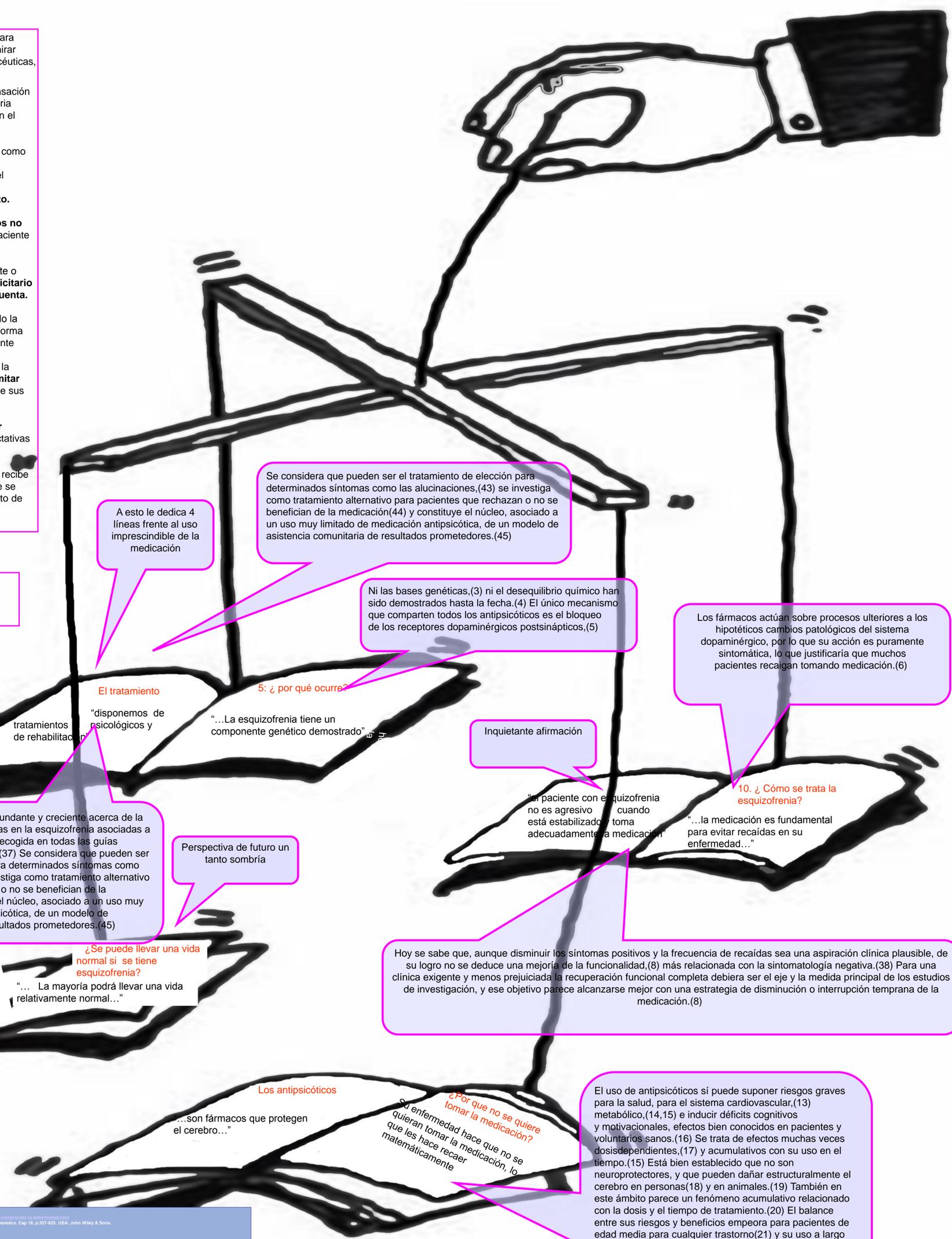
IV. CONCLUSIONES

El folleto está orientado a convencer de que la esquizofrenia es una enfermedad crónica muy debilitante, que requiere obligadamente tratamiento farmacológico antipsicótico de manera indefinida. Entre los diversos antipsicóticos existentes se presentan como más idóneos los atípicos y de liberación prolongada, entre los que se anuncia que hay que solo requieren 12 administraciones anuales. La información facilitada sobre los tratamientos, y en particular los antipsicóticos, ni es fidedigna ni está contrastada ni responde a valores de rigor y excelencia. Se trata de un relato que partiendo de la lucha contra los prejuicios asociados a la enfermedad mental y la necesaria información a pacientes y familiares acerca de la esquizofrenia, desemboca en la publicidad de un antipsicótico depot que la farmacéutica está actualmente promocionando. Es también publicidad engañosa puesto que se basa en afirmaciones refutables por profesionales y lectores de literatura científica especializada, pero difícilmente por el público en general, afectados y familiares.

El horizonte vital defendido por el movimiento de recuperación hace referencia a una vida plena de sentido, con capacidad de gestión personal, relaciones sociales, y ser útil a la comunidad, basándose en la esperanza y en tener poder.(39,40) Es una perspectiva vital similar a la de autores e investigadores como McGorry,(12) a los criterios de recuperación de Harrow(9) a la propugnada por las psicoterapias en las psicosis(41) y a la establecida por la medicina basada en la evidencia,(42) en las antípodas de lo que se propone en este folleto.

V. BIBLIOGRAFÍA

(1) Diaz Marañ, Marina. J. (2013) Afrontando la esquizofrenia guía para pacientes y familiares. Madrid: Enfoque Editorial.
(2) Janssen Pharmaceutica NV. (2007) Medicinal Product Information. Available at: <http://www.janssen-pharmaceutica.com>
(3) Joseph J. (2010) Genetic Research in Psychiatry and Psychology: A critical overview. In Hood KE, Halpern CT, Greenberg G, & Lerner RM. (Editors) Handbook of Developmental Science, Behavior, and Genetics. Cap 18. p.557-625. USA: John Wiley & Sons.
(4) Nestler E, Hyman S. (2002) Molecular Neuropharmacology. USA: McGraw-Hill Medical. (p.392)
(5) Sastre R. (2013) Psicofarmacología. Ensayo de Salud para el Paciente. España: Aula Médica.
(6) van Os J, Hoeks OD. (2012) Antipsychotic drugs for prevention of relapse. The Lancet Psychiatry. Vol 378 June 2, 2030-2031.
(7) Leucht S, Erory M, Komossa K, Rivera S, Kissling M, Schlattl et al. (2012) Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis Lancet 2012; Pub. online May 3. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60259-6
(8) Wundtink L, Nibbe RM, Wiersma D, Sytema S, Nieuhuis F.J. (2013) Recovery in Remitted First-Episode Psychosis at 7 Years of Follow-up of an Early Dose Reduction/Discontinuation or Maintenance Treatment Strategy: Long-term Follow-up of a 2-Year Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. Sep 17(09). 913-20.
(9) Harrow M, Jobe TH. (2007) Factors involved in outcome and recovery in antipsychotic medication: a 15-year follow-up study The Journal of Nervous and Mental Disease 195. (5). 406-14.
(10) Harrow M, Jobe TH, & Faed RN. (2012) Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study Psychological Medicine. 42, 2145- 2155.
(11) Harrow M, Jobe TH. (2013) Does Long-Term Treatment of Schizophrenia Whittle Antipsychotic Medication Reserves Necessary? Schizophrenia Bulletin. 2013 Sep;39(3):582-5.
(12) McGorry P, Alvarez-Jimenez M, & Kilackey E. (2013) Antipsychotics in First-Episode Psychosis: Less is More. JAMA Psychiatry. 70(9): 898-900.
(13) Patten PR, Leung G, Natarani I, Roseman L, Lim A, Song MB. Relations of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's General Practice Research Database. Arch Gen Psychiatry. Feb;64(2): 2007-242-9.
(14) American Diabetes Association (2004). Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes. Diabetes Care. 27,259-69.
(15) Biloze WV, Cooper WD, Smith CM, Olfson M, Gholish A, Douglas JA, et al. Antipsychotics over medical of Type 2 Diabetes Mellitus in Children and Youth JAMA Psychiatry. 2012;70(10):1092-1005.
(16) Arntschke JF, Arango C, Lishi A, Saxe J, Pascual A, Cabero P, et al. (2006) Negative signs and symptoms secondary to antipsychotics: a double-blind, randomized trial of a single dose of placebo, haloperidol, and risperidone in healthy volunteers. Am J Psychiatry 2006; 163: 488-93.
(17) Takeuchi H, Suzuki T, Ramington G, Robert R, Bize RR, Abe T, et al. (2013) Effects of risperidone and olanzapine dose reduction on cognitive function in stable patients with schizophrenia: An open-label, randomized, controlled, pilot study. Schizophrenia Bulletin. 39(5), 993-998.
(18) Ho BC, Andreassen NC, Cohen SJ, Pantoni R, Magerus V. (2011) Long-term Antipsychotic Treatment and Brain Volume: A Longitudinal Study of First-Episode Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. 68(2), 128-137.
(19) Konopacki GT, Dorph-Peterson KA, Pieni JN, Wu Q, Sampson AR, Lewis DA (2007) Effect of chronic exposure to antipsychotic medication on cell numbers in the parietal cortex of macaque monkeys. Neuropharmacology 52: 1216-23.
(20) Patten PR, Smitkovsk R, Kempton MJ, Ho BC, Andreassen NC, Bergmann S. Psychiatric brain changes in schizophrenia related to antipsychotic treatment? A meta-analysis of longitudinal MRI studies. Neurosciences & Biobehavioral Reviews. Volume 37, Issue 8, September 2013, Pages 1686-1691.
(21) Jin H, Shi PA, Muddiah S, Muddiah S, Henry R, Dionisio DV, et al. (2013). Comparison of long-term safety and effectiveness of 4 atypical antipsychotics in patients over age 40: a trial using equipoise stratified randomization. J Clin Psychiatry. Jan;74(1):19-8.
(22) Weismann S, Adhooel V. (2010). Antipsychotic medication, morality and neurodegeneration: The need for more selective use and lower doses. Psychosocial, Social and Integrative Approaches. 2, 50-62.
(23) Lehmann JA, Stroup TS, Marder SR, Saperia MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. (2011) Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia N Engl J Med 2009; 361:1209-1223.
(24) Jones PB, Barnes TR, Davies L, Dunn G, Lloyd H, Heyhurst KP, et al. Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: cost utility of the latest antipsychotic drugs in schizophrenia study (CULASS 1) Arch Gen Psychiatry 2006;



A esto le dedica 4 líneas frente al uso imprescindible de la medicación

Se considera que pueden ser el tratamiento de elección para determinados síntomas como las alucinaciones,(43) se investiga como tratamiento alternativo para pacientes que rechazan o no se benefician de la medicación(44) y constituye el núcleo, asociado a un uso muy limitado de medicación antipsicótica, de un modelo de asistencia comunitaria de resultados prometedores.(45)

Ni las bases genéticas,(3) ni el desequilibrio químico han sido demostrados hasta la fecha.(4) El único mecanismo que comparten todos los antipsicóticos es el bloqueo de los receptores dopaminérgicos postsinápticos,(5)

Los fármacos actúan sobre procesos posteriores a los hipotéticos cambios patológicos del sistema dopaminérgico, por lo que su acción es puramente sintomática, lo que justificaría que muchos pacientes recaigan tomando medicación.(6)

El tratamiento

“disponemos de psicológicos y tratamientos de rehabilitación”

“...La esquizofrenia tiene un componente genético demostrado”

5. ¿ por qué ocurre?

Inquietante afirmación

“El paciente con esquizofrenia no es agresivo cuando está estabilizado y toma adecuadamente la medicación”

10. ¿ Cómo se trata la esquizofrenia?

“...la medicación es fundamental para evitar recaídas en su enfermedad...”

Existe un corpus científico abundante y creciente acerca de la efectividad de las psicoterapias en la esquizofrenia asociadas a las terapias farmacológicas, recogida en todas las guías clínicas, incluida la española.(37) Se considera que pueden ser el tratamiento de elección para determinados síntomas como las alucinaciones,(43) se investiga como tratamiento alternativo para pacientes que rechazan o no se benefician de la medicación(44) y constituye el núcleo, asociado a un uso muy limitado de medicación antipsicótica, de un modelo de asistencia comunitaria de resultados prometedores.(45)

Perspectiva de futuro un tanto sombría

¿Se puede llevar una vida normal si se tiene esquizofrenia?

“... La mayoría podrá llevar una vida relativamente normal...”

“por desgracia la falta de adherencia terapéutica y, en algunos casos la intensidad de la enfermedad, puede llevar a un deterioro y empobrecimiento de la persona”

Los antipsicóticos

“...son fármacos que protegen el cerebro...”

¿Por que no se quiere tomar la medicación? Su enfermedad hace que no se quieran tomar la medicación, lo que les hace recaer matemáticamente

El uso de antipsicóticos sí puede suponer riesgos graves para la salud, para el sistema cardiovascular,(13) metabólico,(14,15) e inducir déficits cognitivos y motivacionales, efectos bien conocidos en pacientes y voluntarios sanos.(16) Se trata de efectos muchas veces dosisdependientes,(17) y acumulativos con su uso en el tiempo.(15) Está bien establecido que no son neuroprotectores, y que pueden dañar estructuralmente el cerebro en personas(18) y en animales.(19) También en este ámbito parece un fenómeno acumulativo relacionado con la dosis y el tiempo de tratamiento.(20) El balance entre sus riesgos y beneficios empeora para pacientes de edad media para cualquier trastorno(21) y su uso a largo plazo puede reducir la esperanza de vida.(22)